ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՍՍՀ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԿԱԴԵՄԻԱ
АКАДЕМИЯ НАУК АРМЯНСКОЙ ССР

Բժշկ. հանդես

X, № 5, 1970

Журн. экспер. и клинич. медицины

УДК 616.33—006.6+616—006.6

М. А. ЗЕЙТУНЯН, И. В. ТАТКАЛО

К ЦИТОЛОГИЧЕСКОМУ ВЫЯВЛЕНИЮ И МОРФОЛОГИИ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК В ЛИМФЕ ГРУДНОГО ПРОТОКА ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

В настоящее время возможность заноса опухолевых клеток из первичного очага в грудной проток с последующей диссеминацией их без поражения самого протока общепризнана [6, 11].

Согласно наблюдениям В. А. Бабаевой [6], попадание опухолевых элементов в содержимое грудного протока зависит от количества раковых клеток, поступающих в лимфатические сосуды, что обусловлено массой опухолевой ткани, от которой оттекает лимфа.

Гофрини, Беззи, Дзанелла [12], изучив лимфу здоровых людей и больных раком желудочно-кишечного тракта без вовлечения лимфатических узлов с поражением регионарных узлов и с диффузными метастазами, установили, что между появлением раковых клеток в лимфе и стадией заболевания существует определенная зависимость. Аналогичного мнения придерживаются И. В. Таткало, Г. А. Арзуманян, К. Г. Ханджян [8].

Прямая зависимость установлена также между количеством клеток, вводимых в cisterna chyli у экспериментальных животных, и частотой возникновения легочного рака [10].

Бурн с соавторами [10], произведя 181 аутопсию у больных, умерших от колоректального рака, обнаружили значительно больший процент легочных метастазов, чем при рентгенологическом или клиническом исследовании. Авторы приводят 7 наблюдений, в которых выявление раковых клеток в лимфе способствовало уверенному заключению о наличии метастаза в легких. Поэтому они считают, что лимфа грудного протока является важным проводником в диссеминации клеток злокачественных опухолей и должна рассматриваться как потенциальный источник легочных метастазов. В. А. Бабаева [5, 6] подтверждает целесообразность цитологического исследования содержимого грудного протока при изучении путей метастазирования злокачественных новообразований органов брюшной полости. Поэтому прижизненное цитологическое исследование лимфы грудного протока в настоящее время представляет не только теоретический, но и определенный практический интерес.

Нами исследовалась лимфа 35 больных раком желудка. Методика цитологического исследования описана в работе И. В. Таткало, Г. А. Арзуманян, К. Г. Ханджян [8].

В настоящей работе мы стремились к выяснению зависимости выявления опухолевых клеток в лимфе протока от патоморфологической разновидности рака, а также к изучению морфологических особенностей клеток рака различной гистоструктуры, выявляемых в лимфе грудного протока. Предпосылкой к этому явились имеющиеся в литературе указания на трудности дифференциации клеток рака в лимфе от гистоцитарных элементов [5, 13], а также указания на частные морфологические признаки, присущие клеткам рака различной гистоструктуры и дифференциации [1, 2, 3, 9 и др.], которые далеко не всегда укладываются в рамки общего цитоморфологического комплекса, положенного в основу цитологической диагностики злокачественных новообразований.

Из 35 больных раком желудка, у которых исследовалась лимфа, 7 человек не были оперированы вследствие явной иноперабильности, 7 больным произведена пробная лапаротомия, 10 — резекция желудка и 11 больным наложен гастроэнтероанастомоз.

Гистологическое исследование удаленной опухоли или лимфатических узлов было произведено у 19 больных. В 11 случаях была установлена аденокарцинома, из них в 2 — скиррозного типа, в 6 — солидный рак, из них в 2—скиррозной формы и в 2 наблюдениях—диффузный рак (один с ослизнением, другой с участками солидизации).

Опухолевые клетки в лимфе грудного протока были обнаружены у 14 из 35 обследованных больных. Из 19 оперированных больных цитологическим исследованием лимфы опухолевые клетки были обнаружены у 10: в 6 наблюдениях аденокарциномы желудка (из 9), в 3 (из 4) солидного рака и в 1 (из 2) рака диффузной формы. При аденокарциноме скиррозного типа (2), солидном раке скиррозного типа (2), а также диффузном с ослизнением элементы неоплазмы в лимфе грудного протока выявлены не были. Процент выявления раковых клеток в лимфе грудного протока был выше у иноперабильных больных (из 25 иноперабильных больных опухолевые клетки были обнаружены у 11, а из 10 больных, у которых была произведена резекция желудка, раковые клетки выявлены у 3). Из 3 больных, которым произвели резекцию желудка, только в одном случае лимфатический узел большого сальника оказался пораженным метастазом.

Таким образом, бóльшее выявление элементов опухоли в лимфе мы имели при аденокарциноме (6 из 9), солидном (3 из 6) и диффузном раке (1 из 2) с плохо развитой стромой. Небольшое число наблюдений, которыми мы располагаем, не позволяет сделать определенного вывода, однако предварительные данные говорят о том, что при раке с плохо развитой стромой опухолевые клетки в лимфе грудного протока выявляются значительно чаще, чем при раке скиррозного типа.

В 6 наблюдениях аденокарциномы желудка в цитологических препаратах на фоне клеточных элементов, присущих лимфе, были выявле-

ны эпителиальные клетки с более или менее выраженными признаками анаплазии, но в определенной мере сохранившие свою дифференциацию. Форма их чаще неправильно-округлая, реже цилиндрическая. Крупные ядра располагаются несколько эксцентрично, а в цилиндрических клетках — базально. Хроматин грубо-глыбчатого, зернистого или мелко-зернистого строения распределен и окрашен неравномерно. Не во всех клетках отмечаются 1—2 и более голубых или синих ядрышка. Цитоплазма в округлых клетках узким ободком окружает ядро и зачастую почти незаметна. В цилиндрических клетках она обильнее в стороне, противоположной ядру, окрашивается в базофильные тона с разной интенсивностью. Дистрофические явления отмечаются как в ядре, так и в цитоплазме.

Вышеописанные клеточные элементы аденокарциномы были выявлены в лимфе в виде отдельных экземпляров, небольших групп, а в 4 наблюдениях — в виде железистых группировок — розеток (рис. 1, а). Кле-

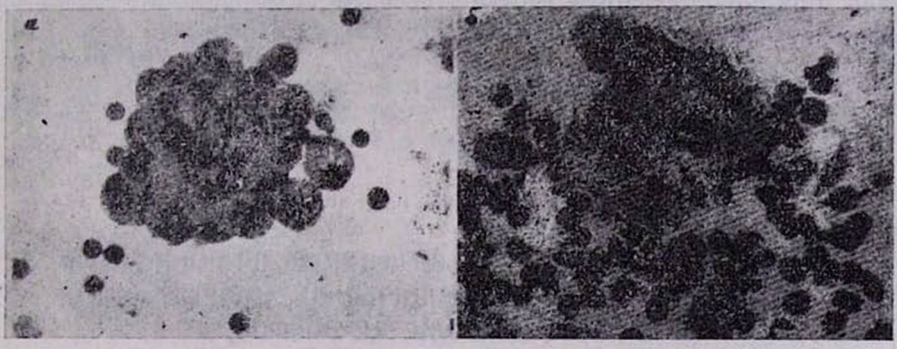

Рис. 1. а. Железистый комплекс атипических эпителиальных клеток с жировой дегенерацией в лимфе грудного протока. б. Группа атипических полиморфных эпителиальных клеток с жировой дегенерацией в лимфе грудного протока.

точные элементы в них располагались типично. Ядра имели базальную ориентацию. Выявление железистых структур из эпителиальных клеток, сохранивших в определенной степени свою дифференциацию, типичных для аденокарциномы [3, 4, 7], позволило в цитологическом заключении указать и на патоморфологическую разновидность рака желудка.

В двух наблюдениях аденокарциномы желудка в лимфе были выявлены только разрозненные экземпляры вышеописанных клеток и в цитологическом заключении было констатировано их выявление.

При солидном раке на фоне элементов лимфы (лимфоцитов, пролимфоцитов, теней Гумбрехта и эритроцитов) раковые клетки выделяются своими большими размерами, выраженной анаплазией и полиморфностью. Размеры и форма их очень варьируют. В одних клетках почти весь объем занимают ядра, в других — цитоплазма. Ядра располагаются чаще эксцентрично, реже — центрально, контуры их неровные с зазубринами и вдавлениями.

Структура хроматина то грубо-глыбчатая, крупно-зернистая, то мелко-глыбчатая, пылевидная. Окрашивается от светло-розового до темно-фиолетового цвета. Хорошо различаются укрупненные, полиморфные ядрышки в количестве от 3 до 5 и более. Встречаются 2—3-ядерные клетки. Цитоплазма то узким ободком окружает ядро, то обильна, негомогенна, вакуолизирована. Красится базофильно с примесью буровато-оксифильных тонов. Контуры клеток в группировках и комплексах неразличимы; сливаясь своей цитоплазмой, они образуют симпластические образования. Отмечаются признаки выраженной дистрофизации ядра и цитоплазмы. Резкий атипизм и полиморфизм клеток, лишенных признаков какой-либо дифференциации, а также образование группировок — симпластов (рис. 1, б) характерны для элементов солидного рака [3, 4], и выявление их в лимфе 2 больных из 3 позволило нам распознать эту разновидность опухоли.

Таким образом, в наших наблюдениях морфология и характер расположения опухолевых клеток, выявляемых в лимфе грудного протока, были присущи элементам соответствующей патоморфологической разновидности рака желудка.

Армянский институт рентгенологии
и онкологии

Поступило 6/I 1970 г.

Մ. Ա. ԶԵՅԹՈՒՆՅԱՆ, Ի. Վ. ՏԱՏԿԱԼՈ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԿՐԾՔԱՅԻՆ ԱՎՇԱԾՈՐԱՆՈՒՄ ՈՒՌՈՒՑՔԱՅԻՆ ԲՋԻՋՆԵՐԻ ՑԻՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԱՅՏՆԱԲԵՐՄԱՆ ԵՎ ՄՈՐՖՈԼՈԳԻԱՅԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Ա մ փ ո փ ո ւ մ

Ավշի ուսումնասիրությունը հիվանդների կրծքային ավշածորանից՝ նրանց կենդանության օրոք, ունի ոչ միայն տեսական, այլև որոշակի գործնական նշանակություն։

Ստամոքսի քաղցկեղով տառապող 35 հիվանդներից 14-ի մոտ հայտնաբերված են ուռուցքային բջիջներ։ Այս բջիջների հայտնաբերման տոկոսը բարձր է բարձիթող արված հիվանդների մոտ։

Չնայած դիտողությունների սակավությունը թույլ չի տալիս կոնկրետ հետևություններ անել, այնուամենայնիվ, նախնական տվյալները խոսում են այն մասին, որ քաղցկեղի դեպքում կրծքածորանի ավշում ուռուցքային բջիջները հայտնաբերվում են ավելի հաճախ, երբ ստրոման լավ զարգացած չէ, քան քաղցկեղի սկիրոզ բնույթի դեպքում։

Մեր ուսումնասիրություններում, ավշում հայտնաբերված ուռուցքային բջիջների մորֆոլոգիան և բնույթը համապատասխանում են ստամոքսի քաղցկեղի պաթոմորֆոլոգիական ձևին։

ЛИТЕРАТУРА

1. *Агамова К. А.* Вопросы онкологии, 1963, IX, 18, стр. 37.
2. *Арзуманян Г. А.* Журнал экспериментальной и клинической медицины АН Арм. ССР, 1963, III, 6, стр. 16.
3. *Арзуманян Г. А.* Журнал экспериментальной и клинической медицины АН Арм. ССР, 1964, IV, 1, стр. 47.
4. *Арзуманян Г. А., Зейтунян М. А.* Материалы VI Межреспубликанской конференции рентгенологов, радиологов и онкологов Азербайджанской ССР, Армянской ССР и Грузинской ССР. Ереван, 1968, стр. 172.
5. *Бабаева В. А.* Экспериментальная хирургия и анестезиология, 1963, 6, стр. 17.
6. *Бабаева В. А.* Лабораторное дело, 1966, 12, стр. 729.
7. *Даян-Барсегян О. А., Арзуманян Г. А., Зейтунян М. А.* Материалы VI Межреспубликанской конференции рентгенологов, радиологов и онкологов Азербайджанской ССР, Армянской ССР и Грузинской ССР. Ереван, 1968, стр. 182.
8. *Таткало И. В., Арзуманян Г. А., Ханджян К. Г.* Экспериментальная хирургия и анестезиология, 1968, 4, стр. 28.
9. *Шиллер-Волкова Н. И., Никитина Н. И., Агамова К. А., Брин М. Л.* Цитологическая диагностика злокачественных новообразований. М., 1964.
10. *Burn J. Y., Watne A. D.* a. *Moore G. E.* Brit. G. Cancer, 1962, 16, 4, 608.
11. *Brunner U.* Schweiz. med. Wschr., 1960, 90:554. [Реф. S. G. O., 1960, v. 111, № 4, Int. ob. savj., p. 338].
12. *Goffrini P., Bezzi E., Zanella E.* Ateneo Parmense, 1960, 31:379. [Реф. Int. abstr. Surg. S. G. O., 1961, 112, № 2:145].
13. *Nicol H. J.* Arch. Oheren-Nasen und Kehlkopf, 1965, 185, 823.