ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՍՍՀ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԿԱԴԵՄԻԱ
АКАДЕМИЯ НАУК АРМЯНСКОЙ ССР

Էքսպեր. և կլինիկ. բժշկ. հանդես

XI, № 5, 1971

Журн. экспер. и клинич. медицины

УДК 616.428—006—076.5

Г. А. АРЗУМАНЯН, М. Г. ДАНИЕЛЯН

ПУНКЦИОННО-ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Дифференциальная диагностика опухолевых и опухолевидных заболеваний периферических лимфатических узлов нередко представляет большие трудности, так как клиническая картина часто бывает нехарактерной.

До последнего времени наиболее достоверным методом диагностики этих заболеваний является гистологическое исследование удаленного лимфатического узла—биопсия. Однако она отрицательно влияет на рост и метастазирование злокачественной опухоли, порой технически трудна или вовсе невыполнима [2, 4, 7]. Кроме того, этот метод исключает возможность проведения дооперационной терапии, что значительно ограничивает возможность его применения, а также повторных исследований в неясных случаях. Отсюда вытекает необходимость применения других дополнительных исследований.

В настоящее время одним из методов, способствующих дооперационной дифференциальной диагностике этих заболеваний, является пункционный с последующим цитологическим исследованием полученного материала. Техническая простота его, минимальные сроки выполнения и высокая достоверность обеспечили ему быстрое внедрение в комплекс клинической диагностики опухолевых и опухолевидных заболеваний разных локализаций, в том числе и периферических лимфатических узлов.

В периодической литературе имеется довольно большое количество работ, посвященных цитологическому исследованию пунктатов периферических лимфатических узлов, доказывающих большую диагностическую ценность этого метода [1, 3, 5, 6, 8].

Располагая большим материалом цитологических исследований, мы поставили перед собой задачу определить значение этого метода в диагностике заболеваний лимфатических узлов и его практическую ценность.

Пункция нами производилась 10,0 шприцем «Рекорд» с иглами диаметром 0,8—1,2 мм в зависимости от консистенции увеличенного лимфатического узла. Плотные лимфатические узлы мы предпочитали пунктировать иглой с большим диаметром. Игла вводилась обязательно с мандреном во избежание закупорки ее кожей и подкожной клет-

Таблица 1

Окончательный диагноз	Число пункций	Клинический диагноз до морфологич. исследован.		Материал не получен	Цитологическое исследование			
		ошибки диагностики	?		заключение не дано	заключение в предположительной форме	заключение в убедительной форме	ошибки диагностики
Воспалительный процесс	103	5	20	9	3	1	90	—
Туберкулез	128	23	18	15	2	4	106	1
Гиперплазия лимфоидной ткани	61	7	21	2	7	5	47	—
Лимфогранулематоз	130	12	22	11	10	12	97	1
Метастаз рака	111	18	11	6	1	1	101	2
Саркома	10	2	2	—	—	3	6	—
Меланома	6	—	1	—	—	4	2	—
Ретикулез	1	—	—	—	—	1	—	—
Миелолейкоз	2	—	—	—	—	—	2	—
Лимфолейкоз	3	—	—	—	—	2	—	1
Всего	555	67	95	23	43	31	453	5
%	—	12,2	17,1	7,7	4,1	5,6	81,6	1,0
%		162 (29)		66 (11,8)		484 (87,2) / 489 (88,2)		

чаткой. Из полученного материала готовились мазки, которые после просушки окрашивались по Крюкову-Паппенгейму. Вслед за пункцией предпринималось соответствующее лечение.

За последние 9 лет нами произведено 866 цитологических исследований (не считая повторных), из них 555 пунктатов и 311 отпечатков рассеченных биопсированных лимфатических узлов. Первоначально исследование отпечатков производилось нами с целью изучения цитоморфологических критериев распознавания различных патологических процессов лимфоузлов. С приобретением опыта интерпретации цитологических картин мы добились большой достоверности цитологических заключений, и исследование отпечатков стало применяться нами в качестве вспомогательного теста для морфологической дифференциации опухолей и опухолевидных процессов лимфатических узлов.

В табл. 1 нами приведены данные пункционно-цитологической диагностики заболевания периферических лимфатических узлов. Они свидетельствуют о том, что из 555 больных, подвергшихся пункции, у 43 (7,7%) не было получено материала, достаточного для цитологического исследования. Причиной этому был либо выраженный фиброз, либо слишком маленькие размеры лимфатического узла. Безусловно, успех диагностической пункции во многом зависит также от техники выполнения.

В 23 наблюдениях, несмотря на наличие достаточного материала,

цитоморфологическая картина не была характерной для того или иного патологического процесса, и поэтому мы не дали заключения, а ограничились лишь описанием ее. Следовательно, из 555 наблюдений пункционно-диагностический метод оказался несостоятельным 66 раз (11,8%). Невозможность получения у всех больных достаточного материала для исследования и диагноза на основании цитоморфологической картины пунктата является отрицательной стороной пункционного метода.

Таблица 2

Окончательный диагноз	Число параллельных пункций цитологических и гистологических	Гистологическое исследование				Цитологическое исследование				Расхождение с гистологическим
		заключение не дано	заключение в предполож. форме	заключение в убедит. форме	ошибки диагностики	заключение не дано	заключение в предположительной форме	заключение в убедительной форме	ошибки диагностики	
Воспалительный процесс	15	—	1	14	—	—	1	14	—	—
Туберкулез	36	1	2	32	1	2	—	33	1	2
Гиперплазия лимфоидной ткани	32	—	—	32	—	3	—	29	—	—
Лимфогрануломатоз	52	7	6	35	4	2	3	46	1	5
Метастаз рака	34	—	1	33	—	1	—	31	2	2
Саркома	6	—	1	5	—	—	3	3	—	—
Меланома	4	—	—	4	—	—	—	4	—	—
Лимфолейкоз	3	—	2	1	—	—	2	—	1	1
Всего	182	8	13	156	5	8	9	160	5	10
%		4,3	7,2	85,7	2,8	4,3	4,6	88,3	2,8	5,6

Цитологическое заключение нами было выдано 489 больным (88,2%), из них правильно поставлен диагноз 484 раза (98,9%), 31 больному (5,6%) заключение было дано в предположительной форме и 453 (81,6%) в убедительной.

Критерием достоверности цитологического заключения в одних случаях явились гистологические исследования биопсированных лимфатических узлов, в других—бактериоскопические исследования периферической крови и костного мозга, в третьих (преимущественно при воспалительных процессах)—клиническое течение и эффективность проведенной терапии.

Данные, приведенные в табл. 1, говорят также о том, что до морфологического исследования 67 раз (12,2%) клинический диагноз был поставлен неправильно. А у 95 больных (17,1%) данные не позволяли склониться в пользу какого-либо заболевания, и только диагностическая пункция дала возможность определить его сущность. Следовательно, у 162 больных (29%) диагноз был поставлен на основании данных только цитологического исследования.

Для определения ценности и достоверности пункционно-цитологиче-

ского исследования как морфологического диагностического метода мы произвели идентичное сопоставление цитологических и гистологических данных (табл. 2). Всего мы располагаем 182 параллельными пункционно-цитологическими и гистологическими исследованиями.

В 10 наших наблюдениях (5,6%) данные цитологических исследований не совпадали с гистологическими. Анализ этих наблюдений показал, что в 5 случаях неверно был поставлен диагноз цитологом и в 5—гистологом. Следовательно, в наших наблюдениях процент диагностических ошибок как при цитологическом исследовании, так и гистологическом составляет 2,8.

Ошибки цитологической диагностики имели место: в 1 наблюдении туберкулеза (продуктивная форма), в 1—лимфогрануломатоза (склеротическая форма), в 2—метастаза рака и в 1—лимфолейкоза. Ретроспективное изучение этих препаратов показало, что цитологическая картина была неправильно интерпретирована только в одном случае—продуктивного туберкулезного воспаления. Наличие значительного количества ретикулярных клеток, небольшого числа эпителиоидных элементов, отсутствие клеток Пирогова-Ланганса и многоядерных цитоплазменных эпителиоидных образований, характерных для этого процесса, а также разнообразие клеточных форм (плазматические и моноцитоидные клетки, эозинофилы) склонили цитолога в сторону лимфогрануломатоза. В случае склеротической формы лимфогрануломатоза в пункционном материале отмечалось большое количество волокон фиброзной ткани, зрелых лимфоцитов, деформированных ретикулярных клеток (которые были приняты за моноцитоидные), на основании чего было выдано заключение о воспалительном процессе с фиброзом. В двух наблюдениях метастаза рака в лимфатические узлы в цитологических препаратах и при ретроспективном просмотре на фоне нормальной лимфограммы не были выявлены гетеротопичные элементы. Очевидно, пунктат был получен из лимфатического узла, еще не пораженного метастазом, а гистологическому исследованию подверглись другие лимфатические узлы. В случае нераспознанного цитологом лимфолейкоза в лимфограмме отмечалось лишь преобладание пролимфоцитов, что наблюдается при гиперплазии лимфоидной ткани.

Анализ этих наблюдений говорит о том, что в некоторых случаях цитологическая картина пунктата не отображает патоморфологической сущности процесса, что, безусловно, чревато ошибкой диагностики.

Неправильное гистологическое заключение имело место в одном наблюдении туберкулезного поражения лимфатических узлов. При этом в гистологических препаратах констатировалась только гиперплазия лимфоидной ткани, а в пункционном материале было обнаружено много эпителиоидных элементов и единичные гигантские клетки Пирогова-Ланганса, на основании чего и было сделано заключение о туберкулезе лимфатических узлов. Очевидно, и в этом случае цитологическому и гистологическому исследованию были подвергнуты разные лимфатические узлы. Следовательно, определенный процент диагностических оши-

бок как при цитологическом, так и гистологическом исследовании может быть в результате получения материала не из пораженного лимфатического узла.

Остальные 4 диагностические ошибки были допущены гистологом при лимфогрануломатозе. В трех наблюдениях было выдано заключение о лимфолейкозе, а в одном—о ретикулезе. Исследованиями дополнительных срезов был установлен соответственно лимфогрануломатоз лимфоидной и ретикулярной формы, о чем свидетельствовали и данные цитологического исследования. Сопоставление числа уверенных и предположительных заключений, выданных цитологом и гистологом, позволяет говорить о том, что цитологическому методу более доступна дифференциация лимфогистоцитарного варианта лимфогрануломатоза. Из табл. 2 видно, что процент уверенных цитологических заключений (88,3) несколько выше, чем гистологических (86,7), а процент предположительных—ниже (4,6—7,2).

Очевидно, последнее должно быть объяснено тем, что основной критерий морфологической диагностики лимфогрануломатоза—клеточный полиморфизм и увеличение количества ретикулярных клеток—в самых начальных и минимальных проявлениях легче определяется в цитологических препаратах. Это подтверждается и тем фактом, что в наших наблюдениях гистологом не были распознаны лимфоидный и ретикулярный типы лимфогрануломатоза, при которых в гистологических срезах выявить полиморфизм клеточных форм не представляется возможным.

Данные наших исследований показывают, что воспалительные процессы определяются пункционно-цитологическим методом с наибольшей достоверностью. При этом в подавляющем большинстве случаев распознается и туберкулезная этиология его.

Число исследованных нами больных саркомой лимфатических узлов и лейкозом еще далеко не достаточно для определенных выводов, однако уже сейчас наши данные показывают, что среди сарком—лимфосаркома, а лейкозов—лимфолейкоз наиболее трудны для цитологической дифференциации. При этих процессах больше чем когда-либо должны учитываться все прочие клинические данные.

У 32 больных гистологическое исследование биопсированных лимфатических узлов определило только гиперплазию лимфоидной ткани, тогда как пункционно-цитологическим методом у 4 из них было дано уверенное заключение о лимфогрануломатозе. Клиническое течение болезни и данные повторных морфологических исследований подтвердили этот диагноз. Это может быть объяснено тем, что, во-первых, биопсии мог быть подвергнут лимфатический узел, в котором процесс еще ограничивался только гиперплазией лимфоидной ткани, и, во-вторых, тем, что полиморфизм клеточных форм легче и раньше констатируется в цитологических препаратах.

Таким образом, анализ полученных нами данных говорит о том, что цитологическое исследование пункционного материала является достаточно достоверным морфологическим диагностическим методом.

Его применение уменьшает число ненужных оперативных вмешательств и способствует выбору рационального метода лечения.

Армянский институт
рентгенологии и онкологии

Поступило 3/XI 1971 г.

Գ. Ա. ԱՐԶՈՒՄԱՆՅԱՆ, Մ. Գ. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ

ՊԵՐԻՖԵՐԻԿ ԱՎՇԱՅԻՆ ՀԱՆԳՈՒՅՑՆԵՐԻ ՈՒՌՈՒՅՑՔՆԵՐԻ ԵՎ ՈՒՌՈՒՅՑՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊՈՒՆԿՑԻՈՆ–ԲՋՋԱԲԱՆԱԿԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ամփոփում

Մեր նպատակն է եղել սեփական 866 դիտարկումների հիման վրա որոշել պունկցիոն-բջջաբանական հետազոտության արդյունավետությունը ավշային հանգույցների տարբեր տեսակի ախտահարումների ախտորոշման գործում։

Ստացված տվյալները վկայում են, որ պունկցիոն մատերիալի բջջաբանական հետազոտությունն իր ախտորոշիչ արժեքով ամենևին չի զիջում հյուսվածաբանական եղանակին։

Հետազոտության բջջաբանական եղանակը խիստ նվազեցնում է ավելորդ վիրահատությունների թիվը և նպաստում բուժման առավել ռացիոնալ եղանակի ընտրությանը։

ЛИТЕРАТУРА

1. *Айрапетян М. Х.* Вопросы рентгенологии и онкологии, т. VI. Ереван, 1961, стр. 279.
2. *Герцен П. А.* Юбилейный сборник П. А. Герцена. М., 1924, стр. 82.
3. *Кассирский И. А.* Клиническая медицина, 1946, 3, стр. 19.
4. *Мельников А. В.* Труды I Всесоюзного съезда онкологов. Киев, 1936, стр. 229.
5. *Никитина Н. И.* Вопросы онкологии, 1959, 3, стр. 55.
6. *Чогошвили Н. Е.* В кн.: Вопросы рентгенологии. Труды Института рентгенологии и радиологии им. В. И. Молотова, т. VII. М., 1952, стр. 228.
7. *Эпштейн А. А., Святухин В. М.* Советская медицина, 1948, 2, стр. 10.
8. *Desai P. B., Meher-Homji D. K., Paymaster J. C.* Cancer, 1965, 18, 1, 25.