

УДК 616.36—006—076.5

Э. С. ГАЗАРЯН, М. А. ЗЕЙТУНЯН, М. Х. АИРАПЕТЯН

К ПУНКЦИОННО-ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ  
ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Печень по своему анатомическому расположению часто бывает недоступна детальному и всестороннему исследованию обычными клиническими методами. Функциональные пробы печени не всегда дают достаточные основания для распознавания того или иного заболевания органа. Диагностическая лапаротомия, сплено-портография, осуществляемая путем непосредственного введения контрастного вещества в паренхиму печени, сопряжены с большими осложнениями. При глубоком расположении патологического очага электрокаутеризация чрезкожной биопсии и другие методы не состоятельны.

Трудности современной диагностики заболеваний печени, особенно при опухолевых процессах, диктуют необходимость поисков новых методов исследования, которые, будучи простыми и доступными, обладали бы достаточной достоверностью.

В последние три десятилетия широкое распространение получил цитологический метод исследования (пункционный и эксфолиативный), позволяющий с большой достоверностью определять характер патологического процесса.

В отечественной и зарубежной литературе достаточно сообщений о диагностической ценности цитологического исследования пункционного материала, полученного из патологического очага [14, 20, 23, 25].

Многие клиницисты отмечают диагностическую ценность пунктата при таких заболеваниях печени, как: болезнь Боткина [5, 11, 13, 15], циррозы [5], жировая инфильтрация печени [26], амилоидоз [22], малярия [12], туберкулез [30], саркоидоз Бенье-Бека-Шаумана [28], лимфогранулематоз печени [19, 24] и др.

Имеются и работы, посвященные пункционно-цитологической диагностике злокачественных новообразований печени. Сафди [27] из 53 обследованных больных с подозрением на опухоль в 41 случае пункцией установил рак печени. Уорд и Шифф (по [5]), пунктируя печень у 3 больных с подозрением на карциному, в 82 наблюдениях получили положительный результат. М. Г. Абрамовым [3] произведено 250 пункций печени, при этом рак выявлен у 68 человек. Из этого числа у 3 больных цитологическим исследованием пунктата был установлен первичный рак печени—эпителиома (гепатома), подтвержденный патогистологически. Н. И. Коновалов с соавт. [9] из 85 больных, поступивших с подо-

зрением на рак желудка, с помощью пункционной биопсии выявил опухолевые изменения в печени у 15, у 12—метастазы в печень, у 2—первичный рак печени и у одного—рак, который затруднялись отнести к категории первичных или вторичных.

Пункция печени нами произведена у 137 больных, у которых при клиническом обследовании был заподозрен метастатический или первичный рак печени (первичный очаг не выяснен).

При оценке показаний к пункции печени мы учитывали также схему Гесса, позволяющую ориентироваться в локализации метастазов (рис. 1). Сущность схемы заключается в следующем: известно, что

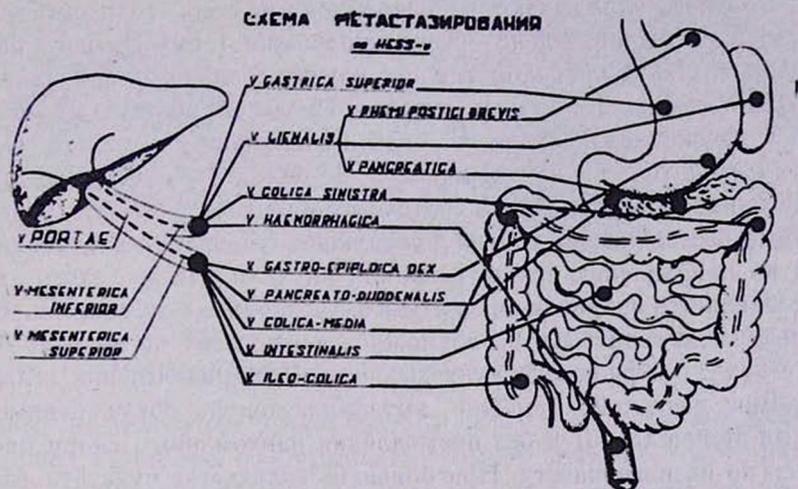


Рис. 1. Схема Гесса, представленная графически (видоизмененная нами).

кровь из органов брюшной полости, поступающая в печень через портальную систему, делится на два протока, идущих в печень, внутри распределяясь по отдельным долям (правую и левую). Согласно схеме Гесса, метастазы злокачественных опухолей в правой доле печени чаще наблюдаются при первичном поражении раком нижней половины большой кривизны желудка, головки поджелудочной железы, правого колена толстой и тонкой кишки, цекума и аппендикса. Если у больного имеется поражение вышеуказанных органов с одновременным увеличением печени, для выявления метастатического поражения ее целесообразна пункция правой доли.

Рак же прямой кишки, левого колена толстой кишки, тела поджелудочной железы, селезенки, малой кривизны желудка большей частью дает метастазы в левую долю печени, которая по своему анатомическому расположению недоступна пункционной игле. При этом прибегать к пункции следует в тех случаях, когда в результате внутрипеченочного обильного метастазирования печень доходит до больших размеров, вовлекая в бластоматозный процесс и правую долю. Таким образом, схема Гесса в известной мере ориентирует клинициста в целесообразности пункции печени.

Пункция опухолевидно измененных узлов печени производится 20,0 шприцем «Рекорд» и иглами разной длины (15—20 см) и диаметра (1,5—2 мм) с хорошо подобранными мандренами. Выбор длины и диаметра иглы зависит от глубины расположения опухоли и ее консистенции. Стерилизация шприца и иглы производится сухим методом или кипячением с тщательным последующим обезвоживанием их, так как остающаяся в шприце влага может сделать непригодным для исследования полученный материал, вследствие гидратации и набухания клеточных элементов. Перед проколом проверяется проходимость иглы и плотность прилегания поршня в цилиндре. Пункция производится натошак. Больного укладывают на операционный стол горизонтально, лицом вверх, предварительно введя подкожно 1 см<sup>3</sup> 1%-ного раствора понтанопа. Перед проколом следует научить больного задерживать на несколько секунд дыхание на выдохе. После обработки операционного поля и новокаиновой анестезии игла с мандреном в конце глубокого выдоха вводится сначала под кожу, в область IX—X межреберья по средней подмышечной линии, потом освобождается от мандрена, а затем быстрым движением игла проталкивается вглубь в паренхиму печени по направлению прощупываемой опухоли. После этого к игле присоединяется шприц и производится аспирация материала. Вся эта процедура должна быть по возможности быстрой—не дольше нескольких секунд, в период задержки дыхания. После извлечения иглы ее содержимое движением поршня выталкивается на обезжиренные предметные стекла (3—5) и без промедления равномерным слоем распределяется по их поверхности. При большом количестве пунктата (несколько см<sup>3</sup> жидкости) последний выливается в чашку Петри с целью макроскопического отбора тканевых частичек для цитологического, а по возможности, и гистологического исследования. Если материал не содержит включений, цитологическому исследованию подвергается осадок, полученный путем центрифугирования. Приготовленные препараты после высыхания красятся по методу Крюкова-Паппенгейма. Окрашенные препараты сначала просматриваются в микроскопе при малом увеличении, а для детального изучения отдельных клеток и их группировок—иммерсионной системой.

Общая цифровая характеристика по пункционному материалу печени дана в табл. 1.

Таблица 1

Клинический диагноз до морфологического исследования	Количество исследований	Цитологическое исследование		
		положительное	сомнительное	отрицательное
Подозрение на рак печени (первичный или вторичный—метастатический)	137	51	9	77

В 51 наблюдении данные цитограммы позволили сделать заключение о раке печени, в 43—о метастатическом (рис. 2, А), в 8—о первич-

ном (рис. 2, Б). Цитоморфологическая характеристика первичного и метастатического рака печени будет приведена отдельно. Достоверность цитологического заключения в 32 случаях (в том числе 6 аутопсий) была подтверждена гистологическим исследованием, у остальных больных—клиническим течением заболевания. Только в одном случае в результате цитологического исследования был установлен рак на фоне цирроза, тогда как клиническое течение заболевания больше говорило за цирроз.

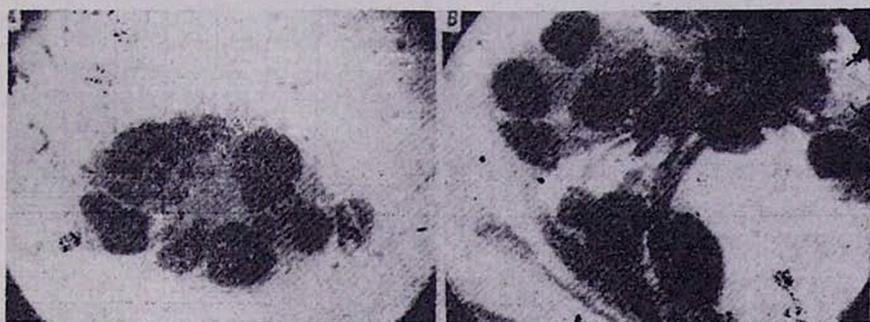


Рис. 2. А. Метастаз аденокарциномы в печень. Железистый комплекс атипических эпителиальных клеток. Увелич. 1 : 850. Б. Первичный рак печени на фоне цирроза. Резко атипические полиморфные клетки и волокна фиброзной ткани. Увелич. 1 : 850.

Данные исследования 9 больных мы отнесли в графу «сомнительных», так как у 7 из них были выявлены только одиночные экземпляры атипических эпителиальных клеток с нерезко выраженными признаками аплазии, что воздержало цитолога от утвердительного заключения о наличии карциномы. Однако клиническое течение болезни говорило в пользу рака. В двух других наблюдениях на основании исследования пункционного материала было дано заключение в одном случае об озлокачествлении, в другом—высказано подозрение на рак на фоне цирроза. Клиника заболевания у этих больных говорила больше за цирроз. Однако вопрос о характере патологического процесса окончательно не решен.

Таким образом, из 60 больных, у которых цитологически был установлен рак печени (в 51 случае убедительно, в 9—сомнительно), только в трех наблюдениях этот диагноз оказался несостоятельным. Это приводит к выводу, что при достаточном материале цитологическим исследованием пунктата в 95% случаев можно правильно распознать раковое поражение печени, даже с указанием на его первичность или вторичность.

Из 137 пункций печени в 77 наблюдениях в цитологических препаратах элементы новообразования обнаружены не были.

Сравнительные данные цитологического и гистологического исследований и окончательный клинический диагноз приведены в табл. 2.

Из 77 больных этой группы у 11 пункционно-цитологическим исследова-

Таблица 2

Цитологическое заключение	Количество б-ых	Окончательный диагноз с учетом цитологического заключения и клинического течения заболевания							
		опухоль и др. заболевание, не обнаружены	гемангиома	метастазы	первичный рак	воспаление	циррозы	киста	эхинококк
Воспаление	19	—	—	3	2	10	4	—	—
Циррозы	4	—	—	—	—	—	4	—	—
Киста	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Эхинококк	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Выявлены только элементы периферич. крови	21	5	1	3	5	1	6	—	—
Выявлены элементы крови и нормальные клетки печеночной паренхимы	31	5	—	8	6	3	8	1	—
Всего	77	10	1	14	13	14	22	2	1

дованцем были выявлены элементы: периферической крови (6), нормальной печеночной паренхимы (5). Отсутствие каких-либо изменений в печени у 10 человек было подтверждено клиническим течением болезни. У одной больной окончательный клинический диагноз—гемангиома. Следовательно, эти 11 пункций не должны быть отнесены к числу неудачных.

У 16 больных при помощи аспирационной биопсии удалось исключить наличие злокачественного новообразования в печени и правильно распознать у 10 воспаление, у 4 цирроз, у одного эхинококк и у одного кисту.

Таким образом, диагностическая пункция печени дает возможность установить не только характер процесса (доброкачественный или злокачественный), но и распознать также заболевания: воспаление, цирроз, кисту, эхинококк.

В остальных 50 наблюдениях в цитологических препаратах пунктата были выявлены элементы: периферической крови (5), нормальной печеночной ткани (26) и воспалительного инфильтрата (9). Окончательный клинический диагноз у 27 больных этой группы был рак, у 4 воспаление, у 18 цирроз, у одного киста. Очевидно, в этих наблюдениях игла не попала в патологический очаг, или материал был получен из участка перифокального воспаления.

Таким образом, из 126 пункций печени, произведенных у больных с опухолевыми и другими заболеваниями этого органа, в 76 случаях (60 рак и 16 вышеперечисленные болезни) был получен материал, вполне достаточный для цитологического исследования (60,3%). В 50 наблюдениях (39,7%) аспирационная биопсия не дала результатов.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы.

1. Цитологическое исследование пунктата является ценным и до-

стоверным методом дифференциальной диагностики заболеваний печени, позволяющим (при полноценном пунктате) в подавляющем большинстве (95%) установить злокачественный характер процесса.

2. Данные цитологического исследования пунктата позволяют распознать гепатит, цирроз, кисту, эхинококк.

3. Большое количество несостоятельных пункций (39,7%) говорит о необходимости дальнейшего усовершенствования ее техники.

4. Схема Гесса в известной мере ориентирует клинициста в целесообразности пункции печени с целью диагностики.

Армянский институт  
рентгенологии и онкологии

Поступило 22/IX 1970 г.

Է. Ս. ՂԱԶԱՐՅԱՆ, Մ. Ա. ԶԵՅՔՈՒՆՅԱՆ, Մ. Խ. ՀԱՅՐԱՊԵՏՅԱՆ

### ԼՅԱՐԴԻ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ՊՈՒՆԿՑԻՈՆ-ԲՋՋԱՐԱՆԱԿԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

#### Ա մ փ ո փ ո լ մ

Լյարդը իր անատոմիական տեղակայումով ոչ միշտ է հասանելի բազմակողմանի և մանրակրկիտ հետազոտման համար:

Մեր նպատակն է հղել պունկցիոն-բջջաբանական մեթոդով ախտորոշել լյարդի հիվանդությունները, մասնավորապես ուռուցքային ախտահարումները: 137 հիվանդներ ենթարկվել են պունկցիոն-ասպիրացիոն բիոպսիայի: Բջջաբանական հետազոտությունները ցույց են տվել, որ՝

1) Լյարդի հիվանդությունների տարբերական ախտորոշման համար վստահելի ու զնահատելի միջոց է հանդիսանում պունկցիոն բիոպսիայից ստացված նյութի բջջաբանական հետազոտությունը, որը դեպքերի 95%-ի ժամանակ հնարավորություն է տվել ախտորոշել նրա շարորակ բնույթը:

2) Լյարդի պունկցիոն-բջջաբանական հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս ախտորոշել նաև հեպատիտը, ցիրոզը, կիստան, էխինոկոկը:

3) Դեպքերի 39,7%-ի մոտ ստացվող բացասական պատասխանները խոսում են այն մասին, որ մենք դեռևս չունենք ասպիրացիոն պունկցիայի կատարելագործված տեխնիկա:

4) Հեսսի սխեման որոշ չափով հնարավորություն է տալիս կողմնորոշվելու, թե որ դեպքերում է նպատակահարմար դիմել պունկցիոն-ասպիրացիոն բիոպսիային:

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрамов М. Г. Цитологическая диагностика методом пункции. М., 1949.
2. Абрамов М. Г. Цитологическое исследование пунктатов. М., 1953.
3. Абрамов М. Г. Клиническая цитология. М., 1962, стр. 283.
4. Глинчиков В. И. Клинические лекции. Курс факультетской терапевт. клиники, ч. II. М., 1927, стр. 130.
5. Закржевский Е. Б. Пункционная диагностика печени и ее диагностическое значение. М., 1960.
6. Закржевский Е. Б. Врачебное дело, 1952, 9, стр. 795.

7. *Закржевский Е. Б.* Дисс. докт. М., 1953.
8. *Кассирский И. А.* Клиническая медицина, 1946, 3, стр. 9.
9. *Коновалов Н. И., Фадеев Н. П., Чистоева Н. М.* Вопросы онкологии, 1969, 14, 12, стр. 8.
10. *Меликова И. Ю., Жадовская В. М.* Клиническая медицина, 1959, 2, стр. 16.
11. *Паронян Р. Л.* Дисс. докт. Ереван, 1953.
12. *Расулев Ш. Р.* Клиническая медицина, 1958, 6, стр. 44.
13. *Скворцов М. А.* Педиатрия, 1945, 2, стр. 3.
14. *Ташо А., Ташев.* Медицинский работник, 1 июля, 1958, 6, 52.
15. *Угрюмов Б. П.* В кн.: Труды Ученого медицинского Совета медико-санитарного управления ВМФ. М.—Л., 1944, 3, 6, стр. 190.
16. *Чернышева Е. В.* Терапевтический архив, 1955, 8, стр. 26.
17. *Чернышева Е. В.* Терапевтический архив, 1952, 4, стр. 66.
18. *Шмелев Н. А.* Советская медицина, 1948, 12, стр. 17.
19. *Abbatucci L. S., Beatty E. G.* Bull. Ass. franç., Cancer, 1953, 40, 3, 371.
20. *Battaglia P. S. Mc., Cormack L. J., Brown C. H.* Amer. Journ. Gastroenterol., 1960, 34, 4, 337.
21. *Becker V.* Acta Hepato-Splenol., 1961, 8, 2, 110.
22. *Bulgarelli R.* Minerva Pediat. Torino, 1954, 6, 933.
23. *Conn H. O., Jesner R.* Ann. Internal. Med., 1963, 59, 1, 53.
24. *Hoster H., Dratman M., Craver F., Rolnik H.* Cancer ses., 1948, 8, 1, 1.
25. *Kief H.* Med. Welt., 1962, 19, 1076.
26. *Menghtni G.* Gastroenterology, 1958, 35, 2, 190.
27. *Safdi S., Gall E., Kump C., Schiff L.* Gastroenterology, 1948, 11, 93.
28. *Scherlock Sh.* Lancet, 1945, 2, 397.
29. *Scherlock Sh.* Lancet, 1948, 817.
30. *Weller E., Lepp M.* Münch. med. Wschr., 1957, 921.