

УДК 616.428—006.6—033.2

А. С. ШАХНАЗАРЯН, М. Г. ДАНИЕЛЯН

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАСТАТИЧЕСКИХ
ПОРАЖЕНИЙ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

В статье проанализированы данные 99 цитологических исследований пунктатов и отпечатков лимфатических узлов с 97 параллельными гистологическими исследованиями, в результате чего сделаны выводы о достоверности цитологического метода исследования, о необходимости производить его параллельно с гистологическим, что способствует достоверности морфологической диагностики метастатического поражения.

В организме нет другой системы, более связанной со злокачественными опухолями, чем лимфатическая. Первичные и вторичные раковые опухоли обычно встречаются в органах, богатых лимфоидной тканью, которая, с одной стороны, является хорошей почвой для роста большинства злокачественных опухолей, а с другой—играет важную роль в разрушении злокачественных клеток [19].

Частота поражения лимфатических узлов метастазами злокачественных новообразований общеизвестна. Особенно часто в лимфатические узлы метастазируют опухоли эпителиальной природы [2, 8—10, 13, 14, 16, 19].

Пункционная диагностика заболеваний лимфатических узлов приобрела общее признание благодаря технической простоте метода, его малой травматичности, возможности повторных исследований и большой достоверности [3, 6, 9]. Цитологическая диагностика метастатических поражений лимфатических узлов основана на выявлении в пунктатах атипических клеток, чуждых лимфатическому узлу и отличающихся признаками злокачественности [1, 4, 6, 12, 15, 17, 18].

В онкологической практике особенно большое значение имеет цитологическое исследование лимфатических узлов, когда выявление метастаза в них является решающим для диагноза заболевания. В этих случаях нередко возникают трудности в установлении первичного очага опухоли. Зиннер [20] указывает на сложность в некоторых случаях установления первичного очага опухоли при выявлении метастаза в лимфатическом узле и полагает, что морфологическое изучение метастаза, установление его гистологической формы может в какой-то степени облегчить поиски первичного очага злокачественного новообразования.

Располагая большим материалом параллельных цитологических и гистологических исследований лимфатических узлов, мы поставили перед собой задачу: дать сравнительную оценку цитологической и гистологической диагностике метастатически пораженных лимфатических

узлов, определить возможность цитологического распознавания патоморфологической разновидности метастатического очага и локализацию первичной опухоли.

В настоящей работе проанализированы данные 99 цитологических исследований лимфатических узлов, пораженных метастазами злокачественных опухолей и 97 параллельных гистологических исследований, из них 37 цитологических исследований пункционного материала и 62 отпечатка рассеченной поверхности удаленного лимфатического узла.

Сравнение данных цитологического исследования пункционного материала и отпечатков убедило нас в том, что особенности цитоморфологических картин пунктатов и отпечатков в основном идентичны. Поэтому толкование цитограмм даже скудного пунктата строится на тех же принципах, что и препаратов отпечатков.

В табл. 1 приведены результаты пункционно-цитологических и гистологических исследований метастатически пораженных лимфатических узлов. Они свидетельствуют о том, что во всех 37 наблюдениях микроскопия пунктата выявила метастатическое поражение лимфатического узла, а при гистологическом исследовании в 91,4% случаев метастаз не был обнаружен. По всей вероятности, на гистологическое исследование был взят узел, не пораженный метастазом. При этом заключение о метастазе обоими морфологическими методами во всех наблюдениях было дано в убедительной форме.

Сравнивая эти данные с предварительным клиническим диагнозом, мы убеждаемся в том, что только в 62,1% наблюдений клиницистом был правильно распознан характер патологического процесса, а в остальных 37,9% случаев диагноз был поставлен на основании данных пункционно-цитологического исследования и в дальнейшем подтвержден гистологически.

В табл. 2 приведены результаты 62 наблюдений параллельных исследований отпечатков и гистологических срезов лимфатических узлов, пораженных метастазом злокачественной опухоли. Данные, приведенные в ней, говорят о том, что в 11,2% наблюдений исследование отпечатков не выявило метастатического поражения лимфатического узла. Гистологическим исследованием метастаз не был выявлен в 12,9% случаев. Очевидно, цитологическому исследованию подвергались метастатически пораженные лимфатические узлы, в результате чего процент цитологического выявления метастазов оказался выше гистологического. В случаях, не выявленных цитологическим и гистологическим исследованием метастазов, видимо, отпечатки и срезы были произведены с лимфатических узлов, не пораженных метастазом. Эти данные со всей очевидностью свидетельствуют о целесообразности параллельных цитологических и гистологических исследований лимфатических узлов как во время срочной, приоперационной, так и для более достоверной морфологической диагностики. При этом заключение о метастатическом поражении лимфатического узла во всех случаях обоими методами было выдано в убедительной форме. В одном наблюдении было выдано ошибоч-

Таблица 1

Окончательный клинический диагноз		Предварит. кли- нич. диагноз	Цитологическое исследование пунктатов				Ошибки диагно- стики	Гистологическое исследование				Ошибки диагно- стики
			число ис- следований	в убедит- ельной форме	в описа- тельной форме	метастазы не выяв- лены		число ис- следований	в убедит. форме	в описит. форме	метастазы не выяв- лены	
Метастазы рака молочной железы	11	9	11	11				11	9		2	
" легкого	7	3	7	7				7	7			
" печени	3	1	3	3				3	3			
" кожи	3	2	3	3				3	3			
" щитовидной железы	3	2	3	3				2	2			
" желудка	2	2	2	2				2	1		1	
" глотки	1	1	1	1				1	1			
" рака	4	2	4	4				3	3			
" семиномы	1	1	1	1				1	1			
" гортани	1		1	1				1	1			
" гипернефроидного рака	1		1	1				1	1			
Всего	37	23	37	37				35	32		3	
%		62,1		100					91,5		8,5	

Таблица 2

Окончательный клинический диагноз		Предварит. кли- нич. диагноз	Цитологическое исследование отпечатков				Ошибки диагно- стики	Гистологическое исследование				Ошибки диагно- стики
			число исследован.	в убедит.- тельн. фор- ме	в описа- тельной форме	метастаз не выявл.		число ис- следован.	в убедит. форме	в описа- тельной, фор- ме	метастаз не выявл.	
Метастазы рака молочной железы	24	21	24	20		4		24	17	1	6	
" желудка	18	16	18	16		2		18	16			
" кожи	3	3	3	2			1	3	3		2	
" прямой кишки	3	2	3	3				3	3			
" легкого	2	1	2	2				2	2			
" гортани	1		1	1				1	1			
" поджелудочной железы	1	1	1	1				1	1			
" яичника	1	1	1	1				1	1			
" тонкой кишки	1	1	1	1				1	1			
" саркомы Юинга	1	6	1	1				1	1			
" печени	1	1	1	1		1		1	1			
" семиномы	1		1	1				1	1			
" меланомы кожи	1		1	1				1	1			
" рака	4		4	4				4	4			
Всего	62	48	62	54		7	1	62	53	1	8	
%		77,4		87,2		11,2	1,6		85,5	1,6	12,9	

Гистоструктура первичного очага		Цитологическое исследование метастаза в лимфатический узел	Гистологическое исследование метастаза в лимфатический узел
Аденокарцинома скirr. типа	11	аденокарцинома солидный рак мелкоальвеол. солид. рак skirr. типа	9 1 1 1
Угревидный рак (Comedo Ca)	1	солидный рак	1
Плоскоклеточный рак	4	плоскоклеточный рак солидный рак скirрозного типа	3 1
Базальноклеточный рак	1	низкодифференцированный рак	1
Гипернефроидный рак	1	гипернефроидный рак	1
Коллоидная аденокарцинома	1	коллоидная аденокарцинома	1
Мелкоальвеолярный рак скirрозно-го типа	5	солидный рак мелкоальвеолярный рак скirрозно-го типа	4 1
Крупноальвеолярный солидный рак скirрозного типа	6	солидный рак крупноальвеолярный солидный рак	5 1
Диффузный рак	2	крупно- и мелкоальвеолярный солидный рак	2
Меланома	1	недифференцированные клетки, не содержащие пигмента	1
Саркома Юинга	1	—	1
Всего	34	33	34

ное цитологическое заключение о лимфогранулематозе (1,6%). При этом цитогарма отпечатка отличалась большой многоликостью клеточных элементов: пролимфоцитов, эозинофилов, плазматических и эпителиоидных клеток. Эпителиальных же клеток, говорящих в пользу метастаза, не было. Очевидно, и в этом случае цитологическому исследованию был подвержен лимфатический узел, еще не пораженный метастазом.

Таким образом, сравнительный анализ данных цитологических и гистологических исследований показал, что цитологический метод в диагностике метастатических поражений лимфатических узлов по своей достоверности не уступает гистологическому и позволяет клиницисту правильно ориентироваться в выборе метода лечения.

Мы располагаем 34 наблюдениями параллельных цитологических и гистологических исследований метастатических поражений лимфатических узлов с исследованием первичной гистоструктуры первичного очага.

Данные, приведенные в табл. 3, говорят о том, что у 11 больных в первичном очаге гистологическим исследованием была установлена аденокарцинома, а метастатические очаги в 9 случаях имели также строение аденокарциномы, в 2 были менее дифференцированными (крупноальвеолярный солидный рак и мелкоальвеолярный солидный рак скirroзного типа). Угревидный рак в метастатическом очаге дедифференцировался, приняв строение солидного и диффузного. Из 4 наблюдений плоскоклеточного рака в 3 метастаз повторял гистоструктуру первичного очага, а в 1—дедифференцировался в солидный. В наблюдении гипернефроидного рака и коллоидной аденокарциномы метастатические очаги сохранили то же строение. В 11 наблюдениях первичные очаги были построены по типу крупно- и мелкоальвеолярного рака скirroзного типа, а метастатические очаги в 2 случаях повторяли гистоструктуру первичного очага, в 9 имели строение солидного рака без разрастания стромы. Диффузный рак в обоих наблюдениях в метастатических очагах перестроился в солидный. В случаях базальноклеточного рака и саркомы Юинга метастазы повторяли гистологическую структуру первичного очага. В одном наблюдении меланомы кожи в метастатическом очаге были выявлены недифференцированные клетки, не содержащие пигмента.

Следовательно, полученные нами данные свидетельствуют о том, что высокодифференцированный первичный рак в метастатическом очаге чаще сохраняет свое строение (78,4%), реже претерпевает омоложение, что согласуется с данными литературы [5, 8, 9, 11].

Низкодифференцированный рак сохраняет свою незрелость в метастатическом очаге, иногда лишаясь сильно развитой стромы или меняя свое строение (из солидного переходит в диффузный, или наоборот).

Определить первичный очаг поражения по данным цитологического и гистологического исследования пораженного лимфатического узла мы смогли только у 4 больных. В 3 наблюдениях это позволило рас-

познать рак щитовидной железы благодаря наличию в пунктате уплотненных клеток с признаками секреции, весьма характерных для гиперпластических процессов щитовидной железы, и в 1 случае—гипернефроидный рак, при этом цитограмма состояла из крупных светлых клеток с обильной пенистой цитоплазмой и мелкими ядрами, характерными для гипернефroidного рака.

В ы в о д ы

1. Пункционно-цитологическое исследование является достоверным методом диагностики метастатических поражений лимфатических узлов, позволяющим клиницисту правильно ориентироваться в выборе метода лечения.

2. Цитологическое исследование отпечатков удаленного лимфатического узла, произведенное параллельно с гистологическим исследованием, способствует достоверности морфологической диагностики метастатического поражения.

3. Высокодифференцированные раки в метастатическом очаге чаще сохраняют строение первичного очага.

4. Низкодифференцированные раки сохраняют свою незрелость в метастатическом очаге, иногда лишаясь сильно развитой стромы или меняя свое строение.

5. Определить первичный очаг поражения по данным цитологического исследования лимфатического узла можно только при раке щитовидной железы и гипернефroidном раке.

Армянский институт
рентгенологии и онкологии

Поступила 25/V 1971 г.

Ա. Ս. ՇԱՀՆԱԶԱՐՅԱՆ, Մ. Գ. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ

ԱՎՇԱՅԻՆ ՀԱՆԳՈՒՅՑՆԵՐԻ ՄԵՏԱՍՏԱՏԻԿ ԱՆՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐԻ
ԲԶԶԱՐԱՆԱԿԱՆ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Աշխատանքում քննակված են չարորակ նորագոյացությունների մետաստազներով ախտահարված 99 ավշային հանգույցների բջջաբանական և 97 ավշային հանգույցների զուգահեռ կատարված հյուսվածքաբանական հետազոտությունների արդյունքները: Ստացված տվյալները վկայում են, որ հետազոտության պոնկցիոն-բջջաբանական եղանակը նպաստում է ավշային հանգույցների մետաստատիկ ախտահարումների ձևաբանական ախտորոշմանը: Զաղցկեղի առավել դիֆերենցված ձևերի մետաստազները հաճախ պահպանում են առաջնային օջախի կառուցվածքը, իսկ ավելի ցածր դիֆերենցված

ձևերի մետատատազները բնորոշվում են բջիջների ոչ հասունությամբ: Մետատատիկ ավշային հանգույցների բջջաբանական պատկերի հիման վրա առաջնային օջախը հնարավոր է որոշել միայն վահանագեղձի և մակերիկամների բաղկերկրի դեպքում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрамов М. Г. В кн.: Цитологическая диагностика методом пункций. М., 1948.
2. Брускин Я. М. В кн.: Дисгормональные заболевания молочной железы. М., 1962.
3. Баршак Ф. Д. Дисс. канд. Одесса, 1940.
4. Зыбина А. С. Дисс. канд. Л., 1952.
5. Калинина И. Ф. Здравоохранение Белоруссии, 1962, 9, стр. 60.
6. Кассирский И. А. Клиническая медицина, 1946, XXIV, 3, стр. 19.
7. Круглова Е. А. Советское здравоохранение Киргизии, 1956, 1, стр. 28.
8. Лукина Т. А. Автореферат канд. дисс. М., 1968.
9. Лукина Т. А. Лабораторное дело, 1968, 9, стр. 563.
10. Лукина Т. А. Материалы VI Всесоюзной научной конференции врачей-лаборантов. М., 1968, стр. 135.
11. Нигматулина Э. К. Труды Киргизского ин-та онкологии и радиолгии, т. V. Фрунзе, 1968, стр. 67.
12. Никитина Н. И. Дисс. канд. М., 1958.
13. Нисневич М. Н. В кн.: Клиническая и экспериментальная онкология, т. I. М.—Л., 1938, стр. 104.
14. Лейсахович И. М. Врачебное дело, 1954, 11, стр. 989.
15. Сахарова А. И. Автореферат канд. дисс. Тбилиси, 1959.
16. Такулов У. Т. В кн.: О топографии метастазов рака в лимфоузлы шеи и ее диагностическое значение. Орджоникидзе, 1956.
17. Тимашева Е. Д. Дисс. канд. М., 1948.
18. Чогошвили Н. Е. Труды Института рентгенологии и радиологии, т. VII. М., 1952.
19. Ulman S. Oncologia (Basel), 1963, 16, 1.
20. Sinner W. Oncologia, 1961, 14, 4, 264.