

Л. С. ГВОРКЯН

ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОТБОРА БОЛЬНЫХ ГРУППЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ КОЛИТАХ И ПРОКТОСИГМОИДИТАХ

Определялись цитоморфологические критерии отбора больных группы повышенного риска при язвенных колитах и проктосигмоидитах путем изучения параллельного гисто-цитологического материала, полученного при колоноскопии с пораженной слизистой кишечника у больных язвенным колитом. Показано, что в группу риска нужно включать больных хроническим язвенным колитом, а в группу повышенного риска — больных, цитограмма которых отражает выраженную пролиферацию эпителия с атипией клеток.

По данным ряда авторов [5, 7, 10], язвенный колит в 20—34% случаев может перерождаться в рак, поэтому больных с этим заболеванием относят к группе повышенного риска. В связи с этим своевременная диагностика заболеваний группы повышенного риска является весьма актуальной для предупреждения развития рака. При этом большое место отводится цитологическому методу исследования [1—4].

Цитоморфологическая сущность язвенного колита в литературе освещена не полностью и весьма противоречиво [2, 6, 8, 9, 11]. В связи с этим мы задались целью определить цитологический сдвиг при неспецифических язвенных колитах и проктосигмоидитах, что поможет выделить среди больных группу повышенного риска.

Материал, полученный от 107 больных с язвенным поражением разных отделов толстой кишки, подвергался ретроспективному и проспективному параллельному гисто-цитологическому исследованию. Изучено 256 колоноцитогрмм, так как у большинства больных материал брался из нескольких отделов толстой кишки. В некоторых случаях больные подвергались повторной колоноскопии с морфологическим исследованием биопсийного материала. Наличие язвенного процесса устанавливалось ректо- и колоноскопическим исследованием, а степень пролиферативных процессов и диспластических изменений определялась морфологическими методами.

Во всех наблюдениях язвенного проктосигмоидита в цитологических препаратах отмечалось большее или меньшее содержание слизи, эритроциты, «голые» ядра эпителиальных клеток, детрит, иногда бактериальная микрофлора. Цитограммам язвенных проктосигмоидитов свойственно наличие того или иного количества лейкоцитов. Степень сохранности последних, их количественное и качественное соотношение связаны с характером патологического процесса и стадией его развития. Наибольшее количество нейтрофильных лейкоцитов мы наблюдали в 15 случаях острого и 8—обостренного хронического язвенного колита. При этом выявлялись лимфоциты, пролимфоциты и гистиоцитарные элементы. Всегда встречались эозинофилы, плазматические, ретикулярные клетки и единичные макрофаги. Элементы фиброзной ткани были представлены разрозненными фибриллярными нитями, фиброцитами, реже фибробластами. На этом фоне наблюдались разрозненные

экземпляры, группы клеток кишечного эпителия, нередко проявляющие признаки жировой дистрофии. В 8 случаях затяжного течения язвенного процесса на фоне детрита, фрагментов ядер, разрушенных нейтрофилов определялось значительное количество дегенерирующих клеток кишечного эпителия с нечеткими, порой стертыми контурами и расплывчатыми ядрами.

Преобладающее большинство наблюдений (74) составили больные с хроническим язвенным проктосигмоидитом, у которых число нейтрофильных лейкоцитов значительно уступало лимфоцитам. Нередко определялись участки лимфоидной инфильтрации с преобладанием пролимфоцитов, часто встречались ретикулярные, плазматические клетки, реже макрофаги. Отмечалось значительное число гистиоцитарных элементов, которые порой отличались резким полиморфизмом. В некоторых наблюдениях число соединительнотканых элементов настолько увеличивалось, что фибриллярные нити и фиброциты составляли фон препарата. Эпителиальный состав цитограммы хронических язвенных проктосигмоидитов характеризовался разрозненными экземплярами, группами, железистоподобными образованиями высоких призматических клеток с признаками выраженной секреции. Среди них определялись бокаловидные клетки. Довольно часто встречались пласты клеток призматического эпителия с четкими контурами, напоминающие по своей структуре рисунок «булыжной» мостовой (рис. 1 а). Подобные структуры описаны И. М. Лазаревым [2] при неизменной слизистой оболочке толстой кишки. Встречались также разрозненные экземпляры группы «светлых», несколько укрупненных клеток с большими гипохромными ядрами и широким ободком цитоплазмы, рассматриваемые В. И. Новиком [3] как элементы, восполняющие дефект, и «темные» клетки небольших размеров с гиперхромными ядрами, определяемые им как молодые, интенсивно размножающиеся элементы. При благоприятном течении заболевания и в стадии ремиссии число структурных образований, групп, пластов клеток призматического эпителия увеличивалось и значительно уменьшалось количество нейтрофильных лейкоцитов. Частота и четкость рисунка пластов покровного призматического эпителия, увеличение числа «светлых» и «темных» клеток, а также выявление фигур амитогического деления позволяли судить о регенераторной активности эпителия. При длительно протекающих язвенных колитах у 51 больного регенераторные процессы сопровождалась пролиферацией железистого и покровного эпителия, диспластическими изменениями с атипизацией клеточных элементов, выраженными в разной степени.

В 13 наблюдениях пролиферативные изменения отмечались больше в клетках эпителия слизистой оболочки кишечника. При этом в препаратах наблюдались пролиферирующие «светлые» клетки и их многоядерные симпласты (рис. 1 в). Такая картина указывала на слабо выраженную дисплазию кишечного эпителия [10].

В 20 наблюдениях хронически длительно протекающих язвенных проктосигмоидитов цитограмма характеризовалась наличием железистых и железистоподобных структур клеток призматического эпителия

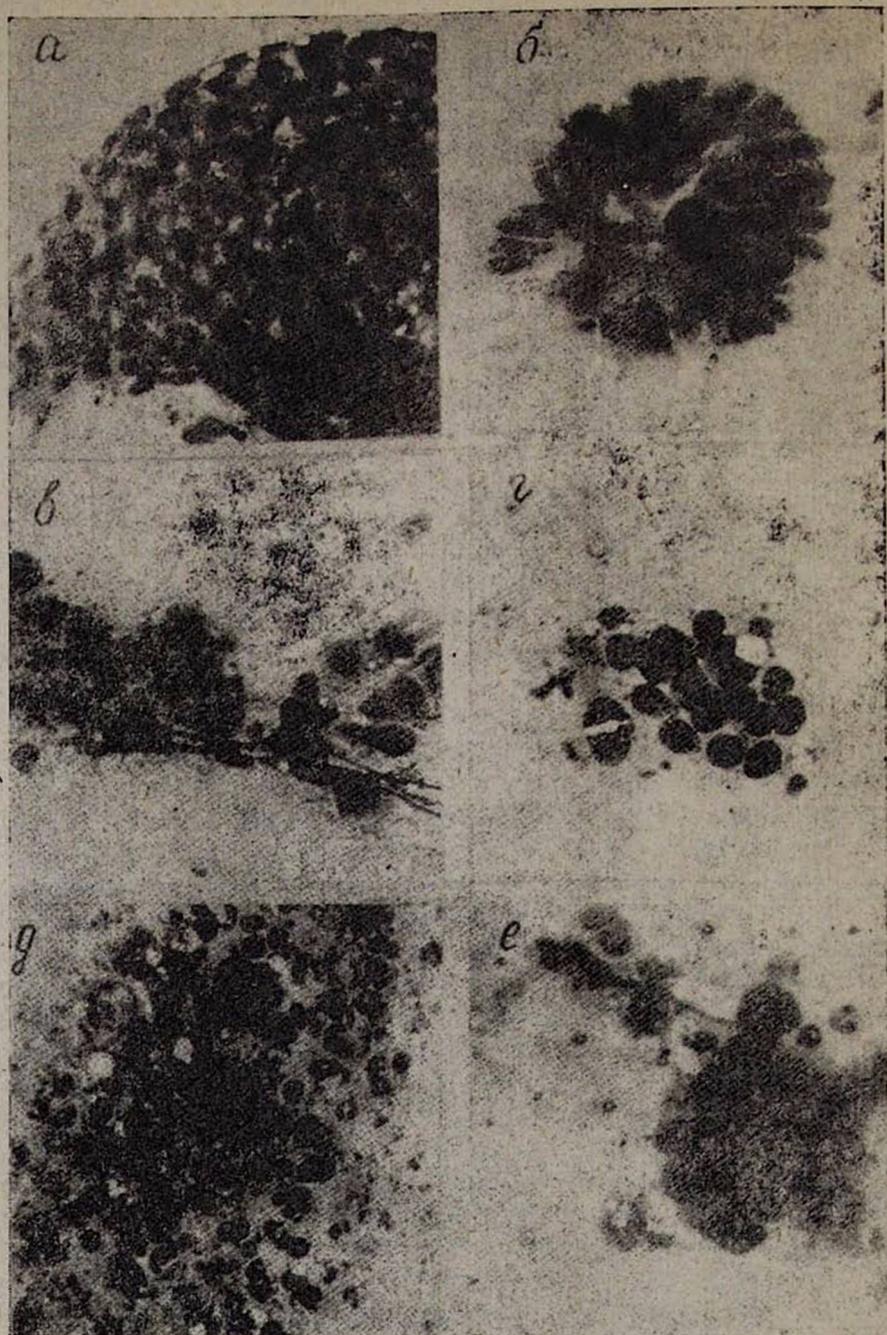


Рис. 1. а. Хронический язвенный колит. Пласт клеток, напоминающий по своей структуре рисунок «булыжной» мостовой. б. Умеренно выраженная дисплазия. Железистая структура из удлиненных пролиферирующих призматических эпителиальных клеток. в. Слабо выраженная дисплазия слизистой кишечника при хронических неспецифических язвенных колитах. Пролиферирующие «светлые» клетки. г. Тяжелая дисплазия. Индифферентные клетки, с краю атипичная клетка. д. Умеренно выраженная дисплазия. Призматические клетки с признаками пролиферации. е. Тяжелая дисплазия. Железистый комплекс с выраженным атипизмом клеток. Ув. 10×20.

с некоторым сдвигом ядерно-цитоплазматического соотношения. Наряду с железистыми структурами высокого призматического эпителия с выраженными признаками секреции и свободным просветом определялись железистые структуры, просвет которых был заполнен клетками пролиферирующего эпителия. Одновременно встречались группы и железистоподобные скопления кубических клеток с укрупненными ядрами и узким ободком цитоплазмы—индифферентные клетки. Отмечался переход высокого призматического эпителия в низкий кубический. Ядра последних были также несколько укрупнены и содержали единичные небольшие ядрышки (рис. 1 д). Наблюдалась также железистые комплексы из удлинённых клеток с овально-вытянутыми или палочковидными ядрами и многорядным расположением клеточных элементов. В последних отмечался сдвиг ядерно-цитоплазматического соотношения в сторону ядра и некоторый полиморфизм (рис. 1 б). Описанная цитограмма соответствовала картине умеренно выраженной дисплазии железистого эпителия, которая при язвенных проктосигмоидитах описана на гистологических препаратах [5].

Наиболее выраженную дисплазию железистого эпителия мы наблюдали при хронических непрерывных и хронических рецидивирующих формах язвенных проктосигмоидитов.

Цитограмма при тяжелых дисплазиях (17 наблюдений) уподоблялась цитограмме опухолевой ткани. В железистых комплексах отмечалась хаотичность расположения призматических и индифферентных пролиферирующих клеток. В железистых и сосочковидных структурах преобладали клетки удлинённой формы с продолговатыми ядрами. Одновременно встречались отдельные экземпляры, группы, пласты, реже железистые образования клеток со значительным, а иногда и резко выраженным атипизмом (рис. 1 г, е). Резко увеличенные ядра имели округло-овальную форму, грубое строение хроматина, содержали ядрышки. Число «голых» ядер значительно увеличивалось.

Иногда возникали затруднения при дифференциации описанных случаев от высокодифференцированной аденокарциномы. В таких случаях окончательный диагноз устанавливался динамическим наблюдением и повторными морфологическими исследованиями.

У больных язвенным проктосигмоидитом с цитологическим заключением—выраженная пролиферация эпителия с атипией клеток, гистологически в двух случаях определялась аденокарцинома высокой дифференциации, в одном—умеренной дифференциации и у трех—язвенный колит с умеренно выраженной дисплазией железистого эпителия. Последним через 3—6 месяцев произвели повторное колоноскопическое исследование с параллельной гистологией. У одного больного выявлена тяжелая дисплазия, у двух—тяжелая дисплазия с участками микроинвазии.

Результаты наших исследований показали, что к группе повышенного риска нужно относить больных язвенным колитом с выраженной пролиферацией эпителия и атипией клеток.

ԽՈՑԱՅԻՆ ԿՈՒԻՏՈՎ ԵՎ ՊՐՈԿՏՈՍԻԳՄՈՒԴԻՏՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ԲԱՐՁՐ
ՌԻՍԿԻ ԽՐԻ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ԸՆՏՐՈՒԹՅԱՆ ՑԻՏՈՄՈՐՖՈԼՈԳԻԱԿԱՆ
ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԸ

Բարձր ռիսկի խմբի մեջ մտնող խոցային խրոնիկական կոլիտով և պրոկտոսիգմոյդիտով հիվանդանքների ցիտոմորֆոլոգիական շափանիչների առանձնացման համար ուսումնասիրվել է հիստոլոգիական մատերիալ, որը ստացվել է կոլոնոսկոպիայով՝ խոցային կոլիտով հիվանդանքների ախտահարված աղու լորձաթաղանթից:

Ստացված տվյալները ցույց են տալիս, որ ռիսկի խմբի մեջ կարող են ընդգրկվել խոցային խրոնիկական կոլիտով տառապող հիվանդանքները, իսկ բարձր ռիսկի խմբի մեջ՝ հիվանդանքներ, որոնց մոտ բջջաբանական պատկերը արտացոլում է էպիթելի արտահայտված գերաճ և բջիչների տձևություն:

L. S. GEVORKIAN

CYTOMORPHOLOGICAL CRITERIA OF THE SELECTION OF
PATIENTS OF THE HIGH RISK GROUP WITH ULCERATIVE
COLITIS AND PROCTOSIGMOIDITIS

The cytomorphological criteria of the selection of patients of the high risk group have been determined in ulcerative colitis and proctosigmoiditis by the study of histocytologic material, received during colonoscopy of the affected mucous membrane of the intestine. It is shown that patients with chronic ulcerative colitis are to belong to the risk group, while the patients, whose cytogrammes reflect expressed proliferation of epithelium with non-typical cells, form the group of the high risk.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Идиязов А. М., Зайсанов Т. К. Вопр. клинич. и экспер. онкологии, т. 8, Фрунзе, 1972, 5, стр. 23.
2. Лазарев И. М. Цитологическая диагностика заболеваний прямой кишки. Кишинев, 1980.
3. Новик В. И. Автореф. канд. дисс. М., 1968,
4. Рапопорт С. И., Горохова Г. Д. Сов. мед., 1975, 7, стр. 23.
5. Arnold K. Otto H. F. Therapie woche, 1978, 28, 25, 5001.
6. Chapman B. M. Gastroenterology, 1959, 34, 4, 501.
7. Enterline H. T. Cancer Campagn., 1978, 2, 57.
8. Galambos J. S., Massey B. W. Cancer, 1956, 9, 152.
9. Otto H. F., Gebers J. O. Ditch. med. Wochensebr., 1978, 103, № 49, 1966.
10. Riddel R. H., Morson B. C. Gut., 1979, 20, № 7, 575.
11. Wisseman C. L. Surg. Gynec. Obst., 1949, 89, 1, 24.