

Ուշ ախտորոշման հիմնական պատճառները եղել են պրոֆիլակտիկ հետազոտման անբավարարությունը, հիվանդության ընթացքի ատիպիկությունն ու ախտանիշների սակավությունը, անուշադրությունը սեփական առողջության նկատմամբ, ավելի հազվադեպ՝ սխալներն ընդհանուր ցանցի բժիշկների կողմից, հիվանդների հետ կոնտակտ ունեցողների, ինչպես նաև շաքարային դիաբետով, թոքերի խրոնիկական ոչ սպեցիֆիկ հիվանդություններով տառապող անձանց հետազոտության անհետևողականությունը:

Բուժման արդյունավետությունը համեմատաբար բարձր է եղել դիսեմինացիված պրոցեսների ժամանակ:

Հեղինակները խորհուրդ են տալիս նշված ձևերը համարել ուշ հայտնաբերված և մանրամասն վերլուծել դրանց վաղ շրջանում հայտնաբերման հնարավորության տեսանկյունից:

Ye. P. STAMBOLTSIAN, Ye. F. MARKOVA, I. L. SAGOYAN, A. L. SAHAKIAN

ANALYSIS OF THE NEGLECTED AND DISSEMINATED FORMS OF PULMONARY TUBERCULOSIS, ACCORDING TO THE STATIONARY DATA

The analysis of the neglected and disseminated forms of pulmonary tuberculosis has been carried out, according to the data of the Republican tuberculous clinic hospital. The reasons of the late diagnosis of tuberculosis are analysed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бозуш Л. К., Карапетян Э. Т. Хирургическое лечение больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Ереван, 1981.
2. Карапетян Э. Т., Горцунян Д. К. Проблемы туберкулеза, 1968, 6, стр. 9.
3. Карапетян Э. Т. Дисс. докт. Ереван, 1971.
4. Смирнов Г. А., Сираев Ф. М. Проблемы туберкулеза, 1981, 10, стр. 13.
5. Страхов Н. С., Струтинский М. И., Зозуляк В. И., Голубчак Б. А., Гаврилюк С. Г., Ткачук Б. М. Проблемы туберкулеза, 1982, 8, стр. 5.
6. Хоменко А. Г., Рудой Н. М. Проблемы туберкулеза, 1982, 4, стр. 7.

УДК 616.33—002.44+576.3

Т. П. АЛИХАНЫ

К ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЯЗВЕННЫХ ПРОЦЕССОВ ЖЕЛУДКА И ОПРЕДЕЛЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГРУППЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА

Описаны особенности цитогамм при различных стадиях язвенного процесса желудка. Определена возможность цитологической верификации эрозивного гастрита, хронических и каллезных язв, что имеет значение для выбора метода терапии и выделения больных группы повышенного риска.

Применение гибких фиброгастроскопов в гастроэнтерологической практике открыло широкие возможности для прижизненного морфологического изучения измененной слизистой оболочки желудка.

Ранняя и своевременная диагностика таких заболеваний, как полип, атрофически-гиперпластический гастрит, длительно не заживающие язвы, и их ликвидация способствуют снижению заболеваемости новообразованиями желудка [10, 11, 19]. Язвенный процесс в патологии слизистой желудка занимает особое место среди предраковых заболеваний и может проявляться в виде эрозии, хронической и каллезной язв. Эрозия, заживление которой затруднено, превращается в хроническую язву [3].

По литературным данным [2, 16], частота малигнизации хронических язв колеблется от 10 до 50% и зависит от ее локализации и размеров. Каллезная язва малигнизируется в 10—20% случаев [4]. Эндоскопически язвенная форма раннего рака желудка, которая составляет 60—70%, имеет вид хронической язвы [12, 18, 22].

Высокая частота малигнизации язвы желудка дает возможность выделить больных с данной патологией в группу лиц повышенного риска [13, 16, 17]. Поэтому вполне оправдан взятие биопсийного материала для гистологического и цитологического методов исследований в случае каждой эндоскопически диагностированной язвы желудка [1, 6, 21]. Однако полученный материал количественно часто оказывается несостоятельным для гистологического метода [2, 5, 15]. В таких случаях возрастает значение цитологического исследования в установлении факта малигнизации.

В доступной литературе мы не встречали работ с описанием цитограмм различных стадий язвенного процесса, что имеет значение для выбора метода терапии и отбора больных группы повышенного риска.

Целью настоящей работы явилось определение возможностей цитологического метода в верификации эрозивного гастрита, хронических, каллезных язв желудка и отбора больных группы повышенного риска.

Для этого ретроспективно и проспективно были изучены гисто-цитологические параллели у 234 больных с эндоскопическим диагнозом: эрозивный гастрит—45, хроническая язва—137, каллезная язва—52. Язвенный процесс у всех больных локализовался в области тела желудка.

По литературным данным, как правило, опухоль развивается в краях хронической язвы, но может возникнуть и в области дна, даже рубца на поверхности зажившего язвенного дефекта [4, 8, 17]. Поэтому материалом для цитологического исследования служили отпечатки биоптатов, взятых при гастроскопии у больных со дна и краев язвенного процесса биопсийными щипцами гастроскопа типа «Олимпус». Делали отпечатки с удаленных во время операций хронических и каллезных язв. Во всех случаях имеются гистологические наблюдения.

Анализ нашего материала показал, что цитограммы при указанных состояниях слизистой желудка весьма различны. Различия эти проявляются не только со стороны эпителиального компонента, но и стромального состава, обуславливающего фон препаратов.

Фон цитологических препаратов при эрозивном гастрите относительно «чистый». Элементы воспалительного инфильтрата отмечались в 10 случаях. Волокнистые структуры, элементы фиброзной ткани, «го-

«голые» ядра отсутствовали. Как правило, встречался эпителий секреторных отделов главных желез (главные и обкладочные клетки), часто с дегенеративными изменениями. Покровно-ямочный эпителий располагался пластами и группами, иногда характеризовался признаками пролиферации. Метаплазированный по кишечному типу покровно-ямочный эпителий выявлен в 30 случаях. Гистологически у больных с эндоскопическим диагнозом «эрозивный гастрит» выявлена картина хронического гастрита.

Фон препаратов при хронической язве весьма характерный—«грязный»; он представлен элементами воспалительного инфильтрата, полиморфными «голыми» ядрами, микроорганизмами. В 25 наблюдениях фон цитологических препаратов составляли исключительно разрушенные сегментоядерные нейтрофилы. В этих случаях клинически и гистологически отмечалось обострение язвы желудка. Эпителий секреторных органов главных желез обнаружен только в 13 наблюдениях. Клетки покровно-ямочного эпителия располагались группами, комплексами, скоплениями и характеризовались признаками пролиферации у 75 больных, резко выраженной пролиферацией с атипией—у 37 больных. В 56 наблюдениях выявлен метаплазированный по кишечному типу покровно-ямочный эпителий. В период обострения язвы желудка в гистологических препаратах присутствовали элементы воспалительного инфильтрата, некротические массы, определялись обрывки слизистой желудка, метаплазированный эпителий по кишечному типу, в 12 случаях—выраженная дисплазия эпителия, грануляционная ткань на различной стадии созревания и структурной перестройки. У одного больного среди рубцовой и грануляционной ткани были выявлены раковые клетки (*ca in situ*).

Фон цитологических препаратов, приготовленных со дна и краев каллезных язв, был представлен большим количеством фиброзных, волокнистых структур, значительным количеством элементов воспалительного инфильтрата, единичными «голыми» ядрами. Эпителий секреторных отделов главных желез отсутствовал. Проллиферация покровно-ямочного эпителия отмечалась в 12 случаях, выраженная пролиферация с атипией—в 40 наблюдениях. Гистологически определялась рубцовая ткань. В 19 случаях отмечались атрофические изменения эпителия и желез. В 2 срезах определялась выраженная дисплазия эпителия слизистой с микроинвазией и единичными раковыми клетками в рубцовой ткани.

Таким образом, изучение результатов проведенных эндоскопических и цитологических параллелей выявило определенные особенности цитологических картин эрозивного гастрита, хронических и каллезных язв. Цитологическая картина эрозивного гастрита весьма схожа с таковой при хронических гастритах. По мере развития язвенного процесса исчезает эпителий секреторных отделов главных желез, появляются «голые» полиморфные ядра эпителиальных клеток, увеличивается количество фиброзных волокнистых структур, нарастает степень атрофических и пролиферативных изменений эпителия. Отмеченные особенности цитогамм при заключении эндоскопистов о язвенном процессе позволили нам в 86% случаев верифицировать указанные изменения слизи-

стой. Проплиферация эпителия слизистой желудка на нашем материале в цитологических препаратах была отмечена как при эрозивном гастрите, так и при хронической и каллезной язвах желудка.

При выраженной пролиферации эпителия с признаками атипии клеток гистологическое исследование установило *sa in situ* у больного с эндоскопическим диагнозом «хроническая язва» и у двух больных с диагнозом «каллезная язва» — микроинвазивный рак. Эти данные говорят о том, что больные с цитологическим заключением «выраженная пролиферация эпителия с атипией клеток» независимо от эндоскопической картины должны быть выделены в группу повышенного риска.

Клиническая больница скорой помощи № 2,
НИИ онкологии и рентгенологии им. В. А. Фанарджяна

Поступила 3/III 1983 г.

S. Պ. ԱԼԻԽԱՆՅԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԽՈՑԱՅԻՆ ՊՐՈՑԵՍՆԵՐԻ ՑԻՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳՐՈՒՄԸ ԵՎ
ԲԱՐՁՐ ՎՏԱՆԳ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՄԲԻ ՈՐՈՇՈՒՄԸ

Նկարագրված են ստամոքսի խոցային պրոցեսների տարբեր շրջաններին ցիտոգրամայի յուրահատկությունները:

Որոշված է էոզոֆիլ գաստրիտի, խրոնիկական և կալիոզ խոցերի ցիտոլոգիկ բնութագրերի միջոցով տարբերակման հնարավորությունները, որ թույլ կտա ընտրելու բուժման մեթոդը և առանձնացնելու բարձր վտանգ ներկայացնող խմբին դասվող հիվանդներին:

Հիվանդներին, որոնց ցիտոլոգիկ պատվաստուկներում հայտնաբերվել են էպիթելի արտահայտված պրոլիֆերացիա բջիջների ատիպիայով պետք է առանձնացնել բարձր վտանգ ներկայացվող խմբի մեջ:

T. P. ALIKHANIAN

ON THE CYTOLOGIC CHARACTERISTICS OF ULCEROUS PROCESSES OF THE STOMACH AND THE DETERMINATION OF THE GROUP OF PATIENTS WITH HIGH RISK

The peculiarities of cytograms of the patients with different stages of the ulcerous process are described. The possibility of cytologic verification of erosive gastritis, chronic and callous ulcers is established, which is of great significance for the choice of the method of treatment and determination of the patients with high risk.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Александров Н. Н., Синицын А. Б. *Вопр. онкол.*, 1978, 7, стр. 11.
2. Аруин Л. И., Цодиков Г. В. и др. *Архив патол.*, 1974, 7, стр. 28.
3. Аруин Л. И., Водолагин В. Д. *Актуальные вопросы гастроэнтерологии*, 1976, 9, стр. 69.
4. Берлов Г. А. *Гистологическая диагностика важнейших опухолей человека*. Минск, 1970.
5. Васильев Ю. В. *Вопр. онкол.*, 1974, 7, 104.
6. Голуб Г. Д., Клюкина Л. Б., Соломатин В. И. *Вопр. онкол.*, 1979, 8, стр. 15.

7. Жучина Т. С. *Вопр. онкол.*, 1978, 7, стр. 29.
8. Крышель П. Ф., Пругло Ю. В. *Морфологическая диагностика заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки*. Киев, 1978.
9. Лукина Т. А., Чистякова О. В. *Методические рекомендации*. М., 1980.
10. Масевич Ц. Г. *Предопухолевые заболевания желудка*. М., 1969.
11. Мельников Р. А., Павлов К. А. *Вопр. онкол.*, 1978, 7, стр. 3.
12. Несветов А. М., Рохлин Э. А., Шустеров М. Ш. *Архив патол.*, 1974, 9, стр. 24.
13. Овсянкина Л. Г. *Вопр. онкол.*, 1978, 7, стр. 82.
14. Петрова А. С., Птохов Н. П. *Руководство по цитологической диагностике опухолей человека*. М., 1976.
15. Петрова А. С., Лукина Т. А., Чистякова О. В. *Архив патол.*, 1973, 10, стр. 32.
16. Русанов А. А. *Вопр. онкол.*, 1976, 11, стр. 62.
17. Самсонов В. А. *Язвенная болезнь*. Петрозаводск, 1975.
18. Соколов Л. К., Воианова Н. П. *Тер. архив*, 1978, 10, стр. 45.
19. Хохлова Т. С., Пучков Ю. Г., Стефаненко Ю. О. *Вопр. онкол.*, 1980, 10, стр. 44.
20. Bippus P. H., Stöcker E. *Aktuell. gastrol.*, 1978, 7, 6, 533.
21. Kratochvill P., Bradstatter G. *Aktuell. gastrol.*, 1978, 7, 3, 256.
22. Miller G., Gloor F. *Ther. umsch.*, 1974, 31, 12, 924.

УДК 618.3:616—097

А. Г. АГАХАНИЯ, Г. Г. ОКОЕВ, С. К. ХУДАВЕРДЯН,
Р. Г. КАГРАМАНЯН

Т-СИСТЕМА ИММУНИТЕТА ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ И ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Для выявления некоторых показателей клеточного звена иммунитета при недоношенной и переношенной беременности исследовались количественное содержание и функциональная активность тимусзависимых лимфоцитов периферической крови. Переношенная беременность сопровождалась повышением как функциональной активности тимусзависимых лимфоцитов, так и их количественного содержания, переношенная—снижением степени иммунологического конфликта в системе мать—плод.

Вопросы иммунологии беременности и родов продолжают оставаться актуальными в современном акушерстве. Все проявления иммунологических взаимоотношений в системе мать—плод подчинены в основном закономерностям трансплантационного иммунитета [3, 8]. В последнее десятилетие интенсивно изучается функциональное состояние тимусзависимых лимфоцитов, играющих главенствующую роль в развитии реакций трансплантационного иммунитета при физиологически протекающей беременности.

Однако данные, полученные многочисленными исследователями, неоднозначны, а порой и разноречивы [1, 4]. Недостаточно выяснена роль клеточного звена иммунитета в развитии недоношенной и переношенной беременности. Между тем изучение патогенеза указанных видов акушерской патологии, изыскание новых методов профилактики, диагностики и терапии приобретают особую значимость в связи с частотой и тяжестью осложнений как для матери, так и для плода. Исходя из вышеизложенного, мы задались целью изучить изменения некоторых показателей клеточного иммунитета при недоношенной и переношенной беременности.