

Т. П. АЛИХАНЫЯН

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КАРЦИНОИДНЫХ
ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ, ЖЕЛУДКА, КИШЕЧНИКА

Изучены цитограммы карциноидных опухолей легких, желудка и кишечника разной степени дифференцировки. Приведены особенности цитологических картин и выделены критерии их верификации.

Карциноид—редко встречающаяся опухоль, происходящая из энтерохромаффинных клеток Кульцитского и относящаяся к опухолям АРИД-системы (апудомы) [4, 5, 8]. Помимо классических доброкачественных карциноидов, встречаются опухоли, обладающие явным гистологическим и гистохимическим сходством с ними, но способные к инвазивному росту и метастазированию. Такие опухоли расцениваются как злокачественные аналоги доброкачественных карциноидов [6, 11]. Современная морфологическая диагностика опухолей с эндокринной дифференцировкой имеет большое значение в выборе метода химиотерапии, объема оперативного вмешательства и прогноза заболевания. В литературе имеется мало работ, посвященных изучению цитологической картины карциноидных опухолей [1, 3, 9]. Целью настоящей работы явилось определение возможностей цитологической диагностики доброкачественных и злокачественных карциноидов и выделение критериев их цитологической верификации.

Нами проведено 830 параллельных гистологических и цитологических исследований эпителиальных опухолей легких, желудка и кишечника. Карциноидные опухоли выявлены в 21 случае (2,5%), из них 12 карциноидов легких, 4—желудка, 5—кишечника.

Материалом для цитологического исследования служили мазки-отпечатки с биопсированных кусочков опухолей при бронхоскопическом, гастроскопическом и колоноскопическом исследованиях. Делались также отпечатки с поверхности удаленных опухолей. Препараты окрашивались по Паппенгейму. При постановке морфологического диагноза пользовались классификацией, предложенной И. С. Дерижановой [2], по которой карциноиды в зависимости от степени дифференцировки делятся на высокодифференцированные (доброкачественные), умереннодифференцированные (злокачественные) и низкодифференцированные (аргентафинно- или аргирофильноклеточные раки). Гистологическое исследование материала дополнялось гистохимическими реакциями, применяемыми для выявления карциноидов (аргентафинной реакцией Masson-Hamperl в модификации Singh и аргирофильной реакцией Grimelius) [7, 10, 12]. Проведен ретроспективный анализ 14 карциноидных опухолей (7—доброкачественных, 2—злокачественных и 5—аргирофильноклеточных раков) и проспективный анализ 7 случаев таких же опухолей (3,1 и 3 соответственно).

Цитологическая картина карциноидов разной степени дифференцировки не зависела от локализации опухоли. При доброкачественных

карциноидах она представлена мелкими мономорфными клетками с гиперхромными округлыми ядрами. Центральные расположенные компактные ядра окружены узким ободком базофильной цитоплазмы. Хроматин в ядрах мелкозернистый, нуклеолы не видны. Клетки располагаются разрозненно, группами, цепочками, лентовидными структурами. Встречаются «розетки» из тех же клеток. Наряду с темными мелкими клетками в препаратах определяются клетки с широкой, светлой и иногда вакуолизированной цитоплазмой, которые располагаются разрозненно. Ядра имеют эксцентричное расположение, ядрышки не видны. Цитоплазма окрашена неравномерно, чем ближе к ядру, тем темнее. Свободные края цитоплазмы имеют фестончатые контуры. Иногда в препаратах встречаются пучки фиброзных элементов. Обращает на себя внимание присутствие значительного количества гранулосодержащих клеток (эозинофилов, клеток типа тучных). Обзор всего препарата при высокодифференцированных карциноидах оставляет впечатление доброкачественности процесса (рис. 1 а).



Рис. 1. а. Группа темных мономорфных клеток и отдельные светлые клетки при доброкачественных карциноидах. б. Темные клетки с увеличенным ядерно-цитоплазматическим индексом при злокачественных карциноидах. Окраска по Паппенгейму. Ув. 900.

При умереннодифференцированных карциноидах в препаратах наблюдается обилие клеток. Наряду с описанной выше картиной встречаются округлые темные клетки больших размеров с выраженным сдвигом ядерно-цитоплазматического индекса в сторону увеличения ядра. Попадаются 2—3-ядерные клетки (рис. 1б).

Цитологическая картина низкодифференцированных карциноидов не отличалась от таковой при недифференцированных раках. В двух наблюдениях она соответствовала овсяноклеточному, в одном—лимфоцитоподобному, в двух—плеоморфному вариантам недифференцированного мелкоклеточного рака. При овсяноклеточном варианте мелкие, веретенообразно вытянутые клетки располагались чаще комплексами, структура и форма их определялась только по периферии комплекса. Встречались также разрозненно лежащие клетки, «голые» вытянутые ядра (рис. 2). При лимфоцитоподобном варианте присутствовали пласты, скопления округлых опухолевых клеток с едва заметным ободком цитоплазмы. При плеоморфном варианте картина представлена анапла-

зированиями опухолевыми клетками более крупных размеров, расположенными комплексами и скоплениями. Встречаются патологические митозы и многоядерные клетки. Много клеток, цитоплазма которых окрашивается эозинфильно и содержит зернистость. Цитологическая картина соответствует раку, но при детальном исследовании разных участков препарата определяются светлые и мономорфные темные клетки, а иногда и их группировки, сохранившие характерную для эндокринных опухолей архитектуру.



Рис. 2. Веретенообразно вытянутые клетки при аргирофильноклеточных раках. Окраска по Паппенгейму. Ув. 900.

При проспективном исследовании 7 карциноидных опухолей цитологически были правильно верифицированы как доброкачественный и злокачественный карциноиды. Из 3 случаев низкодифференцированного карциноида диагноз аргентофильноклеточного рака был поставлен в одном случае. В двух наблюдениях было выдано заключение о недифференцированном раке. Таким образом, результаты нашего исследования показали, что цитологическая картина высоко- и умереннодифференцированных карциноидов весьма характерна и не представляет трудностей для цитологической диагностики. Цитологическая верификация низкодифференцированных карциноидов легких, желудка и кишечника возможна далеко не всегда ввиду однотипности их цитогамм с таковыми недифференцированных раков. Однако в некоторых случаях при выявлении характерных «светлых» и «темных» клеток и их группировок цитологу представляется возможным диагностировать низкодифференцированный карциноид.

Городская больница скорой помощи
Ергорздравотдела.

Поступила 23/II 1984 г.

**ԹՈՔԵՐԻ, ՍՏԱՄՈՔՍԻ, ԱՂԻՆԵՐԻ ԿԱՐՑԻՆՈՒԴ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ
ԲԶՋԱՐԱՆԱԿԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Հնդդերին տարբերակման ուղուցների բջջաբանական ախտորոշումը մեծ նշանակություն ունի բուժման միջոցների ընտրության (քիմիոթերապիա, օպերատիվ միջամտություն) և հիվանդության ելքի համար: Հոդվածում նկարագրված են բջջաբանական պատկերի յուրահատկությունները և բջջաբանական ընկույթումների միջոցով տարբերակման հնարավորությունները:

T. P. ALIKHANIAN

**CYTOLOGIC DIAGNOSIS OF CARCINOID TUMORS OF THE LUNGS,
STOMACH AND INTESTINE**

The cytologic diagnosis of tumors with endocrinic differentiation is of great significance for the choice of the method of chemotherapy, surgical intervention and prognosis of the disease. The article is devoted to the study of 21 cases of carcinoid tumors of the lungs, stomach and intestine with different degrees of differentiation. The peculiarities of the cytologic pictures and criteria of cytologic verification are given.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Дерижанова И. С., Резникова Г. Л. *Вопр. онкол.*, 1982, 2, с. 19.
2. Дерижанова И. С. *Арх. патол.*, 1979, 3, с. 18.
3. Кирдан Г. В. *Грудн. хир.*, 1981, 6, с. 49.
4. Краевский Н. А. *Патолого-анатомическая диагностика опухолей человека*. М., 1982.
5. Массон П. *Опухоли человека. Гистологическая диагностика*. М., 1965.
6. Никонов А. А. *Вопр. онкол.*, 1978, 7, с. 62.
7. Никонов А. А. *Арх. патол.*, 1978, 1, с. 79.
8. Райхлин Н. Т., Кветной И. М. *Арх. патол.*, 1977, 5, с. 74.
9. Шапиро Н. А., Макарова К. А., Цинельзон А. М. *Вопр. онкол.*, 1973, 10, с. 20.
10. Grimelius L. A. *Acta Soc. Med. Upsal.*, 1968, 73, 5—6, 243.
11. Lattes R., Grossi C. *Cancer*, 1956, 94, 698.
12. Singh J. *Anat. Anr.*, 1964, 115, 81.

УДК 616.248+616.233—002.2

М. З. НАРИМАНОВ, А. К. ЕГОЯН, В. Г. АМАТУНИ

**ДИСИММУНОГЛОБУЛИНЕМИЯ И ГИПЕРГИСТАМИНЕМИЯ
ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И ХРОНИЧЕСКОМ
АСТМАТИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ**

Обобщены данные по изменению иммуноглобулинов классов А, М, G и уровня гистамина у больных бронхиальной астмой и астматическим бронхитом. Правильная оценка состояния иммунокомпетентных систем при различных формах бронхиальной астмы и предастме может служить основой корректирующей терапии.

Количественные изменения сывороточных иммуноглобулинов классов А, М, G играют существенную роль в патогенезе атопической и ин-