



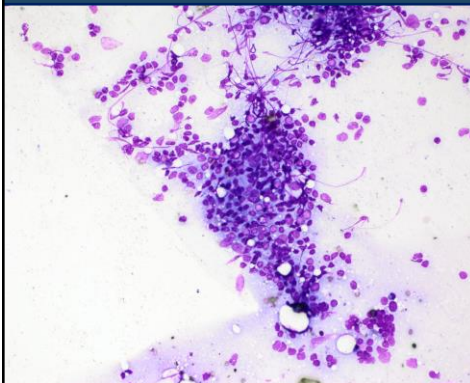
Пациентка Ф. 38 лет. НХЛ (центробластная лимфома).

- Анамнез заболевания Считает себя больной с 13 лет, когда после падения на уроке физкультуры почувствовала боль в левой нижней конечности и периодическое повышение температуры тела до 37,5 С. В 1994 году была выполнена операция по поводу центробластной лимфомы из элементов костного мозга слева. Операция-трепанация левой бедренной кости с мышечной пластикой. С 1994-1995 год получала ХТ. В 2005 патологический перелом, выполнена экзартикуляция левой нижней конечности в тазобедренном суставе. В течение 12 лет ремиссия. В 2012 году выявлены изменения в легких. Была обследована в ПТД, данных за туберкулез не получено. Поступила для верификации изменений в легких
- На представленных КТ органов грудной полости от 09.10.13г., обзорных рентгенограммах, задних томограммах от 18.09.13г. в смежных отделах С1-С3 правого легкого выявляется неправильно овоидной формы бугристый узел с нечетким контуром неоднородной структуры за счёт участков различной плотности размерами около 3,4х2,5 см. Подобного характера изменения выявляются в прикорневом отделе правого лёгкого размерами до 2.1х3,5 см, в левом лёгком размерами до 0,4х1,5 см. Увеличены бронхолёгочные лимфатические узлы и лимфатические узлы средостения. Обращает на себя внимание расширение сердечной тени за счет всех отделов – рекомендовано УЗИ сердца для исключения экссудативного перикардита. Других изменений в органах грудной полости не отмечено. Диафрагма не изменена.
- Дата исследования 28.10.2013
- Заключение Рентгеноморфологические данные больше укладываются в картину поражения лёгких, лимфатических узлов корней обоих лёгких и средостения лимфомой. Эссудативный перикардит ?

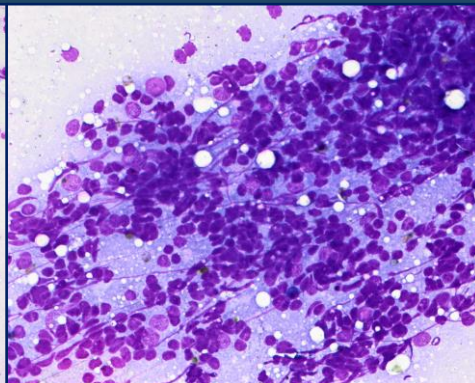
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России



Срочное интраоперационное цитологическое исследование

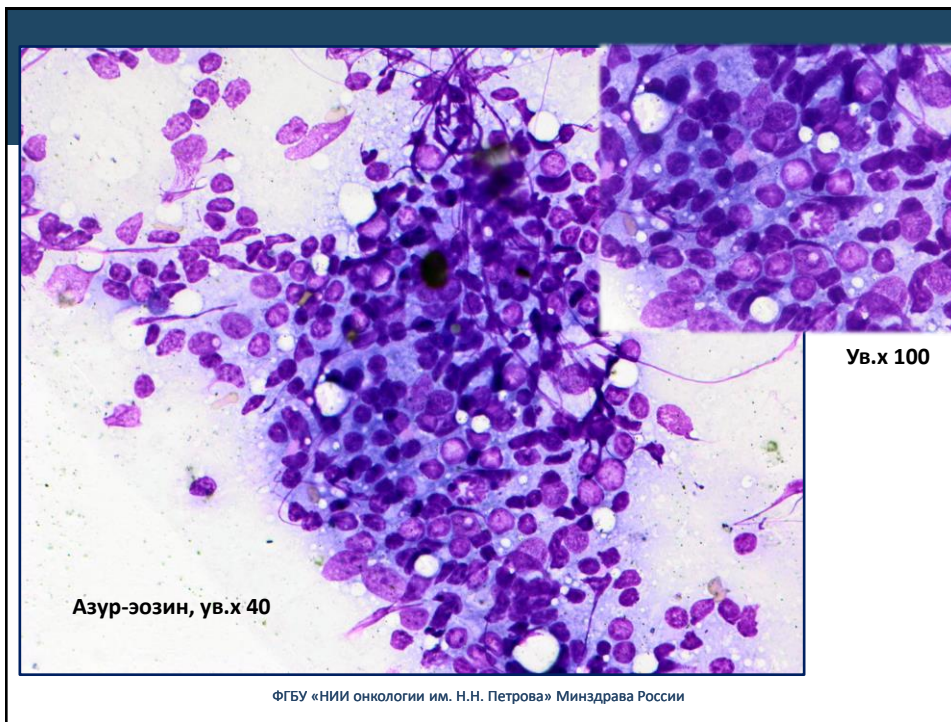


Азур-эозин, ув.х 20



Азур-эозин, ув.х 40

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Цитология и Гистология

Материал представлен клетками среднего размера с морфологией зрелого лимфоцита и клеток фолликулярного центра. Преобладают центроциты, в небольшом количестве присутствуют центробласты и укрупненные голые ядра. Митотическая активность низкая. Цитологическая картина В-клеточной лимфомы из клеток фолликулярного центра. Крупноклеточная? Фолликулярная лимфома 3 степени? 9680/6

Резко деформированные при взятии фрагменты ткани легкого с явлениями пневмофиброза, густым лимфо-плазматическим инфильтратом, на фоне которого определяются немногочисленные зрелые лимфоидные фолликулы. Результаты иммуногистохимического исследования клеток инфильтрата: CD20 - положительны преимущественно в клетках фолликулов (В-лимфоциты); CD3, CD5 - положительны в Т-лимфоцитах, расположенных преимущественно интерфолликулярно; CD10, bcl 6 - положительны в клетках центров фолликулов; CD38, CD138, tsm1 - положительны в многочисленных плазматических клетках (интерфолликулярно), каппа и ламбда выявляются в части клеток, соотношение около 2:1; CD23 - положительны в фолликулярных дендритных клетках; bcl2 - диффузно положительны в клетках вне герминальных центров фолликулов; CD68 - экспрессируют макрофаги; MCK, cyclin D1, CD56, CD43 - отрицательны; Ki67 экспрессируется в около 5% клеток.

Заключение: Наиболее вероятно, реактивный процесс с выраженной лимфоидной гиперплазией.

28.01.2014 г А.С. Артемьева

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Пациент Е, 20 лет.

Анамнез заболевания: Во время прохождения мед комиссии в военкомате при рентгеновском исследовании ОГК выявлен НО в в/доле правого легкого. Обследован в Якутском ОД (КТ ОГК от 17.06.15г и 16.10.15г - признаки образования в правом легком, ФБС от 25.06.2015г -локальный эндобронхит В3 правого легкого, при цит. иссл . смыва-без онкопатологии, КУМ не обнаружен) Документы рассмотрены Госпитальной комиссией НИИО по отбору пациентов на оказание ВМП, которая приняла решение об отсутствии мед показаний для госпитализации в клинику для оказания ВМП. Предложена явка пациента в НИИО для дообследования и дальнейшего лечения в рамках ОМС. Направлен в НИИО МЗ Республики Саха(Якутия) для специализированного лечения. Госпитализирован в 2 хо для хирургического лечения

На плёночной распечатке (без масштабных линеек, что не позволяет производить измерения) КТ от 16.10.15 г. и в записи КТ на CD от 11.6.15, 17.6.15 г. (без в/в усиления) в прикорневом отделе С3 правого лёгкого округлое, прилегающее к медиастинальной и междолевой плевре и к субсегментарным бронхам С3 правого лёгкого образование с преимущественно ровными и чёткими контурами (не ограничен от плевры медиальный его контур).

В С3,5 правого, С6,8,9 левого лёгкого единичные очаговые уплотнения диам. 2 - 5 мм.

В динамике - появление к октябрю гиповентиляции в С3 правого лёгкого (с участками очаговой инфильтрации, мелкими ателектазами в этом сегменте в/доли, а также с появлением участков очагового уплотнения в средней доле правого лёгкого).

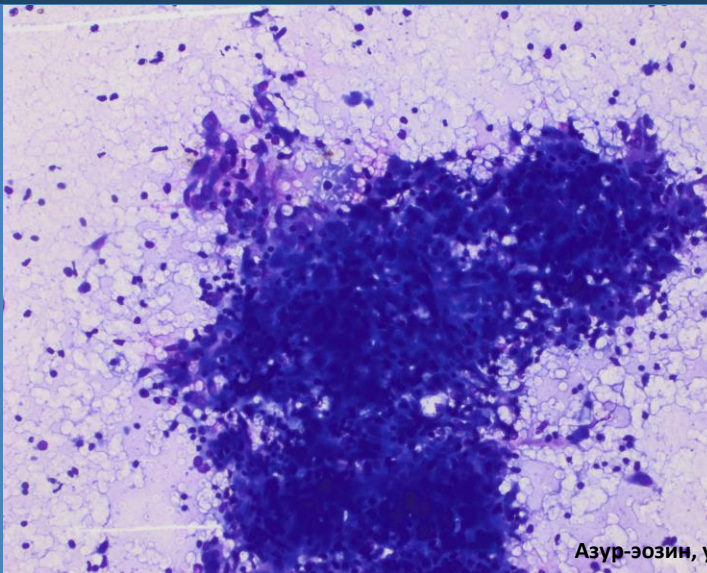
В/грудные лимфоузлы в июне - до 10 мм диам. На более поздних КТ их не измерить. Жидкости в плевральных полостях не выявлено.

Заключение: КТ-картина укладывается в новообразование верхней доли правого лёгкого (гамартома? без включений/извести) с развитием гиповентиляции, участков воспалительной инфильтрации? в С3, а также с появлением участков воспалительной инфильтрации (нельзя исключить МТС?) в средней доле правого лёгкого


ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

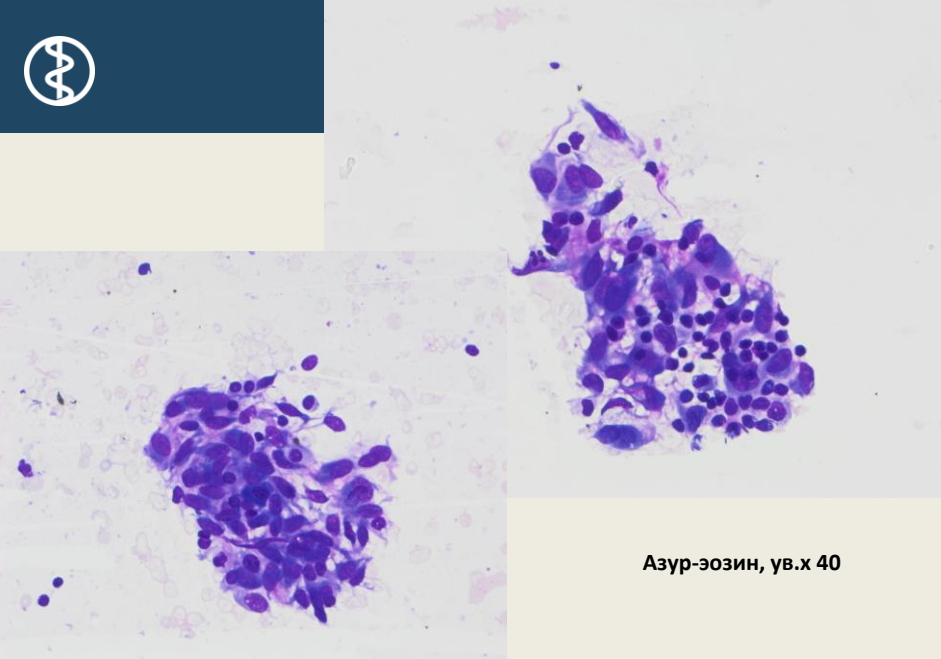


Срочное интраоперационное цитологическое исследование




Азур-эозин, ув.х 20



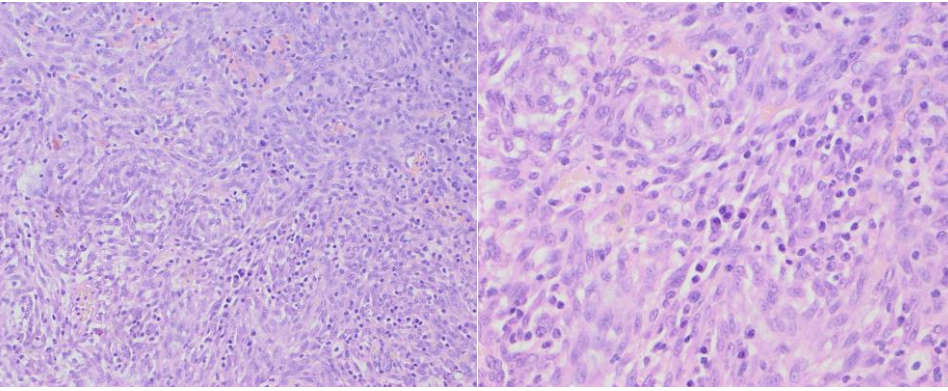


Азур-эозин, ув.х 40

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Гистология

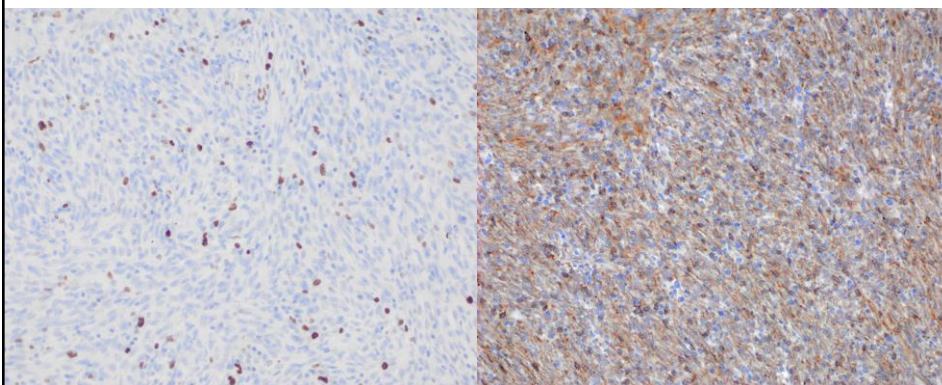


Гем-эозин, ув.х 20 **Гем-эозин, ув.х 40**

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Результат ИГХ исследования опухолевых клеток: PCK, S100, CD34, MSA, CD117, TTF1, CK8-негативны. Ki67-10%. CD99, SMA, ALK, EMA-слабо положительны. Виментин-выраженно положителен.



Ki-67 (10%), ув.х 20

CD-99, ув.х 20

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Цитология и Гистология

- Цитологическая картина веретенноклеточной опухоли (миофибробластическая?) с выраженным лимфоцитарно-плазмочитарным инфильтратом. Потенциал злокачественности?
- Воспалительная миофибробластическая опухоль верхней доли правого легкого 4,5см в наибольшем измерении. (Результат ИГХ исследования опухолевых клеток: PCK, S100,CD34,MSA,CD117, TTF1,CK8-негативны. Ki67-10%. CD99, SMA,ALK,EMA-слабо положительны. Виментин-выраженно положителен.) 4 исследованных лимфоузла без метастазов . Край резекции бронха вне опухоли. 8825/1 09.12.15 Е.А.Туркевич

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



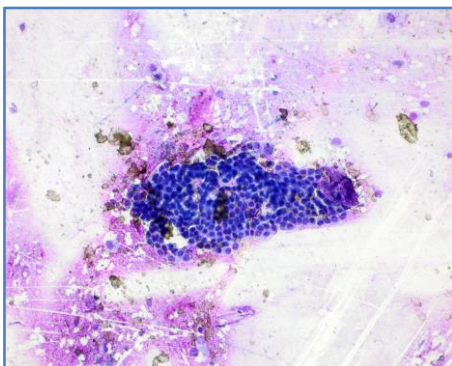
ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ МИОФИБРОБЛАСТИЧЕСКАЯ ОПУХОЛЬ 8825/1

- Это особый вид новообразований, состоящая из миофибробластических веретеновидных клеток, сопровождаемых воспалительным инфильтратом, обычно состоящим в основном из плазмоцитов и лимфоцитов.
- Встречается у взрослых и детей. У взрослых она насчитывает менее 1% опухолей. Соотношение м:ж= 1:1
- Около 50-60% пациентов бессимптомны. Симптоматика может включать кашель, боли в грудной клетке, лихорадку, пневмонию, и реже – нарушения дыхания, слабость, потерю массы тела.
- Обычно представлена периферическим плотным, хорошо очерченным образованием. Центральная локализация встречается в 10-20%. Некрозы и кальцификаты наблюдаются в 10-15 % наблюдений. Чаще ограничена легким, вовлечение грудной клетки, средостения и плевры встречается редко.
- Прогноз: хотя ВМФО является индолентным образованием, рекомендуется полная резекция для избежания рецидива или метастазирования. Рецидивы и неблагоприятный прогноз наблюдаются чаще при больших размерах новообразования, неполной резекции, нехирургическом лечении. Экспрессия ALK обратно пропорциональна риску метастазирования, худший прогноз наблюдается при ALK-негативных опухолях.

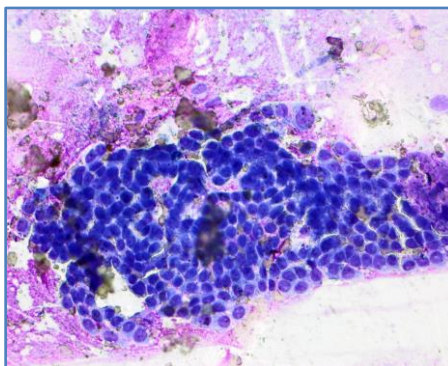
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Пациентка Ц, 50 лет. Образование S5 правого легкого (Са средней доли пр.легкого?) Срочное интраоперационное исследование.

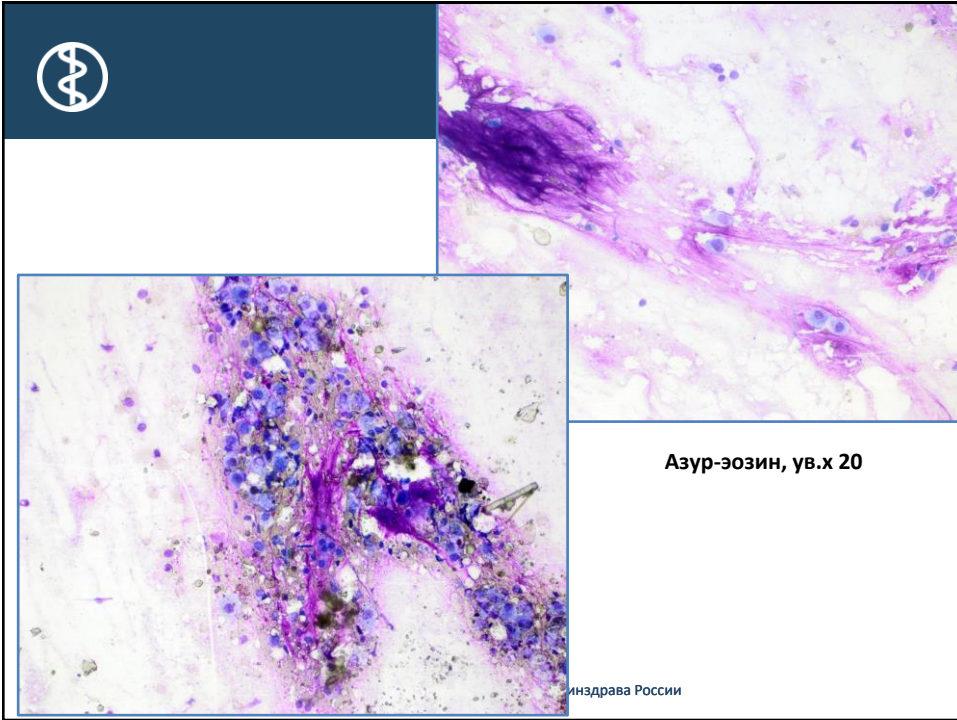


Азур-эозин, ув.х 10



Азур-эозин, ув.х 40

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России





ГАМАРТОМА – 8992/0

- Доброкачественная опухоль, представленная различным количеством как минимум двух типов мезенхимальной ткани (хрящевой, жировой, соединительной, гладкомышечной) с вовлечением респираторного эпителия.
- Эпидемиология: является самой частой доброкачественной опухолью легких. Чаще встречается у мужчин, пик заболеваемости – 6 декада жизни. У детей наблюдается редко.
- Этиология неизвестна, данные молекулярных и цитогенетических исследований предполагают опухолевое происхождение.
- Периферические гамартумы бессимптомны, выявляются рентгенологически как одиночный, хорошо очерченный узел. Мультифокальные гамартумы встречаются редко. Эндобронхиальные гамартумы вызывают симптоматику и радиологически проявляются бронхиальной обструкцией.
- Большинство гамартом имеют периферическую локализацию, около 10% - эндобронхиально. Обычно это плотный четко очерченный узел, округлый или многодольчатый, диаметром менее 4 см. Большие размеры и/или образование полостей встречается редко.
- Прогноз :гамартумы это медленно растущие опухоли с благоприятным прогнозом. Хирургическая резекция – оптимальный способ лечения для эндобронхиальных и симптомных и растущих паренхиматозных опухолей. Рецидивы и малигнизация встречаются крайне редко.

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Пациент Г. 47 лет. Хондосаркома правой большеберцовой кости.

Диагноз: Хондросаркома верхней трети правой голени, урТХNXM1(pu)G2. IVst. Состояние после комплексного лечения 2009-2014 гг. (Ампутация правой нижней конечности на уровне средней и нижней трети бедра от 09.04.2009. Прогрессирование от мая 2009: Метастазы в легких.

Метастазэктомия в комбинации с изолированной нормотермической химиоперфузией левого легкого с цисплатином от

09.09.2010. Прогрессирование от 21.10.2011. Состояние после 4 цикла полихимиотерапии по схеме MAID с 21.11.2011 по

18.02.2012 г. Метастазэктомия правого легкого от 18.04.2011.

Торакотомия слева от 27.10.2014. Тотальный пневмолиз

слева с частичной декортикацией висцеральной плевры, краевая резекция верхней доли левого легкого, нижняя

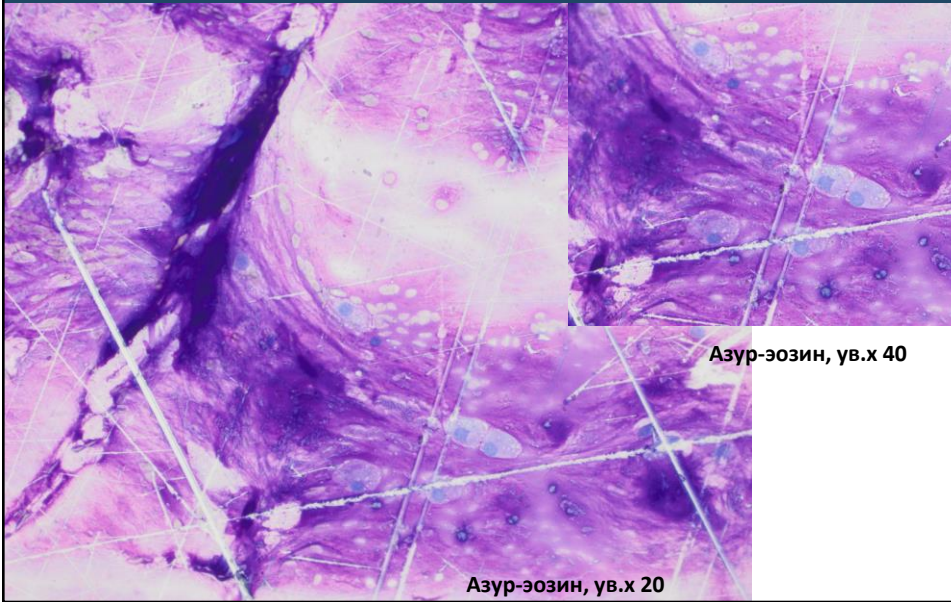
лобэктомия слева от 27.10.2014. Стабилизация на фоне вакцинотерапии с 09.11.2012 г. Прогрессирование: очаги в

головном мозге. Состояние а фоне вакцинотерапии(52 циклов).

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Срочное интраоперационное цитологическое исследование

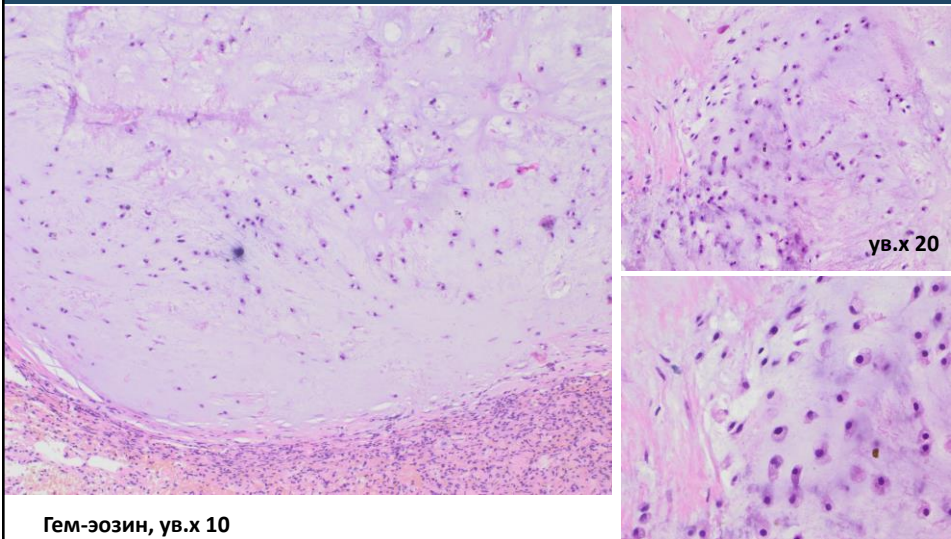


Азур-эозин, ув.х 40

Азур-эозин, ув.х 20



Гист. метастаз Хондросаркомы G1 в легкое



ув.х 20

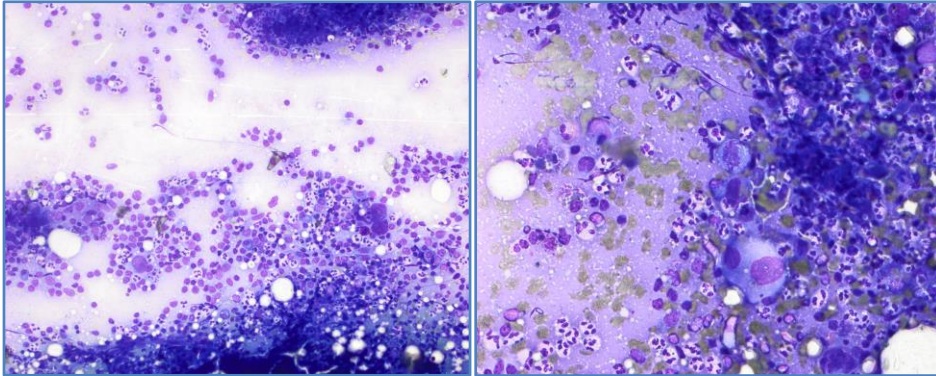
Гем-эозин, ув.х 10

ув.х 40

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Пациентка М, 40 лет. Лимфома? (увеличение л/у средостения, образование в правом легком)



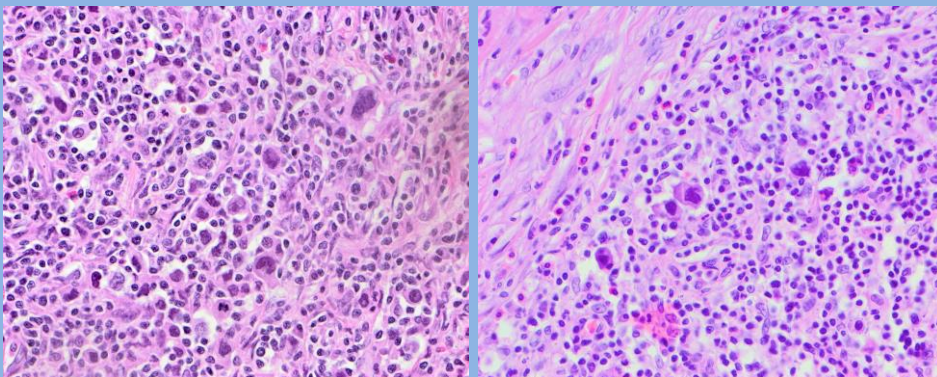
Азур-эозин, ув.х 20

Азур-эозин, ув.х 40

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Гист. В ткани легкого, включая область корня – разрастания лимфомы Ходжкина.



Гем-эозин, ув.х 40

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



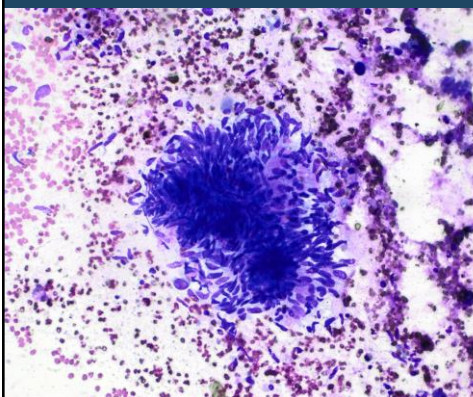
Пациент, Н. 71 год.

Анамнез Morbi: при прохождении дообследования для санаторно-курортного лечения при ФЛГ выявлено затенение в доле левого. Выполнено КТ ОГК, по данным которого выявлено образование размерами 1,8x2,8 см в бугристыми контурами. Консультирован фтизиатром, данных за туберкулез нет. Самостоятельно обратились в НМИЦ для определения тактики лечения.

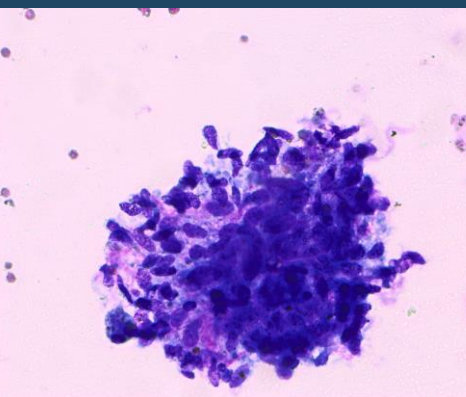
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Срочное интраоперационное цитологическое исследование

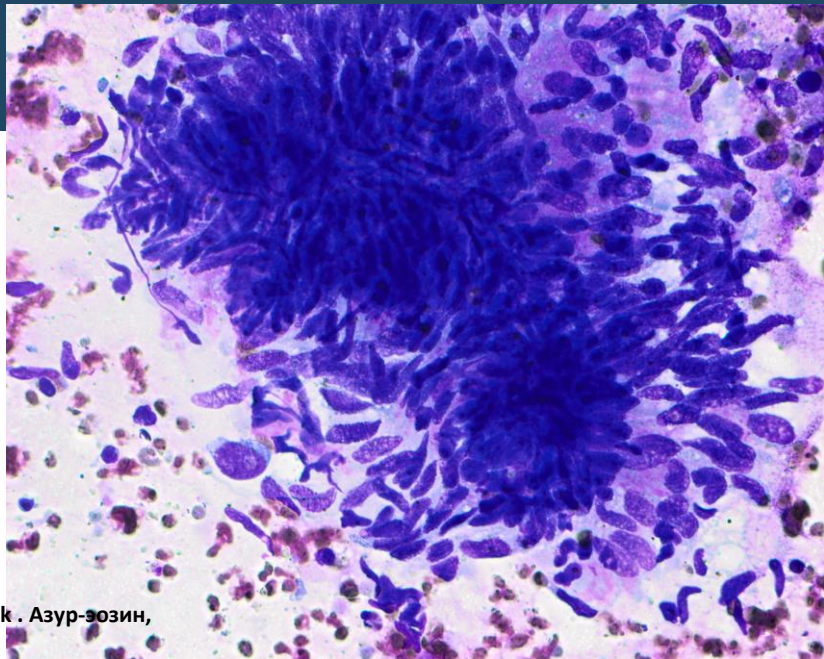


Азур-эозин, ув.х 20



Азур-эозин, ув.х 40

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

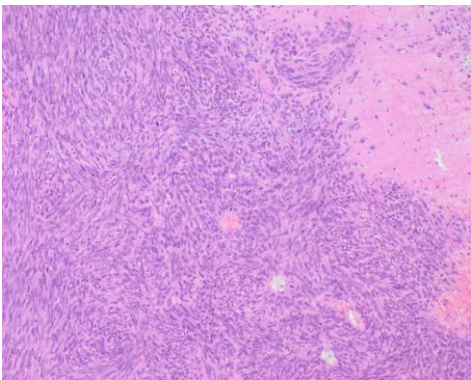


diff quick . Азур-эозин,
ув.х 40

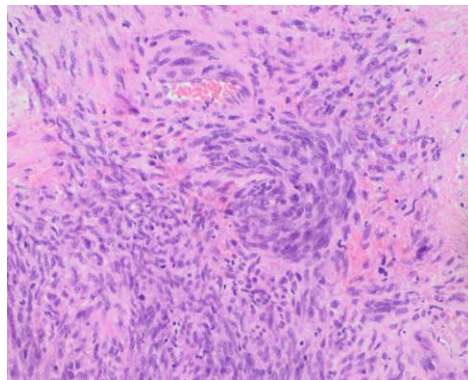
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Гистология

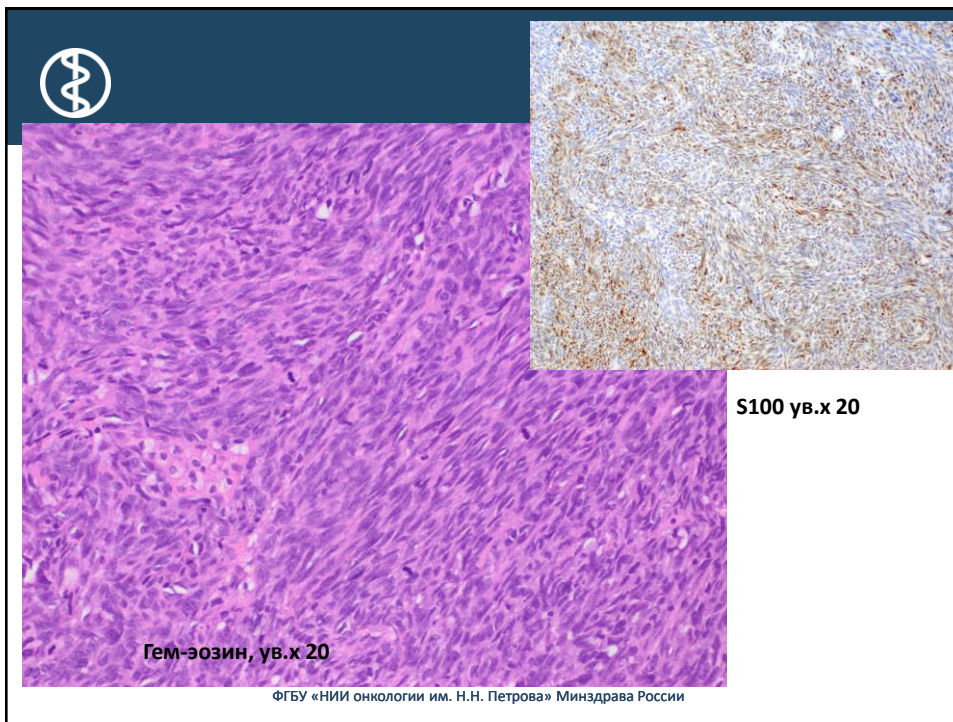


Гем-эозин, ув.х 10



Гем-эозин, ув.х 20

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Цитология и Гистология

Результаты цитологического исследования: Эритроциты, клетки гистиоцитарно-макрофагального ряда. На этом фоне присутствуют клетки веретеновидной формы, расположенные разрозненно и в скоплениях среди оксифильного межтучного вещества. Отмечается умеренный клеточный и ядерный полиморфизм, в ядрах видны гипертрофированные ядрышки. Цитограмма может иметь место при опухоли, более вероятно, злокачественной

Гистологическое заключение: Периферический узел в нижней доле левого легкого 35мм в наибольшем измерении, состоящий из мономорфных веретеновидных клеток со скудной цитоплазмой, высокой митотической активностью (14 митозов в 1мм² опухоли, встречаются неправильные). Проводится иммуногистохимическое исследование. Край резекции бронха вне опухоли. 2 исследованных перибронхиальных лимфоузла, 1 лимфоузел 11 группы верхней доли, 2 лимфоузла 10 группы, 2 лимфоузла 8 группы, 2 лимфоузла 7 группы, 1 лимфоузел 5 группы, 1 лимфоузел 4 группы без метастазов.

Жировая клетчатка, маркированная как лимфоциты 6 группы, 9 группы - не содержит ткани лимфоузлов. С учетом данных иммуногистохимического исследования (S-100 - положительный, AE1/AE3, CD 34, CD 56, Chromogranin A, Desmin, SM A, Synaptophysin, TTF-1 - негативные) - злокачественная опухоль из оболочек периферических нервов, наиболее вероятно, вторичное поражение легкого. Grade 3 по FNCLCC. ICD-O-code 9540/6 14.09.2017г В.О. Башлык консультация рук. отд. А.С. Артемьевой



Пациентка П, 28 лет.

Жалобы на сухой кашель, одышку при умеренной физической нагрузке

Анамнез Morbi: По данным КТ органов грудной клетки от 25.10.2017г. (ПКБ №2): в верхней доле левого легкого определяется крупное мягкотканное образование размерами 101x75x91мм, стенозирующее верхнедолевой бронх, перибронхиально распространяясь по сегментарным бронхам. Медиальный край распространяется на верхне-переднее средостение. Бронхоскопия от 27.10.2017г. (ПКБ №2): по латеральной стенке в середине ЛГБ мелкобугристое образование с основанием до 5 мм, выступает в просвет до 3-4 мм, устье ВДБ полностью обтурировано мелкобугристым образованием.

Общий осмотр: Общее состояние удовлетворительное. Гемодинамически стабилен. Дыхание жесткое, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены, мягко-эластической консистенции, смещаемые.

Основное заболевание **Susp. С-г верхней доли левого легкого**

Сопутствующие заболевания: Пролапс передней створки митрального клапана. Хронический панкреатит, хронический холецистит в стадии ремиссии

План обследования/дообследования/скрининга/контроля адекватности проводимого лечения · Магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием · ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ в режиме «все тело» · Бронхоскопия · Пересмотр гистологического материала в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова · Полное Эхо-КГ · Консультация кардиолога для определения возможности проведения хирургического лечения

Врач: _____/Левченко Н.Е./

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Бронхоскопия

Направлен Журнал диагностических процедур отд эндоскопии, 30.10.2017 12:12, Институт/02 КЛИНИКА/ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ/Отделение эндоскопии

Анестезия: м/а

Аппарат: Olympus BF-P180

Общее состояние пациента: ECOG1

Вид исследования: Трахеобронхоскопия

Протокол: Бронхоскоп проведен через нижний носовой ход. В полости носа, носоглотке и ротоглотке без воспалительной и органической патологии. Грушевидные синусы свободны, надгортанник и черпаловидные хрящи не изменены. Голосовая щель треугольной формы, симметричная, голосовые складки бледные, подвижные, полностью смыкаются при кашле и фонации. Слизистая оболочка гортани розовая, гладкая, блестящая. Трахея свободно проходима. Просвет округлой формы, слизистая оболочка розовая, гладкая. Мембранозная часть трахеи обычной подвижности. Карина острая. Бифуркация трахеи не расширена, слизистая оболочка розовая. Справа осмотрены бронхи до 4 порядка, просветы их не изменены. В просвете бронхов без патологического содержимого, слизистая оболочка розовая, гладкая.

Слева устье в/ долевого бронха обтурировано экзофитной опухолью до междолевой шпоры, так же экзофитный компонент визуализируется и в устье В4b, при этом В4а, В5 свободны. Выполнена Биопсия №1, Забор цитологического материала- стекло №273. В левом главном бронхе- в его дистальной части по медиальной стенке определяется экзофитное образование с нарушенным микрососудистым рисунком IIa типа до 0,8 см, не связанное с дистальной опухолью в/ долевого бронха (впрстание извне?). Выполнен забор гистологического материала- Биопсия №2, Забор цитологического материала- стекло №274.

Заключение: Са в/ долевого бронха слева. Инвазия извне левого главного бронха?

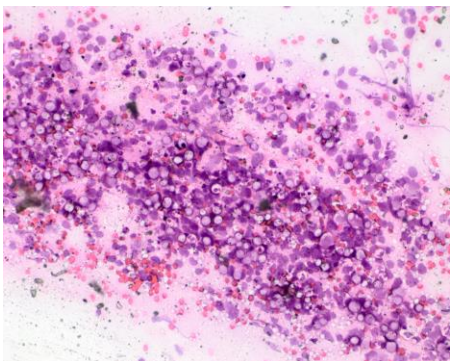
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



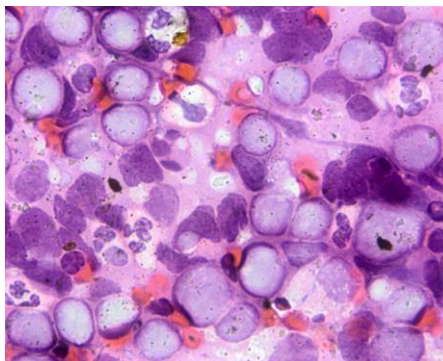
Бронхоскопия, отпечатки на цитологическое исследование

№ исследования 436339-40

Результаты исследования: Кровь, слизь, лейкоциты, единичные клетки многослойного плоского эпителия, группы клеток цилиндрического (бронхиального) эпителия с реактивными изменениями. на этом фоне присутствуют, расположенные преимущественно изолированно, опухолевые клетки мелкого и среднего размера округлой формы со светлым мелкозернистым хроматином. Цитологическая картина злокачественной опухоли, нельзя исключить лимфому.



Гем-эозин, ув.х 20

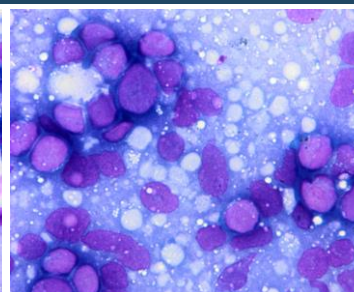
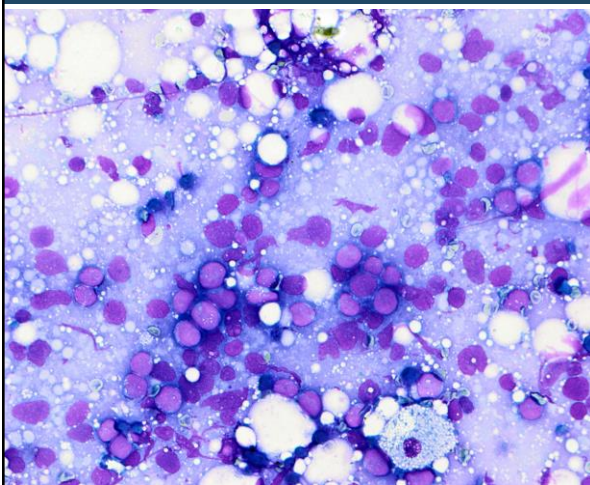


Гем-эозин, ув.х 100

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Результаты исследования: Материал представлен многочисленными лимфоидными клетками преимущественно среднего и крупного размера с крупными, местами неправильной формы, ядрами и узкой мелковакуолизированной цитоплазмой, встречаются разрозненные атипичные голые ядра и макрофаги. Цитологическая картина укладывается в диагноз лимфомы.



ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Гистология: бронхобиоптат.

- Микрорисписание Фрагменты слизистой оболочки бронха с эрозированием и очаговой плоскоклеточной метаплазией покровного респираторного эпителия, плотным инфильтратом из укрупненных лимфоидных клеток, частью в состоянии раздавливания. Морфологическая картина подозрительна в отношении неходжкинской лимфомы, для уточнения диагноза необходимо предпринять попытку иммунофенотипирования. 2.11.2017 г А.С. Артемьева
- Описание дополнительных исследований CD20 - положителен в крупных клетках; CD3 - положителен в малых Т-лимфоцитах инфильтрата. Ki67 около 90%. Ki67: 90%
- Гистологическое заключение В-клеточная неходжкинская лимфома высокой гистологической степени злокачественности. Для уточнения нозологического варианта опухоли необходимо расширенное иммуногистохимическое исследование. 3.11.2017 г А.С. Артемьева

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Пациентка Ф. 63 г.

Анамнез Morbi с 30.11.16 по 07.12.16г. - пациентка находилась на стационарном лечении в Липецком областном онкодиспансере, где обследована: -ПЭТ КТ органов грудной полости от 18.10.16г. - признаки рака верхней доли левого лёгкого 28 x 34 мм. - ФБС от 28.10.16г. - эндобронхит на уровне ЛВДБ, ЦИ № 12495 от 31.10.16г. - клетки бронхиального эпителия. - УЗИ ОБП от 04.10.16г. - диффузные изменения печени. - ПЭТ-КТ от 18.10.16г. - образование верхней доли левого лёгкого до 40 x 33 x 30 мм (SUV max= 9.22). - ФВД от 30.01.17г. - ЖЕЛ= 1.63 %, ОФВ1 41 %.- 0.92 - Пульмонолог ЛОКБ г.- бронхиальная астма, тяжёлое течение, персистирующая, частично контролируемая на фоне ХОБЛ. ДН 2. Бронхоэктатическая болезнь.

Эл. очередь на анализы Цитология, 23.01.2017 11:21, Институт/02 КЛИНИКА/ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ/Лаборатория цитологии

Отделение, на которое необходимо вернуть результат КДО

Клинический диагноз Периферический Са в/ долевого бронха слева

Откуда взят материал для исследования, номера стекол Визуализированы дистальные отделы левого в/ долевого бронха до устья субсегментов, далее эндоскоп ввиду диаметра провести не удается. однако "плюс ткани" эндоскопически в дистальных отделах не визуализируется. Выполнена браш биопсия стекла № 259,260. Выполнен забор мокроты на онкоцитологию.

Способ получения материала мазок, мокрота на онкоцитологию

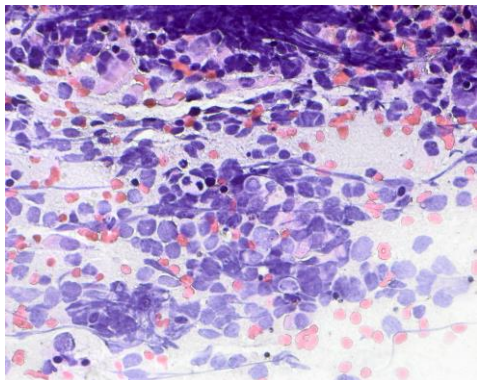
№ исследования 427977-8

Результаты исследования Браш/б - кровь, слизь, клетки цилиндрического (эндобронхиального) эпителия, скопления клеток мелкоклеточного рака. 8041/3 Мокрота - кровь, слизь, скопления клеток цилиндрического эпителия. Комплексы клеток мелкоклеточного рака. 8041/3

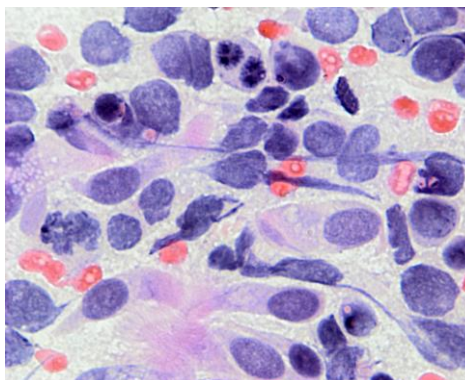
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Brush биопсия



Гем-эозин, ув.х 40

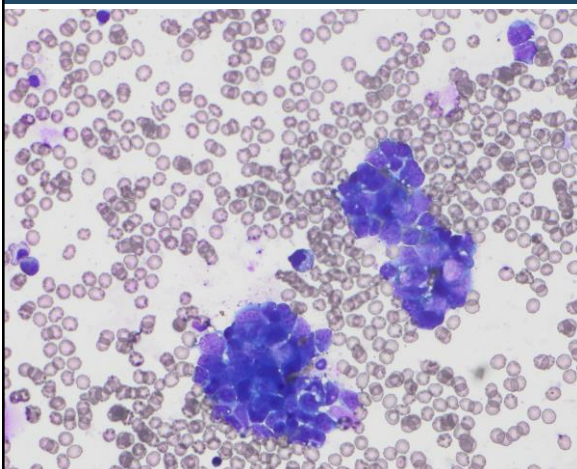


Гем-эозин, ув.х 100

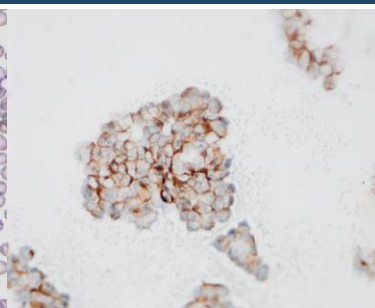
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Смыв из бронхов



Азур-эозин, ув.х 40



Синаптофизин, ув.х 40

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Пациент: М., 23.09.1939 г. р. (77 лет)

Дата: 08 Август 2017 г. Осмотр: Консультация врача-онколога
Врач: Левченко Е.В., Онколог, д.м.н.

Жалобы: На кашель с отхождением мокроты, слабость после незначительной физической нагрузке.

Страховой анамнез:

Анамнез Morbi: Считает себя больным около 2 месяцев назад когда впервые отмечает вышеуказанные

жалобы. Обратился в поликлинику по месту жительства. Выполнено Rg органов грудной полости- выявлено образованием в верхней доли левого легкого. По собственному желанию обратился в НИИ онкологии.

На КТ органов грудной полости от 03.08.2017 Картина периферической карциномы верхней доли левого легкого с метастатическим поражением внутригрудных лимфоузлов. Мелкие очаги в плевре и легких требующие динамического наблюдения.

Остеосцинтиграфия от 31.07.2017 - При остеосцинтиграфии в планарном режиме определяются очаги патологической гиперфиксации РФП в левой подвздошной кости в области крестцово-подвздошного сочленения и в заднебоковом отрезке VIII ребра слева - крайне подозрительные на мтс.

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Федеральное государственное бюджетное учреждение "Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова" Министерства здравоохранения Российской Федерации
ОТДЕЛЕНИЕ ЭНДСКОПИИ

197758, г. Санкт-Петербург, Песочный, ул. Ленинградская, д. 68
Тел. (812)439-95-55 Факс: (812) 596-8947. Эл.почта: oncl@rion.spb.ru
www.niioncologiy.ru

Дата: 17 Август 2017 г.
Ф.И.О. _____
Дата рождения: 23.09.1939
Возраст: 77 лет
Аппарат: PENTAX EG- 3870 URK
Анестезия: внутривенная

ЕСОG I

Линейный УЗ-эндоскоп проведен в пищевод. На 30 см от резцов определяются множественные лимфатические узлы вытянутой формы, максимально до 40x17 мм, экоструктура их гомогенная. В области аортопульмонарного окна определяется округлое гипзогенное образование с распадом, муфтообразно окаймляющее легочную артерию размером 33x25 мм. Выполнена ТИП иглоу Cook ECHO-ND 22-C из образования аортопульмонарного окна Стекла № 209,210, из бифуркационных узлов стекла № 211,212,214,216. Часть цитологического материала помещена в контейнер с транспортной средой.

Заключение: ЭУС-картина вторичного поражения лимфатических узлов аорто-пульмонарного окна, бифуркационных лимфатических узлов.

Врач: _____ /Ткаченко О.Б./

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Материал: стеклопрепараты, эппендорф с микрофрагментом ткани лимфоузла

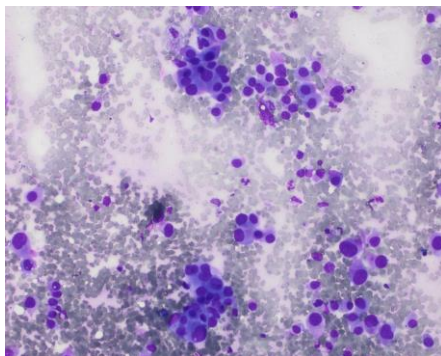


1. Стеклопрепараты (мазки);
2. Жидкость (цитоспин-препараты);
3. Клеточный блок.

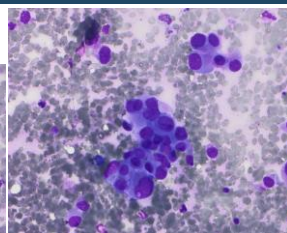
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



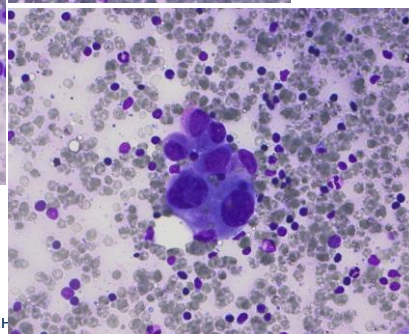
Стеклопрепараты: цитологическая картина: лимфоциты, комплексы клеток аденокарциномы.



Азур-эозин, ув.х 20



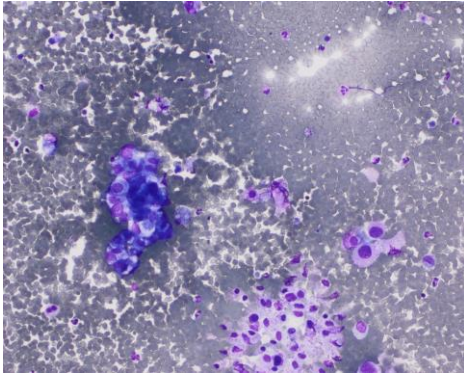
Азур-эозин,
ув.х 40



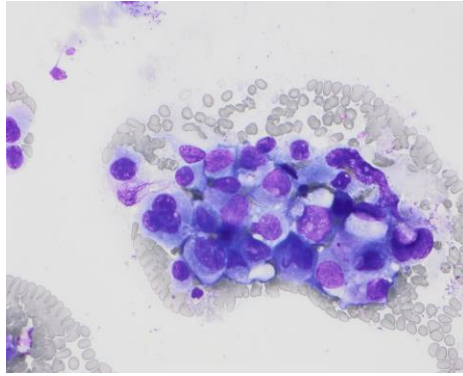
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Цитоспин – препараты (жидкостная цитология)



Азур-эозин, ув.х 20

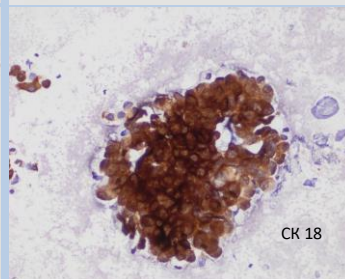
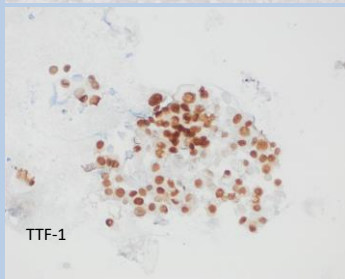
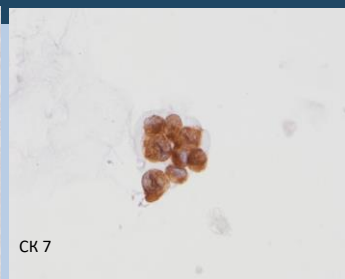
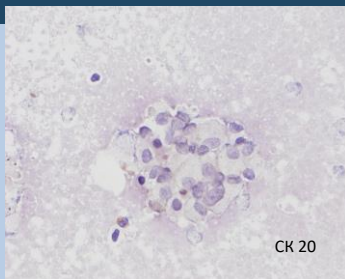


Азур-эозин, ув.х 40

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



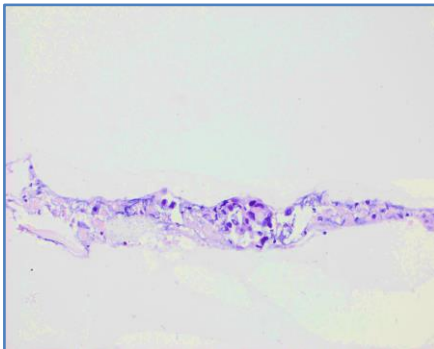
Иммуноцитохимия на цитоспин-препаратах



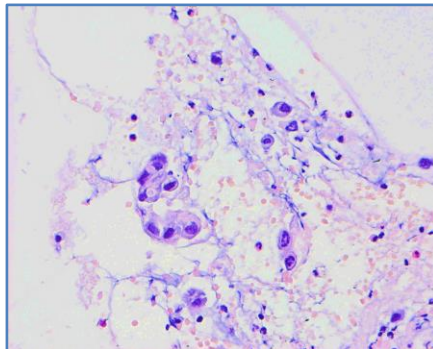
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Клеточный блок



ГЭ x20



ГЭ x40

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



Результаты цитологического исследования

Из образования -В мазках на фоне крови разрозненно и в комплексах клетки рака, более вероятно, аденокарциномы.

Л/У - Кровь, соединительно-тканые фрагменты, лимфоидные элементы, лейкоциты, макрофаги и гистиоциты. На этом фоне присутствуют, преимущественно в виде железистоподобных и сосочковоподобных комплексов, клетки рака, более вероятно, аденокарциномы.

Эппендорф: В жидкостной среде взвешены мелкие тканевые фрагменты. Изготовлен клеточный блок. Из жидкости приготовлены Cytospin препараты: В мазках на фоне клеточных элементов крови присутствуют клетки рака, более вероятно, аденокарциномы. Для уточнения гистотипа рака и источника метастазирования необходимо ИЦХ-исследование.

Проведено ИЦХ-исследование на цитоспин-препаратах: CK-20 - отсутствие экспрессии, CK-18, CK-7, TTF-1 -положительная экспрессия в опухолевых клетках.

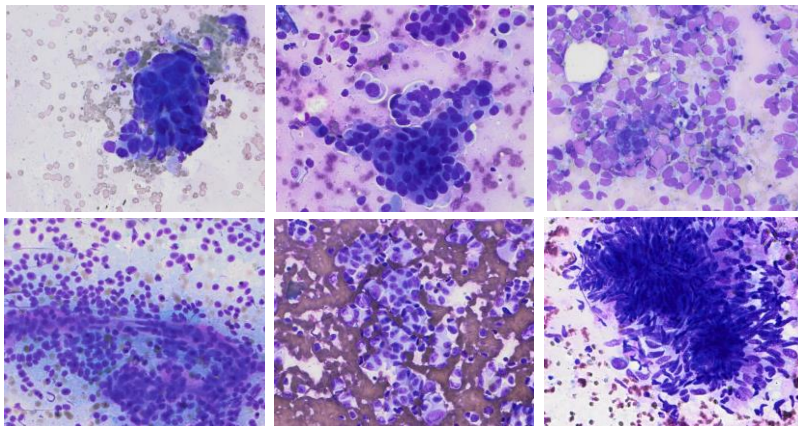
С учетом цитологической картины и результатов ИЦХ - исследования, найденные изменения соответствуют немущинозной аденокарциноме легкого.

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



В цитологии очевидное диагностировать легко. Но не всё так очевидно...и именно это делает нашу работу нескучной..

Эдит Титмуш



diff quick . Азур-
эозин, ув.х 40

Благодарю за внимание !

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России