

ЕТШЧО-КАСГАБ ЕЕАТШЕ8 ОЕ ВЕКМАТОСЪУРН1С8 РАКАМЕТЕК8 ОЕ ЕЕЕТ'8 ТОЕ8 (1 ро§*)

К о / а п 1 Ч. М.

АБ81гас1. Тье рарег ргезеШз Ье гезиКз о^зШсПез оГ йп§ег с1егга1;о§1урЫс5 &e1 оГ &та1ез Ье1оп§т§ 1о Йю Пилзи ейтю ^гоир;г Ь\-т^ ш Йже Гуапо-Ргапклузк ге§юп, апс! регзопз оГ 1стаГФ' зех Ье1оп§ш§ 10 Цкгашап гшйонаШу, Ьопп т ойЬег ге^юпз оГ Цкгаше. Вазес! оп Ше сопс1ис1;её гезеарсЬ ГаелОг сгкена -уеге езШПЗЬес! (ПГГегенНайп^ Шезе §гоирз (^е^иенсу апс! сЬагас!епз1;1с8 оГ Ше сИзмЬийоп раПегпз оп уапоиз Йп§егз оГ опе регзоп).

Key >оис15: Рогепзю Меё1с1пе, ёегга1о§1урЫсз, регзона! хёепийсайоп.

УДК 616-091.1-008.949.3:57.036

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАРЦИНОИДНЫХ ОПУХОЛЕЙ

**Марковский В.Д.¹, Захаренко В.В.², Сорокина И.В.Д Плитень О.Н.^{3,2},
Миροшниченко М.С.^{1,2}, Шапкин А.С.^{1,2}**

Харьковский национальный медицинский университет¹,
КУОЗ «ОКБ - ЦЭМП и МК», г. Харьков²

Резюме: В статье приведены литературные данные и собственные наблюдения из практики карциноидной опухоли редкой локализации.

Ключевые слова: карциноидная опухоль, клинико-морфологические особенности.

ВСТУПЛЕНИЕ. В практике судебного медика, как и в практике врачей других специализаций, карциноидные опухоли встречаются редко и в большинстве случаев являются гистологической находкой, поскольку маскируются клиническими и морфологическими признаками как опухолевых, так и неопухолевых тболеваний. В ряде случаев карциноидные опухоли вообще остаются нераспознанными в силу недостаточной осведомленности врачей о клинических и морфологических признаках данной патологии. Поскольку судебный медик, как и патологоанатом, обязан установить истинную природу заболевания, считаем важным напомнить особенности этого опухолевого процесса.

Карциноид или карциноидная опухоль - редкая и медленно растущая потенциально-злокачественная опухоль, встречающаяся в любых участках организма. Но, судя по публикациям последних лет, частота выявления карциноидных опухолей возросла в 2-3 раза. Медленный рост карциноида приводит к тому, что пик его развития приходится на возраст 50-60 лет. Однако, к примеру, карциноид червеобразного отростка чаще всего встречается у людей в возрасте 30-40 лет [6].

Особенностями карциноидных опухолей является их локализация в различных органах, различная степень злокачественности и непредсказуемое биологическое течение. В 3-4% случаев первичная локализация карциноида остается неустановленной даже при аутопсии. Это связано с тем, что первичная опухоль может занимать небольшой объем и не выходить за пределы подслизистого слоя, поэтому может быть пропущена при аутопсии, или наоборот, диагностирована случайно при патологоанатомическом исследовании больного, умершего от других причин. При росте карциноида внутрь просвета кишки, бронха или при метастазировании начинает проявляться его клиническая картина. Однако нередки случаи, когда клиническая картина карциноида (особенно при отсутствии метастазов) неяркая, что затрудняет диагностику [6].

Карциноидные опухоли преимущественно локализируются в органах пищеварения (до 85%), однако среди всех опухолей желудочно-кишечного тракта они составляют 4-8,3%. В червеобразном отростке эта опухоль встречается в 40% случаев, реже в подвздошной кишке (25%), прямой кишке (13%), ободочной кишке (9%), тощей кишке (7%), еще реже в желудке (2%), поджелудочной железе (2%), двенадцатиперстной кишке (1%), слюнных железах (1%). Локализация в бронхах карциноидной опухоли составляет 5-8%, в яичниках - менее 1%. Исключительно редко карциноидная опухоль возникает в других органах [1, 5, 6].

Карциноидные опухоли нередко развиваются при отсутствии выраженных симптомов в течение нескольких лет, поэтому выявить их на ранней стадии сложно. Зачастую опухоли обнаруживаются только тогда, когда становятся довольно крупными и причиняют дискомфорт, однако их можно выявить во время обследования по поводу других проблем, либо во время хирургической операции. Диагностика базируется на

щ

§ Ц

Гьогзоп, Лйез Уегпе. Как правило, для карциноидного синдрома характерны следующие симптомы: диарея, приливы с последовательным изменением цвета кожи от красного до лилового с проливным потоотделением, боль в брюшной полости, свистящие хрипы из-за бронхоспазма, развитие сердечной недостаточности по правому типу.

Карциноидные образования по своему строению весьма похожи на аденокарциному, но, по данным первых исследователей, данные опухоли протекали более доброкачественно и редко давали метастазы, Микроскопически карциноид состоит из гнезд и тяжелой полигональных клеток, разделенных прослойками соединительной ткани. Почти во всех карциноидах выявляют признаки анаплазии и инфильтрирующего роста, что позволяет относить их к злокачественным новообразованиям. В последнее время установлено, что приблизительно 40% карциноидных опухолей склонны к метастазированию, хотя требуется достаточно продолжительное время для появления метастазов.

Карциноиды растут значительно медленнее, чем злокачественные опухоли, и намного позже дают метастазы, поэтому в ряде случаев трудно прогнозировать дальнейшее развитие карциноидной опухоли, Метастазирование в регионарные лимфатические узлы наступает достаточно быстро. Из отдаленных метастазов наиболее типичными для карциноидной опухоли являются печеночные. Другие виды метастазов (в головной мозг, легкие, поджелудочную железу и т.д.) встречаются редко [6].

Для лечения карциноидных опухолей применяют хирургические методы. Удаляют пораженные участки, производят ревизию регионарных лимфатических узлов, по возможности иссекают печеночные метастазы. После операции обычно проводится химиотерапия. Без лечения продолжительность жизни составляет около 4 лет. Успешное лечение дает хороший прогноз и продлевает жизнь на 15 лет и более, Своевременно начатое лечение при небольшом размере опухоли дает 5-летнюю выживаемость на уровне около 95%. Запущенные формы заболевания в зависимости от локализации первичной опухоли дают 5-летнюю выживаемость в диапазоне от 40 до 85% [6].

Приводим три случая собственных наблюдений редких локализаций карциноидной опухоли, встретившихся в операционном и аутопсийном материале в нашей клинике за первый квартал 2012 года.

1. В операционном материале мужчины 30 лет - удаленном левом легком - с клиническим диагнозом «Бронхокарцинома левого легкого» при макроскопическом исследовании было установлено, что в устье I манного бронха определяется опухолевидное образование полиповидной формы на широком основании размером 2,5x2,5x<4,5см, обтурирующее просвет. Ткань опухоли желтовато-сероватого цвета, мягко-эластичной консистенции. Перибронхиально определяется два лимфатических узла серовато-розоватого цвета, каждый размером по 1,2x1,0x0,7см. В верхней доле легкого определяется полость диаметром 6см, заполненная грязно-оуроватым жидким содержимым, внутренняя поверхность которой трабекулярного вида. На остальном протяжении ткань легкого безвоздушная, мясистая, с цилиндрическими бронхоэктазами, заполненными слив- (сообразным желтовато-буроватым содержимым. Микроскопическое исследование показало, что опухоль главного бронха является карциноидом с экзофитным и эндофитным ростом. Помимо этого выявлены множественные нагноившиеся цилиндрические бронхоэктазы с наличием бронхоэктатической каверны в верхней доле; множественные хронические абсцессы; субтотальный ателектаз легкого с участками кар- пификации и выраженным диффузным пневмосклерозом.

2. В операционном материале мужчины 70 лет - фрагменте кишечника, представленного частью подвздошной кишки длиной 9,5 см и проксимальным отделом толстой кишки длиной 25см, удаленном по поводу рака печеночного угла толстой кишки (Т₄К₀М₀) (клинически). При макроскопическом исследовании на расстоянии 14см от дистального края резекции обнаруживается выступающая в просвет толстой кишки и о»журирующая ее опухоль диаметром 9,5см с бугристой поверхностью, серовато-зеленоватого цвета. Стенка кишки под опухолью на протяжении 3 см утолщена до 0,7 см. Микроскопическое исследование выявило щокачественный карциноид с воспалением и изъязвлением, прорастанием всех слоев стенки. В одном из шести мелких лимфатических узлов по его периферии обнаруживаются элементы опухолевой ткани. Также элементы опухолевой ткани обнаруживаются в просвете близлежащего сосуда. В краях резекции элементы опухоли не обнаруживаются.

3. у умершей женщины 67 лет; смерть которой наступила от отека-набухания вещества головного мозга < дислокацией ствола, развившегося вследствие обширного ишемического инфаркта головного мозга на фоне гипертонической болезни и сахарного диабета II типа, при вскрытии в области верхненаружного и истрхневнутреннего квадрантов левой молочной железы (в околососковой области) определялось плотное опухолевидное образование округлой формы диаметром 8-9см. На разрезе данное образование было неоднородного вида с участками желтоватого и беловатого, местами красноватого цвета, кожа в области опухолевидного образования красноватая, граница опухолевой ткани и ткани молочной железы нечеткая. В центральной части опухолевого образования выявлялась киста диаметром 0,9см, заполненная мутноватым желтоватым содержимым. Известно, что во время пребывания больной в стационаре она была осмотрена чнрургом, который установил диагноз «Рак левой молочной железы». Микроскопическое исследование взятых ори вскрытии кусочков данного образования молочной железы позволило диагностировать карциноидную • •нухоль со вторичными изменениями (определяются некротически измененные участки и признаки нарушения ь ронообращения).

Итак, во всех трех наших наблюдениях, где клинически подозревался рак, диагноз карциноидной опухоли был установлен только в результате гистологического исследования. Только лишь наступившие ослож-

инструментальных, ультразвуковых, лабораторных, гистологических и цитологических исследованиях.

Общемировая статистика свидетельствует о том, что частота встречаемости карциноидов колеблется от 1 до 6 человек на 100 тысяч населения. С учетом торпидности течения можно предположить, что истинная частота несколько выше, однако в связи с отсутствием клинических проявлений опухоли не диагностируются, либо диагностируются на поздних стадиях, что с учетом сложностей морфологической диагностики не позволяет правильно поставить диагноз [5].

Карциноидные опухоли стали известны медикам относительно недавно и в качестве отдельного типа роста выделены в середине XIX века. Морфологическое описание карциноидной опухоли впервые представил О. БиЪагзсь. в 1888 году [10], который на секционном материале обнаружил в дистальном отделе тощей кишки множественные подслизистые образования. Впервые термин «кагапоЪе» был предложен 8. ОЪегпёог&г [11] в 1907 году для описания сходных между собой опухолей, морфологически напоминающих аденокарциному, но характеризующихся более торпидным течением [5].

Карциноидные опухоли образуются из разбросанных по всему организму энтерохромаффинных клеток диффузной эндокринной системы, секретирующих гранулы биологически активных веществ. Эти клетки идентифицированы в эпифизе, гипофизе, гипоталамусе, мозжечке и других отделах головного мозга, в щитовидной и околотитовидных железах, органах дыхания, желудочно-кишечном тракте, желчном пузыре, печени, поджелудочной железе, почках, надпочечниках, молочной железе, яичниках, мочевом пузыре, вилочковой железе, слюнных железах, параганглиях, сердце, коже, языке, плаценте. Основными свойствами этой системы являются депонирование предшественников биогенных аминов, их последующее декарбок-силирование, выработка биогенных аминов и полипептидных гормонов, на основании чего их объединили в так называемую АРШ) (Апппе Ргесигзоге 1]рlake ап! БеагаЪохуЪюп) - систему, а опухоли из этих клеток назвали апудомами [1]. Однако в настоящее время установлено, что выработка некоторыми эпителиальными клетками, из которых развиваются карциноиды, активных веществ (гликопротеидных гормонов) не обязательно связана с декарбокислированием предшественников амина, что не позволяет включить их в клетки АРСГО-системы. Это дало основание Д.И.Головину и О.К.Хмельницкому в 1983 году предложить замену понятия «апудомы» термином «инкреторные гранулоцитомы» [2].

Взгляды на происхождение энтерохромаффинных клеток также неоднозначны. В 60-е годы за рубежом, а затем и у нас получила широкое распространение концепция А. Реагзе о родстве клеток АРШ-системы с нервными клетками и их нервно-гребешковом генезе [12]. В 70-е годы работами Н. Съеп§ (1974 год) [8], А. Апсlгеу (1976 год) [7] были получены данные уже об эпителиальной природе АРШ-клеток желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы, что не совпадало с концепцией А. Реагзе об их нервно-гребешковом генезе [1].

Несмотря на отсутствие единого взгляда на происхождение энтерохромаффинных клеток, отсутствие единого морфологического и функционального признака, объединяющего различные клетки эктодермальной (эпителиальные) и нейроэктодермальной природы и, в то же время, отличающего их от других эндокринных или нейроэндокринных элементов организма человека, по-видимому, правильно считать, что карциноидными опухолями (карциноидами) следует обозначать опухоли диффузной эндокринной системы, развивающиеся из клеток, секретирующих гранулы биологически активных веществ [1, 9]. С 2000 года по рекомендации ВОЗ эти опухоли называют нейроэндокринными опухолями и классифицированы на 4 группы в зависимости от размера, инвазии в прилежащие органы и крупные сосуды, а также митотического индекса **Кл-61**.

Спектр продуцируемых энтерохромаффинными клетками веществ, а соответственно и в избыточном количестве опухолевыми клетками в карциноидах, очень широк. Однако наиболее важной субстанцией секреторной активности карциноидов является серотонин [3].

При светооптическом исследовании энтерохромаффинные клетки имеют несколько большие размеры, чем клетки паренхимы органов, в которых они располагаются. Они имеют округлую и треугольную форму, эозинофильную цитоплазму. У энтерохромаффинных клеток есть отличительные характеристики, которые позволяют их выявлять при микроскопическом исследовании. Они особым образом окрашиваются при контакте с веществами, содержащими соли серебра. Следы определенных гормонов, продуцируемых энтерохромаффинными клетками, могут идентифицировать гормональные вещества, продуцируемые клетками карциноида, и таким образом установить окончательный диагноз при микроскопическом исследовании биопсии опухоли.

Е.В. ХУПНагз и М. 8апсlгз классифицировали карциноиды по месту их локализации. Так, выделяют проксимальный (верхний) тип опухолей, к которому относится карциноид легкого, бронхов, пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы. Особенностью этого типа карциноидов является отсутствие или низкая секреторная активность, не сопровождающаяся развернутой картиной карциноидного синдрома. Медио-кишечный (средний) тип локализуется в области тонкой кишки, аппендикса, слепой кишки, восходящего отдела ободочной кишки. Дистально-кишечный (нижний) тип характеризуется локализацией в псГГфечно-ободочной и нисходящей ободочной кишке, сигмовидной кишке и прямой кишке [4, 5].

Одним из основных патогномических признаков развития карциноидной опухоли является появление развернутой клинической картины карциноидного синдрома. Карциноидный синдром был впервые описан специалистами из Соединенных Штатов и Скандинавии и признан отдельным заболеванием в 1954 году.

Клиническая картина карциноидного синдрома многогранна и зависит от локализации первичной опухоли, наличия метастазов и продуцируемых опухолью биологически активных веществ. В связи с этим описано несколько вариантов карциноидного синдрома: Саззclly-8bolle, 3leter-Уоегпег, НесНп§ег, Вюгк-

ТЪогзс
приди
воть]
право!

нервы
Микр<
шедш
что и
прибл:
и род.о

метагт
Метас
иаибо.
мозг, I

участь
метагт
состав
Слоев;
95%,
выжш

пивши

«Брон
шшне
разме{
консис
ризме{
Оуровг
оротя>
шобрг
(давне
множе
перхне
шфик

110ДЩ
повода
рассто
обтур*
ШШКИ
шкжач
мелки:
вЯУХо;
оби ар}

45 диел
гинер'1
иврхне
рНУХШ
асодш
ЗДУШ
ЦЮИр*
МийШкн
КИрур)
ц<
ЙВУЛШ
кровос

онуко/

Гъозоп, Мез Уегпе. Как правило, для карциноидного синдрома характерны следующие симптомы: диарея, приливы с последовательным изменением цвета кожи от красного до лилового с проливным потоотделением, боль в брюшной полости, свистящие хрипы из-за бронхоспазма, развитие сердечной недостаточности по правому типу

Карциноидные образования по своему строению весьма похожи на аденокарциному, но, по данным первых исследователей, данные опухоли протекали более доброкачественно и редко давали метастазы. Микроскопически карциноид состоит из гнезд и тяжёлой полигональных клеток, разделённых прослойками соединительной ткани. Почти во всех карциноидах выявляют признаки анаплазии и инфильтрирующего роста, что позволяет относить их к злокачественным новообразованиям. В последнее время установлено, что приблизительно 40% карциноидных опухолей склонны к метастазированию, хотя требуется достаточно продолжительное время для появления метастазов.

Карциноиды растут значительно медленнее, чем злокачественные опухоли, и намного позже дают метастазы, поэтому в ряде случаев трудно прогнозировать дальнейшее развитие карциноидной опухоли. Метастазирование в регионарные лимфатические узлы наступает достаточно быстро. Из отдалённых метастазов наиболее типичными для карциноидной опухоли являются печеночные. Другие виды метастазов (в головной мозг, легкие, поджелудочную железу и т.д.) встречаются редко [6].

Для лечения карциноидных опухолей применяют хирургические методы. Удаляют поражённые участки, производят ревизию регионарных лимфатических узлов, по возможности иссекают печеночные метастазы. После операции обычно проводится химиотерапия. Без лечения продолжительность жизни составляет около 4 лет. Успешное лечение даёт хороший прогноз и продлевает жизнь на 15 лет и более. Своевременное начатое лечение при небольшом размере опухоли даёт 5-летнюю выживаемость на уровне около 95%. Запущенные формы заболевания в зависимости от локализации первичной опухоли дают 5-летнюю выживаемость в диапазоне от 40 до 85% [6].

Приводим три случая собственных наблюдений редких локализаций карциноидной опухоли, встретившихся в операционном и аутопсийном материале в нашей клинике за первый квартал 2012 года.

1. В операционном материале мужчины 30 лет - удалённом левом лёгком - с клиническим диагнозом «Бронхокарцинома левого лёгкого» при макроскопическом исследовании было установлено, что в устье главного бронха определяется опухолевидное образование полиповидной формы на широком основании размером 2,5x2,5x4,5см, обтурирующее просвет. Ткань опухоли желтовато-сероватого цвета, мягко-эластичной консистенции. Перибронхиально определяется два лимфатических узла серовато-розоватого цвета, каждый размером по 1,2x1,0x0,7см. В верхней доле лёгкого определяется полость диаметром 6см, заполненная грязно-буроватым жидким содержимым, внутренняя поверхность которой трабекулярного вида. На остальном протяжении ткань лёгкого безвоздушная, мясистая, с цилиндрическими бронхоэктазами, заполненными сливкообразным желтовато-буроватым содержимым. Микроскопическое исследование показало, что опухоль главного бронха является карциноидом с экзофитным и эндофитным ростом. Помимо этого выявлены множественные нагноившиеся цилиндрические бронхоэктазы с наличием бронхоэктатической каверны в верхней доле; множественные хронические абсцессы; субтотальный ателектаз лёгкого с участками карнификации и выраженным диффузным пневмосклерозом.

2. В операционном материале мужчины 70 лет - фрагменте кишечника, представленного частью подвздошной кишки длиной 9,5 см и проксимальным отделом толстой кишки длиной 25см, удалённом по поводу рака печеночного угла толстой кишки (Т₄К₀М₀) (клинически). При макроскопическом исследовании на расстоянии 14см от дистального края резекции обнаруживается выступающая в просвет толстой кишки и обтурирующая ее опухоль диаметром 9,5см с бугристой поверхностью, серовато-зеленоватого цвета. Стенка Кишки под опухолью на протяжении 3 см утолщена до 0,7 см. Микроскопическое исследование выявило злокачественный карциноид с воспалением и изъязвлением, прорастанием всех слоев стенки. В одном из шести мелких лимфатических узлов по его периферии обнаруживаются элементы опухолевой ткани. Также элементы опухолевой ткани обнаруживаются в просвете близлежащего сосуда. В краях резекции элементы опухоли не обнаруживаются.

3. У умершей женщины 67 лет, смерть которой наступила от отека-набухания вещества головного мозга \leq дислокацией ствола, развившегося вследствие обширного ишемического инфаркта головного мозга на фоне гипертонической болезни и сахарного диабета II типа, при вскрытии в области верхненаружного и верхневнутреннего квадрантов левой молочной железы (в околососковой области) определялось плотное опухолевидное образование округлой формы диаметром 8-9см. На разрезе данное образование было неоднородного вида с участками желтоватого и беловатого, местами красноватого цвета, кожа в области опухолевидного образования красноватая, граница опухолевой ткани и ткани молочной железы нечеткая. В центральной части опухолевого образования выявлялась киста диаметром 0,9см, заполненная мутноватым желтоватым содержимым. Известно, что во время пребывания больной в стационаре она была осмотрена хирургом, который установил диагноз «Рак левой молочной железы». Микроскопическое исследование взятых при вскрытии кусочков данного образования молочной железы позволило диагностировать карциноидную опухоль со вторичными изменениями (определяются некротически изменённые участки и признаки нарушения Кровообращения).

Итак, во всех трех наших наблюдениях, где клинически подозревался рак, диагноз карциноидной ОЛущш был установлен только в результате гистологического исследования. Только лишь наступившие ослож-

нения, приведшие к оперативному вмешательству, и, к сожалению, летальный исход позволили диагностировать карциноид, который в последнем случае, скорее всего, сыграл немаловажную роль в танатогенезе.

ВЫВОД

Таким образом, проблема карциноидных опухолей приобретает все большую актуальность для врачей многих специальностей, что определяется многообразием их клинической картины, значительными трудностями в диагностике, а также многокомпонентными подходами в лечении. Только объединение усилий врачей различного профиля позволит добиться дальнейших успехов в диагностике и лечении карциноидных опухолей, продлении жизни контингента больных, страдающих данной патологией.

Литература

1. Буриев И.М. Карциноидные опухоли поджелудочной железы / И.М. Буриев, В.В. Цвиркун, А.Н. Лебедева [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1997. - Т. 2. - С. 74-81.
2. Головин Д.И. Инкреторные гранулоцитомы (апудомы) / Д.И. Головин, О.К. Хмельницкий. - Л.: Медицина, 1983. - 227 с.
3. Райхлин Н.Т. АРШ-система (общепатологические и онкологические аспекты) / Н.Т. Райхлин, И.М. Кветной, М.А. Осадчук. - Обнинск, 1993. - 108 с.
4. Стариков В.И. Карциноидные опухоли / В.И. Стариков // *Международный медицинский журнал*. - 2004. - №2. - С. 90-92.
5. Тер-Ованесов М.Д. Карциноидные опухоли торакальной локализации - современное состояние / М.Д. Тер-Ованесов, Б.Е. Полоцкий // *Практическая онкология*. - 2005. - Т.6, №4. - С. 220-226.
6. Фролова-Романюк Э.Ю. Карциноид: особенности клинической картины / Э.Ю. Фролова-Романюк // *Здоров'я України*. - 2010. - №1 (апрель) - С. 48-49.
7. Апейгеу А. АРШ сеиз, арисЪтаз апё Ше пеига! сгез* / А. Апейгеу // 8. А& Меа. I. - 1976. - V. 50. - P. 890-898.
8. Сьеп§ Н. Оп §т, сийегепШюп апс! гепе^а! оГ Ые Роиг тат ерЙБеш сел lурез т Ше тоизе зтай Т lезlте. Еплго-епlсlопте сеиз / Н. Сьеп§, С. Бьlопс! // Атег. Д. Апа1. - 1974. - V. 141. - P. 503-520.
9. Реуг*ег Р. ИЪег fде репрЪегеп епёокппеп (рагакппеп). Огшеп сlез Мепзсьеп / Р. РеуПег // Меп-БиззеlогГ. XV. Маиёпсь. - 1953. - P. 231.
10. ЫиЪаг8сь О. Пебег деп рlтагеп Кгебз дез Иеит, пёбз! Ветегкип§еп Бег сlаз ёЫсьгешВе Уогкоттеп УОП Кгебз ипс! ТиБегкобзе / О. ЫиЪаг8сь // УнсЪо^з Агсь. - 1888. - Vol.111. - P. 280-317.
11. ОбегпаогГег 8. КатпоМе Титогеп 4ез Биппёагтз / 8. ОбегпlогГег // ГрапкГ. 2. Райю1. - 1907. - Vol. 1. - P. 425-429.
12. Реаг§е А. Тье сШизе пеигоепскюппе зуlет апё Ше АРШ сопсер! / А. Реагзе // Меё. Вю1. - 1977. - V. 55. - P. 149-156.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КАРЦИНОЦИТНИХ ПУХЛИН

**Марковський В.Д., Захаренко В.В., Сорокша І.В.,
Плггенъ О.М., Мирошниченко М.С., Шапкш А.С.**

Резюме: У статі наведет лггературш даш та власш спостереження з практики карциноТдноТ пухлини рlджlсноl локалiзацiй.

Ключові слова: карциноцна пухлина, юишко-морфолопчш особливостг

СЫМСАЪ АКЪ МОКРНОШСИСАЪ РЕАТ11КЕ8 ОР САКСШОГО Т11МОК8

**МагкоухЫу УД), Ыаккагепко У.У., 8огокша І.У.,
РlГеп 0.1Ч., Муго§Блусьепко М.8., 8Баркт А.8.**

V. ~

Тье зlтгагу. Іп Ше арПсle 13 деуоlесl Ше сlаlа оГ (Бе Ппераллге ап(l оиг оlуп объегуайопз по т Ше граcПсе о! сагстоЫ Штог о?гаге ЫаНгаПоп.

Кеу\УОГ(!§: сагстоЫПитог, сНтса! апс! тогркЯюёюа! &аШгез.