

Г. А. АРЗУМАНЯН, Ш. А. ПАПАЗЯН, Л. С. ГЕВОРКЯН

К ВОПРОСУ О ГИСТОСТРУКТУРЕ И КЛАССИФИКАЦИИ ФИБРОАДЕНОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Узловые формы фиброаденоматоза с давних пор относят к доброкачественным опухолевым процессам молочной железы, причем под терминами: фиброаденома, аденофиброма, смешанная опухоль, фиброма и аденома—подразумевают одну и ту же патологию. Разнообразие структур этих опухолей очень велико.

Фиброаденомы, вернее участки ее, близкие по своему строению к нормальной железе, называются ацинозно-лобулярными (рис. 1). Они

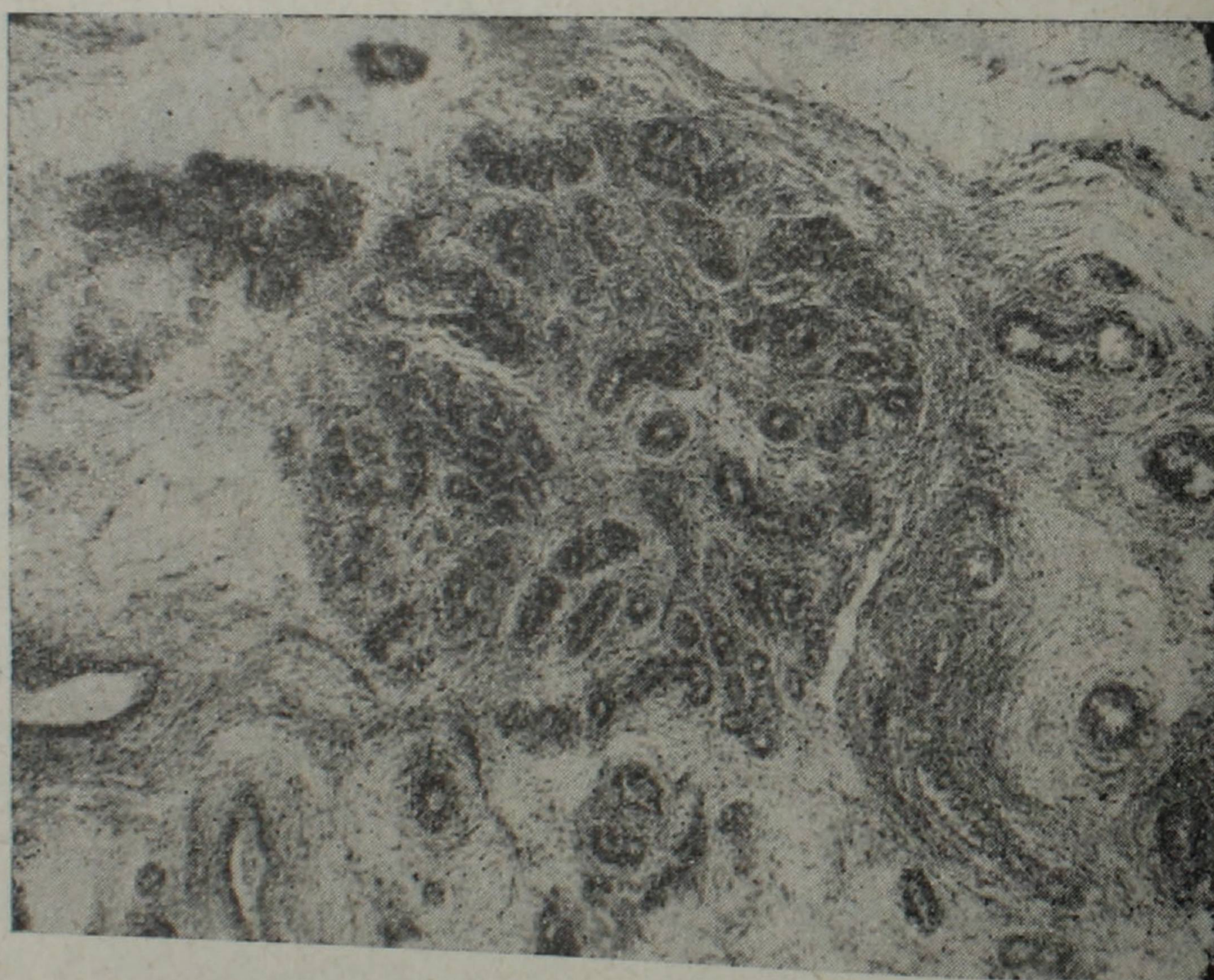


Рис. 1. Ацинозно-лобулярная форма фиброаденомы.

сохраняют дольчатое строение и иногда их очень трудно отличить от нормальной ткани молочной железы. По данным Т. В. Шемякиной [7], ацинозно-лобулярные участки, наряду с другими структурами, встречаются в 7,3% случаев фиброаденом. Ацинозно-лобулярная фиброаденома отличается от ткани нормальной молочной железы тем, что железистые ячейки значительно отдалены друг от друга разросшейся соединительнотканной стромой.

В более поздние сроки развития в фиброаденоме можно встретить участки аденоматозного типа, состоящие из пузырьков, относительно ко-

ротких трубок и ходов. Иногда вся опухоль или ее основная масса имеет аденоматозное строение. Таковую фиброаденому принято называть «аденофибромой», «чистой аденомой», просто «аденомой» (рис. 2).

Следующую ступень атипизации строения молочной железы, наступающую под влиянием нарастающих гормональных нарушений, представляют собой тубулярные формы фиброаденом, состоящие из ходов и ацинусов, окруженных соединительной тканью. Их величина, взаимное расположение и форма представлены множеством вариаций (рис. 3). Они могут быть прямыми, изогнутыми и, анастомозируясь друг с другом, иногда образуют сложную систему ходов. Диаметры трубок разные: в одних трубках просвет еле различим, в других—он приобретает характер кистозной полости. Последние, увеличиваясь, превращаются в настоящие кисты, подчас очень большие. Образование кистозных полостей в ткани фиброаденомы наблюдается сравнительно редко (0,9% случаев [7]). На нашем материале они отмечены в 7,02% наблюдений.

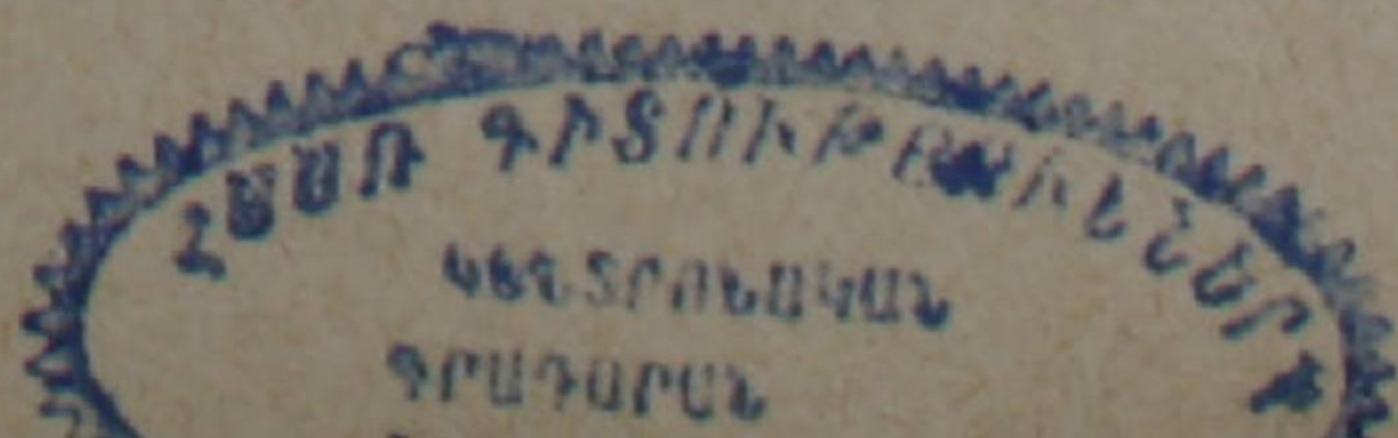


Рис. 2. Аденоматозная форма фиброаденомы.



Рис. 3. Тубулярная форма фиброаденомы.

Относительно редко в фиброаденомах встречаются солидные тяжи эпителиальных клеток, которые могут чередоваться со структурами. Тя-



ПА-7488

жи эпителиальных клеток появляются в результате сдавления трубок разросшейся соединительной тканью и пролиферации эпителия, выстилающего их. При этом трубки лишаются просвета, а эпителий, выстилающий стенки протока, ставший в результате пролиферации многослойным, сливается. Солидные эпителиальные тяжи мы наблюдали в 4,81% случаев.

Пролиферация эпителия расширенных протоков и кист при фиброаденоме наблюдается значительно реже, чем при фиброаденоматозе: в одних случаях образуются сосочковидные разрастания, состоящие исключительно из эпителиальных клеток, в других—возникают многослойные и солидные клеточные пласты, заполняющие просвет расширенного



Рис. 4. Интраканаликулярная фиброаденома.

протока или кисты. Иногда в солидных пластах пролиферирующего эпителия отмечаются просветы округлой или слегка удлиненной формы, являющиеся результатом неполного слияния выпячиваний и сосочков пролиферирующего эпителия. Такие пласты напоминают cribрозные структуры, наблюдаемые при фиброаденоматозе в результате образования вторичных полостей в солидном клеточном пролиферате.

Как показали наши наблюдения, при фиброаденоме не исключается возможность образования и внутрикистных сосочковых выростов, состоящих из соединительнотканной основы, покрытой одним или двумя рядами клеток кубического или цилиндрического эпителия.

Большинство патоморфологов придерживается подразделения фиброаденом на периканаликулярные и интраканаликулярные [1, 14].

Такое разделение фиброаденом основано на расположении соединительной ткани вокруг железистых образований (рис. 4).

С морфологической точки зрения определенный интерес представляет строма в фиброаденомах. Она может быть неоднородной не только в различных опухолях, но и в соседних участках. Наиболее исчерпывающее описание морфологических вариантов стромы фиброаденом в зависимости от ее зрелости дано Т. В. Шемякиной [7].

Иногда соединительная ткань в фиброаденоме имеет тенденцию к ослизнению, становится рыхлой. В таких случаях говорят о миксаматозе стромы и опухоль именуется «фибромиксоаденомой» [2]. В наших наблюдениях ослизнение стромы фиброаденомы имело место в 4 случаях.

Что касается жировой ткани, то ее отсутствие некоторые авторы считают характерным признаком фиброаденомы [15]. При исследовании серии гистологических срезов секторально удаленных фиброаденом мы ни в одной из них не констатировали наличие жировой ткани. При сочетании фиброаденомы с фиброаденоматозом в участках последнего всегда можно было отметить жировую ткань.

В фиброаденомах очень редко можно встретить значительный участок, не говоря уже об опухоли в целом, имеющий одну гистоструктуру. Поэтому предложенная классификация фиброаденом, подразделяющая их на эпителиальные [3, 8, 14], смешанные формы [6, 16], ацинозные и тубулярные [3], периканаликулярные и интраканаликулярные, не отражает полностью характерных черт в строении фиброаденомы. Каждая фиброаденома представляет собой сочетание тех или иных гистологических структур. Преобладание одной из структур придает ей некоторую характерность, которая и берется нами в основу патоморфологического подразделения их.

Мы изучили гистологические срезы 83 секторально удаленных фиброаденом, патоморфологическое подразделение которых производилось по следующему принципу: сначала исходили из характера роста стромы, пери- или интраканаликулярной, а затем учитывали преобладание той или иной гистроструктуры. При интраканаликулярных фиброаденомах обильно разросшаяся и вросшая в железистые трубки соединительная ткань искажает гистоструктуру опухоли и на первый план в ней выступает интраканаликулярный рост стромы.

В зависимости от роста соединительнотканной стромы наши наблюдения можно подразделить на три основные группы: периканаликулярную (48 наблюдений), интраканаликулярную (13 наблюдений), пери- и интраканаликулярную (11 наблюдений). В зависимости от гистоструктуры паренхиматозных элементов периканаликулярные фиброаденомы в свою очередь подразделяются на следующие подгруппы: 1) ацинозно-лобулярные—10, 2) аденоматозные—7, 3) тубулярные—31, 4) смешанные—24. В последней подгруппе отмечены сочетания: а) аденоматозно-ацинозно-лобулярная форма (1 наблюдение), б) тубулярно-ацинозно-лобулярная форма (6 наблюдений), в) тубулярно-аденоматозная форма (4 наблюдения).

В пери- и интраканаликулярной группах фиброаденом были отмечены 1) периканаликулярно-ацинозно-лобулярная и интраканаликулярная

формы, 2) периканаликулярно-аденоматозная и интраканаликулярная формы, 3) периканаликулярно-тубулярная и интраканаликулярная формы.

Кистообразование нами было отмечено в 6 случаях из 83. Из них 5 имели тубулярное строение, 1—смешанное аденоматозно-ацинозно-лобулярное.

Солидные эпителиоцитные тяжи мы наблюдали в 4 фиброаденомах тубулярного строения. Отсутствие последних в фиброаденомах другой гистоструктуры является косвенным подтверждением приведенного выше взгляда на генез этих образований. Пролиферацию эпителия расширенных протоков и кист в фиброаденомах мы наблюдали 14 раз. Из них 13 имели периканаликулярное строение, а 1—peri- и интраканаликулярное. По гистологической структуре они подразделялись следующим образом: тубулярные—10, аденоматозно-ацинозно-лобулярные—1, тубулярно-аденоматозные—2 и периканаликулярно-тубулярные с участками интраканаликулярного строения—1.

Таким образом, в наших наблюдениях пролиферация эпителия отмечалась в подавляющем большинстве случаев (10) в фиброаденомах тубулярного строения. Если к этому еще прибавить, что кисты и солидные эпителиальные тяжи чаще встречаются при фиброаденомах тубулярного строения, то становится очевидным, что тубулярная форма фиброаденомы является наиболее развитой стадией такого опухолевого процесса, которому присуща наибольшая активность эпителия.

Фиброаденомы являются доброкачественными опухолевыми образованиями. При радикальном удалении рецидивы не наблюдаются и, как всякие доброкачественные опухоли, они не метастазируют. Но в то же время фиброаденомы являются узловатыми гормональными гиперплазиями. Об этом говорят многие факты. Так, нередко фиброаденомы бывают множественными. Наблюдаются случаи, когда после удаления узла фиброаденомы в другой молочной железе появляется новый узел. Известно также, что при употреблении эстрогенов в терапевтических целях у больных иногда возникают одиночные или множественные фиброаденомы. Наконец, фиброаденомы часто предшествуют другому виду гормональной гиперплазии—фиброаденоматозу или возникают одновременно с ним. Участки фиброаденоматоза можно обнаружить и в составе самой фиброаденомы примерно в 15% случаев [7]. Сочетание фиброаденомы с фиброаденоматозом мы наблюдали в 10,7%.

Теоретически переход фиброаденомы в фиброаденоматоз весьма обоснован, поскольку и фиброаденома и фиброаденоматоз возникают из ткани молочной железы в результате каких-то гормональных сдвигов.

Фиброаденома молочной железы, как правило, не является предраковым заболеванием. В тех редких случаях, когда рак развивается на фоне фиброаденомы, действительной почвой для его возникновения является не сама фиброаденома, а прогрессирующие гормональные нарушения, приводящие к патологической пролиферации эпителия, а затем и к началу инфильтративного роста. С этой точки зрения к предра-

ковым заболеваниям может быть отнесена фиброаденома тубулярного строения, несущая в себе признаки активации эпителия.

Согласно литературным данным, возникновение рака из профилирующего эпителия фиброаденомы наблюдается довольно редко [4, 5, 11]. Реальную возможность озлокачествления фиброаденомы подтверждают Баклес и Буэйхи [9], наблюдавшие развитие его из фиброаденомы только у 9 из 905 больных раком молочной железы.

Малигнизация фиброаденомы может коснуться и второго ее компонента—соединительной ткани. В последнем случае фиброаденома становится источником саркомы. Возможность такого превращения доказывается наблюдениями ряда авторов [10, 12, 13]. Все это говорит о необходимости удаления фиброаденомы в целях профилактики рака.

Ереванский институт
рентгено-радиологии и онкологии
АМН СССР

Поступило 24/V 1966 г.

Գ. Ա. ԱՐՁՈՒՄԱՆՅԱՆ, Շ. Հ. ՓԱՓԱՋՅԱՆ, Լ. Ս. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ

ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ՖԻՐՐՈԱԴԵՆՈՄԱՅԻ ՀՅՈՒՍՎԱԾԱՐԱՆԱԿԱՆ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԻ ԵՎ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՐՅԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ֆիբրոադենոմաներն օժտված են կառուցվածքային բազմազանությամբ: Կրծքագեղձի նորմալ հյուսվածքին ավելի մոտ են կանգնած ացինոզոբուլյար կառուցվածք ունեցող ֆիբրոադենոմաները: Գեղձային տիպի ֆիբրոմաները (ադենոֆիբրոմաները), կառուցվածքի գեղձային մասի գերակշռությամբ, հանդիսանում են կրծքագեղձի հյուսվածքի ատիպիզացիայի հաջորդ էտապը: Խողովակավոր կառուցվածք (տաբուլյար) ֆիբրոադենոմաները հանդիսանում են նշված դիսհորմոնային գերաճի առավել զարգացած ստադիան, երբ էպիթելային հյուսվածքը հորմոնային պրոգրեսիվ խանգարումների ժամանակ ցուցաբերում է գերաճման ակտիվություն:

Ֆիբրոադենոմաների պաթոմորֆոլոգիական դասակարգման ժամանակ սկզբում մենք ելնում ենք ստրոմայի աճի բնույթից, իսկ հետո հաշվի ենք առնում այս կամ այն հիստոլոգիական կառուցվածքի գերակշռությունը:

Մեր կողմից արված եզրակացությունները հիմնված են կրծքագեղձի ֆիբրոադենոմաների մասնահատման հյուսվածաբանական 83 կտրվածքի հետադրաման վրա:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрикосов А. И. и Струков А. И. Патологическая анатомия. М., 1961.
2. Абрикосов А. И. Основы общей патологической анатомии. М., 1949.
3. Боголюбов В. Л. Русская хирургия, Саратов, 1912, отд. 24, стр. 56.
4. Веденина О. М. Проблемы онкологии, т. 10. Свердловск, 1948, стр. 173.

5. Мельников А. В. Труды I Всесоюзного съезда онкологов. Киев, 1936, стр. 229.
6. Халатов С. С. Труды общества патологов за 1911—1912 гг. М., стр. 70.
7. Шемякина Т. В. Диссертация. Л., 1948.
8. Borst M. Die Lehre von den Geschwüben, Wiesbaden, 1902, 2, 537.
9. Baclesse F. C., Doucini H. Bull. du. Cancer, 1956, 43, 151.
10. Guerin P. и M. Bull. du Cancer, 1944, 32, 1.
11. Harrington S. W., Miller J. M. Surg. Gynec. Obstet, 1940, 70, 615.
12. Fox S. L. Ann. Surg., 1934, 100, 401.
13. Lewis D., Geschickter Ch. F. J. Amer. Med. Ass., 103, 1212, 1934.
14. Me-Farland Surg. Gyn. Obst., 1927, 45, 6, 729—746.
15. Semb C. Acta Chir. Scandinavica, 1928, 64, X, 37.
16. Lieglers E. Pathologische Anatomie der Brust drüse. Lehrbuch der allg. u. spez. path. Anal., Jena, 1930, 2, 398.