

УДК 616—076.5+616.5—006.6—076.5

Г. А. АРЗУМЯНЯН, А. А. АКОПЯН

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ
И ГИСТОГЕНЕЗА БАЗАЛИОМ

Цитологический метод исследования дает возможность определить гистоструктуру базалиом: поверхностную, солидную, аденоидную, кистозную, гланилинизированную. В ряде случаев удается установить ее гистогенетическую направленность, дифференцировку: пиллоидную, сальную, апокриновую, эпидермальную или смешанную.

Цитологический метод морфологической диагностики кожных поражений прочно вошел в практику дерматологической онкологии. Роль и преимущество цитологического метода в настоящее время неоспоримы. Исследования ряда авторов [1, 5, 11] показали, что цитологический метод диагностики дает возможность определить не только наличие злокачественной опухоли, но и произвести тонкий дифференциальный диагноз ее морфологической разновидности.

Согласно взглядам некоторых авторов [8, 17 и др.], базалиомы являются опухолями с местнодеструктурирующим ростом, так как они практически не дают метастазов, но обладают деструктивным ростом и способны рецидивировать. Вопрос о происхождении базалиом до сих пор остается предметом оживленных споров. Кромпехер [16] относит базалиомы к ракам, развивающимся из базальных клеток.

Некоторые авторы [8, 14, 15], исходя из наличия сохраняющихся иногда в базалиомах исходных структур, указывали на происхождение их из волосяных фолликулов, сальных и потовых желез.

Из всех имеющихся классификаций базалиом подразделение Н. А. Краевского [8] на группы с учетом гистоструктуры и гистогенеза позволяет ориентироваться в сложной и многообразной морфологии базалиом. Согласно этой классификации, базалиомы делятся на поверхностные, солидные, аденоидные и кистозные гистологические варианты, причем в каждом из этих вариантов может быть определена ее дифференциация (пиллоидная, сальная, апокриновая или эпидермальная).

В литературе, посвященной цитоморфологическому описанию базалиом, не отражены современные взгляды морфологов на гистоструктуру и генез этой опухоли. Понятия поверхностная, солидная, аденоидная и кистозная базалиомы у авторов трактуются по-разному.

Целью настоящей работы явилось ретроспективное изучение цитоморфологической картины разновидностей базалиом, определение возможностей цитологического метода в установлении ее генеза, диагностическое определение критериев их цитологической диагностики согласно современным общепризнанным понятиям о гистоструктуре и гистогенезе базалиом.

За последние 10 лет мы подвергли цитологическому исследованию 1200 случаев базалиом. Было просмотрено свыше 4400 препаратов, из них в 6% наблюдений имелись параллельные гистологические исследования, совпадение результатов гистологического и цитологического исследований имело место в 95,7% случаев.

В таблице приведен наш материал по базалиомам кожи, подразделенный согласно гистологической и генетической направленности. Однако ввиду того, что чистые формы базалиом встречаются редко, подразделение их носит несколько условный характер и основывается на преобладании признаков той или другой разновидности.

Таблица

Основные гистологические формы базалиом	Количество случаев	Основные дифференцировки базалиом				
		пиллоидные	сальные	апокриновые	эпидермальные	смешанные
Поверхностные	458 (38,2%)	120 (10%)	4 (0,3%)	6 (0,5%)	8 (0,7%)	32 (2,7%)
Солидные	486 (40,5%)	108 (3%)	9 (0,75%)	8 (0,7%)	12 (1%)	28 (2,3%)
Аденоидные	136 (11,3%)	30 (2,5%)	4 (0,3%)	12 (1%)	6 (0,5%)	87 (6,6%)
Кистозные	120 (10%)	—	12 (1%)	14 (1,2%)	4 (0,3%)	5 (0,4%)
Всего	1200	258 (21,5%)	29 (2,35%)	40 (3,4%)	30 (2,5%)	72 (6%)

Для цитологической картины базалиом характерно наличие комплексов и тяжей, состоящих из мелких, интенсивно окрашенных клеток с небольшим количеством базофильной цитоплазмы. Ядра занимают большую часть клеток, обычно овальной, вытянутой формы с компактной структурой хроматинной сети, окрашенные в темно-фиолетовый цвет. Изредка в ядре можно видеть небольшое голубое ядрышко. Клетки, расположенные по периферии тяжей, обычно призматической формы с базальной ориентацией ядер. Во внутренних отделах тяжей и комплексов клетки меньшего размера, располагаются беспорядочно и более рыхло.

Характерным для базалиомы является также то, что клетки, составляющие тяжи и комплексы, нетесно прилегают друг к другу, ядра их разделены цитоплазмой, но границы клеток не определяются.

В препаратах отмечается незначительное или умеренное количество элементов воспалительного инфильтрата, состоящих преимущественно из лимфоцитов и плазматических клеток.

Поверхностная (мультицентрическая) базалиома некоторыми авторами расценивается как особая форма; другие рассматривают ее как начальную фазу развития базалиомы. Цитоморфологическая картина ее характеризуется наличием небольших тяжей и комплексов из темных клеток, расположенных в 5 или 8 слоев, ядра которых более компактны, чем при других формах, и клетки более интенсивно окрашены. Во всех тяжах периферический слой клетки расположен правильно, в виде частого слоя. В глубине паренхимы наряду с мелкими, мноморфными

ми темными клетками, упорядоченно расположенными, иногда можно встретить крупные светлые клетки, веретенообразные клетки, напоминающие эмбриональные фибробласты, и штифтиковые клетки, имеющие многоугольную форму или, как их называют, крылатые клетки.

Солидная базалиома встречается чаще. Цитограмма ее обусловлена наличием больших тяжей и комплексов, состоящих из более крупных темных клеток. Элементы периферического слоя располагаются в виде частокола и отличаются от клеток, расположенных внутри тяжей, большим количеством цитоплазмы. При этом отмечается некоторое нарушение расположения центральных клеток, что и является одним из отличительных признаков солидной базалиомы от поверхностной. Комплексы клеток различной величины и формы часто сливаются в массивные конгломераты. Величина, форма тяжей и комплексов позволяют цитологу определить макро-микроальвеолярное, трабекулярное, фестончатое строение опухолевой ткани.

Кистозная базалиома не является самостоятельной формой и представляет собой вариант солидной базалиомы, в которой клетки центрального отдела опухолевых структур подвергаются некрозу [8]. Кистозная базалиома в наших наблюдениях встречалась сравнительно редко (120 раз). При этом в описанных клеточных тяжях отмечались просветы с наличием в них полуразрушенных клеток (теней). Характерным для кистозной базалиомы, помимо полостей, является некоторое сужение клеток, образующих тяжи, сравнительно с клетками солидной базалиомы. Нарушается правильное расположение цилиндрических клеток периферического слоя, изменяются также клетки внутренних отделов опухолевых масс; в некоторых клетках, окаймляющих полость, отмечается метахромазия, изменение тинкториальных свойств, что является следствием дегенеративных и дистрофических изменений в цитоплазме и нередко сочетается с видимой деструкцией цитоплазмы. Она становится несколько тусклой, приобретает розовые тона и ячеистость.

Аденоидная базалиома, согласно описанию гистологических препаратов Н. А. Краевским, отличается формированием своеобразных железистоподобных и кистозных структур, напоминающих кружево. Клетки располагаются правильными рядами, окаймляя мелкие кисты, заполненные базофильным гомогенным содержимым. Иногда встречаются трубчатые образования, напоминающие неправильно сформированные потовые железы.

Некоторые авторы рассматривают аденоидную форму как следствие дифференциации паренхимы, а не вторичных изменений, другие возникновение железистых образований объясняют слизистой дегенерацией соединительной ткани. Цитограмма этой формы базалиомы очень напоминает цитограмму кистозной базалиомы, только в аденоидной базалиоме просветы окаймлены правильным рядом нормальных клеток, что является отличительным признаком от кистозной базалиомы, где просветы образуются в результате центрального некроза или лизиса клеток и окаймлены беспорядочно расположенными клетками с признаками некробиоза.

Аденоидная базалиома в чистой форме встречается редко, чаще она сочетается с одной из указанных гистологических форм (рис. 1а).

Редко встречается гиалиновая форма базалиомы, характеризующаяся склерозом и гиалинозом стромы. При этом цитологические препараты бедны клеточными элементами, в соскоб попадают соединительнотканые элементы с заключенными в них мелкими тяжами и комплексами мелких темных клеток с признаками сдавления; уменьшены размеры клеток, цитоплазма почти не видна, ядра имеют боковые вдавления, неровные контуры, сморщенные, гиперхромные.

Помимо основных описанных форм базалиом, встречаются также ослизненные, пигментированные формы. Пигментированные базалиомы бывают преимущественно солидной формы с наличием вне- и внутриклеточного пигмента. Клинически они расцениваются как меланомы, однако известное морфологическое отличие от меланом, отсутствие анаплазированных клеток, фигур митоза позволяют правильно диагностировать данную форму базалиомы [1, 3—5].

Ослизненные базалиомы выявляются благодаря наличию муцина, что меняет тинкториальные свойства опухолевых структур и стромы. В цитологических препаратах клетки, содержащие муцин, отличаются розовой окраской, увеличенными размерами за счет площади цитоплазмы, содержащей муцин, в результате чего ядра оттесняются к основанию клеток.

В описанных основных гистологических формах базалиом часто обнаруживаются различные дифференцировки, свидетельствующие о гистологической связи этих опухолей с придатками кожи. Чаще встречаются базалиомы с наличием пиллоидных структур, которые называются трихобазалиомами. Они определяются преимущественно при поверхностных и солидных базалиомах, очевидно, потому, что при этих формах еще не выражены явления местной деструкции.

В цитологических препаратах трихобазалиомы, помимо характерных тяжелей темных клеток, встречаются такие пиллоидные структуры, которые представлены группами уплощенных клеток, расположенных концентрическими слоями, часто с признаками ороговения. Размеры клеток в 2—3 раза превышают величину темных клеток, ядра сравнительно меньших размеров, форма ядер варьирует: то округлая, то удлиненная, палочкообразная, что характерно для структур волосяного матрикса. Ядра расположены чаще несколько эксцентрично, реже центрально.

Клетки поверхностных слоев пиллоидных структур имеют более выраженные признаки ороговения. Однако такие структуры в цитологических препаратах встречаются нечасто. Наличие одиночных экземпляров и групп уплощенных клеток, иногда с признаками ороговения, позволяют цитологу говорить о трихобазалиоме (рис. 1б).

Значительно реже встречаются базалиомы с сальной дифференциацией, которые характеризуются наличием ксантомных клеток в опухолевых комплексах. Они отличаются крупными размерами, в 1,5—2 раза превышающими размеры темных клеток. Форма может быть округлая,

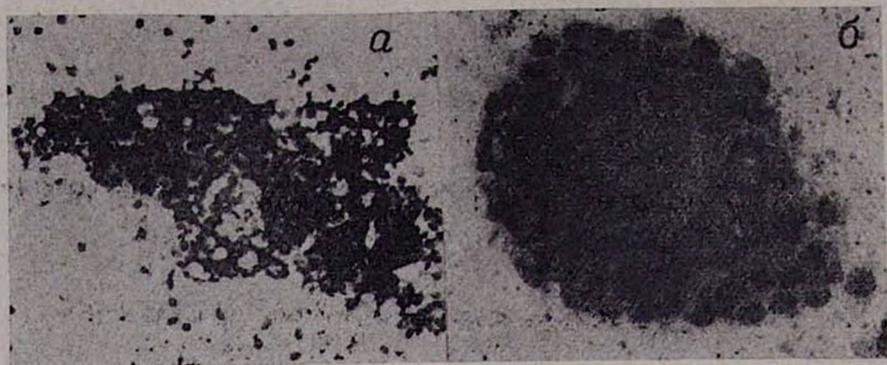


Рис. 1.

цилиндрическая или полигональная. Ядро клетки крупное, округлое, хроматин распределен неравномерно, отмечаются ахроматические участки, расположение ядра чаще эксцентричное. Цитоплазма пеннистая, широкая, окрашивается в светло-голубые тона (рис. 2а).



Рис. 2.

Потовую дифференцировку базалиомы цитологу позволяют распознать выявленные в опухолевой ткани комплексы апокриновых клеток. Апокриновые клетки в опухолевых тяжах выделяются большими размерами, имеют неправильную округлую форму. Ядро, небольшое, округлое, реже овальное, занимает незначительную часть клетки, расположено эксцентрично, ближе к основанию. Хроматин в виде тонких нитей или мелких глыбок равномерно распределен по ядру и окрашивается с различной интенсивностью, чаще в светло-фиолетовые тона. Цитоплазма обильная, окрашивается неравномерно и, как правило, в базофильные тона с примесью оксифильных оттенков. Интенсивность окраски в зоне ядра и по периферии бывает различной. В одних клетках цитоплазма вокруг ядра красится равномерно базофильно, тогда как по периферии окрашивается очень светло, в других интенсивно оксифильно окрашивается край цитоплазмы (рис. 2б).

Помимо вышеописанных трех основных дифференциаций в тяжках базалиом могут быть и элементы эпидермальной дифференцировки — островки малодифференцированных плоскоэпителиальных клеток, иногда с признаками ороговения, которые ошибочно могут быть приняты за плоскоклеточный компонент диморфной опухоли (базалиомы и плоскоклеточного ороговевающего рака).

Таким образом, базируясь на большом материале цитологических исследований по базалиомам, мы пришли к выводу, что цитологический метод исследования дает возможность определить не только гистоструктуру опухоли, но и в ряде случаев позволяет судить о генетической природе опухоли.

Армянский институт рентгенологии
и онкологии

Поступила 23/XI 1973 г.

Գ. Ա. ԱՐՁՈՒՄԱՆՅԱՆ Ա. Ա. ՀԱՎՈՐԱՆ

ԲԱԶԱԼԻՈՄԱՆԵՐԻ ՀԻՍՏՈԳԵՆԵԶԻ ԵՎ ՀԻՍՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ
ՉԵՎԵՐԻ ԲԶՋԱԲԱՆԱԿԱՆ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո ն ի մ

Ունենալով բազալիոմաների ցիտոլոգիական քննության 1200 դեպք, մեր առաջ խնդիր ենք դրել պարզել դրանց հիստոլոգիական և հիստոգենետիկ տարատեսակների ցիտոլոգիական ախտորոշման հնարավորությունները:

Մեր կողմից մանրակրկիտ կերպով նկարագրված է բազալիոմաների մակերեսային, սղիղ, գեղձային, կիստոզ և սկլերոտիկ ձևերի բջջաբանական պատկերները, նշված են այն ցուցանիշները, որոնք հնարավորություն են տալիս ցիտոլոգին տարբերակելու նշված տարատեսակները:

ЛИТЕРАТУРА

1. Буряк Г. и Цанева К. Вопросы онкологии, 1965, XI, 12, стр. 40.
2. Венкер Т., Шугар Л. Злокачественные опухоли кожи. Будапешт, 1962.
3. Ганина К. П., Налескина П. А. Лабораторное дело, 1970, 12, стр. 766.
4. Гладунова Э. Д. Автореферат канд. дисс. М., 1972.
5. Джумбаева Д. Б. Труды Казанского научно-исследовательского института онкологии и радиологии, 1967, 3, стр. 120.
6. Головин Д. И. Эпидермальные опухоли кожи. Кишинев, 1958.
7. Ефремова О. Н. и Шахова Ф. Б. Материалы VI Всесоюзной конференции врачей-лаборантов. М., 1966, стр. 149.
8. Краевский Н. А., Смоляникова А. В. Руководство по патанатомической диагностике опухолей человека. М., 1971.
9. Левер Ф. Гистология кожи. М., 1958.
10. Лежава Ж. М., Тонишвили Д. Х., Волкова-Березашвили М. В. Цитологическая диагностика новообразований. М., 1969, стр. 70.
11. Рубинова Ф. А. В сб.: Вопр. клинич. медицины. Душанбе, 1970, стр. 193.
12. Рубинова Ф. А. Дисс. канд. М., 1971.
13. Файн П. Б., Мойн Э. Е. Лабораторное дело, 1962, 6, стр. 3.
14. Фуг Н. Распознавание опухолей. М., 1951.
15. Adamson H. Y. Arch. Derm. u. Syph., 119, 53 (1914).
16. Krompacher E. Der Basalzellenkrebs, Fischer, Jena, 1903.
17. Lever Walter E. J. Surg. Oncol., 1971, 3, 3, 235.