

УДК 616.5—006.6

Г. А. АРЗУМАНЯН, А. А. АКОПЯН

ГИСТО-ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ПРИДАТКОВ КОЖИ

Ретроспективное параллельное изучение цитологических и гистологических препаратов 49 больных, страдающих раком придатков кожи, позволило определить некоторые критерии цитологической диагностики разновидностей высокодифференцированного рака придатков кожи, сальных, потовых желез и волосяных фолликул.

Среди злокачественных новообразований рак кожи занимает второе место после рака желудка и составляет 10,5% [8]. Преобладающее число его приходится на рак эпидермиса, чаще ороговевающий, и лишь в 5—10% случаев наблюдается рак придатков кожи: потовых, сальных желез и волосяных фолликул [3].

Своевременно диагностированный и соответственно леченный рак кожи на сегодняшний день уже не представляет угрозы для жизни человека. Поэтому вопрос раннего выявления его чрезвычайно актуален.

Достоверность и ценность цитологического метода в общем комплексе диагностики рака кожи в настоящее время общепризнана. В работах ряда авторов [1, 4, 6, 7, 9, 11, 12] приведена детальная цитоморфологическая характеристика ороговевающего и неороговевающего плоскоклеточного рака эпидермиса. Однако того же нельзя сказать о раке придатков кожи. Особенности цитологических картин и критерии цитологической диагностики разновидностей его еще не изучены. Периодическая литература располагает лишь общими сведениями по этому вопросу [1].

Если на сегодняшний день морфологическая верификация разновидностей рака придатков кожи еще не имеет решающего значения при выборе метода терапии, то понятие о возможных цитоморфологических вариантах позволит цитологу своевременно диагностировать его.

Задачей настоящей работы явилось изучение цитоморфологических картин разновидностей рака придатков кожи. Нами ретроспективно изучены параллельные цитологические и гистологические препараты 49 больных с этим заболеванием и отмечены нижеприведенные особенности цитологических картин его морфологических разновидностей.

Морфологически различают высокодифференцированные раки придатков кожи, в которых сохраняются морфологические признаки, указывающие на их гистогенетическую связь с соответствующими придатка-

ми, и менее дифференцированные, в которых ввиду выраженной атипичности не удается определить гистогенетическую направленность опухоли, однако ряд морфологических признаков отличает их от плоскоклеточных раков. Подобные опухоли трактуются как малодифференцированные раки придатков кожи без уточнения гистогенеза [2].

Высокодифференцированные раки придатков кожи. Рак сальных желез развивается на фоне пороков развития сальных желез, а также из сальной аденомы. Чаще локализуется в области вен и в этих случаях развивается из мейбомиевых желез [10]. Может локализоваться и на любых участках кожного покрова. Появляется в виде одиночного изъязвленного узелка, растет медленно. В гистологических срезах наблюдается дольчатое строение, клетки отличаются выраженным полиморфизмом и атипичией. Местами дольки сливаются в солидные участки, состоящие из более крупных клеток. Отмечаются фигуры митозов. Обнаруживаются пенистые клетки и полиморфные клетки, содержащие капли жира в цитоплазме.

Цитологическая картина рака сальных желез представлена в основном атипичными эпителиальными клетками двух крайних типов, а также различными переходными формами от одного типа к другому. Клетки первого типа сходны с элементами железистого эпителия, имеют неправильно округлую форму и эксцентрично расположенное ядро. Контур последнего неровный. Хроматин в виде глыбок, нитей, петель или зерен, распределен неравномерно, окрашивается с резкой интенсивностью в фиолетовые, реже в светло-розовые тона. Почти во всех ядрах отмечаются укрупненные, полиморфные ядрышки. Довольно обильная цитоплазма большинства клеток базофильна, иногда в ней имеются единичные вакуоли, свидетельствующие о выработке жира. Эти клетки довольно часто образуют железистые структуры и тяжи. Второй тип — функционирующие клетки, обычно крупных размеров, полигональной формы с обильной жиросодержащей цитоплазмой и относительно небольшим ядром. Контур его неровный. Строение хроматина грубосетчатое. Они не проявляют тенденции к образованию каких-либо структур, располагаются разрозненно или вкрапливаются в структуры клеток первого типа. Наличие клеток обоих типов и переходных форм обуславливает полиморфизм цитологической картины рака сальных желез. Фон препарата нередко составляют «сальные» массы (мелкие блестящие частицы или глыбки).

Цитологическая дифференциация рака сальных желез и солидной базалиомы с сальной дифференциацией иногда довольно трудна, так как элементы последней наделены значительно более выраженной атипичностью, чем элементы других разновидностей базалиом. Дифференциальными признаками при этом могут быть: более выраженный атипизм ядер раковых клеток, более постоянное наличие в них ядрышек и тенденция к образованию железистых структур (рис. 1 а).

Рак потовых желез встречается крайне редко. Он возникает на фоне пороков развития и доброкачественных опухолей как эккринных, так и

апокриновых желез [5]. Клинически эти опухоли обычно принимаются за базалиому. Локализация весьма разнообразна, но излюбленной областью является лицо, особенно ушные раковины. Опухоль растет довольно быстро и может дать метастазы в регионарные лимфатические узлы. Потовые железы по характеру могут быть подразделены на мерокриновые и апокриновые. Концевые отделы мерокриновых потовых желез выстланы однослойным эпителием, клетки которого в зависимости от фазы секреции могут иметь кубическую или цилиндрическую форму. Выводные протоки потовых желез покрыты многослойным кубическим эпителием. В гистологических срезах при раке потовых желез обнаруживаются солидные структуры, состоящие из атипических клеток с темной базофильной цитоплазмой и интенсивно окрашенными полиморфными ядрами. Характерно наличие очагов некроза и элементов доброкачественной опухоли потовых желез, а также очагов плоских эпителиальных клеток. Наличие в железистых опухолях эпидермальных элементов У. Ф. Левер [6] объясняет тем, что протоки желез в своей эпидермальной части развиваются из шиповидных, а в дермальной части — из железистых клеток. Рак потовых желез является смешанным, так как всегда сочетается с плоскоклеточным раком, за что и получил название аденоакантомы.

Ввиду того, что рак потовых желез включает комбинацию различных по происхождению структур (железистые образования, очаги эпидермальных клеток и элементы доброкачественных опухолей потовых желез), клеточный состав цитогрaмм их весьма разнолик и представлен атипическими клетками железистого эпителия, иногда апокринными клетками и элементами плоского эпителия. Первые из них отличаются большим полиморфизмом и образуют железистые сосочковидные и трубчатые структуры. В железистых группировках клетки иногда сохраняют свою кубическую или цилиндрическую форму. В основном же они неправильно округлые с эксцентрично (базально) расположенным ядром и довольно обильной с противоположной стороны цитоплазмой. Ядра преимущественно округлые, с грубым строением хроматина и гипертрофированными ядрышками. Цитоплазма светло-голубая, часто в ней определяется мелкая зернистость или вакуолизация, свидетельствующая о ее секреторной функции. Одновременно встречаются клетки с более выраженной атипичностью. Размеры их больше предыдущих, форма округлая. Ядро занимает почти всю клетку. Контуры его неровные. Структура хроматина то нежная, то грубая. Имеются 2—3 гипертрофированных ядрышка. Цитоплазма неравномерным узким ободком окружает ядро. Эти клетки нередко образуют солидные пласты в виде обширных симпластических комплексов. Наряду с клетками железистого эпителия встречаются эпидермальные элементы. Это крупные светлые клетки, отличающиеся большим полиморфизмом и гиперхроматозом ядер. Обширная цитоплазма гомогенная, часто с признаками ороговения. Они располагаются разрозненно или комплексами. Иногда образуют совместно с

железистыми элементами структуры или включаются в виде ороговевающей бесструктурной массы и просвет желез (рис. 1 б).



Рис. 1.

Рак волосяных фолликул (рак с пилоидной дифференцировкой) встречается очень редко. Локализуется на коже с волосяным покровом. Поражает главным образом лица пожилого возраста. Клинически не отличается от плоскоклеточного рака. Склонен к рецидивам и метастазированию в регионарные лимфатические узлы.

Гистологическая картина напоминает плоскоклеточный ороговевающий рак, но в отличие от него характеризуется гнезным расположением клеток. В некоторых участках видны сформированные уродливые волосяные фолликулы, иногда с волосяным стержнем в центре. Опухолевые комплексы глубоко погружены в дерму.

Цитологическая картина рака волосяных фолликул представлена, сравнительно с плоскоклеточным раком, относительно мономорфными, крупными, атипическими, уплощенными клетками. Форма их непрявильно округлая. Гиперхромное ядро расположено центрально и окружено широкой, неравномерной, неомогенной светло-голубой цитоплазмой. В ядрах многих клеток отмечаются увеличенные ядрышки, а в цитоплазме—признаки ороговения, бурые тона или невосприятие окраски, лизис ядра. В отличие от элементов плоскоклеточного рака они располагаются не пластами, а образуют железистоподобные гнездыные структуры. В центральных отделах этих структур иногда отмечаются концентрические напластывания ороговевших клеток. Выявление подобных структур и характерное гнездыное расположение клеток уплощенного эпителия, относительная мономорфность атипичных крупных клеток и гиперхромазия ядер позволяют дифференцировать рак волосяных фолликул от плоскоклеточного ороговевающего рака и установить его пилоидную дифференцировку.

Малодифференцированный рак придатков кожи локализуется в тех же областях, что и высокодифференцированный рак. Проявляется в виде уплотнения в коже, которое постепенно увеличивается, превращаясь в плотный бугристый изъязвленный узел.

А. К. Апатенко [2], изучая подобные опухоли, установил ряд общих особенностей—отсутствие связи опухоли с эпидермисом (особенно

в опухолях небольших размеров), группировку опухолевых клеток вокруг придатков кожи, упорядоченное их расположение (альвеолярное, трабекулярное, узкими тяжами), хотя и без формирования структур, характерных для придатков кожи, отсутствие в комплексах опухоли вертикального анизоморфизма и признаков ороговения, которые, по мнению автора, могут служить основанием для включения подобных опухолей в группу малодифференцированного рака придатков кожи.

Цитологическая картина представлена резко атипическими полиморфными эпителиальными клетками. Они в основном округлой или неправильно округлой формы. Величина их варьирует в довольно больших пределах. Ядра одних клеток крупные, занимают почти весь объем. Контур их часто неровный. Хроматин разного строения: глыбчатый, зернистый, нитевидный, пылевидный. Ядрышки гипертрофированы, число их увеличено. Цитоплазма узким неравномерным ободком окружает ядро. Иногда в ней отмечаются функциональные и дистрофические признаки. В других клетках цитоплазма более обильная, ядро сравнительно меньших размеров и расположено эксцентрично. В третьих площадь цитоплазмы преобладает над площадью ядра. Выявление функциональных признаков (секреции, ороговения) и тенденции этих элементов к образованию железистоподобных структур и симпластических комплексов позволяют цитологу распознать малодифференцированный рак придатков кожи.

Армянский институт рентгенологии и онкологии

Поступила 28/X 1977 г.

Գ. Ա. ԱՐԶՈՒՄԱՆՅԱՆ, Ա. Ա. ՀԱԿՈՔՅԱՆ

ՄԱՇԿԱՅԻՆ ՀԱՎԵԼՈՒՄՆԵՐԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԲԶՋԱՐԱՆԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Մաշկի հավելումների քաղցկեղով տառապող հիվանդների բջջաբանական հյուսվածքների զուգահեռ ուսումնասիրությամբ ուսումնասիրությունները թույլ են տվել բացահայտել մաշկի հավելումների՝ քրտնեղյին, ճարպային գեղձերի և մազարմատների բարձր դիֆերենցիալ քաղցկեղները, ինչպես նաև մաշկի հավելումների ցածր դիֆերենցիալ քաղցկեղների բջջաբանական ախտորոշման տարբերակիչ ցուցանիշները:

G. A. ARZOOMANYAN, A. A. HAKOPYAN

HISTO-CYTOMORPHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF CANCER OF THE SKIN-APPENDAGES

A retrospective parallel study of cytological and histological preparations of 49 patients with cancer of the skin appendages permitted to determine some criteria of the cytological diagnostics of varieties of highly differentiated cancer of the skin appendages, sebaceous and sudoriferous glands and the hair follicle cancer.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Агамова К. А., Никитина Н. И. Руководство по цитологической диагностике опухолей человека. М., 1976, стр. 206.
2. Апатенко А. К. Автореферат докт. дисс. М., 1975.
3. Венкей Т., Шугар Я. Злокачественные опухоли кожи. Будапешт, 1962.
4. Дрыжак В. И., Мотузко К. А. Врач. дело, 1974, 7, стр. 115.
5. Захаров Л. Б. Сборник научных трудов Красноярского мед. института, 1961, стр. 377.
6. Леввер У. Ф. Гистопатология кожи. М., 1958.
7. Рубинова Ф. А. Цитологическая диагностика новообразований. М., 1969, стр. 68.
8. Чаплин А. Б. Опухоли кожи. М., 1963.
9. Pinkus H. The year book of dermatology. Chicago, 1966, 5.
10. Hagedorn A. Arch. ophth., 1934, 12, 8:0, 19.
11. Heib H. Diss. Nürnberg, 1959, III, 829.
12. Schreus H. Hautarzt, 1970, 21, 6, 252. Ref Excerpta ened. Sec. Dermatologi, 1971, 25, 3, 100.