

Л.С. Болгова, д.м.н., профессор, заведуюча научно-дослідницькою лабораторією клінічної цитології Національного інституту раку, г. Київ

Опухоли головы и шеи и их цитологическая диагностика

Одной из наиболее актуальных проблем онкологической помощи населению является своевременное выявление опухолей, доступных визуальному осмотру. Удельный вес больных с запущенными стадиями в Украине колеблется от 1,2% при раке кожи до 70% при раке легкого.

Опухоли головы и шеи относятся преимущественно к визуальной локализации, так как большинство из них при осмотре можно рассмотреть или пропальпировать, что имеет большое значение для точного получения из новообразования информативного материала для морфологической диагностики.

В области головы и шеи развивается множество различных первичных и вторичных новообразований: опухоли кожи, слизистых оболочек губы, полости рта, миндалин, малых и больших слюнных, щитовидной и паращитовидной желез, лимфатических узлов, костей черепа, мягких тканей, первичные и вторичные опухоли головного мозга. Среди них выделяют органические и неорганические опухоли. К органическим относят новообразования желез, миндалин, языка, глаза, головного мозга и др. Неорганические развиваются из мезенхимы; это опухоли сосудистой, жировой, костной, мышечной, лимфоидной тканей и др.

В перечисленных органах и тканях могут развиваться кисты, гиперпластические процессы, доброкачественные и злокачественные новообразования. Упомянутое разнообразие различий по генезу, характеру роста и гистологическому типу опухолей головы и шеи отражено в международных гистологических классификациях по каждому органу и ткани, в которых представлены не только гистологическая структура, но и их гистохимические и генетические аспекты. Последние позволяют уточнить гистологический вариант, пролиферативный потенциал и прогностические показатели.

В области головы и шеи во многих случаях отмечаются вторичные, метастатические опухоли, которые чаще всего поражают лимфатические узлы. Наряду с этим следует упомянуть, что в лимфатических узлах шеи развиваются первичные доброкачественные процессы — банальные и специфические лимфадениты, а также гиперпластические состояния; причем провести с помощью клинического обследования дифференциальную диагностику между реактивным или специфическим лимфаденитом, болезнью Ходжкина, неходжкинской лимфомой или метастазом злокачественной опухоли не всегда удается.

Цитологическая диагностика патологических процессов, развивающихся в лимфатических узлах, чрезвычайно сложна, при этом весьма непросто провести дифференциальную диагностику выраженной реактивной пролиферации и злокачественных первичных процессов — лимфом.

Как известно, лимфатические узлы являются регионарными коллекторами, куда попадают клетки развивающихся злокачественных опухолей в области головы и шеи. Нередко первым клиническим симптомом являются увеличенные лимфатические узлы. Это наблюдается при опухоли Швинке (злокачественной опухоли миндалин) у молодых пациентов. Кроме того, в лимфатические узлы шеи

в надключичной области слева метастазируют опухоли желудка (метастаз Вирхова). Знание этой особенности течения заболевания дает дополнительный клинический симптом при диагностике опухоли желудка.

Следует подчеркнуть, что цитологическая диагностика заболеваний лимфатических узлов является одной из наиболее сложных; целесообразно ее обсуждение в отдельном сообщении. К опухолевидным новообразованиям относят характеризующиеся увеличением размеров, но по морфологической сущности не являющиеся опухолями. К указанным новообразованиям можно отнести простые кисты — бронхиогенные и эпидермоидные, которые наиболее часто встречаются в рассматриваемой области.

Клинические цитологи по материалам пунктатов могут констатировать наличие той или иной кисты с учетом цитоморфологических признаков, клинического диагноза и макроскопической оценки полученного на исследование полученного содержимого. Как правило, при наличии присоединившегося воспалительного процесса в кистах выявляют жидкое содержимое желтого мутного цвета, при дермоидной кисте — белого цвета с серыми хлопьями, при повышенном кровоснабжении или травме кисты либо при наличии солидного компонента с обилием сосудов — содержимое бурого цвета.

Доброкачественные опухоли головы и шеи развиваются как в железистых органах, так и внеоргано. При пальпации определяются уплотнения различных размеров. Известно, что небольшие доброкачественные опухоли могут расти в течение многих месяцев, а иногда и лет, и только их большие размеры и появление боли вынуждают пациентов обратиться к врачу за медицинской помощью. Такие опухоли верифицируют с помощью пункционной биопсии и последующего цитологического или гистологического исследования. Естественно, при технических возможностях доброкачественные опухоли удаляют, что является радикальным лечением. В то же время важно подчеркнуть, что различные доброкачественные опухоли любой локализации могут со временем малигнизироваться. Поэтому при появлении опухоли или опухолевидного новообразования следует обратиться к врачу для уточняющей диагностики и адекватного лечения.

При выполнении пункции доброкачественных опухолей отмечается их повышенная плотность. Это такие опухоли, как аденомы, лейомиомы, фибромы, невриномы, нейрофибромы, остеомы, тератомы и др. В пунктатах названных новообразований отмечается небольшое количество диагностических клеток без признаков атипических изменений, то есть подобных тканям в норме, поэтому их цитологическая диагностика часто затруднена.

Следует подчеркнуть, что одной из довольно частых опухолей головы и шеи является смешанная опухоль (полиморфная

аденома) больших слюнных желез. Реже встречаются полиморфная цистаденома или аденолимфома.

Цитологические признаки опухолей слюнной железы цитологам хорошо известны. В типичных случаях оценка этих новообразований не вызывает затруднений. Смешанные опухоли слюнной железы, хотя и относятся к доброкачественным, довольно часто рецидивируют, а в ряде случаев наблюдается их малигнизация. Сказанное ставит задачу своевременного хирургического лечения указанных опухолей для предупреждения озлокачествления.

Злокачественные опухоли головы и шеи при правильном заборе диагностического материала из них характеризуются достаточным количеством клеток и четко верифицируются цитологическим методом. Это раковые опухоли, развивающиеся из эпителиальных тканей, — рак различных гистологических типов: плоскоклеточный, железистый, недифференцированный и редко встречающиеся формы. В этой области развиваются злокачественные опухоли из мезенхимальных тканей, или саркомы: остеогенные, мышечные, нейрогенные, сосудистые, жировые, лимфоидные, которые имеют множество вариантов. Диагностировать злокачественную мезенхимальную опухоль клиническому цитологу сравнительно нетрудно. Сложности в определении гистологического варианта опухоли вызывают лишь те наблюдения, когда в цитологический препарат попадают единичные клетки, часто с выраженными дистрофическими изменениями.

В области головы и шеи развиваются опухоли кожи. Среди них отмечаются опухоли из эпителиального покрова, из нейроэктодермальных зачатков и мезенхимального генеза, включая грибовидный микоз и лимфоцитому.

На коже головы часто локализуется базалиома (базальноклеточный рак). Это заболевание развивается чаще всего у лиц пожилого возраста и поражает кожу носа, лба, виска, щеки и других мест. Клинически опухоль характеризуется шероховатостью, иногда изъязвлением; нередко лечится дерматологами, но безуспешно. Только в онкологическом учреждении могут провести адекватное лечение. Опухоль характеризуется рецидивированием и длительным течением, при котором повторно удаляют ее с помощью хирургического или лазерного метода.

Следует отметить, что на слизистой оболочке полости рта нередко появляются изъязвления, которые чаще всего лечат стоматологами. Длительно незаживающие язвы и эрозии нуждаются в цитологической верификации. Материал для цитологического исследования легко получить методом соскоба и сделать тонкие отпечатки на предметном стекле. Таким образом приготовленный цитологический препарат готов к окраске азур-эозиновыми смесями и последующей оценке специалистом по клинической цитологии. Кроме того, часто возникает изъязвление слизистой полости рта при ношении зубных протезов; не исключается малигнизация эрозивной поверхности. Своевременное и тщательное обследование поможет пациенту избежать развития инфильтративного рака, который требует длительного лечения



Л.С. Болгова

с применением сложных оперативных вмешательств и сильнодействующих медикаментозных средств, системно действующих на весь организм.

Иногда при удалении зуба на контрольной рентгенограмме отмечается деструкция костной ткани челюсти. В таких случаях морфологическое исследование также необходимо для установления сущности заболевания. Это может быть специфический воспалительный процесс, доброкачественная или злокачественная опухоль. Во всех подобных ситуациях диагноз необходимо подтвердить одним из морфологических методов — цитологическим или гистологическим. Только при получении результатов всех методов исследования — клинического, рентгенологического и морфологического — можно уточнить диагноз и обоснованно принять решение о тактике лечения пациента.

Опухоли из периферической нервной системы прогрессируют достаточно медленно (при озлокачествлении рост ускоряется) и на ранних стадиях развития не проявляются ни видимым увеличением в размерах, ни сопутствующими болевыми ощущениями. Но с учетом возможной малигнизации пациентов с такими опухолями необходимо обследовать, морфологически верифицировать последние и при благоприятной ситуации предпринять хирургическое лечение.

Таким образом, можно подытожить, что в области головы и шеи могут локализоваться различные по характеру роста и генезу опухоли и опухолевидные новообразования. В каждом конкретном случае они должны быть верифицированы одним из морфологических методов перед началом лечения. Проще всего воспользоваться цитологическим методом для установления морфологического диагноза, при этом несложно получить материал из опухоли с помощью тонкой иглы. Профессионально полученный информативный материал позволяет с помощью цитологического метода безотлагательно провести морфологическую верификацию патологического процесса. При обнаружении метастазов обследование пациента продолжают для выявления первичного очага с целью выбора наиболее правильной тактики лечения. Большое разнообразие опухолей и опухолевидных образований в области головы и шеи вызывает значительные сложности в определении их гистогенеза, однако при достаточном опыте клинический цитолог может успешно диагностировать все заболевания рассматриваемой локализации.

В определении гистогенеза, пролиферативной активности клеточного состава и прогностических параметров в ряде сложных для цитологической интерпретации наблюдений оказывает неоценимую помощь метод иммуноцитохимических исследований.