

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХОНДРОСАРКОМЫ И ЭНХОНДРОМЫ ПО ДАННЫМ МОРФОЛОГИИ

Денисова Людмила Геннадиевна

Лечебный факультет, 4 курс.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Научный руководитель: Журавлёва Анна Владимировна, ассистент кафедры патологической анатомии.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF CHONDROSARCOMA AND ENCHONDROMA ON MORPHOLOGY DATA

Denisova L.G.

Актуальность. Одним из приоритетных направлений здравоохранения в настоящее время является национальная стратегия по борьбе с онкологическими заболеваниями. Хондросаркома — злокачественная опухоль, которая может быть первичной, или вторичной, развивающейся в результате малигнизации доброкачественных хондром, например, энхондромы. Частота встречаемости хондросаркомы 0,1 на 10000 населения. Одна из проблем данной нозологии является низкая дифференциация доброкачественных и злокачественных хрящевых опухолей. Этот факт затрудняет выбор тактики лечения. Поэтому изучение дифференциальной диагностики хондросаркомы и энхондромы по данным морфологии является актуальным.

The frequency of chondrosarcoma 0.1 per 10,000 population. The great issue of this disease is that chondrosarcoma and enchondroma are very difficult to distinguish. Only atypical chondrocytes, their number, polinuclear, high cellularity and destroyed bone's structure can reveal the differences. Usually these indicate chondrosarcoma, however high cellularity possibly will be in case of enchondroma if patient have enchondromatose. Also enchondroma can be polinuclear, as chondrosarcoma. Thus morphological characteristic is very important in diagnostic of cartilaginous tumor.

Цель и задачи мета-анализа. Выявить отличительные признаки хрящевых опухолей: хондросаркомы и энхондромы и сравнить морфологические сходства и различия хондросарком и хондром. **Материалы и методы.** Ретроспективный анализ научных статей за последние 7 лет с использованием ресурсов Pubmed, Rosoncoweb.ru, Cyberleninka.ru. **Результаты.** При микроскопических исследованиях различия в строении той или иной опухоли выражаются, в разном объеме хондронидного матрикса, который в некоторых случаях может отсутствовать. Размеры опухолевых долек варьируют. Дольки имеют неправильную форму и разделяются узкими соединительнотканными прослойками, которые постепенно

переходят в окружающий хрящ. Опухолевые хондроциты обычно располагаются группами. Они могут быть одно- и многоядерными. В таких везикулярных ядрах хорошо видны ядрышки. Межклеточное вещество представлено по-разному в количественном и качественном отношении. Это может быть матрикс зрелого гиалинового хряща или миксоидная ткань. В зависимости от этого меняется и форма хондроцитов. В хондроидном матриксе хондроциты овальные, лежат в лакунах. В миксоидном - хондроциты веретеновидной или звездчатой формой, лакуны не определяются. При отсутствии стромы хондроциты также могут быть веретеновидными. В интрамедуллярной хондросаркоме осуществляется разрушение нормальной губчатой кости и разрастание опухолевого хряща между балками. При инвазивном росте периферической хондросаркомы происходит разрушение кортикального слоя, а тяжи опухолевых клеток видны в окружающих мягких тканях. Изучение морфологии энхондромы, выявило дольчатую структуру, в которой каждая долька отделена от соседней узкими полосками молодой костной ткани, незаметно переходящими в хрящ. Вокруг долек обнаруживается нормальная кость с кроветворным костным мозгом. По мнению экспертов, такое чередование хряща и губчатой кости типично для энхондромы и отличает ее от хондросаркомы. Большинство энхондром состоят из нормальных хондроцитов, расположенных в хондроидном матриксе. Это и является одним из главных гистологических отличий энхондромы и хондросаркомы. Также клетки хондросаркомы имеют более плотное ядро, более высокое количество двуядерных клеток, чем при доброкачественной хондроме. Однако эти аномалии могут быть довольно тонкими в высокодифференцированной хондросаркоме I степени, и в таком случае дифференцировать опухоли можно только по расширению долек хондроидов в мягкие ткани после разрушения нормальных структур кости. То есть в данном случае говорить о ранней диагностике сложно. Анализ сходств двух опухолей показал, что при энхондроме иногда в лакуне лежат несколько многоядерных хондроцитов с крупными ядрами и строма опухоли может быть миксоидной, также как и при хондросаркоме. Стоит сказать, что гистологически энхондромы показывают низкую клеточность, но при локализации в костях фаланги или при наличии у пациента энхондроматоза (врожденная аномалия костей), клеточность увеличивается, как и при хондросаркоме. **Выводы.** Главными дифференциальными признаками вышеописанных хрящевых опухолей являются измененная форма хондроцитов, более сильная плотность ядра, высокое количество двуядерных клеток и разрушенный кортикальный слой кости. Все перечисленные признаки характерны для хондросаркомы, однако есть и отличительная особенность энхондромы - чередование хряща и губчатой кости не свойственное для злокачественной опухоли. Дифференциальная диагностика затрудняется при энхондроматозе и локализации поражения в фалангах кисти. Следовательно, необходима своевременная

диагностика энхондроматоза для улучшения результатов дифференциальной диагностики. Несмотря на редкость патологии правильная дифференциальная диагностика между хондросаркомой и энхондромой обеспечивает правильность тактики лечения в дальнейшем.