

**ГІГАНТОКЛІТИННА СИНОВІАЛЬНА ПУХЛИНА М'ЯКИХ ТКАНИН
ДИФУЗНОГО ТИПУ: МОРФОГЕНЕЗ, КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ, ГІСТОЛОГІЧНА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА
Григоровський В.В., Григоровська А.В.**

ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ, Україна

Мета повідомлення – на основі досліджень власного клініко-біопсійного матеріалу ознайомити з патоморфологічними особливостями та диференційною діагностикою пухлини, що уражує м'які тканини суглобів та оболонки сухожилків – гігантоклітинної синовіальної пухлини дифузного типу (синонім: пігментний вілло-нодулярний синовіїт).

Матеріал дослідження – тканини 93 біоптатів патологічно змінених тканин колінного, гомілково-ступневого, кульшового суглобів, суглобів стопи та кисті, де було поставлено діагноз: гігантоклітинна пухлина синовіальних оболонок дифузного типу (ГКСПДТ). Осередок ураження являє собою проліферативне новоутворення без чітких кордонів, що розвивається з синовіальних оболонок, суглобових сумок, оболонок сухожилків або параартикулярних тканин, може розташовуватись як внутрішньосуглобово, так і позасуглобово. Для ГКСПДТ є характерним місцево-агресивний ріст з експансією у навколишні тканини.

Макроскопічно ГКСПДТ виглядає як вузлувата щільна пухлина жовто-бурого кольору без добре сформованої фіброзної капсули. ГКСПДТ добре васкуляризована, в місцях ворсинчастих синовіальних розрощень містить значну кількість тонкостінних, щілиноподібних та частково гіалінізованих судин дрібного калібру. Типова гістологічна картина, що спостерігається при ГКСПДТ дифузного типу, характеризується відсутністю колагенової псевдокапсули (на відміну від локалізованої форми) та помітним інфільтративним ростом в оточуючі тканини, наявністю ліпофагів, що об'єднуються у широкі ксантомноклітинні поля, гігантських остеокластоподібних клітин, гранул гемосидерину серед одноядерних синовіцитів та гістіоцитів, гіалінізацією строми пухлини. Ступінь вираженості цих ознак може суттєво варіювати. Багатоядерні гігантські клітини містять неоднакову кількість ядер: від 3-4 до 50. Крім того, гігантські клітини менш розповсюджені у вузлах пухлини, та не так рівномірно розташовані, як це спостерігається за локалізованої форми. За даними деяких авторів [Murphey et al., 2008], приблизно у 20% випадків гігантські клітини можуть бути відсутні в тканині пухлини, або трапляються дуже рідко. Накопичення гемосидерину відбувається дуже нерівномірно, у теносіновіальних пухлинах локалізованого типу слабо виражене, і є більш характерною ознакою ГКСПДТ.

Одноядерні синовіцитоподібні клітини та синовіцити, що вкривають ворсинки, дають позитивне зафарбування на CD68, HAM56 і віментин. Гігантські клітини виявляють позитивну реакцію на CD68, віментин і звичайний лейкоцитарний антиген. Ці особливості є підставою вважати, що ГКСПДТ походить з клітин синовіальної оболонки. Поряд із домінуючою кількістю синовіцитоподібних клітин, у більшості випадків ГКСПДТ присутня субпопуляція десмін-позитивних відросткових клітин великого розміру, з такими цитологічними рисами як велике вакуолізоване ядро, обмежена кількість еозинофільної цитоплазми, внутрішньоядерні включення, і можуть бути помилково прийняті за атипівні м'язові клітини, властиві рабдоміосаркомі.

Злоякісна ГКСПДТ відноситься до сарком зі значною морфологічною варіабельністю, схильністю до метастазування, мультифокального росту та летальністю. Діагностичними ознаками малігнізації є комплекс морфологічних ознак тканинного та клітинного атипізму, таких як змінена гістоархітектоніка новоутворення, підвищена мітотична активність, осередки некрозу, переважання в одноядерному компоненті клітин з веретеноподібними гіперхромними ядрами. Зміна інших клінічних та гістологічних параметрів, таких як похилий вік хворого, великі розміри осередку, поодинокі мітози (в тому числі – атипівні), посилена експресія Ki-67, мали місце як при доброякісних формах

даної пухлини, так і у випадках її малігнізації, тому не вказують прямо на злякисний характер процесу.