

Опухоль эндодермального синуса

Опухоль желточного мешка злокачественная опухоль, которая развивается из недифференцированных мультипотентных эмбриональных клеток, формирующих структуры, напоминающие экстраэмбриональные ткани и производные мезодермы. Встречается в возрасте 20–40 лет, но может поражать детей до 10 лет. Опухоль почти всегда односторонняя, большая (обычно более 10 см в диаметре), рыхлая. На разрезе — серо-жёлтая, с кровоизлияниями и кистозными изменениями. Строение разнообразное, могут наблюдаться микрокистозный, солидный, альвеолярно-железистый, миксоматозный и другие варианты. Тельца Шиллера–Дюваля — типичный признак обнаружения опухоли, периваскулярные образования, состоящие из окружающей капилляр узкой полосы соединительной ткани, покрытой слоем кубических [эпителиоподобных клеток](#)

. Эти тельца напоминают почечные клубочки, и называются также гломерулоподобными. Клетки опухоли дают положительную реакцию на

α

-фетопротеин и

α

¹

-антитрипсин. Опухоль рано метастазирует с обширной диссеминацией брюшной полости. Прогноз неблагоприятный.

Опухоли полового тяжа и стромы яичника

Эта группа опухолей происходит из стромы яичника, которая развивается из половых тяжей эмбриональных гонад. Они могут состоять из клеток гранулёзы, теки, клеток Сертоли, Лейдига, фибробластов в любых сочетаниях и с различной степенью дифференцировки.

Гранулёзноклеточная опухоль взрослого типа

Гранулёзноклеточная опухоль возникает в постменопаузе, пик заболеваемости приходится на 50–55 лет. Клетки опухоли в большинстве случаев синтезируют эстрогены, в связи с чем характерным клиническим проявлением являются нарушения менструального цикла у женщин детородного возраста и кровянистые выделения у женщин в постменопаузе. Повышение секреции эстрогенов сопровождается гиперплазией эндометрия примерно у половины женщин, в 5% развивается высокодифференцированная аденокарцинома эндометрия. Средний диаметр опухоли 12 см. Она бывает солидной или кистозной, консистенция зависит от соотношения неопластических клеток и фибротекстоматозной стромы. Цвет опухоли серо-белый или жёлтый, в ней часто наблюдаются кровоизлияния. В 12% случаев первым клиническим проявлением гранулёзноклеточной опухоли являются острые боли в животе в связи с разрывом гематомы и развитием гемоперитонеума. Новообразование состоит из [мономорфных клеток](#)

средних размеров, сходных с клетками гранулёзы. Ядра овальные или округлые, в них определяются продольные щели, придающие ядрам вид кофейных зёрен. Опухолевые клетки могут образовывать микро- и макрофолликулярные, инсулярные, трабекулярные структуры или расти солидными пластами. Обычно в одной опухоли можно найти участки с разными вариантами роста. При микрофолликулярном варианте обнаруживаются тельца Коля-Экснера, в которых клетки гранулёзы располагаются вокруг мелких пространств, заполненных эозинофильным материалом. Для гранулёзноклеточной опухоли характерны рецидивы, иногда возникающие через 10–20 лет после удаления первичного узла. Малигнизация наблюдается у 5–25% больных, обычно после рецидива.

Гранулёзноклеточная опухоль ювенильного типа

Опухоль ювенильного типа встречается в возрастном интервале от 1 до 30 лет и сопровождается признаками преждевременного полового созревания девочек. Клетки опухоли крупные, с округлыми гиперхромными ядрами, с явлениями лютеинизации, растут солидными пластами или образуют фолликулярные структуры. Наблюдается клеточный полиморфизм и относительно много митозов. Прогноз при данном типе опухоли относительно благоприятный.

Текома

Текома развивается из текаклеток с признаками лютеинизации. Чаще болеют женщины, начиная с периода пременопаузы, но 10% опухолей встречаются у больных до 30 лет. В большинстве случаев опухоль односторонняя, солидная, серая или жёлтая, плотной консистенции. Микроскопически она состоит из овальных или округлых клеток с широкой цитоплазмой, содержащей липиды, окружённых пучками гиалинизированной стромы. Текома может обладать как эстрогенной, так и андрогенной активностью, или быть гормонально неактивной.

Фиброма

Фиброма яичников состоит из веретенообразных клеток и пучков коллагеновых волокон в разных сочетаниях, плотная, белесоватая. При больших размерах опухоли развивается асцит, в ряде случаев может быть гидроторакс. Синдром Мейгса — сочетание опухоли яичника, гидроторакса и асцита.

Андробластомы

Андробластомы развиваются из клеток Сертоли (суспенгоцитов) и клеток Лейдига (гланулоцитов), входящих в состав мужского яичка. Чаще наблюдаются у молодых женщин. Это односторонние, [солидные опухоли](#) серого или жёлто-коричневого цвета. Опухолевые клетки формируют трубочки или тяжи, расположенные в опухолевой строме. При умеренной степени дифференцировки очертания трубочек становятся нечёткими, а в низкодифференцированных опухолях клетки расположены беспорядочно. Более чем в половине случаев опухоли гормонально активны и продуцируют андрогены, реже — эстрогены. Признаки эндокринной активности (аменорея, гирсутизм, вирилизация) исчезают через несколько месяцев после удаления опухоли. Прогноз определяется главным образом степенью дифференцировки опухолевых клеток.

Вторичные (метастатические) опухоли встречаются в яичнике очень часто, особенно метастазы рака желудка (опухоль Крукенберга), рака толстой кишки, молочной железы, меланомы. В отдельных случаях клинические проявления метастаза в яичники на несколько лет опережает симптоматику первичного очага. Обычно метастатическое поражение яичника двустороннее, узлы множественные. В сосудах яичника обнаруживаются массивные эмболы из опухолевых клеток.



Интересные статьи:

- 1) [Патогенез рака лёгкого](#)
- 2) [Дивертикулы и разрывы слизистой оболочки пищевода](#)
- 3) [Семейная гиперхолестеринемия](#)