Патологическая анатомия. Лекция 8.

Неэпителиальные опухоли.

В основе классификации лежит гистогенетический принцип.

1. Опухоли соединительной ткани и ее производных ( костной, хрящевой, сосудистой ткани).

2. Опухоли из мышечной ткани ( гладкой, поперечно-полосатой).

3. Опухоли из элементов нервной ткани ( периферическая и ЦНС).

4. Опухоли кроветворной системы.

1. Доброкачественые опухоли.

2. Злокачественные опухоли.

У доброкачественных опухоей тканевую принадлженость определисть легко, в отличие от злокачественных. Гистогенез опухоли установить очень важно в связи с различными подходами к терапии. Установление гистогенеза опухоли основано на функции опухолевой клетки то есть определении веществ, продуцируемых этой клеткой. Она должна продуцировать те же вещества что и нормальная ткань ( например нормальный фибробласт и пораженный процессом малигнизации продуцируют одно и то же вещество - коллаген). Функция клеток устанавливается так же с помощью дополнительных реакций окрашивания, либо с помощью моноклональных антисывороток.

ТЕРМИНОЛОГИЯ.

Доброкачественные опухоли.

Фиброма - опухоль соединительной ткани.

Липома - опухоль жировой ткани.

Остеома - опухоль костной ткани.

Злокачественные опухоли. В начале название ткани, из которой произошла опухоли + саркома.

Например - фибросарком, липосаркома, остеосаркома.

Гистогенез опухоли иногда установить сложно, из-за выраженной анаплази клетки, которая неспособна к выполнению определенной функции. Злокачественные опухоли гистогенез которых не удается определить носят название бластомы: крупноклеточные, веретеноклеточные, полиморфноклеточные. Бластомы - это сборная группы опухолей, так как любая злокачественная опухоль может трансформироваться в бластому. Видовые признаки опухолей из ниэпителиальной ткани (групповые):

1. опухоли растут в виде узла ( доброкачественные: четкий, хорошо выраженный узел; злокачественные - нечеткие границы).
2. Нет четкой границы между компонентами опухолей ( паренхимой и стромой).
3. Клетки опухоли растут диффузно, не образуют пласт
4. при импрегнации солями серебра видно что аргирофильные волокна оплетают каждую опухолевую клетку. Такой тип плетения называется индивидульным.
5. Доброкачественые опухоли практически не озлокачествляются
6. основной путь метастазирования - гематогенный.

***Опухоли из соединительной ткани.***

Доброкачественные: фибромы. Встречаются везде, где есть соединительная ткань. Чаще в дерме. Имеет вид четко выраженного узла, на разрезе волокнистая, белесоватая с перламутровым оттенков. Консистенция различна - от плотноэластической до плотной.

Гистология:

1. Веретеновидные опухолевые клетки, котрые складываются в пучки, идущие в разных направлениях. Друг от друга пучки отделены прослойками из коллагена. В зависимости от соотношения опухолевых клеток и коллагена выделяют 2 вида фибром:

1. мягкая фиброма ( больше опухолевых клеток).
2. Твердая ( больше коллагеновых волокон).

Мягая фиброма более молодая, по мере старения превращается в твердую. Есть мнение что первичных фибром нет и они возникают в результате вторичного фиброза опухоли совершенно иного происхождения.

Злокачественные опухоли.

Фибросаркомы. Возникают из элементов фасции, сухожилия , из надкостницы. Чаще фибросаркома встречается на конечностях в молодом и зрелом возрасте. Представляет собой узел без четких границ. Такнь узла на разрезе белая с кровоизлиянимями , напоминает рыбное мясо ( саркос - рыбье мясо).

Гистология.

1. Клеточная низкодифференицированная фибросаркома (преобладание клеток).

2. Волокнистая высокодифференцированная фибросаркома ( преобладание волокон) - растут более медленно, реже дают метастазы, реже прорастают окружающие ткани. Прогноз более благоприятен, чем при низкодифференцированных опухолях.

Опухоль построена из веретеновидных клеток, с очагами клеточного полиморфизма. Для определения гистогенеза этой опухоли проводится качественная реакция на коллаген (окраска по методу Ван-Гизона).

Промежуточные опухоли (пограничные). Присущи признаки доброкачественной и злокачественной опухоли.

1. Десмоиды
2. фиброматозы (средостения, забрюшинного пространства).

Фиброматозы гистологически имеют строение мягкой фибромы, однако имеют свойство прорастать окружающую ткань, но никогда не дают метастазы.

Липосаркомы.

Чаще возникают на передней брюшной стенке, чаще у женщин. Различают:

1. высокодифференцированная липосаркома
2. миксоидная липосаркома
3. крупноклеточная липосаркома
4. полиморфноклеточная липосаркома

Часто в одном и том же опухолевой узле можно увидеть признаки всех видов липосарком.

Диагноз ставиться после установления функции опухолевых клеток, то есть способности их продуцировать липиды (жир). Липосаркомы дают многократные рецидивы и поздние метастазы ( при последней стадии).

***Опухоли костной ткани.***

Доброкачественные: остеома. Наблюдается в млких костях конечностей, костей черепа.

Растет в виде узла ( экзостоза). Гистологичски построена по типу компактной губчатой кисти, но отличается от нормальной ткани атипией.

Злокачественные: остеосаркома. Преимущественная локализация - концы длинных трубчатых костей. Метаэпифизарные сочленения.

Встречается в молодом возрасте до 30 лет. Остеосаркомы - одна из наиболее злокачественных опухолей рано метастазирует.

Микроскопически: опухолевые остеобласты разной формы, участки остеопластики ( способность опухолевых клеток продуцировать костную ткань).

***Опухоли хрящевой ткани.***

Доброкачественная: хондрома.

Локализация в эпифизах трубчатых костей, костях таза, головке бедра, мелких костях кисти.

Формы:

1. Экхондрома ( расположение на поверхности кости).

2. Энхондрома ( внутри кости).

В зависимости от этого различный объем оперативного вмешательства: в первом случае - краевая резекция кости, вто втором - резекция всей кости с последующей трансплантацией.

Микроскопия: хондроцит, расположенные в основном веществе, тонкая соединительнотканая прослойка.

Любая хондрома должна рассматриваться как потенциально злокачественная опухоль, так как возможы метастазы, несмотря на доброкачественный рост.

Злокачественные: хондросаркомы. Локализация та же, чо и у хондром.

Гистология: опухолевые клетки - хондробласты и очаги хондропластики ( очаги новообразованного опухолевого хряща).

***Опухоли сосудистой ткани.***

Из артерий, капилляров - ангиомы, лимфатических сосудов - лимфоангиомы.

Ангиомы бывают врожденные ( багрово-синюшние пятна), приобретенные.

В результате лучевой терапии врожденные ангиомы исчезают ( до 1 года). После 1 года развивается фиброз и лучевая терапия не дает исчезновения опухоли. Могут быть ангоиомы печени, селезенки которые протекают бессимптомно, находя случайно, имеют небольшие размеры ( менее 2 см).

Приобретенные ангиомы располагаются на коже, слизистых оболочках. Могут проявляться во время беременности.

Злокачественные сосудистые опухоли встречаюся очень редко - гемангиоэндотелиома.

***Опухоли мышечной ткани.***

Гладкие мышцы: доброкачественные опухоли - лейомиомы. Чаще мягкие ткани нижних конечностей, внутренние органы ( ЖКТ). Наиболее часто в матке - фибромиома - это лейомиома, подвергшаяся фиброзу. Фибромиома это не столько опухоль, сколько дизгормональные пролиферативный процесс.

Они возникают у женщин при нарушении баланса половых гормонов.

Злокачественные: лейомиосаркомы. Встречаются в матке, мягких тканях конечностей. Дают ранние метастазы.

Поперечно-полосатые мышцы.

Доброкачественные: рабдомиомы.

Злокачественные: рабдомиосаркомы.

Одни из самых злокачественных опуолей. Встречаются крайне редко. Опухоль очень бычтро растет и приводит больного к смерти еще до появлени метастазов, так как прорастает жизненно важные органы.

Гистология:

1. клетки - “ремни” - вытянутые клетки , иногда с поперечной исчерченностью
2. клетки с крупным телом и длинным отростком ( типа “тенисной ракетки”)

***Опухоли кроветворной ткани.***

1. Лейкозы

2. Лимфомы

|  |  |
| --- | --- |
| лейкоз | лимфома |
| могут возникать из любогоростка кроветворной ткани: эритролейкозы, лимфолейкозы | лимфозы возникат только из лимфоидного ростка |
| не образуется опухолевого узла, клетки опухоли инфильтрируют ткани | формируется узел |
| нет разрушения тканей , органов | обладают деструктивным ростом |
| системность первична (опухоль зарождается во всей кроветворной ткани) | преобладает вторично (сначала - очаг первичный, затем возникают дочерние очаги). |

Лимфомы.

1. Лимфосаркома.

2. Ретикулосаркома ( очень редко).

Из стромальных клеток кроветворной ткани. Диагноз при положительной реакции на неспецифическую эстеразу.

3. Плазмоцитома ( миелома). Носитель опухолевых свойств - плазматическая клетка.

4. Лимфогранулематоз ( чаще всего), иначе болезнь Ходжкина.

В 1832 году английский доктор Ходжкин описал это заболевание. Чаще встречается у молодых мужчин. Начинается с поражения периферичких лимфоузлов ( шейных), реже начинается с поражения внутренних органов ( желудок, кишечник).

В опхуолевой ткаи находят 2 клеточных компонента:

1. Реактивный

2. Опухолевый.

Опухолевый компонент:

1. Гигантские одноядерные клетки (Ходжкина)

2. Гигантские многоядерные клетки:

1. 2 ядра в центре
2. в центре нагромождение ядер ( клетки Березовского-Штернберга).

Эти клетки являются диагностическими.

Реактивный компонент.

1. Лимфоциты ( Т и В).

2. Плазматические клетки.

3. Эозинофилы.

4. Лейкоциты.

5. Макрофаги.

6. Участки некроза, возникающие вследствие цитотоксического действия Т-лимфоцитов.

7. Участки реактивного склероза.

Реактивный и опухолевый компоненты встречаются в разных пропорциях и обуславливают различные варианты заболевания.

1. Лимфоцитарное преобладание. Наиболее благоприятный прогноз.

2. Лимфоцитарное истощение ( преобладание опухоли). Крайняя степень опухолевой прогрессии. Внутриорганные поражения. Селезенка макроскопически имеет вид “деревенской кровяной колбасы” - темно-красного цвета, с узлами желтого цвета. Иначе “порфирная селезенка”. ( порфир - вид отделочного камня).

3. Смешанно-клеточная форма ( одинаковое соотношение опухолевого и реактивного компонента).

4. Нодулярный (кольцевидный) склероз. Соотношение также равное, но соединительная ткань развивается в виде колечек. Чаще эта форма наблюдаеся у женщин и начинается процесс с лимфатических узлов средостения.