

Эмбриональный рак. Злокачественная опухоль из зародышевых эпителиоцитов. Чаще диагностируется у молодых HLA-B13+ мужчин. Опухоль рано обнаруживает себя, её рост в поражённом органе нередко сопровождается [болью](#), у больных иногда развивается гинекомастия. Рак имеет агрессивное клиническое течение, часто прорастает в придатки яичек и семенной канатик. Ретроперитонеальный рост и отдалённые лимфо- и гематогенные метастазы определяют у 10–20% больных. Морфологически узел мягкой консистенции, на разрезе бледно-серого цвета, нередко выступающий с поверхности разреза, не чётко ограниченный, иногда содержащий зоны некроза и кровоизлияния.

Микроскопически паренхима опухоли состоит из солидных пластов, железистых и сосочковых структур. В ней встречаются очаги некроза и отложения аморфного оксифильного материала. Клетки эмбрионального рака отличаются крупными размерами и полиморфизмом, с развитой, слегка зернистой цитоплазмой, обладают крупными полигональными, везикулоподобными ядрами с неравномерно распределённым хроматином и крупными ядрышками. У 30% больных в опухолевых клетках определяется экспрессия α -фетопротеин. В 50% наблюдений обнаруживают признаки внутрисосудистой инвазии и тромбоза сосудов клетками опухоли.

Опухоль желточного мешка (эмбриональный рак [инфантильного типа](#), опухоль энтодермального синуса). Редкое злокачественное новообразование из зародышевых клеток дифференцирующееся в направлении структур эмбрионального желточного мешка, аллантоиса и экстраэмбриональной мезенхимы. Диагностируется преимущественно у детей до 3 лет, при этом в 100% случаев отмечается резкий подъём уровня α -фетопротеина в плазме крови. Морфологически опухоль выглядит как узел мягкой консистенции, без чётких границ, иногда с ослизнением ткани и формированием кист. Микроскопически

в составе опухоли определяют:

ткань ретикулярного типа, формирующая микрокисты и сотовидные структуры;

элементы энтодермального синуса периваскулярного типа (тельца Шиллера–Дюваля);

сосочковые структуры, солидные комплексы, участки железисто-альвеолярного строения с кишечной или эндометриоидной дифференцировкой;

зоны миксоматоза, очаги веретенноклеточной саркоматоидной трансформации;

поливезикулярные желточные скопления;

скопления клеток с гепатоидной дифференцировкой;

участки париетального типа.

Экспрессия опухолевыми клетками α -фетопротейна является важным диагностическим признаком.

Прогноз в большинстве случаев развития опухоли в младенческом возрасте благоприятный при своевременном лечении. У взрослых прогноз неблагоприятный.



Статьи по медицине:

- 1) [Варикозное расширение вен пищевода и хиатальная грыжа](#)

- 2) [Острая кишечная непроходимость](#)

3) [Патология содержания меланина](#)