Синовиальная саркома — злокачественная опухоль, в 10% случаев развивающаяся из синовиальной оболочки крупных суставов, обычно коленного сустава, но значительно чаще — из околосуставных тканей. Изредка синовиальная саркома развивается в брюшной стенке или в окологлоточной области. Встречается в зрелом возрасте, имеет вид нечётко дифференцируемого узла. Характерно бифазное гистологическое строение : опухоль состоит из атипичных эпителиальных клеток, формирующих подобие желёз или солидные тяжи, а также из веретеновидных клеток, аналогичных веретеноклеточной саркоме. Встречается также и монофазный вариант опухоли, когда она состоит либо из эпителиоподобных, либо из веретеновидных атипичных клеток. Синовиальная саркома метастазирует гематогенно, преимущественно в кости и лёгкие, но может давать метастазы и в регионарные лимфатические узлы. Прогноз: после удаления и послеопреационного лечения пятилетняя выживаемость больных составляет 25–60%.

Виллонодулярный синовит (ворсинчато-узловой синовит) по существу представляет собой общее название трёх вариантов одного заболевания — доброкачественной опухоли синовиальной оболочки суставов и сухожильных влагалищ в области их прикрепления к суставам. Один из вариантов носит название пигментный виллонодулярный синовит, другой — локализованный нодулярный синовит, третий — гигантоклеточная опухоль сухожильного влагалища (изолированное повреждение сухожильного влагалища). До сравнительно недавнего времени считали, что в основе виллонодулярный синовита и его вариантов лежит воспаление и поэтому названия заболеваний отражают эти представления. Однако в настоящее время доказано, что эта патология имеет опухолевую природу и является доброкачественным новообразованием. Вместе с тем, несмотря на гистологическую близость всех вариантов опухоли, каждая из них имеет свои, в основном клинические, особенности.

 Пигментный виллонодулярный синовит поражает главным образом коленный сустав и значительно реже другие крупные суставы. В суставах пальпируется опухолевый узел. Появляется боль и развивается тугоподвижность сустава. При этом его синовиальная оболочка приобретает вид красно-коричневых складок и ворсин. Микроскопически в синовиальной оболочке определяется пролиферация полигональных клеток , напоминающих синовиоциты, растущие в виде тяжей. Много макрофагов, имеются гигантские клетки и отложения гемосидерина. Клеточного атипизма нет. Вместе с тем иногда опухоль вызывает эрозию кости, приобретает субхондральную локализацию и может распространяться на прилежащие мягкие ткани.

 Локализованный нодулярный синовит обычно развивается из сухожильных влагалищ запястья и пальцев в виде медленно растущего безболезненного, хорошо отграниченного узла, напоминающего грецкий орех. Клетки аналогичны клеткам пигментного виллонодулярного синовита, однако они образуют единый солидный конгломерат.

 Гигантская опухоль сухожильного влагалища развивается там же, где и локализованный нодулярный синовит, но имеет больше по размерам, в гистологической картине много гигантских многоядерных клеток, а также фиброз, иногда гиалиноз стромы опухоли.

Прогноз в целом **благоприятный**, но после удаления гигантоклеточная опухоль сухожильного влагалища и виллонодулярный синовит в 20–30% случаев рецидивируют.

Интересные статьи:

1) Нарушения пищеварения в желудке

2) Иммунный патогенез саркоидоза

3) Опухоли у детей