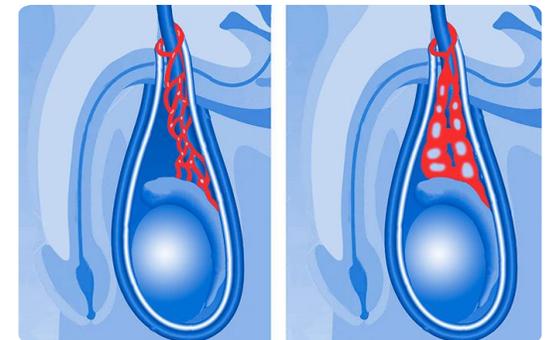


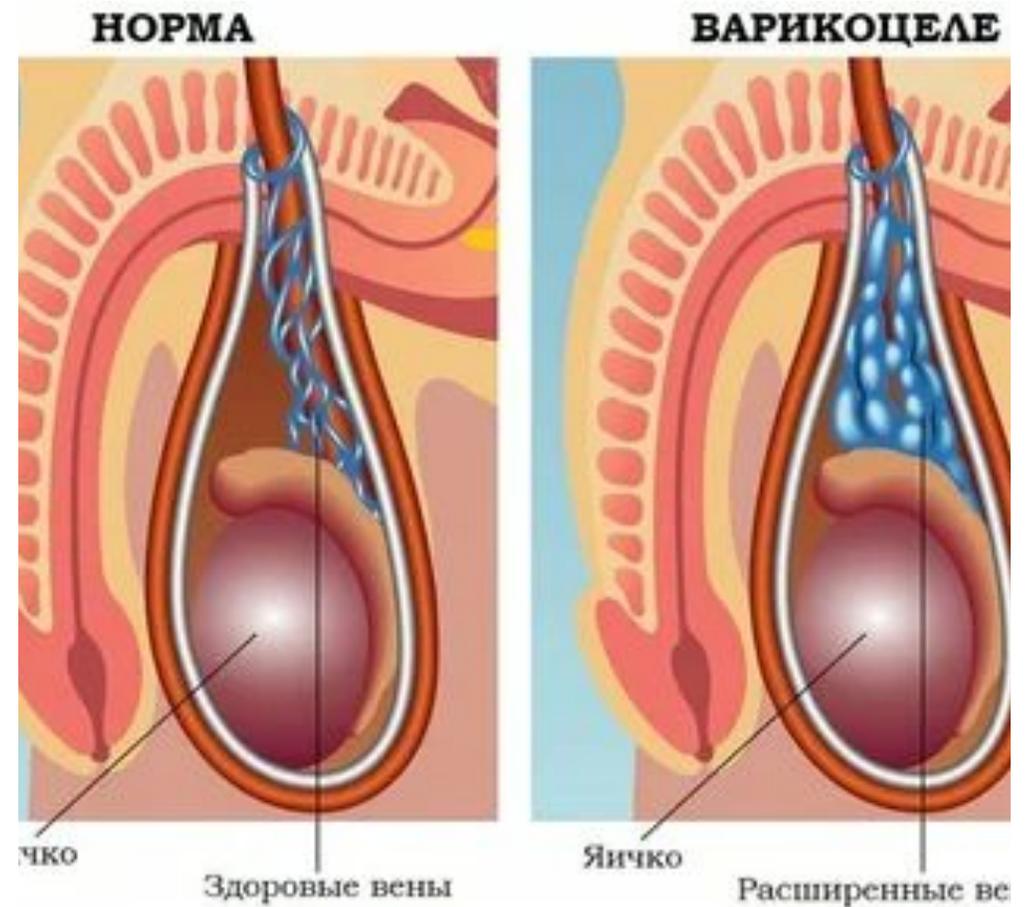
# Заболевания органов мошонки и полового члена

Каримова Адолат Мл-403



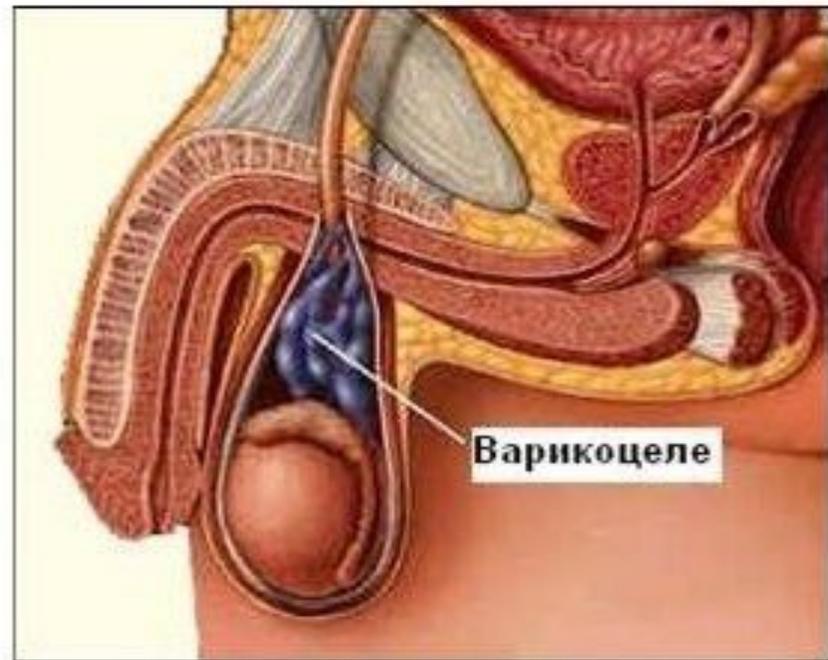
# ВАРИКОЦЕЛЕ

• ЭТО РАСШИРЕНИЕ ВЕН СЕМЕННОГО КАНАТИКА: ВНУТРЕННЕЙ СЕМЕННОЙ (ЯИЧКОВОЙ) ВЕНЫ И ГРОЗДЕВИДНОГО СПЛЕТЕНИЯ.



- 1] врожденное нарушение строения вен;
- 2] нарушение кровообращения к половым органам;
- 3] дефекты клапанов семенной вены;
- 4] аутоиммунные процессы;
- 5] наследственность;
- 6] недостаточная плотность и прочность венозной стенки;
- 7] длительные физические нагрузки;
- 8] почечная венозная гипертензия;
- 9] переохлаждение;
- 0] рубцовые процессы в околопочечной клетчатке;
- 1] нефроптоз, травмы.

## Основные причины развития варикоцеле у мужчин



## Этиология и патогенез

- Выделяют *первичное* (идиопатическое) и *вторичное* (симптоматическое) варикоцеле. Последнее развивается в результате заболеваний, приводящих к сдавливанию или прорастанию внутренней семенной вены с последующим нарушением оттока крови из вен гроздевидного сплетения. Оно приблизительно в равной степени наблюдается с обеих сторон и представляет собой симптом вызвавшего его заболевания. Симптоматическое варикоцеле, как правило, развивается в среднем и пожилом возрасте. Чаще всего причинами его образования являются онкологические заболевания почек, брюшинного пространства, метастатические поражения лимфоузлов, артериовенозные фистулы, венозный тромбоз и др.

# патогенез

Варикоцеле развивается в результате нарушения оттока крови по семенным венам. Замедление кровотока в них и возникающий при этом венозный рефлюкс приводят к расширению яичковой вены и вен гроздевидного сплетения. Основными причинами нарушения оттока в системе ретроаортальных вен являются:

1) различия в их анатомическом строении: левая яичковая вена длиннее правой и впадает в соответствующую почечную вену под прямым углом; правая впадает непосредственно в нижнюю полую вену, и угол ее впадения острый;

2) врожденная слабость яичковой вены и ее клапанов;

3) гипертензия в почечной вене, вызванная ее аномалией, стенозом или ущемлением левой почечной вены между аортой и верхней брыжеечной артерией, в так называемом аортomezентериальном пинцете.

# ВАРИКОЦЕЛЕ

## КЛАССИФИКАЦИЯ

**I степень:** пальпируется только при пробе Вальсальвы;  
**II степень:** пальпируется в покое, видимого расширения вен семенного канатика нет;  
**III степень:** расширение вен определяется и визуально, и пальпаторно.

## ДИАГНОСТИКА

Физикальный осмотр  
УЗИ+доплер  
Рентгенофлебография

## АНДРОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

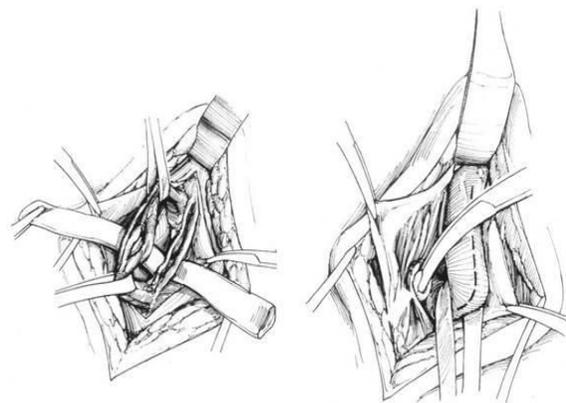
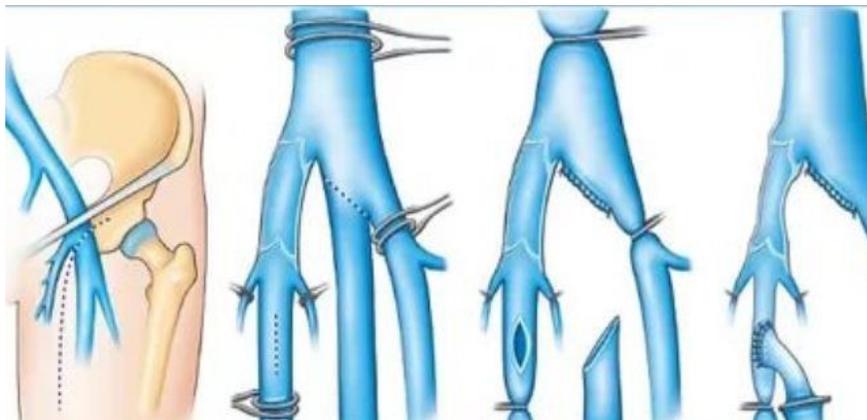
Нарушение роста и развития ипсилатерального яичка;  
Субфертильность;  
Гипогонадизм;  
Боль и дискомфорт.

## Диф. диагностика

- основывается на данных общеклинического обследования, лабораторных и лучевых методов диагностики.
- Ее проводят с воспалительными заболеваниями органов мошонки (эпидидимит, орхит, фуникулит), опухолями яичка и его придатка, сперматоцеле и гидроцеле.

## Лечение

- Выжидательная тактика и динамическое наблюдение допустимы при первой степени заболевания. Варикоцеле второй и третьей степени и болевой синдром служат показаниями к оперативному лечению.



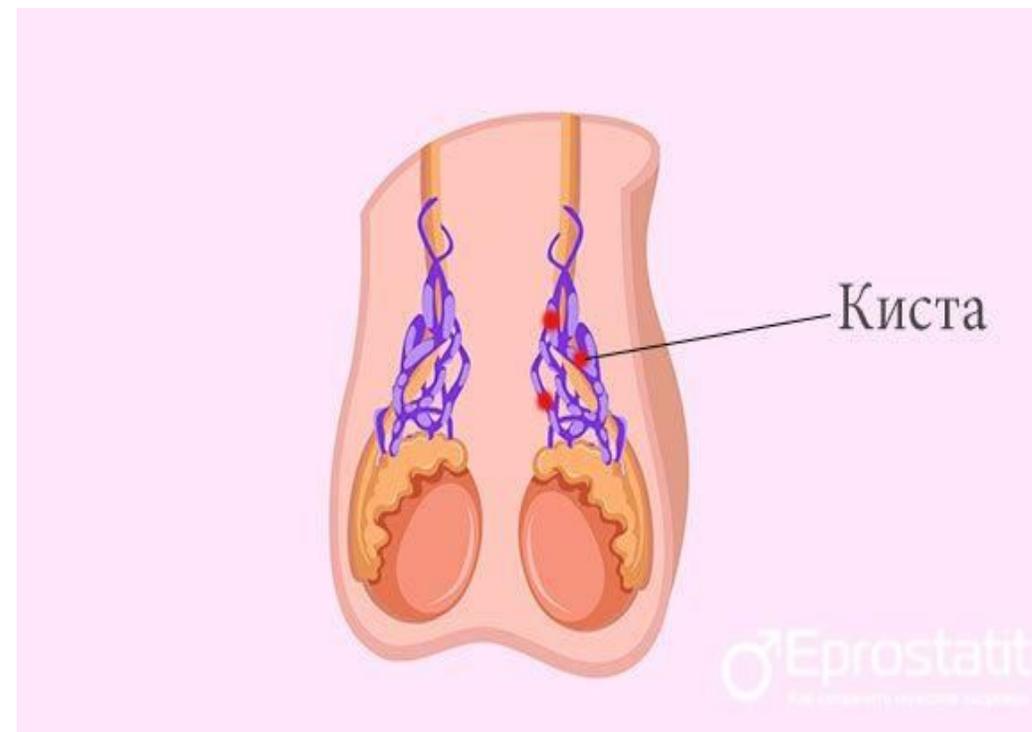
## *Основные методы лечения*

- Операция Иваниссевича
- Операция Паломо
- Операция Marmar
- Лапароскопические операции
- Эмболизация вен
- Микрохирургические сосудистые анастомозы

# Сперматоцеле и Фуникоцеле

- семенная ретенционная киста придатка яичка. Она представляет собой полость, заключенную в соединительнотканную оболочку и заполненную серозной жидкостью, которая содержит спермии, лейкоциты, жировые и эпителиальные клетки. Чаще всего киста исходит из головки придатка и может располагаться на ножке или плотно прилегать к придатку яичка.
- киста семенного канатика. Она представляет собой ограниченную тонкой соединительнотканной оболочкой полость, содержащую серозную жидкость.

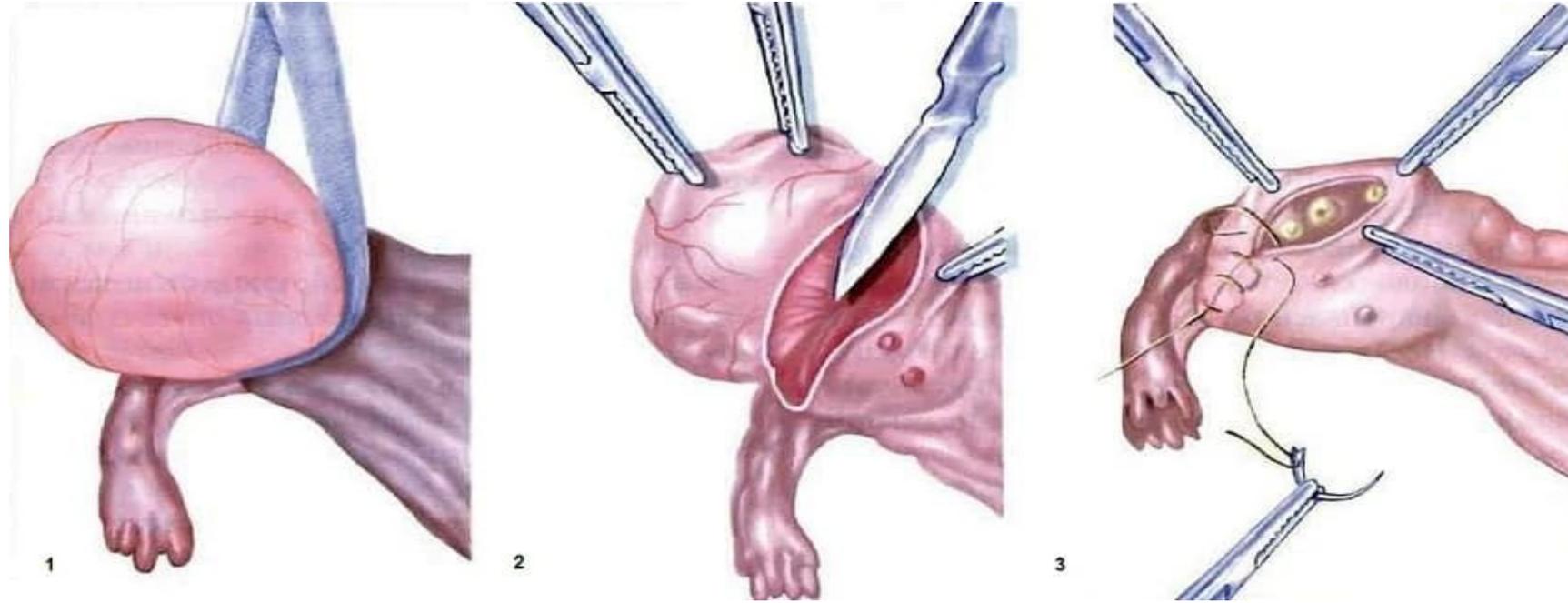
# Сперматоцеле и Фуникоцеле



# Симптоматика и диагностика

Кисты небольших размеров не беспокоят пациента и, как правило, диагностируются при профилактическом осмотре. При больших размерах кисту может определить сам пациент. В ряде случаев кисты могут проявляться болевыми ощущениями в соответствующей половине мошонки.

Сперматоцеле пальпаторно определяется в виде округлого, безболезненного, плотно-эластического образования, связанного с придатком и не спаянного с окружающими тканями. Придаток и яичко не изменены. Фуникулоцеле также прощупывается в виде округлого, эластичного образования по ходу семенного канатика. Диагноз подтверждают диафаноскопией и сонографией.



# *Лечение*

**КИСТЫ КРУПНЫХ РАЗМЕРОВ И КИСТЫ ВЫЗЫВАЮЩИЕ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПОДЛЕЖАТ ОПЕРАТИВНОМУ УДАЛЕНИЮ.**

*ПРОГНОЗ ПРИ ОБОИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БЛАГОПРИЯТНЫЙ.*

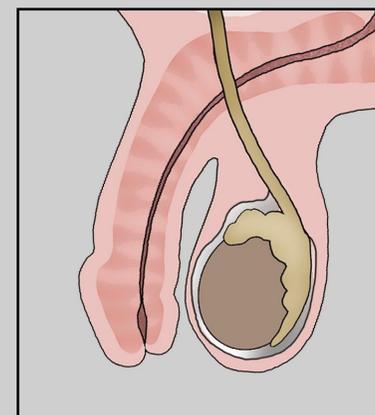
# Гидроцеле

- **(ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА)** - СКОПЛЕНИЕ СЕРОЗНОЙ ЖИДКОСТИ МЕЖДУ ВИСЦЕРАЛЬНЫМ И ПАРИЕТАЛЬНЫМ ЛИСТКАМИ СОБСТВЕННОЙ ВЛАГАЛИЩНОЙ ОБОЛОЧКИ ЯИЧКА.

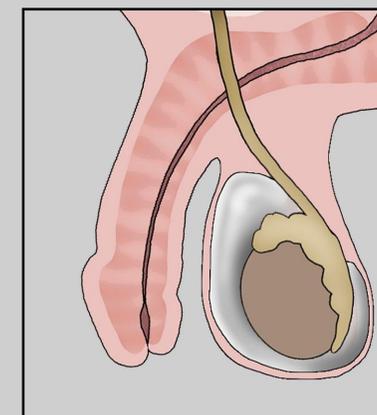
## ГИДРОЦЕЛЕ



**нормальное  
сосотояние**



**гидроцеле**



# *Этиология и патогенез*

- Разделяют врожденную приобретенную водянку оболочек яичка, которая в свою очередь может быть односторонней или двусторонней.
- Ее содержимое представляет прозрачную светло-желтую серозную жидкость, количество которой варьирует в широких пределах, от нескольких миллилитров до нескольких сотен миллилитров.



**Врожденное гидроцеле (сообщающаяся водянка оболочек яичка), как правило, обнаруживается у детей. Оно развивается из-за незаращения влагалищного отростка брюшины после опущения яичка в мошонку.** В результате жидкость из брюшной полости свободно проникает в полость собственной оболочки яичка и постепенно накапливается в ней. Если по мере роста ребенка влагалищный отросток брюшины зарастает, водянка становится несообщающейся или исчезает. Если сообщение широкое, то в полость мошонки могут попадать петли кишечника и сальник, развивается пахово-мошоночная грыжа.



*Приобретенное гидроцеле (несообщающаяся водянка оболочек яичка) чаще развивается у взрослых. По причинам образования его подразделяют на первичное и вторичное. Первичное гидроцеле образуется при несоответствии между продукцией и всасыванием серозной жидкости, находящейся между листками влагалищной оболочки яичка. Причины такого дисбаланса окончательно не установлены, поэтому такую водянку называют идиопатической. Вторичное приобретенное гидроцеле развивается в результате заболеваний (эпидидимит, орхит, опухоль) или перенесенной травмы (посттравматическая водянка).*

# *Симптоматика и клиническое лечение*

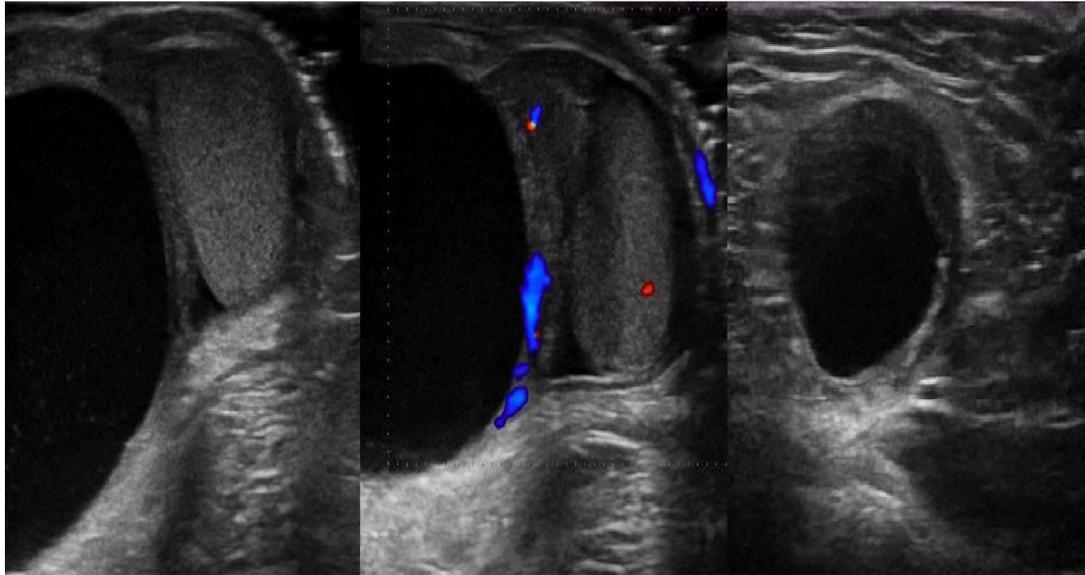
Проявление гидроцеле зависит от количества скопившейся под оболочками жидкости. При малом ее объеме заболевание протекает бессимптомно.

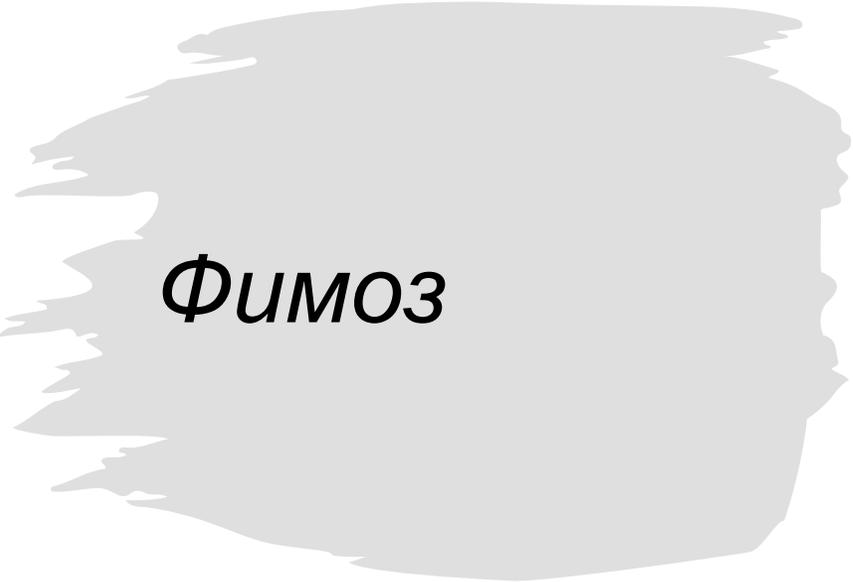
По мере накопления содержимого гидроцеле пациент начинает обращать внимание на увеличение соответствующей половины мошонки.

Позже присоединяются тянущие боли в мошонке, усиливающиеся при движении. Дальнейший рост гидроцеле причиняет значительные неудобства пациенту, особенно при ходьбе, перемене положения тела, физических упражнениях и даже мочеиспускании.

Заболевание начинает представлять серьезный косметический дефект, оказывающий влияние на поведение больного и нарушающий его социальную адаптацию.

- **Диагноз** устанавливают на основании диафаноскопии - просвечивания водяночного мешка узким пучком света.
- **Дифференциальную диагностику** необходимо проводить с пахово-мошоночной грыжей, опухолью яичка, туберкулезным поражением, сперматоцеле и орхоэпидидимитом. Диафаноскопия и сонография помогают установить правильный диагноз
- **Лечение** оперативное; способ выполнения зависит от вида водянки. При врожденном гидроцеле необходимо ликвидировать его сообщение с брюшной полостью. Операцию выполняют паховым доступом, по технике она напоминает грыжесечение. Не заращенный влагалищный отросток брюшины отделяют от элементов семенного канатика, пересекают, лигируют проксимальный конец и удаляют водяночную жидкость. Операцию при приобретенном гидроцеле выполняют мошоночным доступом по методу Винкельмана или Бергмана. Последний наиболее радикален, так как после удаления водяночной жидкости продуцирующую ее влагалищную оболочку полностью иссекают. К тяжелым больным можно применять паллиативный метод лечения гидроцеле, заключающийся в его пункции и эвакуации водяночной жидкости.
- **Прогноз** благоприятный.





# Фимоз

сужение крайней плоти полового члена, при котором невозможно полностью или частично обнажить его головку. Он встречается у 2-3 % мужчин. Фимоз наблюдается у 95 % новорожденных (физиологический фимоз), но уже в ближайшие годы у большинства из них головка полового члена полностью открывается.

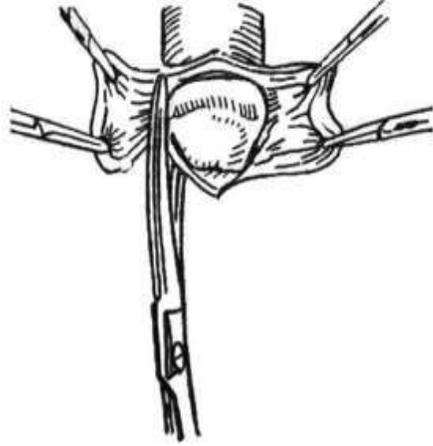
*Симптоматика и клиническое течение.* Основной жалобой пациентов является невозможность обнажения крайней плоти. При попытках насильственного освобождения головки и при эрекциях появляются боли. Фимоз значительно усложняет половой акт или делает его невозможным.

При осмотре крайняя плоть имеет вид хоботка, попытка освободить головку безуспешна и вызывает сильную боль. Во время мочеиспускания происходит характерное раздувание препуциального мешка, а затем моча начинает выделяться тонкой струйкой или по каплям

Абсолютными показаниями к оперативному лечению являются рубцовый и осложненный фимоз. Операцию также выполняют по косметическим и религиозным соображениям. Чаще всего заключается в круговом иссечении крайней плоти - *циркумцизии*



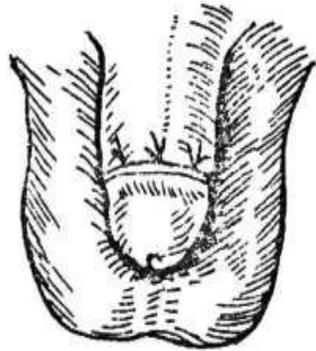
a



b



c



d



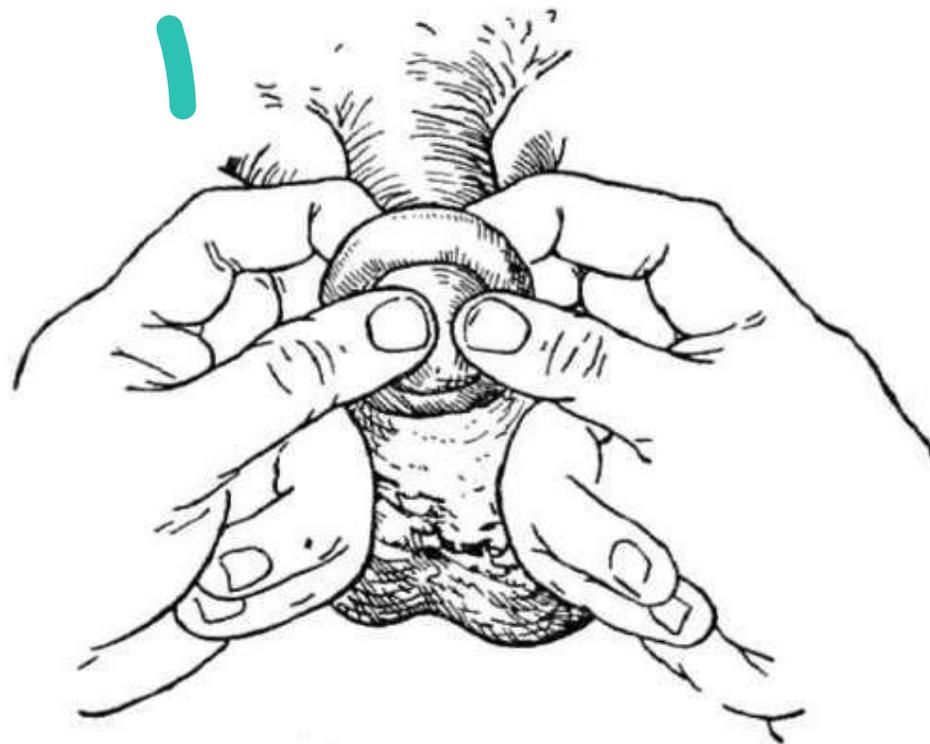
# Парафимоз

•осложнение фимоза, которое возникает в результате смещения суженного кольца крайней плоти за головку полового члена. Через некоторое время сдавливание полового члена крайней плотью приводит к выраженному отеку в данной области, ущемлению головки и невозможности обратного смещения крайней плоти, то есть к образованию парафимоза .

•**Парафимоз требует оказания экстренной помощи, так как может привести к некрозу полового члена.**

•Вправление парафимоза (рис.) осуществляют бимануально под обезболиванием после обильного смазывания головки и крайней плоти раствором глицерина. Если вправить головку невозможно, в том числе и под наркозом, показано рассечение ущемляющего кольца.

•**Лечение** оперативное и заключается в поперечном рассечении короткой уздечки с последующим ее продольным сшиванием



# Остроконечные кондиломы полового члена

- полиморфные ворсинчатые разрастания, возникающие на внутреннем листке крайней плоти, реже - на головке полового члена и в ладьевидной ямке, вызванные вирусом папилломы человека (HPV - human papillomavirus).
- **Эпидемиология.** Заболевание встречается с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин, живущих активной половой жизнью. В 70 % случаев остроконечные кондиломы выявляются у обоих половых партнеров.
- Инфекция **передается** половым, контактно-бытовым путем, при медицинских исследованиях и прохождении новорожденного через инфицированные родовые пути. Вирусы папилломы человека, особенно 16 и 18 типа, относятся к онкогенным и являются факторами риска развития рака шейки матки и полового члена. Одним из факторов, индуцирующих опухолевую трансформацию клеток находящимся в них вирусом папилломы человека, является курение. Заболевание характеризуется хроническим течением и склонностью к рецидивам.
- **Патоморфологическими признаками** папилломавирусной инфекции являются койлоциты, дискератоциты, а также гиперплазия базального и супра-базального слоев эпителия кожи с акантозом и папилломатозом. Отмечаются многочисленные митозы, плазматическая и лимфоцитарная инфильтрация соединительной ткани.



## *Классификация кондилом*

---

- остроконечные кондиломы;

---

- папиллярные разновидности кондилом (с экзофитным ростом);

---

- плоские кондиломы (с эндофитным ростом);

---

- гигантскую кондилому Бушке-Левенштейна;

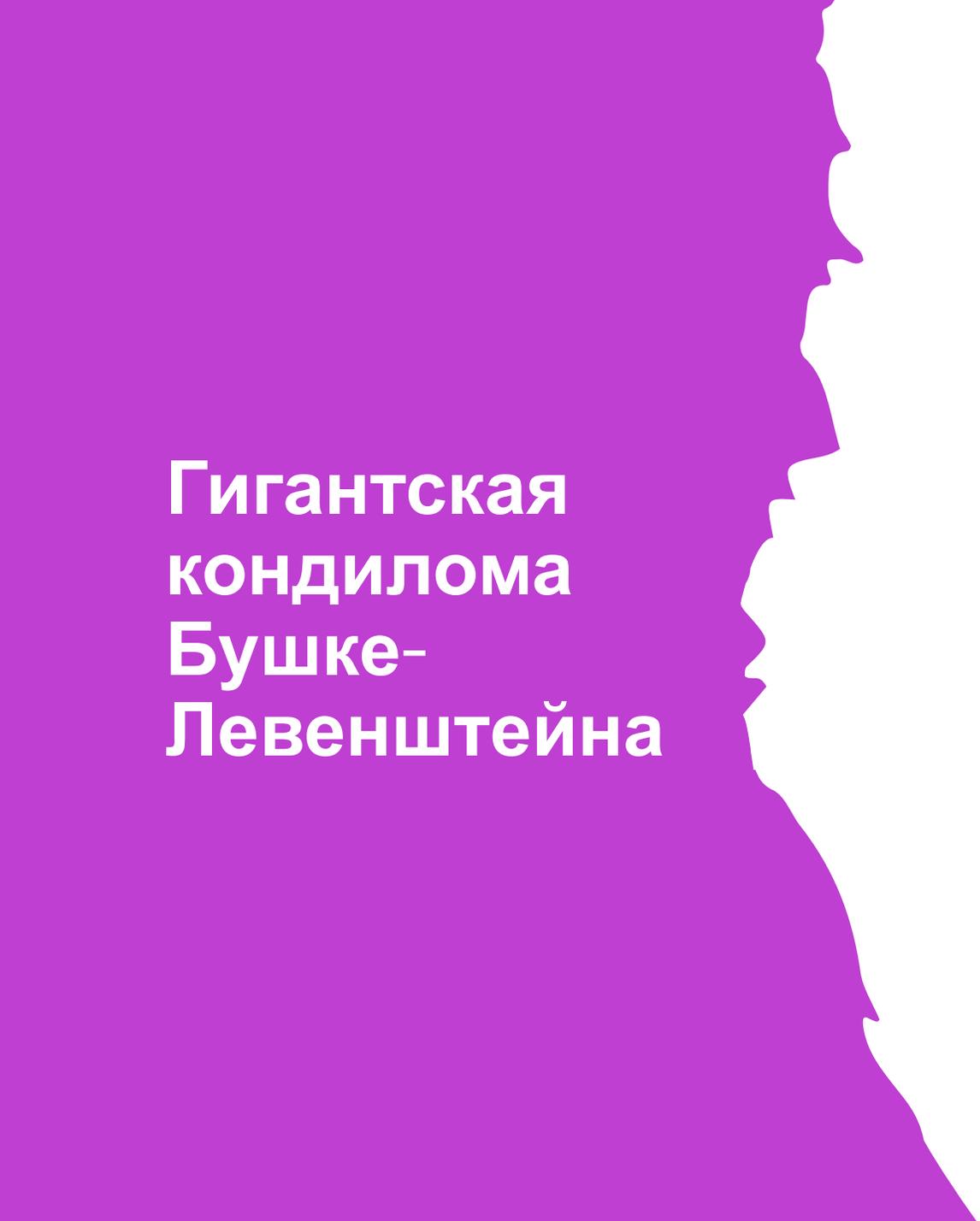
---

- инвертированные кондиломы.

**Остроконечные кондиломы** - бледно-красные фиброэпителиальные образования на поверхности кожи и слизистых оболочек на тонкой ножке или на широком основании, похожие на цветную капусту. Основание их мягкое и не сращено с подлежащими тканями. Кондиломы могут быть *одиночными*, но чаще наблюдаются *множественные*, близкорасположенные образования. Остроконечные кондиломы не склонны к мокнутию и изъязвлению.

**Симптоматика и клиническое течение.** Латентное течение заболевания характеризуется отсутствием каких-либо жалоб. Больные обращаются к врачу, как правило, при возникновении местных проявлений папиллома-вирусной инфекции. У женщин кондиломы локализуются чаще в области половых губ, вульвы, реже в области ануса и перианальной области, у мужчин - в области полового члена, перианальной области и реже интраурет-рально. В последнем случае возникают дизурия, боль в надлобковой области и гениталиях. В 10-20 % случаев выявляется поражение губок или дисталь-ного отдела уретры.

**При множественных разрастаниях** наблюдаются зуд, парестезии и неприятные ощущения при контакте с бельем, иногда отмечается кровоточивость.



# Гигантская кондилома Бушке- Левенштейна

---

вызывается 6 типом вируса папилломы человека и является облигатным предраком.

---

Чаще развивается у лиц с иммунодефицитными состояниями.

---

Начальные проявления - остроконечные кондиломы, которые быстро растут и сливаются в гигантскую кондилому.

---

Характерны мацерация и зловонный запах, а также по периферии большого очага выявляются мелкие остроконечные кондиломы. Для этого типа кондилом характерна трансформация в плоскоклеточный рак.

- **Диагностика** основывается на жалобах, данных анамнеза, клинических проявлений, гистологической и цитологической верификации, иммунологического анализа. При сборе анамнеза необходимо уточнить, не болеют ли половые партнеры.
- **Окончательный диагноз** устанавливают после биопсии с гистологическим исследованием материала. Целесообразно использовать ПЦР и метод ДНК - гибридизации *in situ*. Производится ПЦР-тестирование образцов из шейки матки, уретры, а также мочи.
- **Лечение** заключается в удалении остроконечных кондилом. Для этого используют: 1) местно цитотоксические препараты - подофиллотоксин (кондилилин), подофиллин, 5-фторурацил;
- 2) деструктивные физические методы (хирургическое иссечение, криодеструкция, лазеротерапия, электрокоагуляция)
- 3) деструктивные химические методы (солкодерм, трихлоруксусная кислота, фerezол) и
- 4) иммунологические методы (интерферонотерапия).

Подофиллотоксин (кондилиин) используют при кондиломах полового члена и не применяют при поражении уретры и перианальной области.

Проводят аппликации 0,5% спиртового раствора кондилина 2 раза в день в течение трех дней. Аппликации 5% крема 5-фторурацила проводят 1 раз в день в течение 7 дней или 1 раз в неделю в течение 10 недель.

Этот препарат используют при кондиломах уретры и аноректальном кондиломатозе.

Криотерапия жидким азотом, оксидом азота и диоксидом углерода заключается в замораживании пораженных тканей длительностью от 10 до 90 с.

Солкодермом обрабатывают остроконечные кондиломы 1-2 раза в неделю. Для лечения остроконечных кондилом вводят интерфероны (эгиферон, реферон, интрон-А, берофор) местно и системно (подкожно, внутримышечно, внутривенно).

Хирургическое иссечение используется при кондиломах больших размеров и неэффективности консервативной терапии. Применяют электроинцизию и лазеротерапию. Обширное поражение крайней плоти является показанием к циркумцизии.

Прогноз благоприятный, однако возможно рецидивирование процесса, особенно у больных с иммунодефицитными состояниями.

Спасибо за  
внимание

