

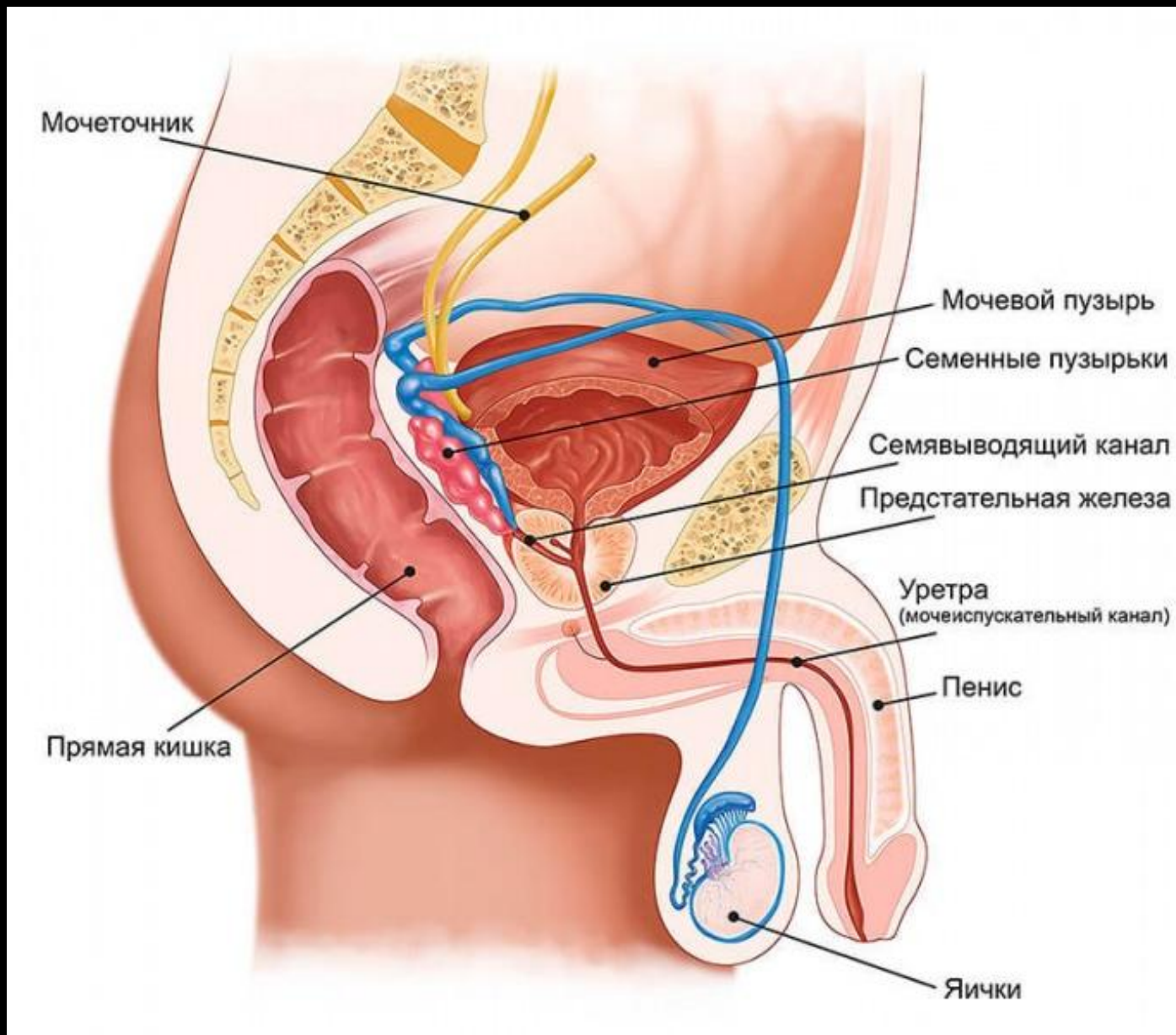


ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Материалы для дистанционного
обучения

Воронеж 2020

**ЗАБОЛЕВАНИЯ
МУЖСКИХ
ПОЛОВЫХ
ОРГАНОВ**



Строение мужской половой системы

По ТПП преобладают:

- 1-воспалительные,
- 2-гиперпластические,
- 3-опухолевые

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА НЕОПУХОЛЕВЫЕ:

Баланопостит — воспаление кожи головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти

- **А-Острый**: катаральный, гнойный, гнойно-язвенный, гангренозный.

Б-Хронический —с рубцеванием до **фимоза**
(патологическое сужение отверстия крайней плоти, не позволяющее обнажить головку полового члена)

Болезнь Пейрони –

образование фиброзных
бляшек на белочной оболочке
полового члена, с деформа-
цией, и нарушением
эректильной функции

В возрасте 40-60 лет
частота 3,2%.

Факторы риска :

- Микротравмы- Системные
заболевания: **контрактура**
- Дюпюитрена, **сахарный**
- **диабет, - атеросклероз.**

Стадии

1-Воспалительная

2-Стабильная

Конец воспалительной стадии, - длительность заболевания больше 1 года и
стабильность бляшки в течении 3 месяцев ..

Признаки заболевания:-наличие пальпируемой бляшки –78–100%,
искривление пениса – 52–100%, болезненные эрекции ~ 70%.

Два периода течения БП: **1-болевогой и 2-функциональный .**



ОПУХОЛИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Остроконечная кондилома - мелкие красновато-розовые папиллярные разрастания. часто с картинами койлоцитоза (признак вируса ВПЧ)
Крупные папилломы часто рецидивируют.

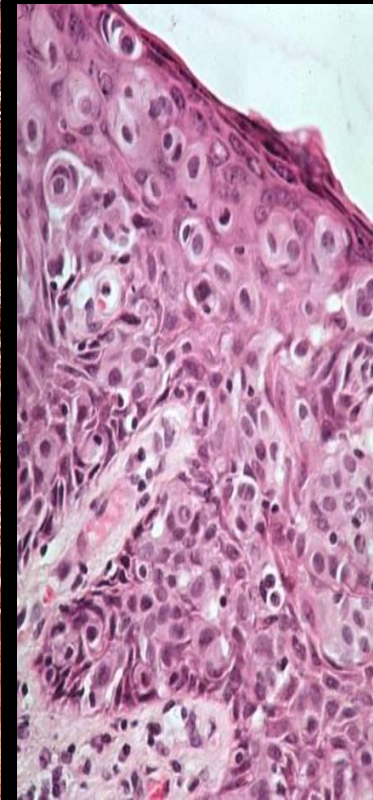


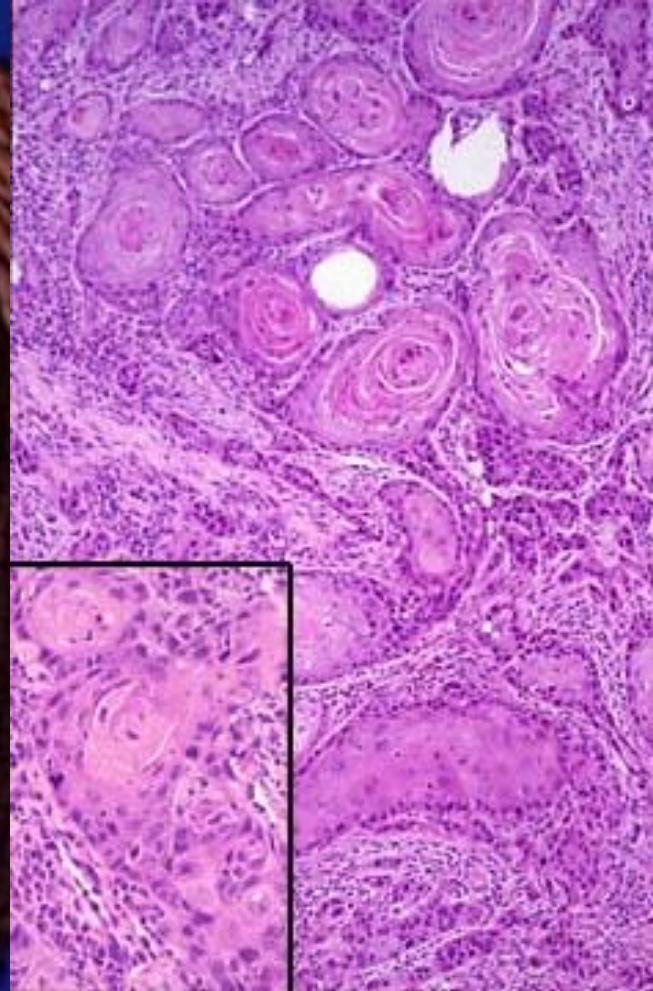
Карцинома *in situ* :

дискератоз Боуэна - ♂ старше 35 лет. поражает тело полового члена и мошонку. серовато-белая бляшка с поверхностным изъязвлением и струпом. В 15% случаев прогрессирует в инвазивный рак.



Эритроплазия Кейра - розово-красные очаги, с бархатистой, иногда шелушащейся поверхностью. Микроскопически — дисплазия эпителия различной степени выраженности





Рак полового члена :

1% всех раков у ♂. Редко у подвергшихся циркумцизии !

Варианты : 1-поверхностно распространяющийся,
2-бородавчатый

МИКРО: преобладает плоскоклеточный ороговевающий

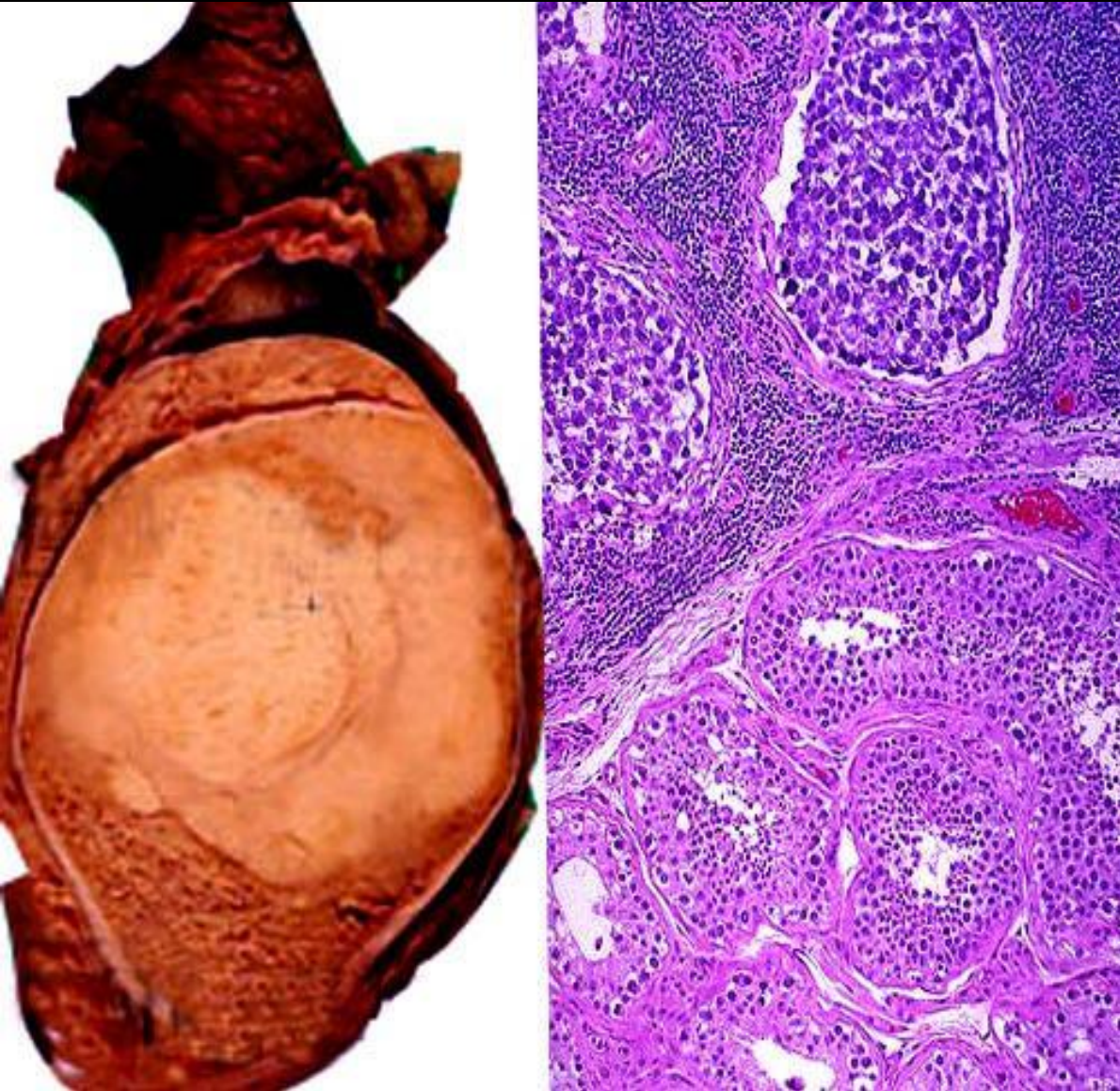


Орхит:

Острый (при «свинке, тифах, гонорее, скарлатине)

Хронический (туберкулез, сифилис, травмы)

Опухоли яичка - 1% всех новообразований у мужчин. Две группы:
Герминогенные (семиномы, эмбриональный рак, опухоль желточного мешка, хорионкарциномаи тератомы)
Негерминогенные (из клеток Сертоли, Лейдига и стромальных элементов)



СЕМИНОМЫ
пик- около 40 лет.

Желтовато-
розоватая ткань
из МОНОТОННЫХ
ОКРУГЛЫХ СВЕТЛЫХ
КЛЕТОК.

Рано метастазы в
легкое, печень

Тератомы

пик – дети 10 лет
У детей 50% опухолей

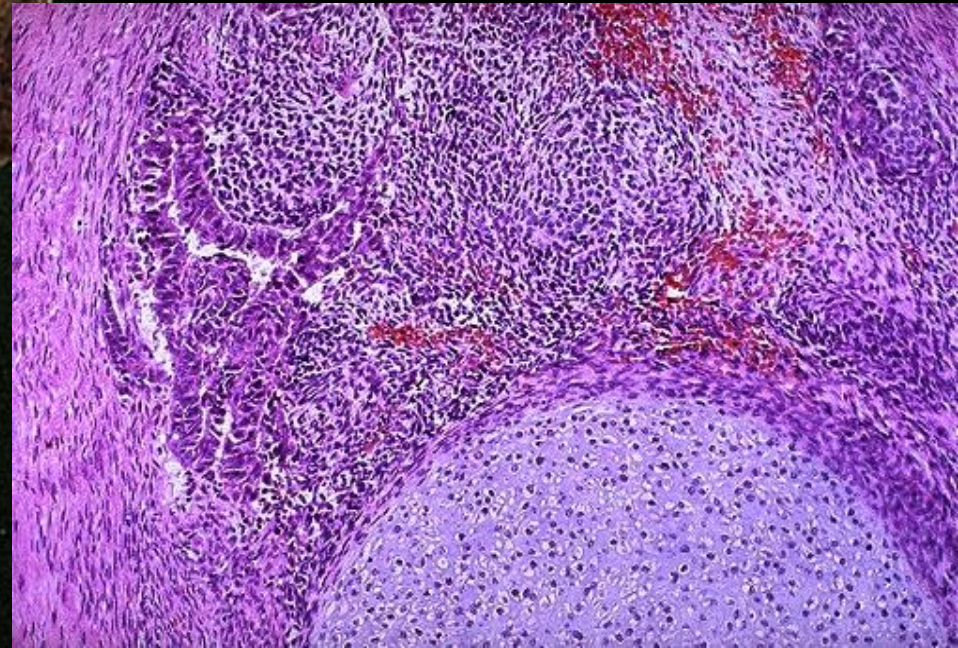
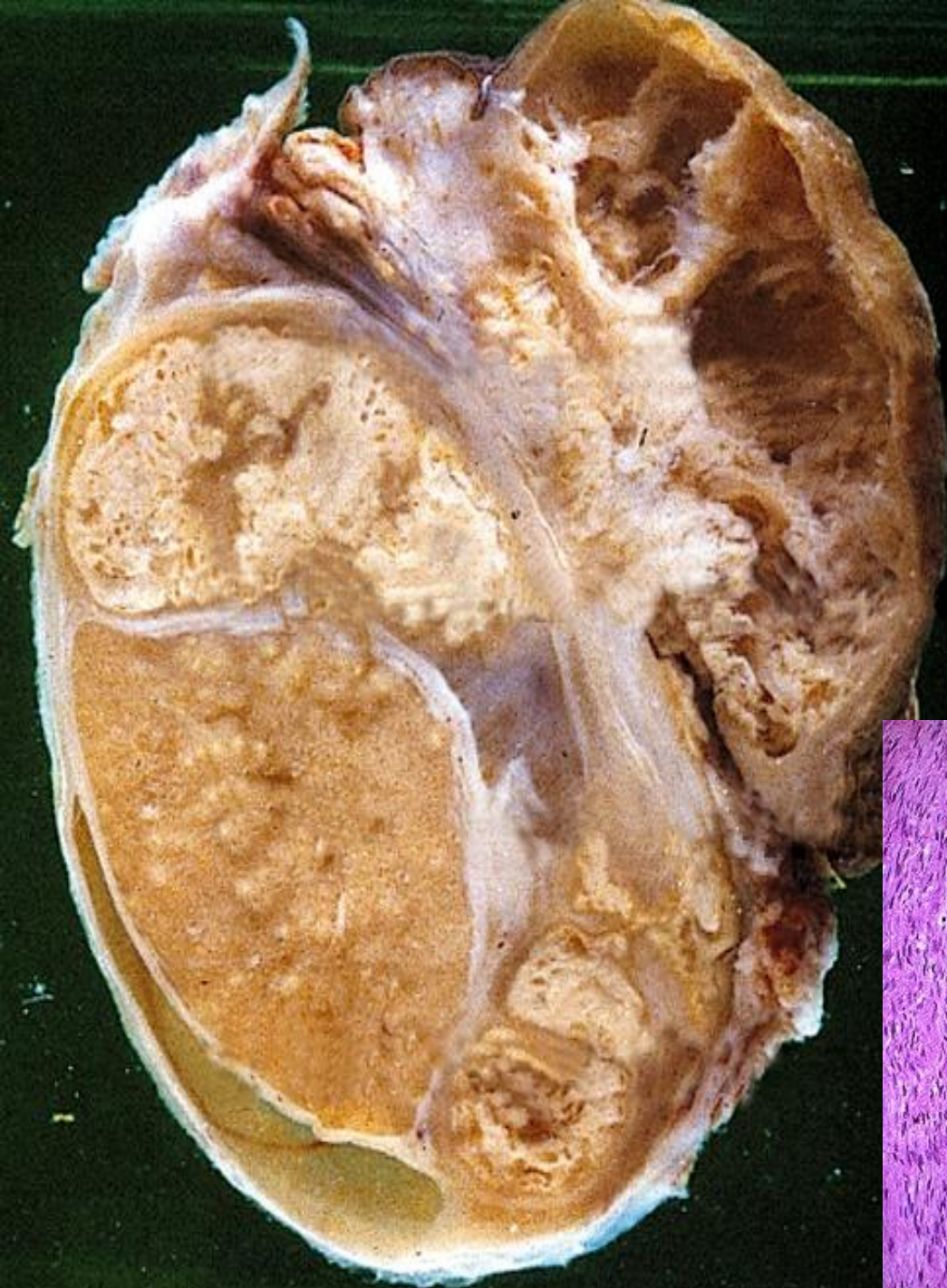
1-Зрелые

2-Незрелые(дети)

3- С признаками
вторичной

малигнизации

(у взрослых)



Болезни оболочек яичка:

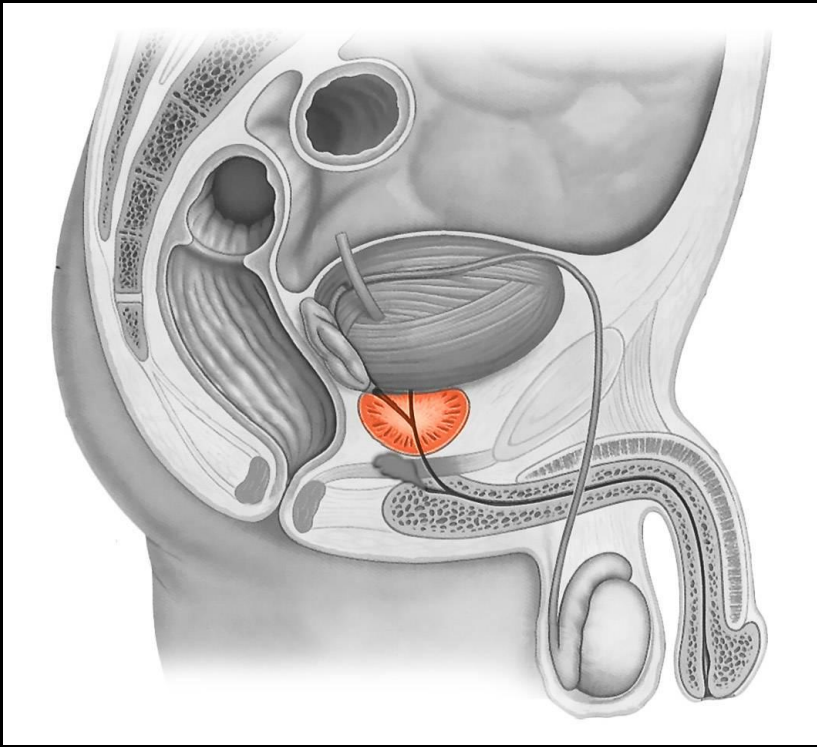
Гидроцеле

А-(приобретенное) –при орхитах, эпидидимитах; опухолях; поражениях сосудов.

Б- Врожденная водянка -у 6% новорожденных мальчиков.

Неосложненные формы гидроцеле: оболочки тонкие,
Осложненные формы - оболочки тусклые, утолщены





ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Простатит :

по Этиологии:

1- Бактериальный возникает в результате рефлюкса инфицированной мочи в простату и при лимфогенном распространении инфекции из прямой кишки,

2-Небактериальный у ♂ >50 лет.

по клин-морф особенностям :

Острый:

1-катаральный (ЛейЦ в строме),

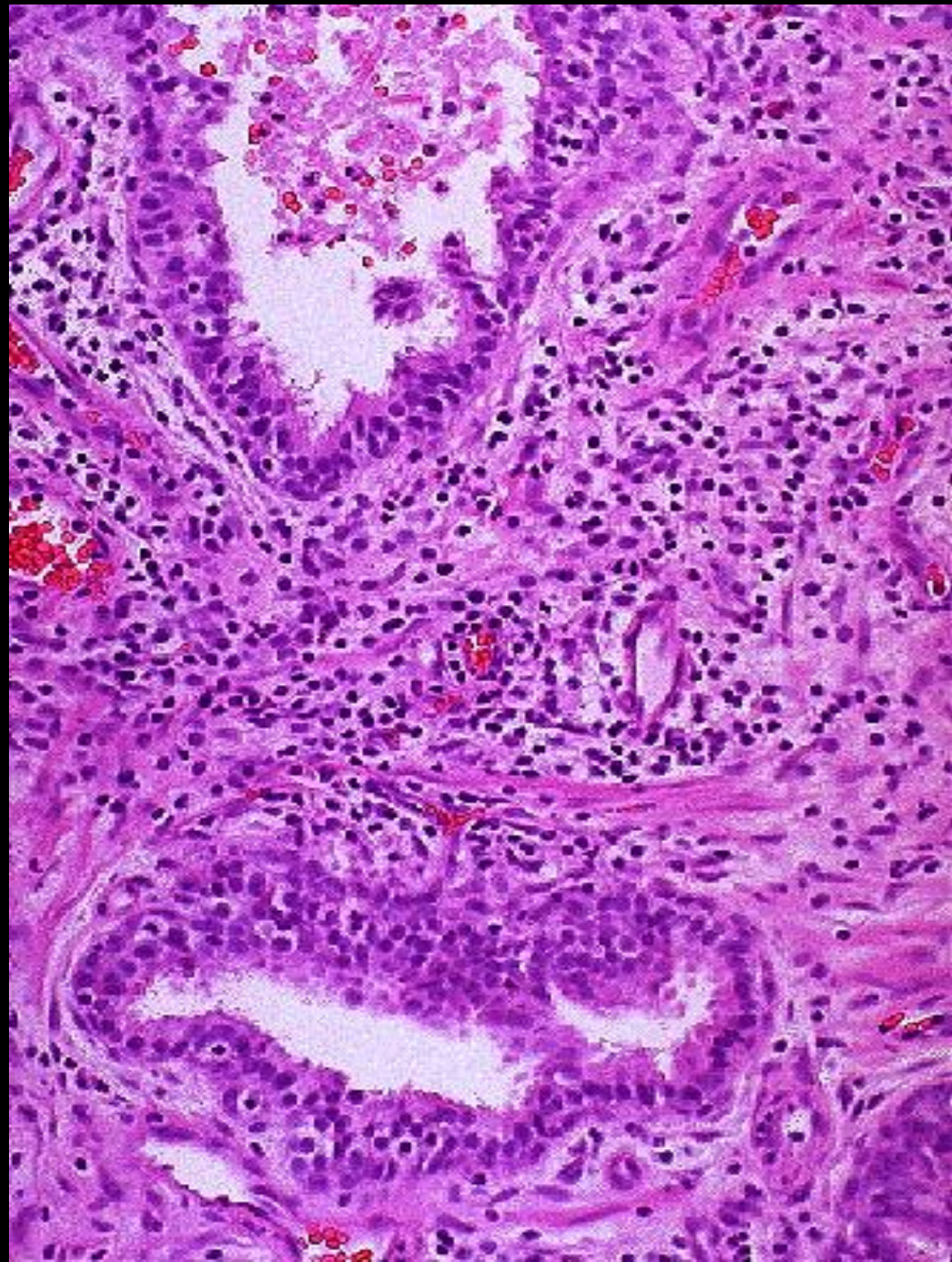
2-фолликулярный (ЛейЦ и в протоках)

3-паренхиматозный (диффузные ЛейЦ инфильтраты, абсцессы)

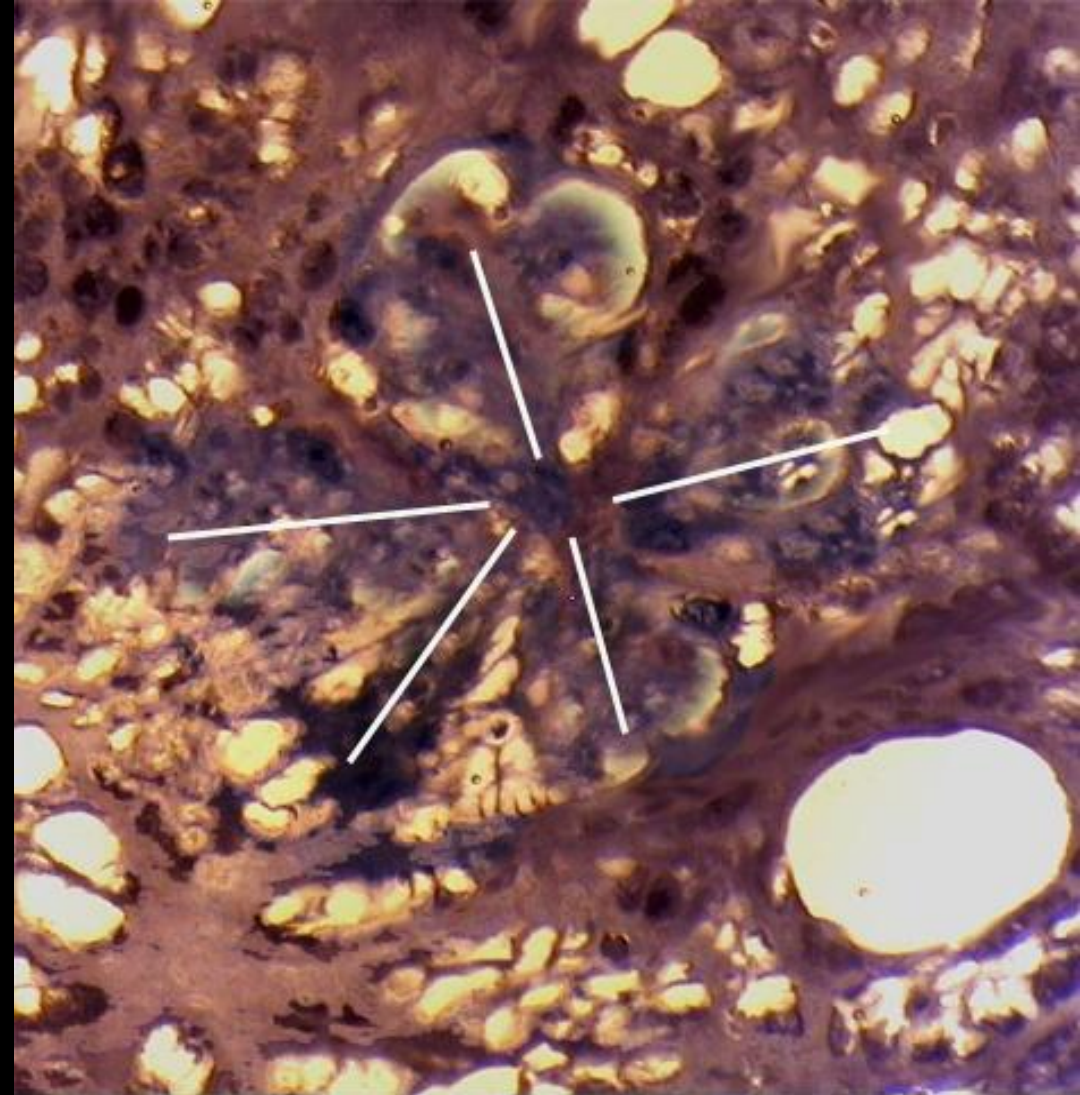
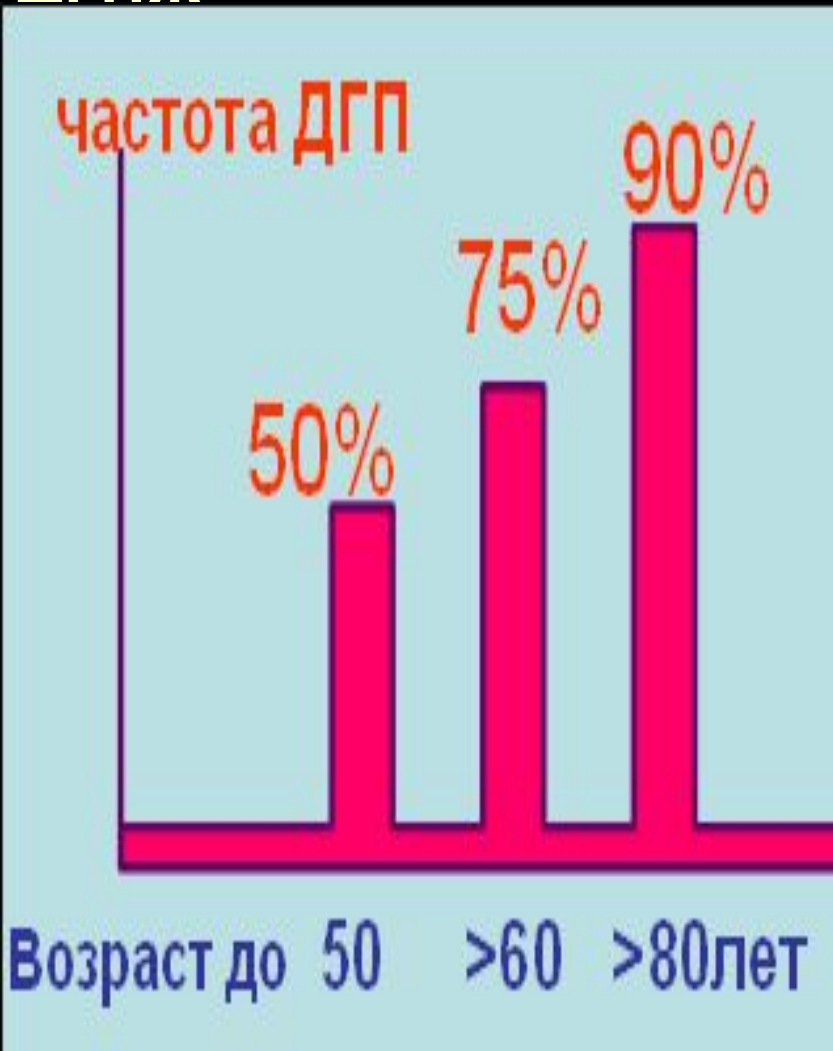
Осложнения: урогенный сепсис, задержка мочеиспускания

Хронический
простатит — у 30% ♂ к
30 годам.

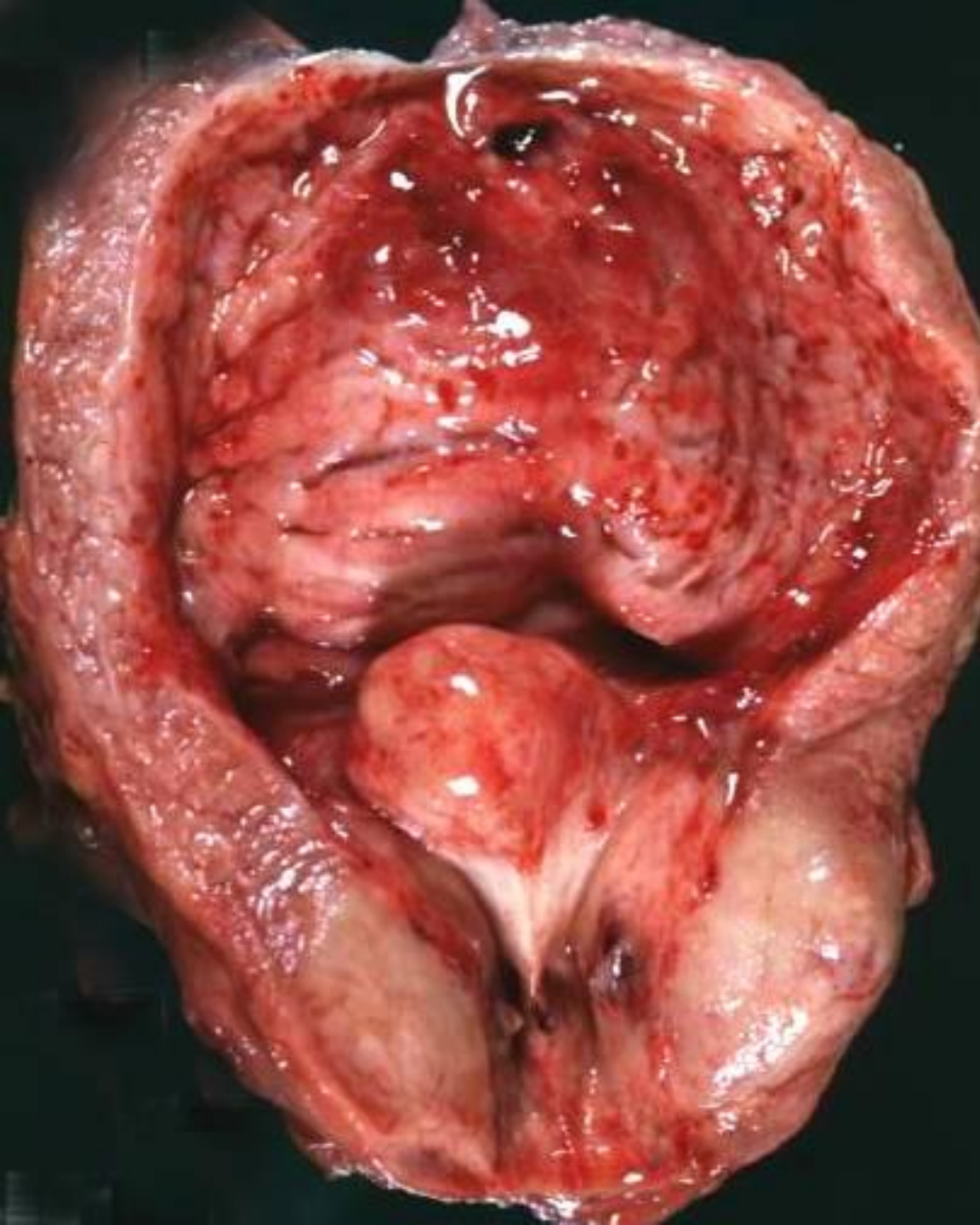
Простата увеличена
в размерах,
уплотнена,
деформирована. В
строме лимфоциты,
плазматические
клетки и макрофаги.
Часто разрастание
грануляционной и
фиброзной ткани.



Диффузно-узловатые гиперплазии («аденомы») простаты - ДГПЖ



Доклиническая фаза – возникновение **Лучисто-симметричных** фокусов тканевой гиперплазии в простате – начало формирования группы «узелков»



Клинический этап гиперплазии простаты - проявляется в переходной зоне железы:

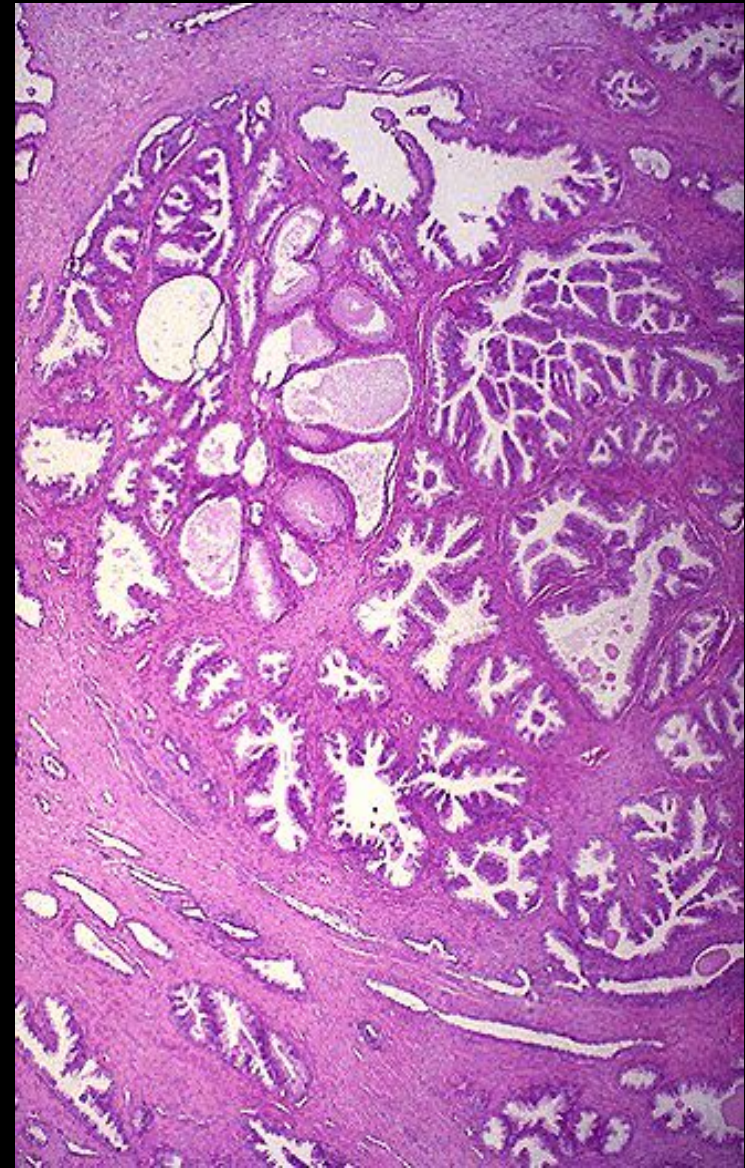
группы узелков сливаются в узлы, которые выступают в просвет мочевого пузыря.

Гисто-формы гиперплазии простаты:

1) **железистая** (аденоматозная)

2) **фиброзно-мышечная**,

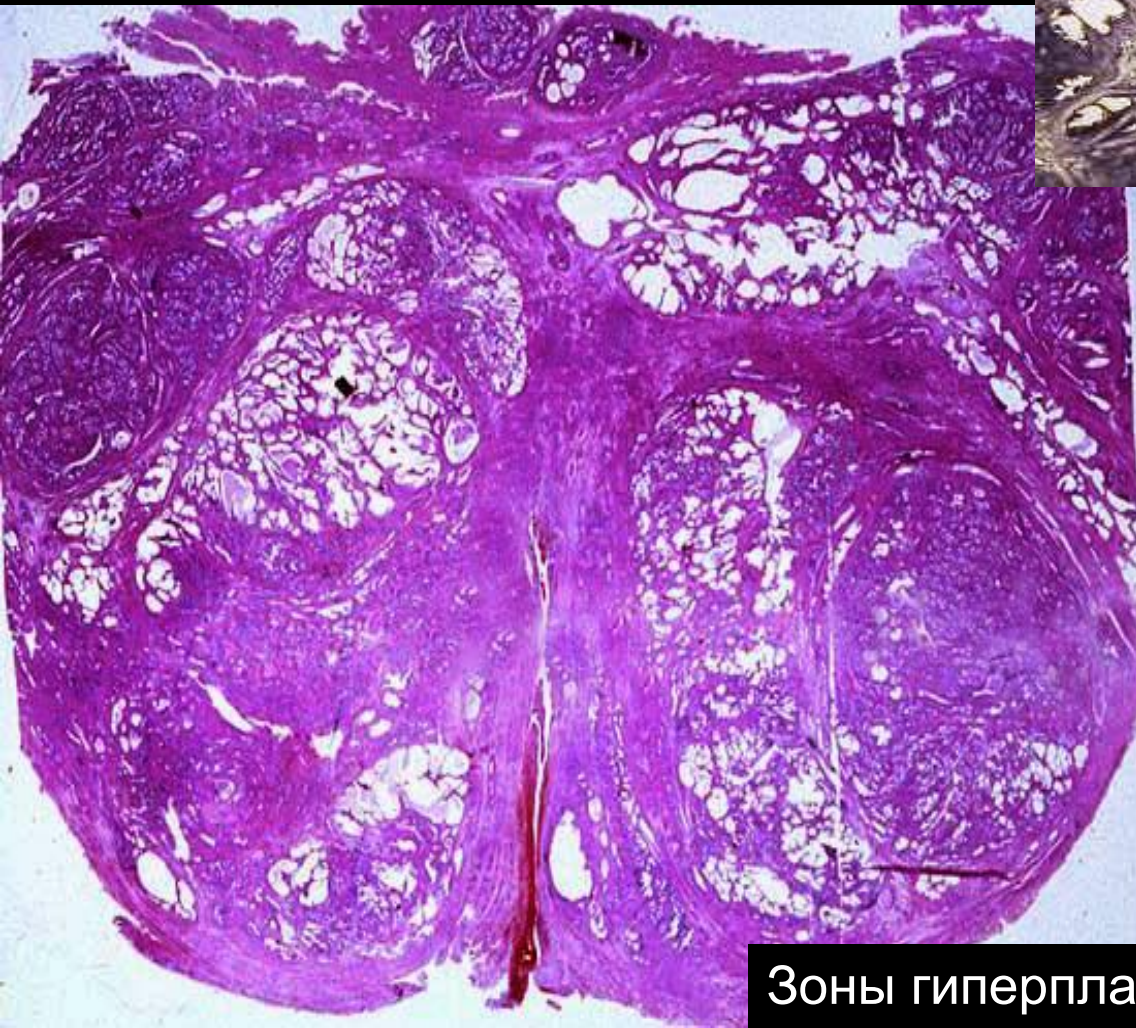
3) **смешанная.**



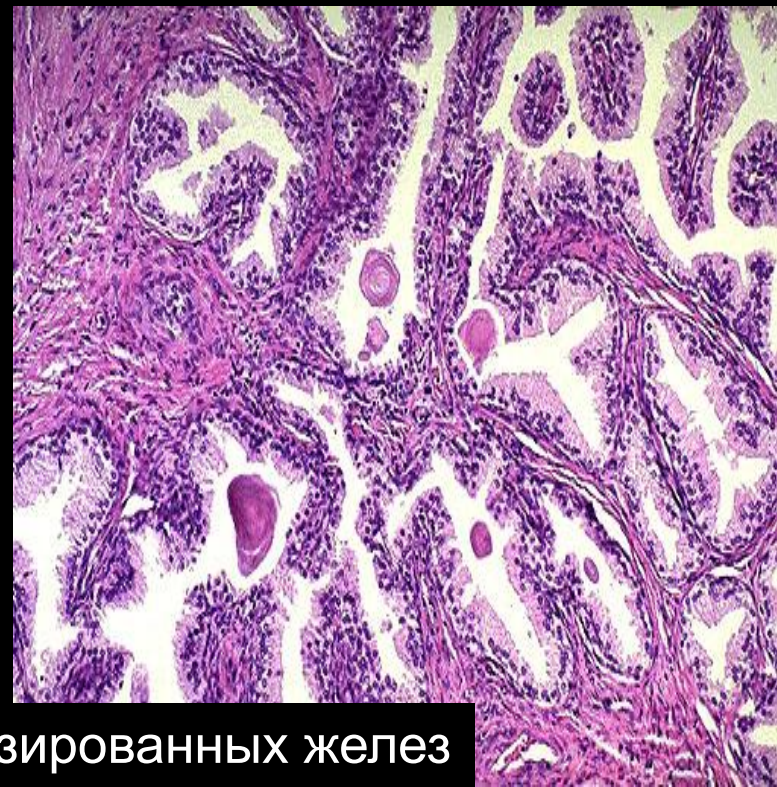
Аденоматозная гиперплазия

Смешанная гиперплазия простаты

Сфероиды из гладких мышц

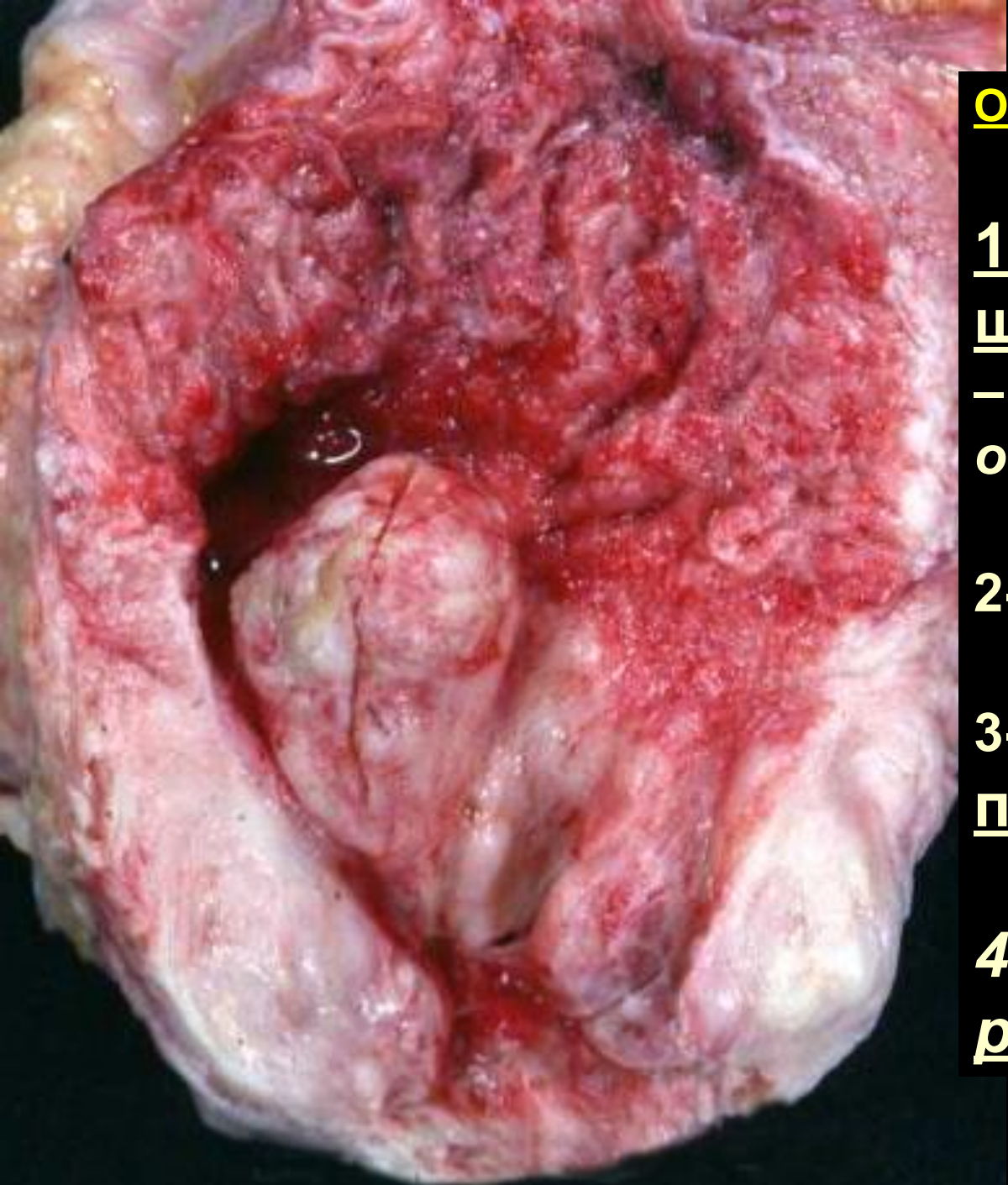


Зоны гиперплазированных желез



**Фиброзно-
мышечная
гиперплазия,**





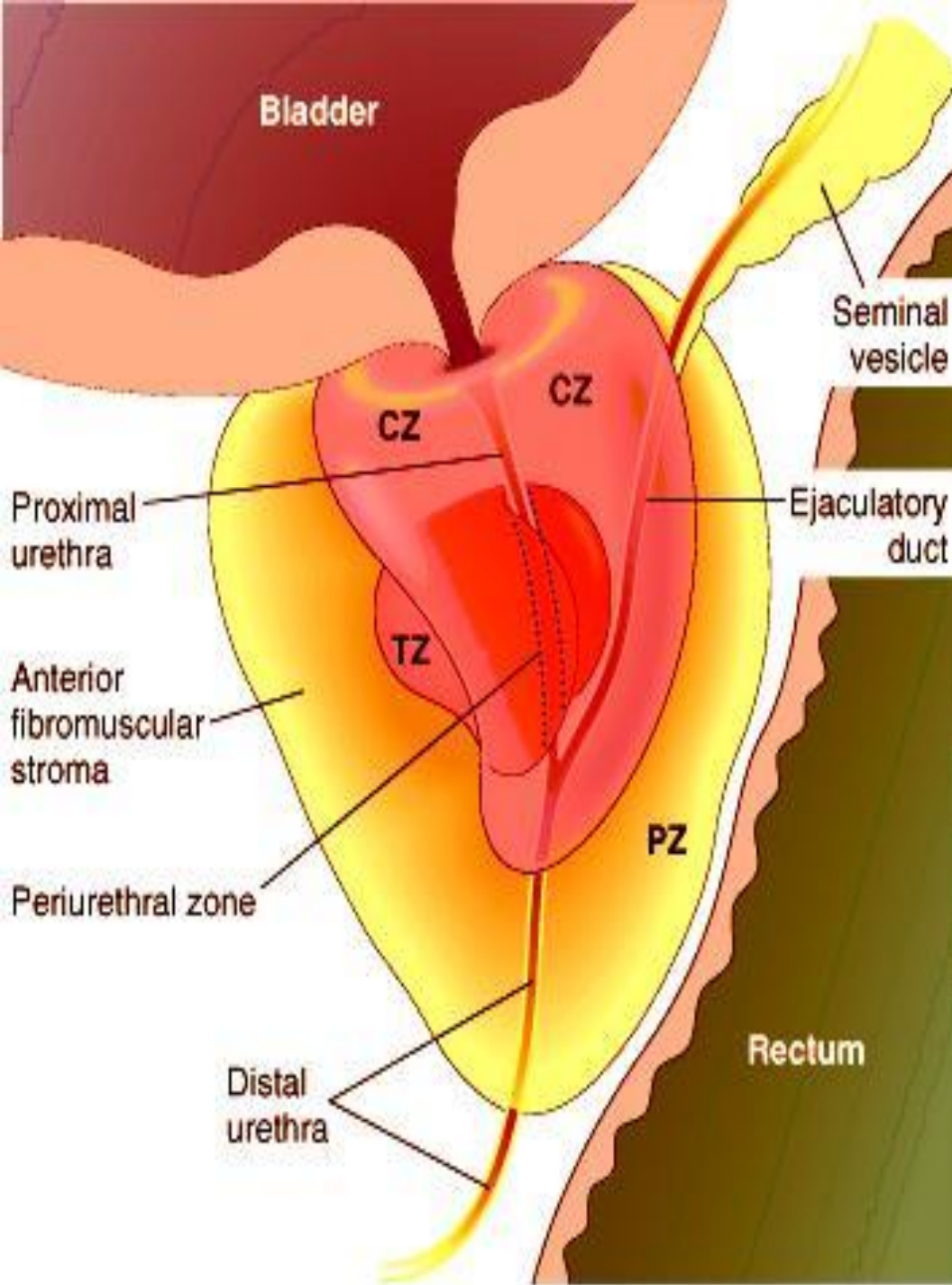
Осложнения ДГПЖ:

1-деформация
шейки пузыря
– *затруднение*
оттока мочи;

2-гидронефроз,

3-цистит-
пиелонефрит-ХПН,

4-в 10%- переход в
рак ?.



Центральная зона занимает около 20% объема железы. В этой части простаты развивается только 5% злокачественных новообразований.

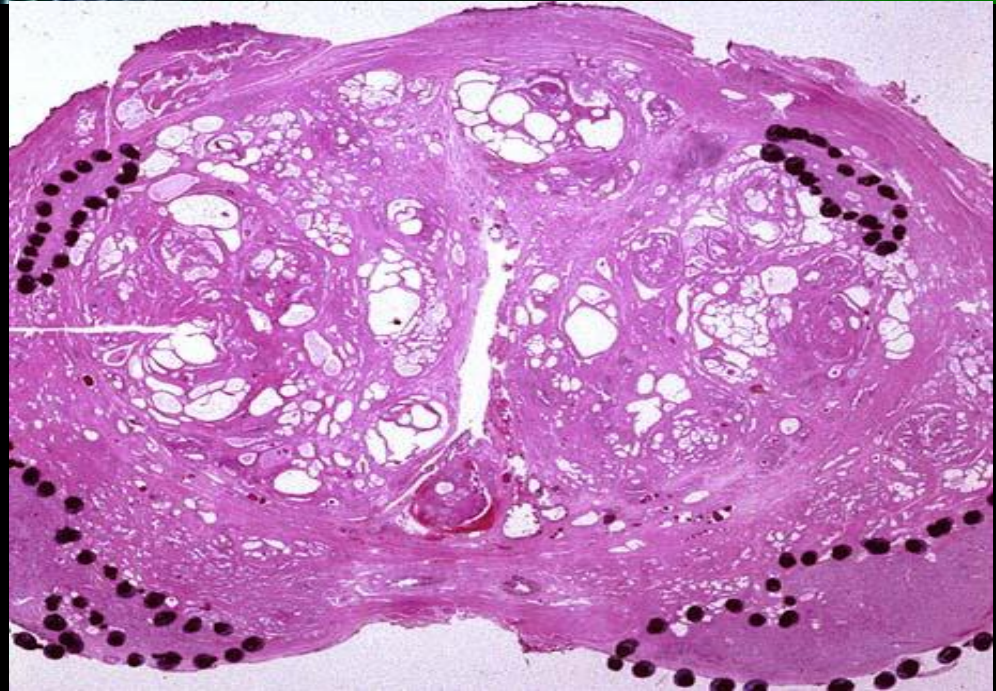
Периферическая зона занимает 75% объема простаты. Здесь рак возникает в 80% случаев..

Вокруг простатического отдела уретры - тонкая переходная зона. В норме она практически не дифференцируется от центральной зоны и занимает всего 5% объема простаты. В переходной зоне рак развивается в 20% случаев.

В России РПЖ составляет **3%** всех онкологических и **36%** онкоурологических заболеваний

Летальность на 1-м году жизни после установления диагноза составляет **32%**.

Около 60% больных на момент начала лечения имеют метастазы в лимфузлы или кости.



Рак простаты

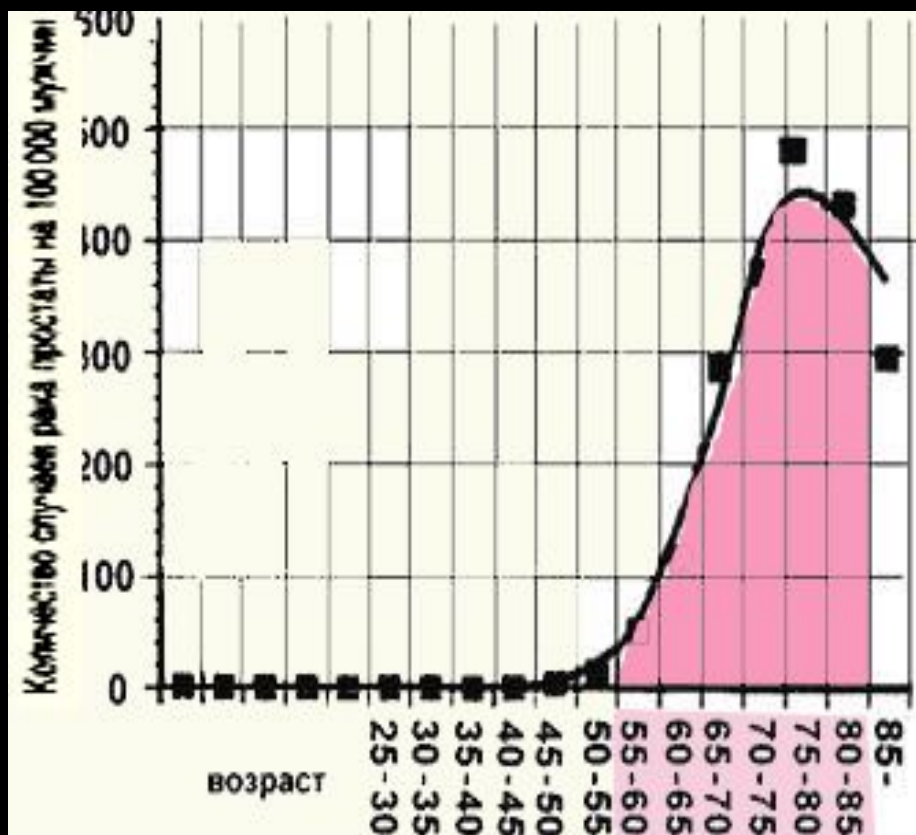
По величине прироста б-х

1- рак почки (прирост 66,1%).

2-РПЖ – 2-е (прирост 63,9%),

3- рак легкого - 14-е место,

4- рак желудка – 17-е



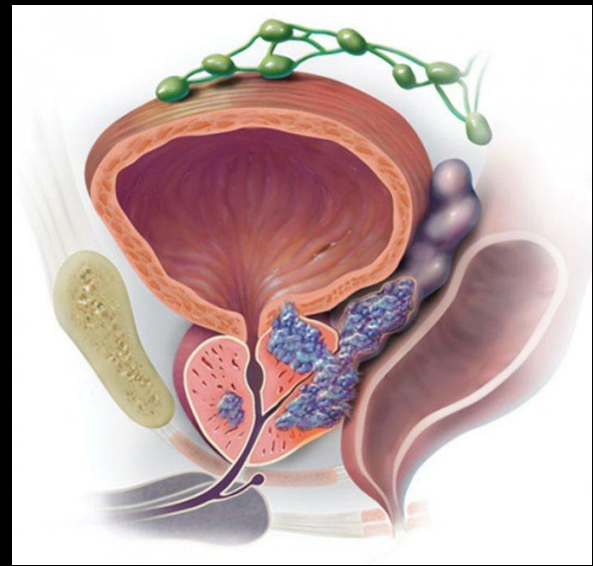
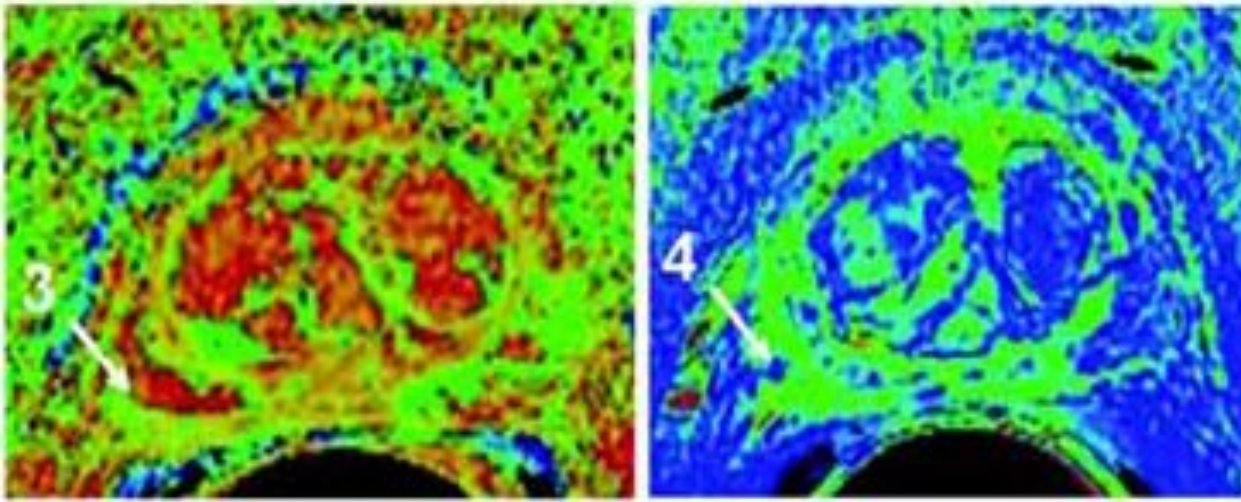
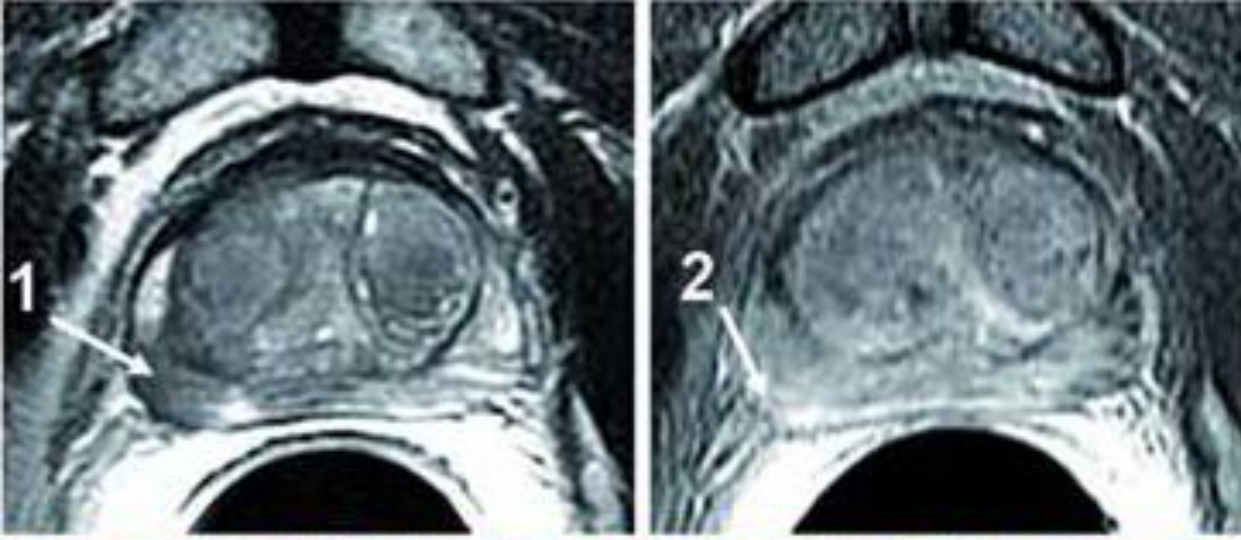
Диагностика - сочетанное применение:

1-пальцевое ректальное исследование,

2-трансректальное УЗИ простаты

3-определение в плазме крови уровня простатического специфического антигена (ПСА) с оценкой отношения свободной и общей его фракций или выявлением относительного количества свободного антигена

4- самое верное - гистологическое исследование, материала мультифокальной пункционной биопсии.

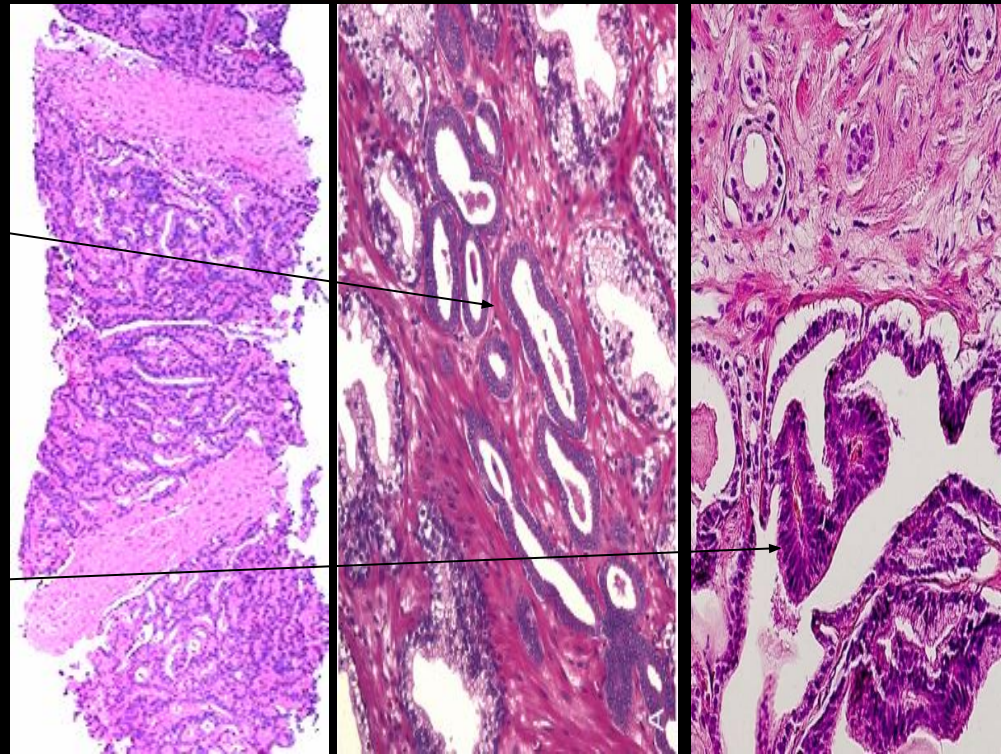


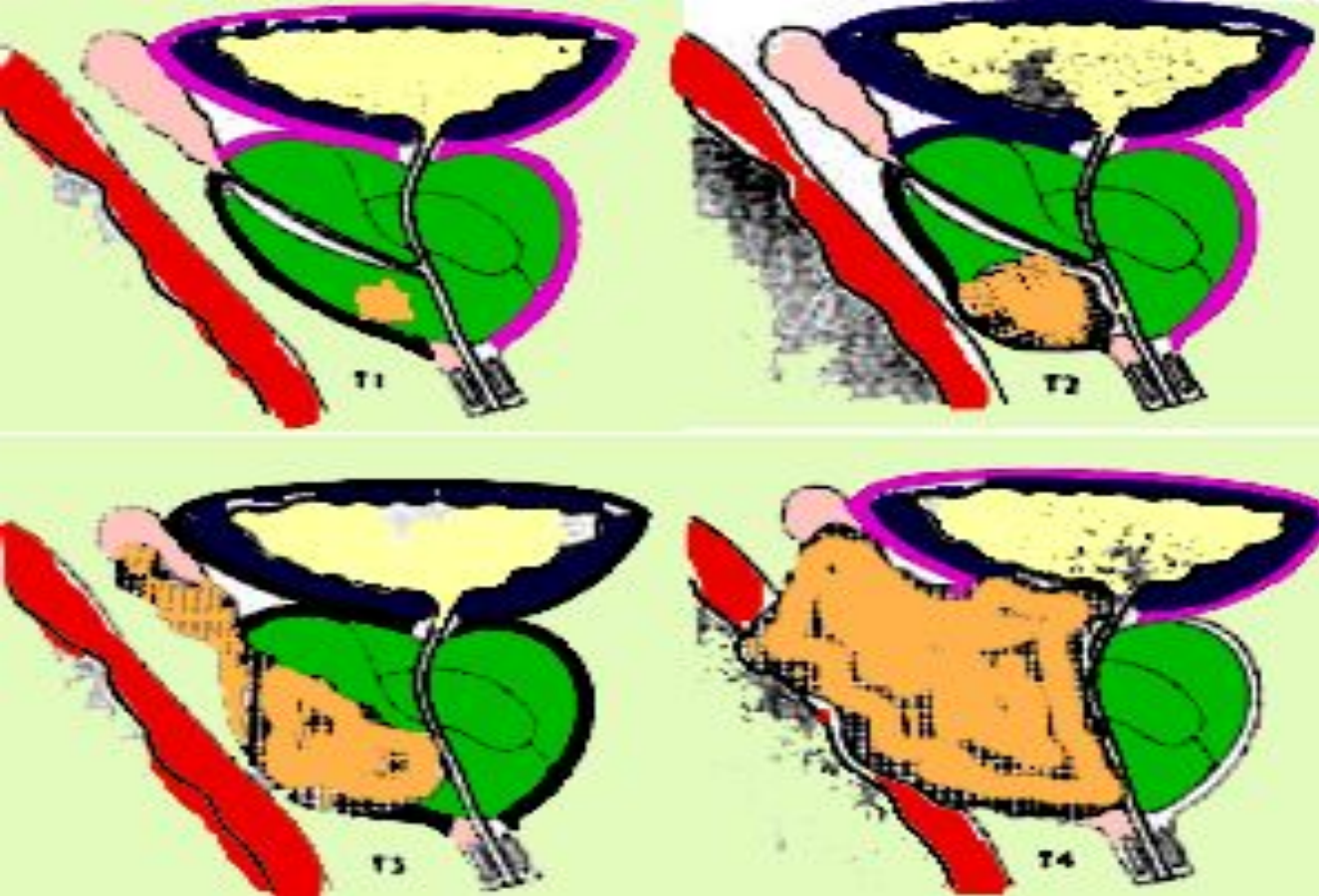
У пациента с верифицированной аденокарциномой ПЖ определяется ограниченный гипоинтенсивный очаг (1) в периферической зоне средних отделов железы, прилежащий к капсуле и узлам гиперплазии центральной зоны; при проведении динамического контрастирования с построением карты объемной скорости кровотока выявляется высокая степень васкуляризации капсулы ПЖ и прилежащей клетчатки (2, 3, 4), свидетельствующая о локальном экстраорганном распространении опухоли

ПСА - нормальная концентрация у 40-летних мужчин 0–2,0 нг/мл, у 60-летних 0–3,8 нг/мл, у 80-летних 0–7,0 нг/мл. При ДГПЖ уровень этого антигена может повышаться до 50 нг/мл

Макро: рак простаты - множественные плотные узлы жёлто-белого цвета, по периферии железы и под капсулой.

Микро : варианты аденокарциномы - комплексы атипичных желёз средних и мелких размеров, обычно выстланных мономорфными клетками кубической или цилиндрической формы. Встречаются варианты с папиллярными или криброзными структурами.





Для рака простаты характерны:

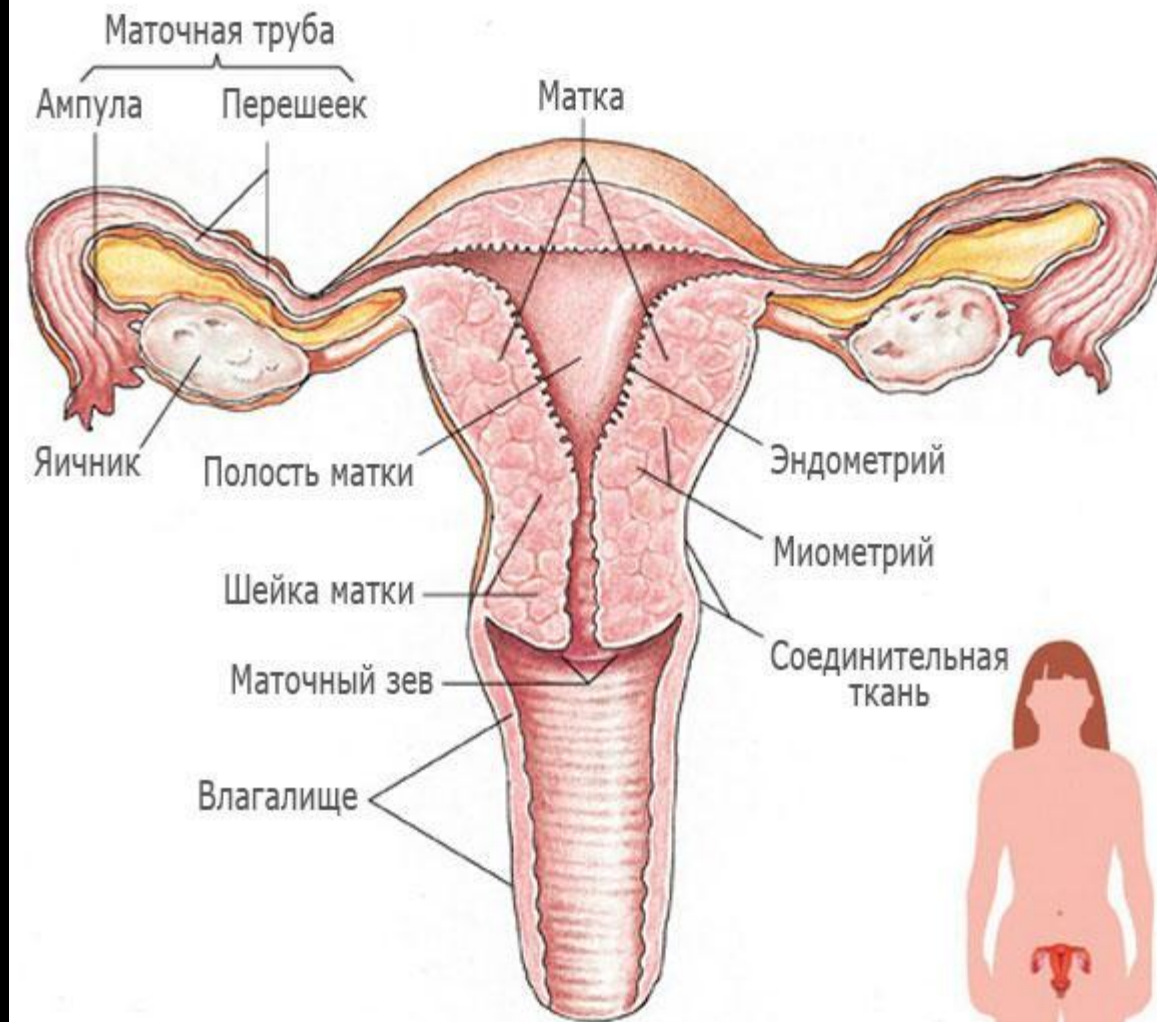
- 1- Перинеуральная инвазия, 2-Прорастание в мочевой пузырь.
- 3- Раннее метастазирование в лимф\узлы малого таза,
- 4-Позднее - в парааортальные лимф\узлы, лёгкие.

На любом этапе роста возможны метастазы в позвоночник, рёбра, кости таза.

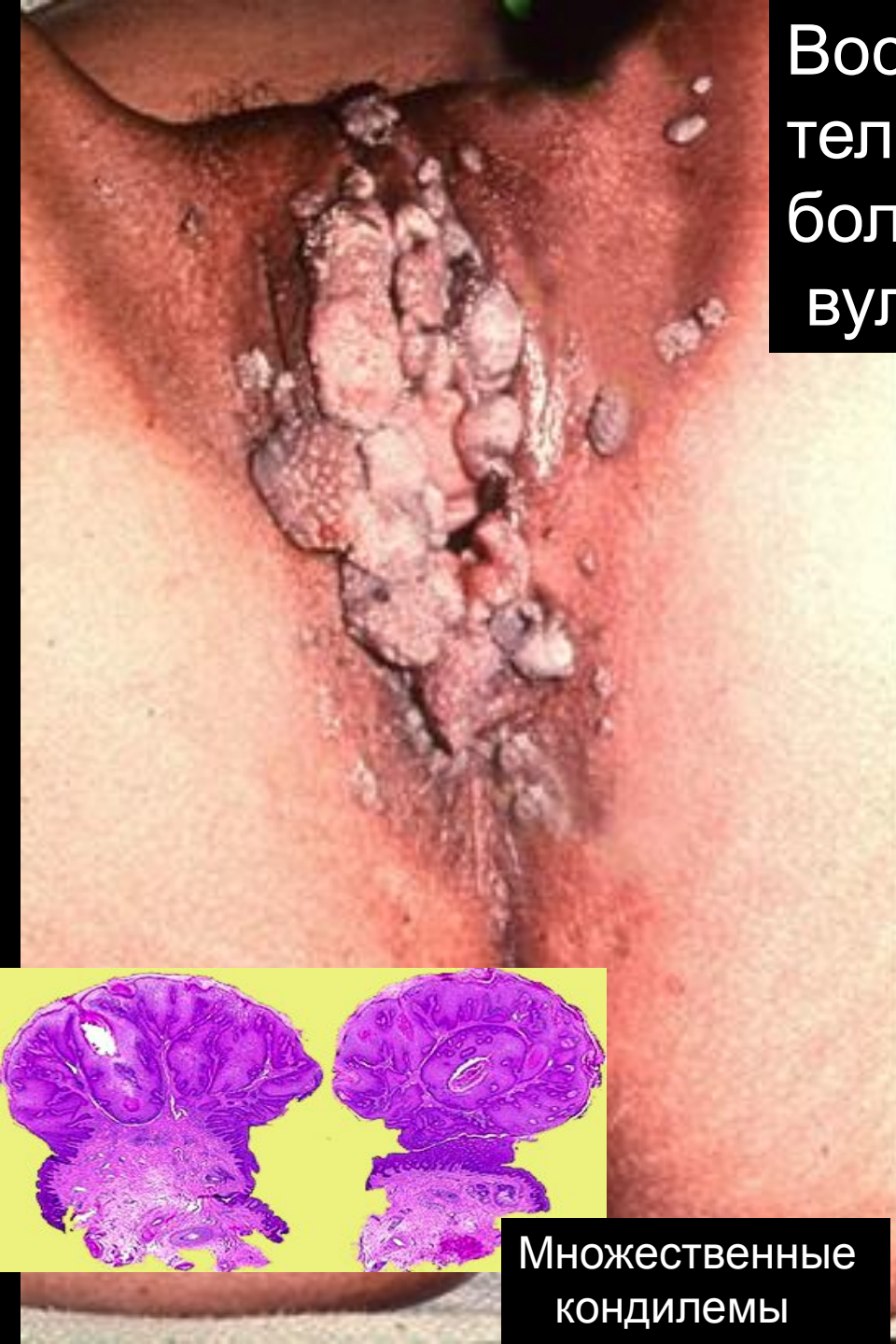
Пятилетняя выживаемость при начальных стадиях рака достигает 90–95%, а в случае выявления диссеминированных гормонорезистентных форм рака — менее 25%.

Болезни женской половой системы

Половая система женского организма



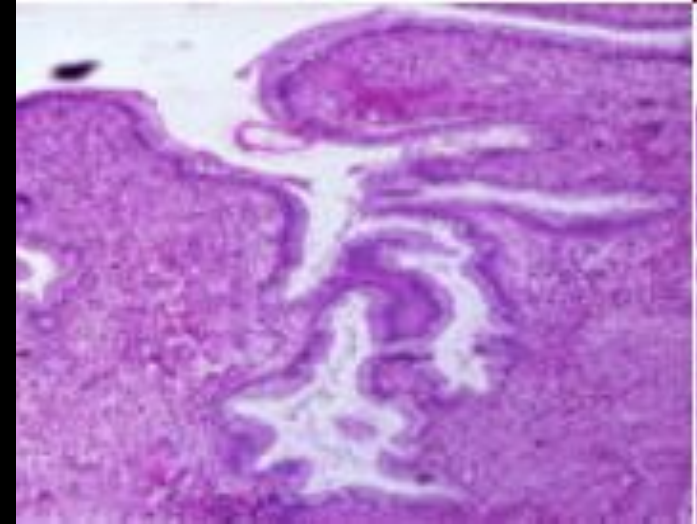
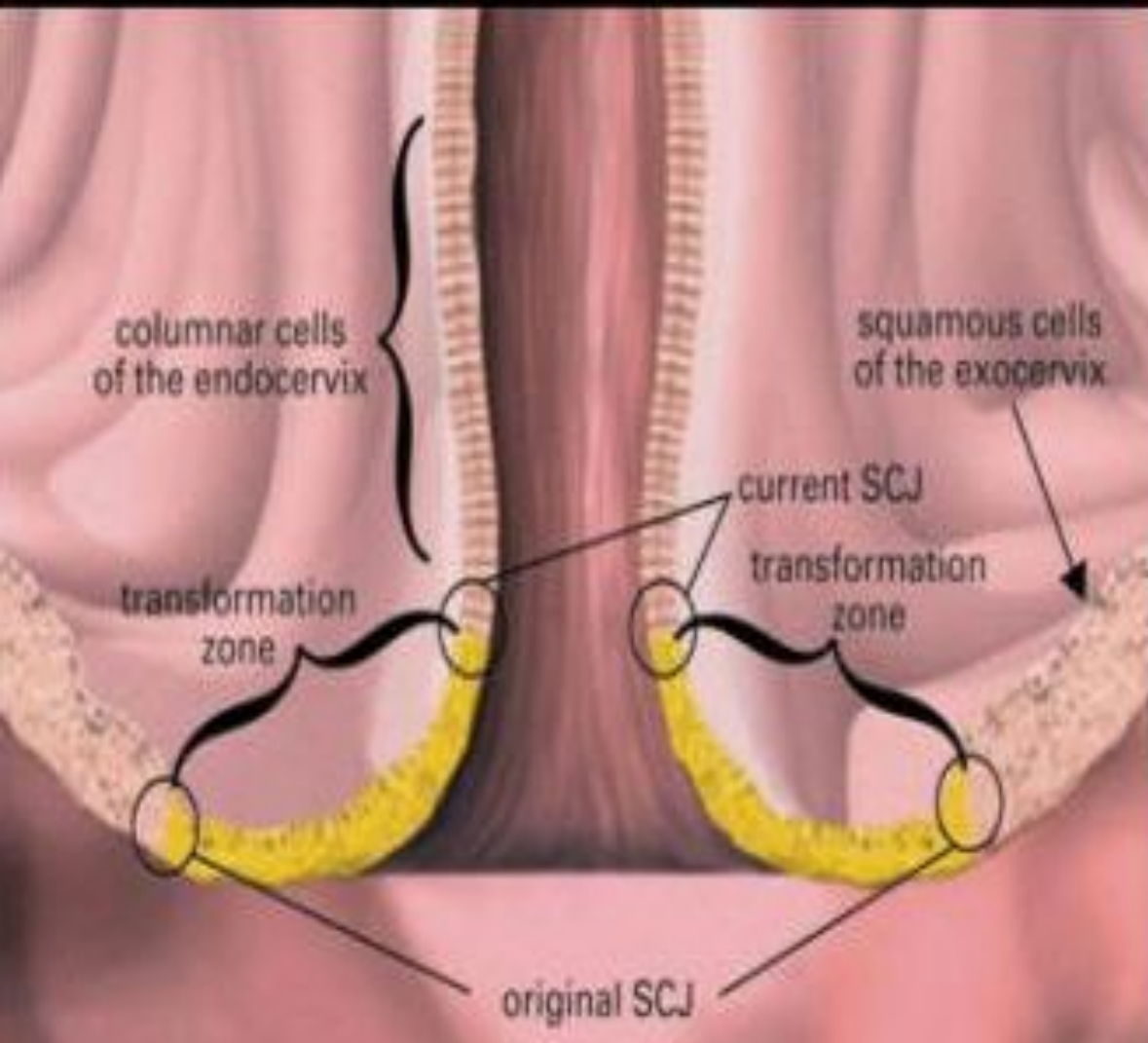
Воспалительные
болезни
вульвы



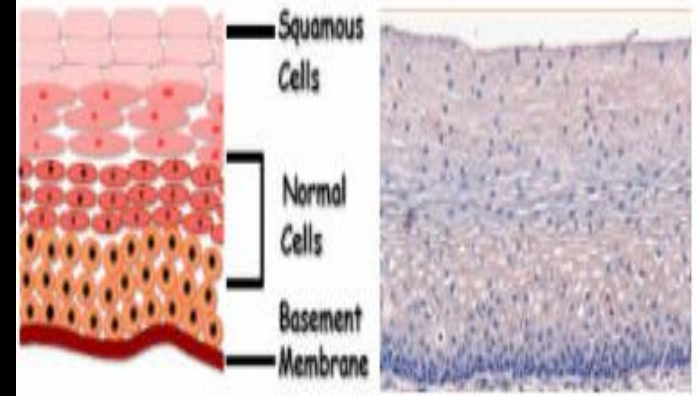
Множественные
кондилемы



Эрозивный вульвовагинит



Normal Cervix



Во время пубертации, беременности и при дисгормональных состояниях **SCJ зона** смещается в сторону анатомического эктоцервикса - “эктопия”, “псевдоэрозия”, “эндоцервикоз”.

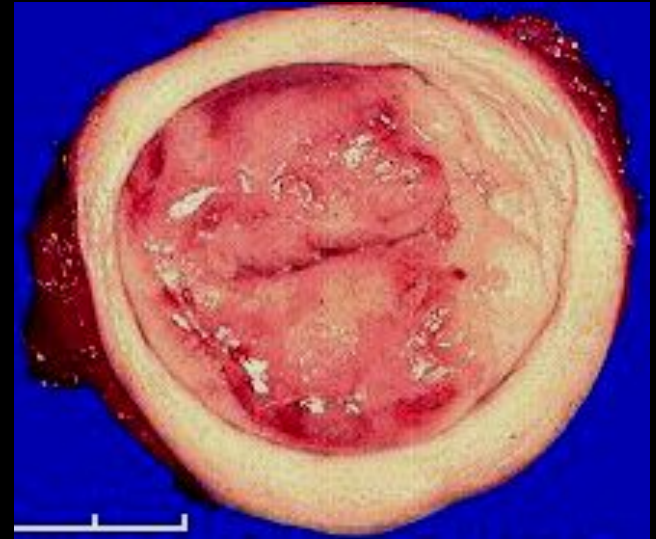
После прекращения действия “смещающего” фактора **наступает процесс метаплазии, “эпидермизации”, “заживления”**.

В это время многослойный эпителий становится очень чувствительным к воздействию

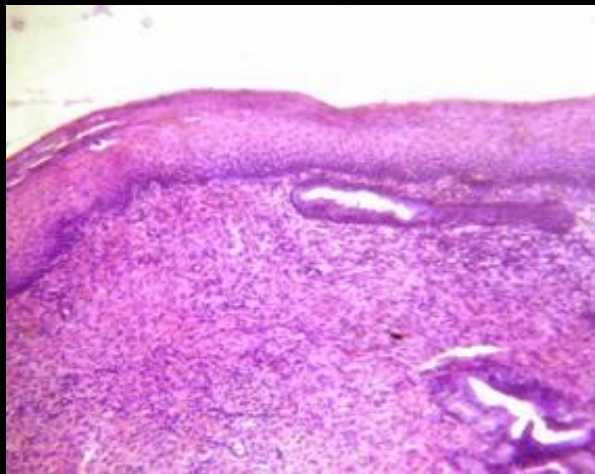
Дисрегенераторные болезни шейки матки



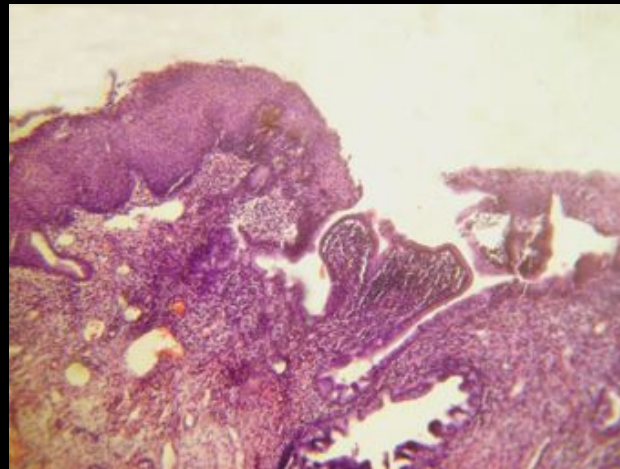
Цервикальная эктопия (эндоцервикоз)



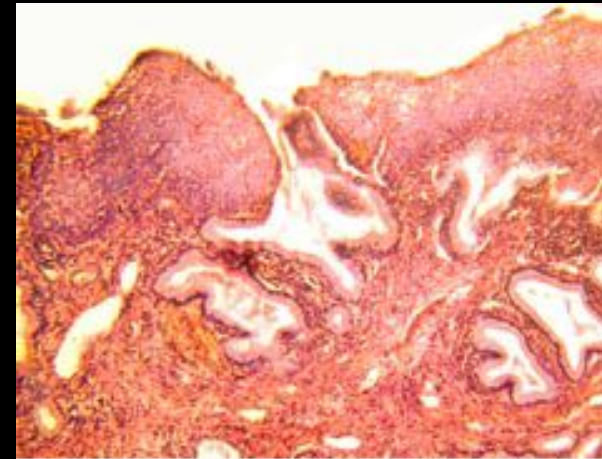
Эктропион



норма

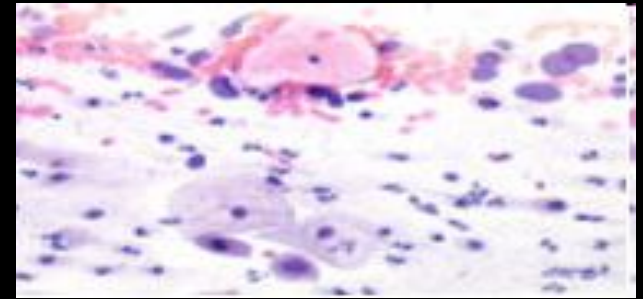
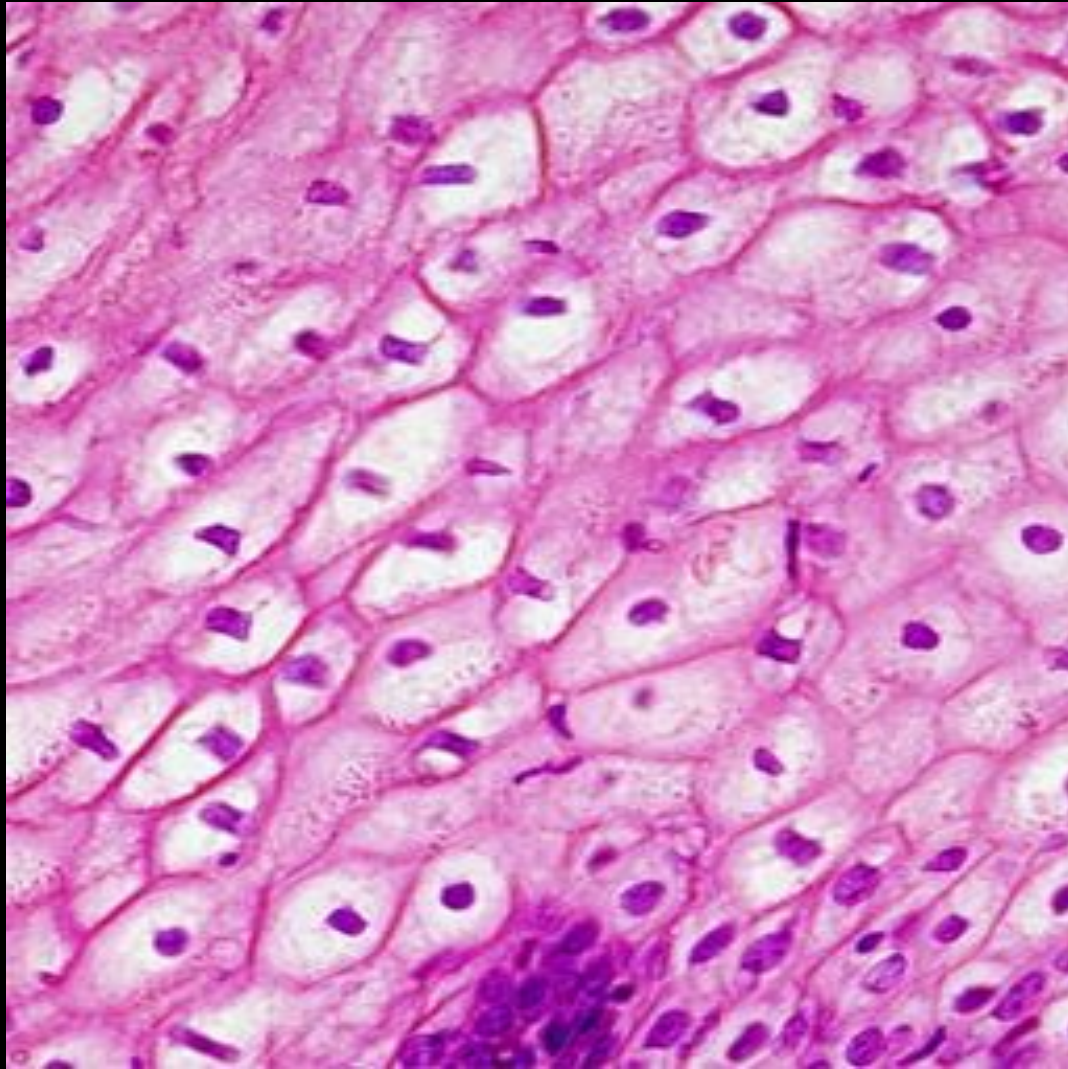


**замещение плоского
эпителия цилиндрическим**



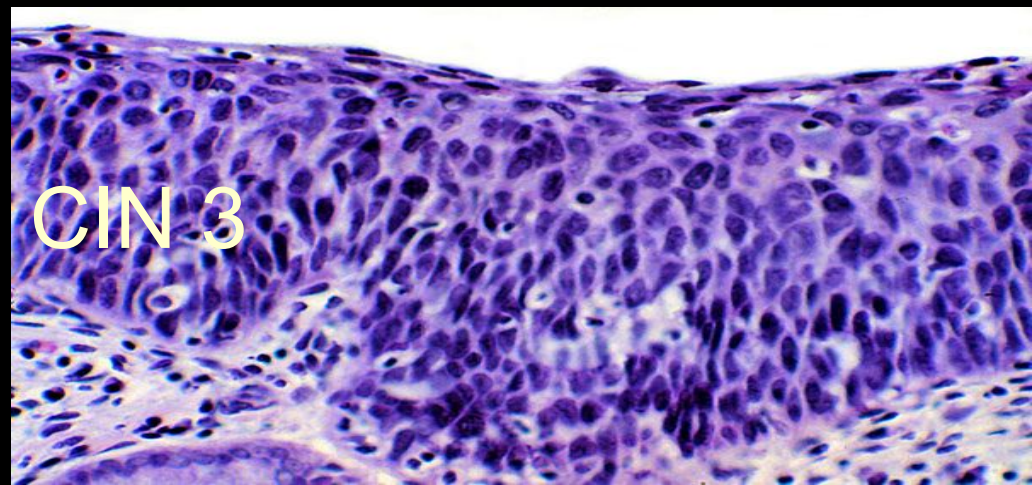
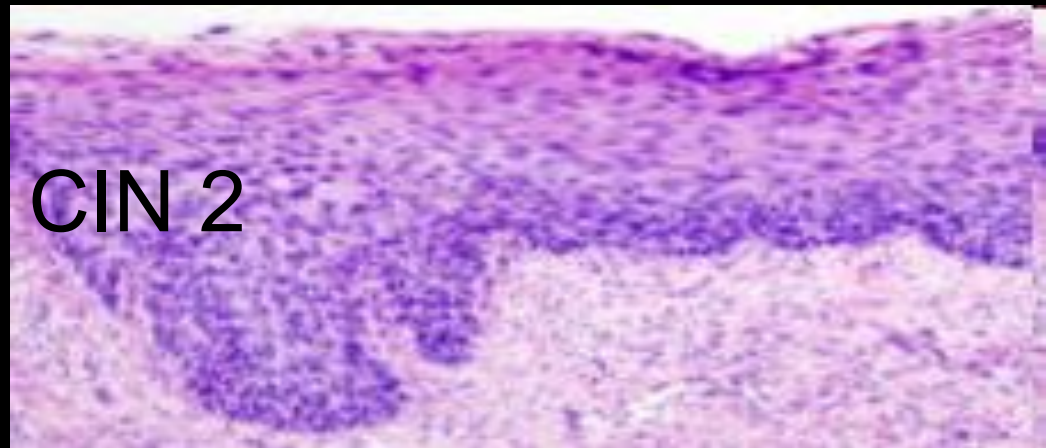
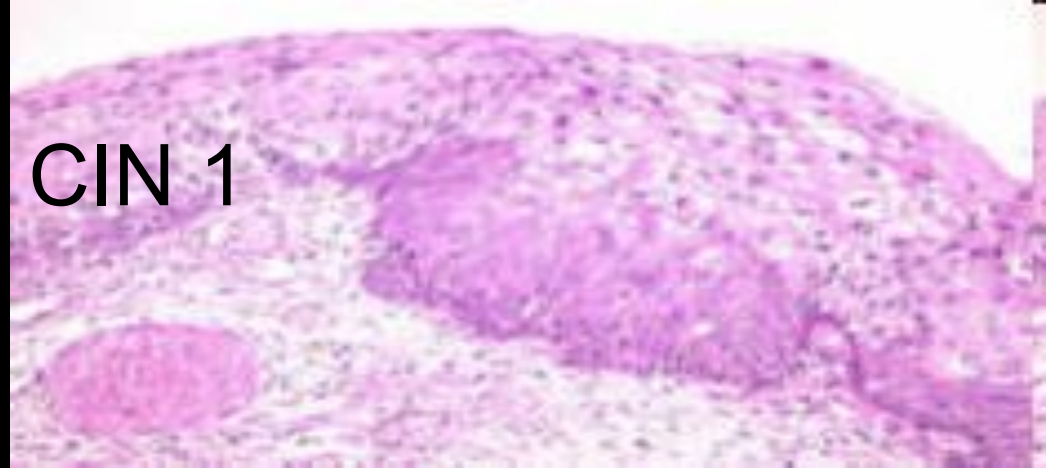
**Эпидермизация,
цервицит**

Папилломавирусная инфекция
шейки матки проявляется койлоцитозом:
койлоциты - клетки с темными ядрами и
ободком просветлённой цитоплазмы вокруг
НИХ.



Цервикальная
интраэпителиальная
неоплазия (*cervical
intraepithelial neoplasia*) — CIN.

- CIN 1 слабая дисплазия.
- CIN 2 - умеренная.
- CIN 3 - тяжёлая дисплазию и рак *in situ*.



Диспластические изменения шейки – морфологическое понятие позволяющее в клинике выделять предраковые изменения от фоновых:



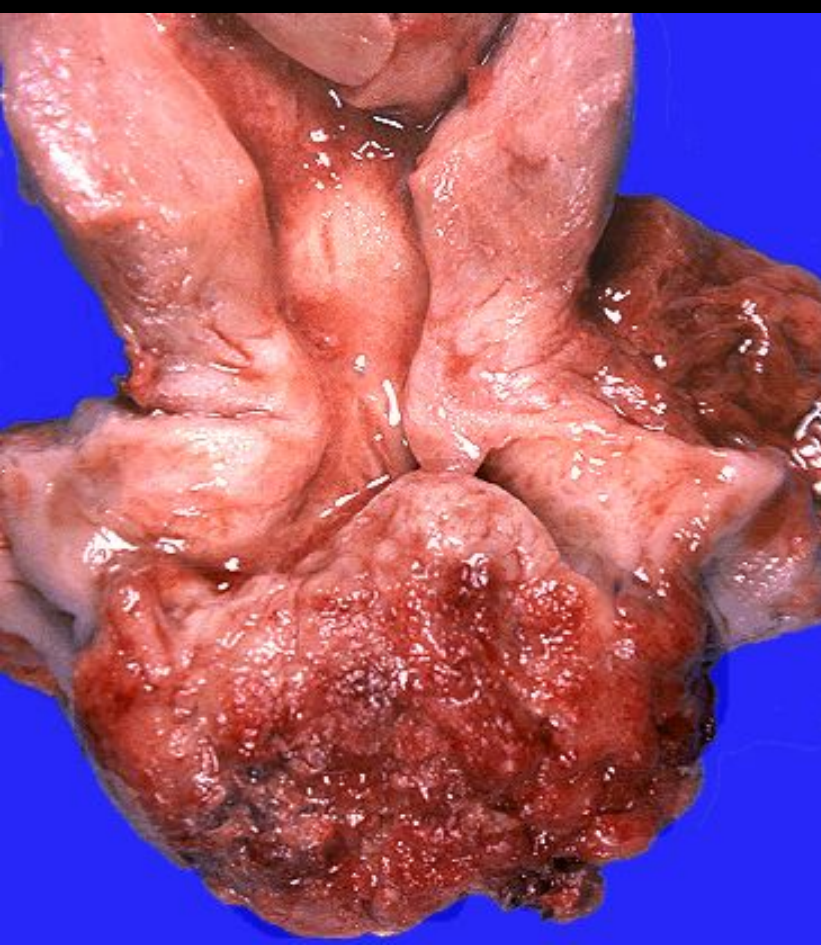
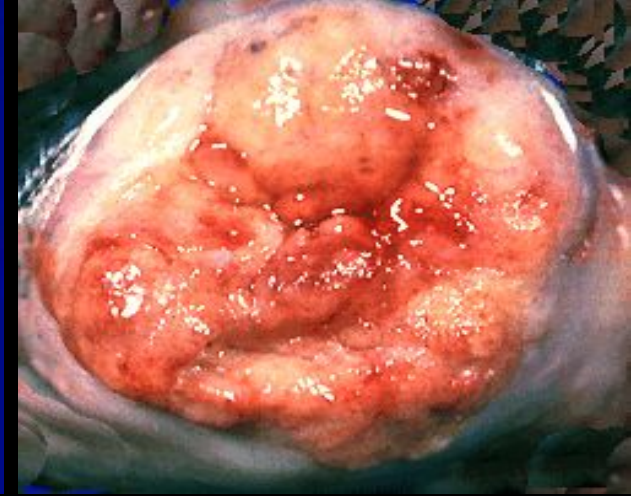
Рак шейки матки. Средний возраст больных - 45-55 лет.

Факторы риска - раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, **вирусы простого герпеса, бородавки**, длительное существование эрозий шейки матки.

Основной признак - кровянистые выделения при половых контактах.

Подтверждается путем исследования мазков со слизистой шейки матки, осмотра шейки кольпоскопом и биопсией ткани из подозрительных участков





Рак шейки матки –

макроформы:

1-Эндофитный

2-Экзофитный

3-Смешанный

4-Язвенно-

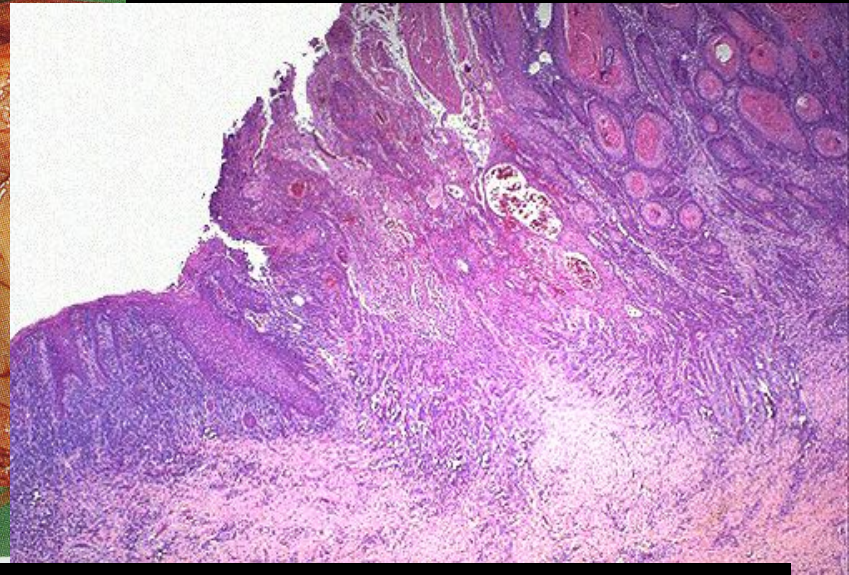
инфильтративный



Микроформы рака

ШМ:

- 1-Плоскоклеточный
- 2-Железистый
- 3-Недифференцированный



Осложнения:

- 1 группа: прорастание в мочевой пузырь, прямую кишку – свищи, сепсис;
- 2 группа: метастазирование в регионарные лимфузлы, гематогенно- в легкое, печень, кости; карциноматоз брюшины.

Койлоцитоз – наличие светлых вакуолей в клетках шиповатого слоя эпителия (признак инфицированности папилломавирусом).

«РАДИАЛЬНЫЙ РУБЕЦ» - лучисто-симметрично организованный очаг новообразования тканевых структур характерных для фиброзно-кистозной болезни молочной железы. (ранний этап морфогенеза неракового роста).

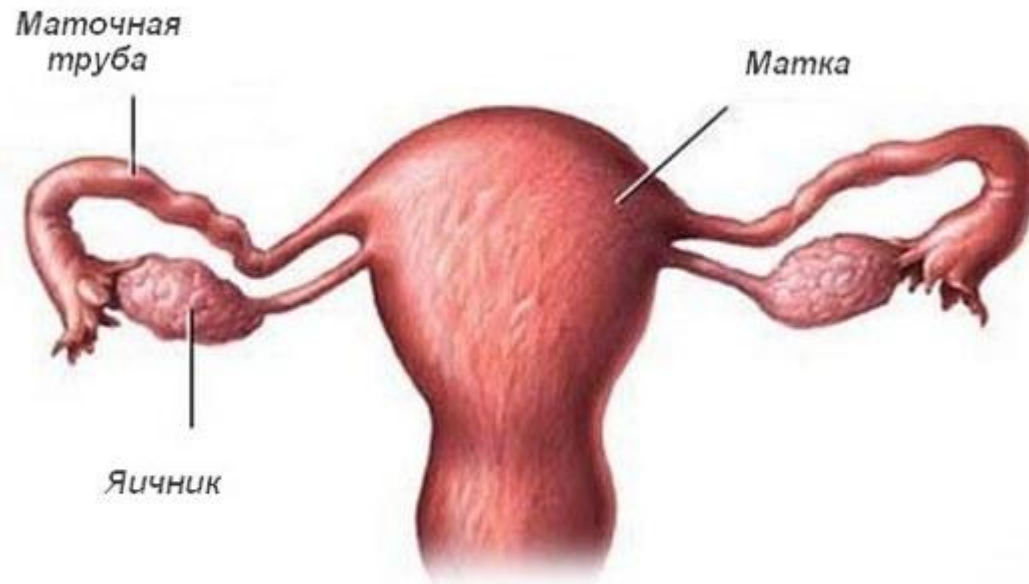
Эндометриоз и аденомиоз – возникновение очагов эндометрия вне слизистой матки (в теле матки – аденомиоз), (в других органах – эндометриоз).

ФИЛЛОДНАЯ ОПУХОЛЬ- стромальная опухоль молочной железы напоминающая фибroadеному, рецидивирует и иногда дает гематогенные метастазы.

Болезнь ПЕДЖЕТА - поверхностный рак соска и ареолы молочной железы с крупными светлыми клетками Педжета.

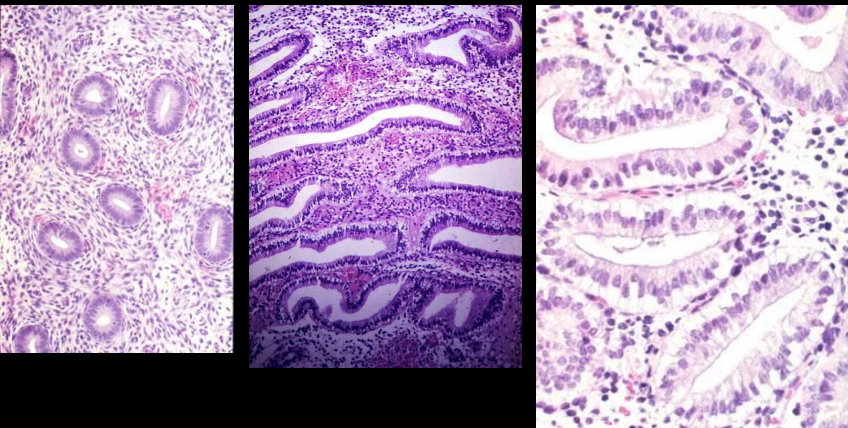
Отличия «простой», «сложной» и «атипической» гиперплазии

эндометрия - 1я:железы разной формы и размеров(до кист); 2я: большее количество желез, но контуры просветов ровные, нет гиперхромии; для 3й: желез еще больше, лежат вплотную, ядра эпителия гиперхромны, лежат в несколько рядов, просвет желез неровный с выступами, встречаются митозы.



Болезни Матки и придатков

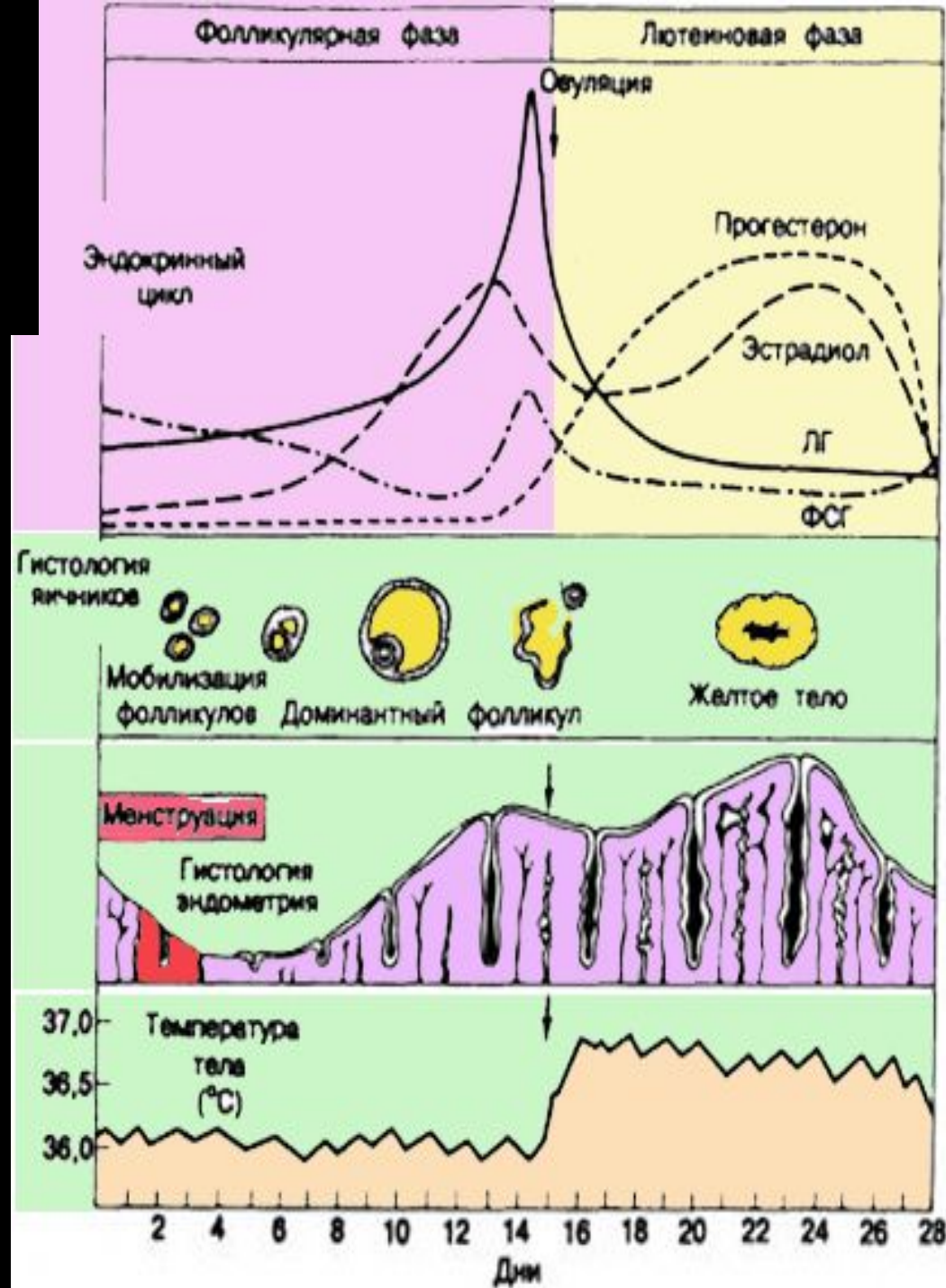
При нормальном менструальном цикле изменения эндометрия имеют чёткую последовательность, что позволяет выделять в каждой фазе **три стадии цикла**— ранняя, средняя и поздняя



Дисменорея - нарушение в чёткой последовательности изменений слизистой оболочки матки

Меноррагия - избыточное кровотечение во время менструации.

Метроррагия кровотечения из матки, не связанным с менструальным циклом.



Гиперплазия
эндометрия

1-простая,
2-сложная,
3-атипические
(простая и сложная).

клин. проявления

гиперплазии -

метроррагия в пре-
и постменопаузе
эндометрий
утолщён. Характерен
обильный соскоб.



Простая гиперплазия эндометрия.

1) многочисленные желёзы
различной формы и величины,

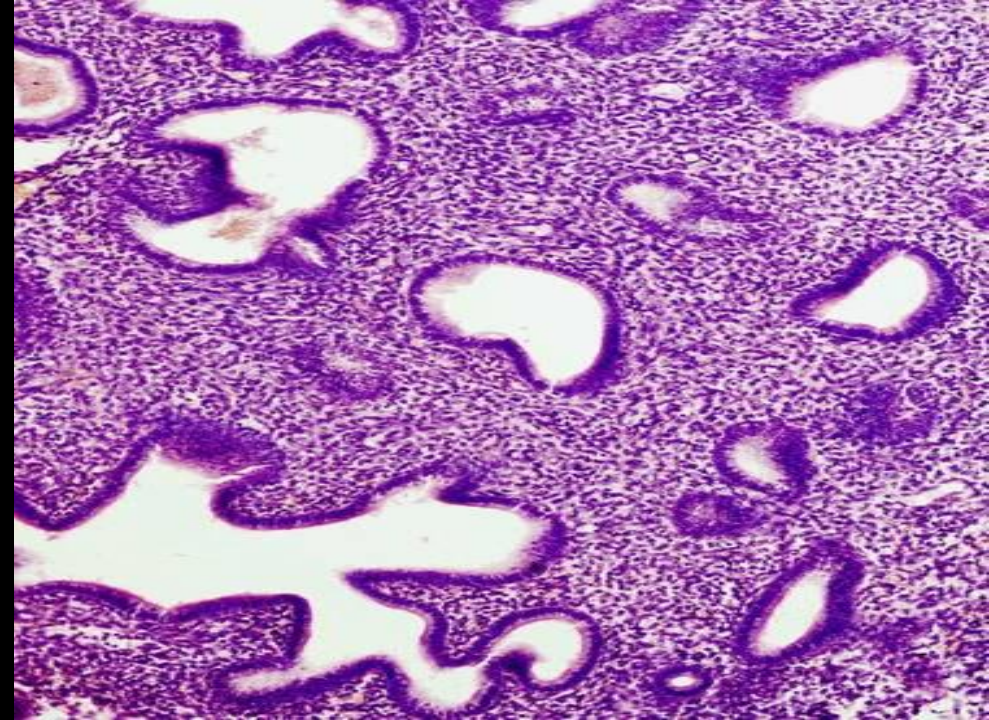
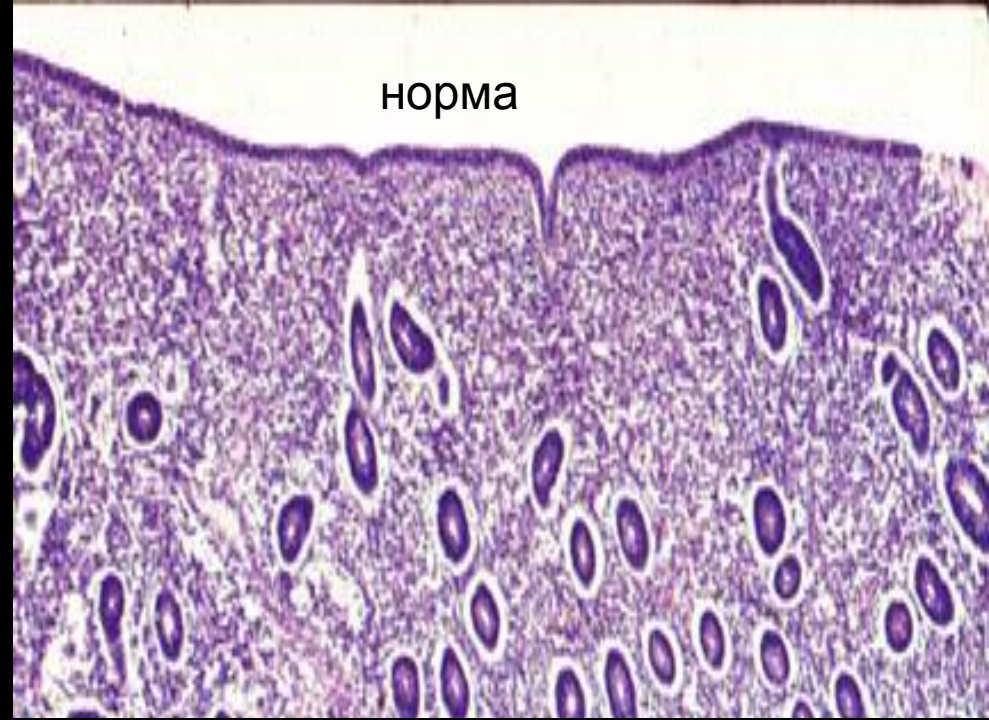
2) железы неравномерно
распределены в строме

3) Нередко кистозно расширены

4) эпителий с признаками
пролиферации.

5) Строма клеточна -
фибробласты, лимфоциты и
нейтрофилы, характерно
полнокровие сосудов, наличие в
них тромбов.

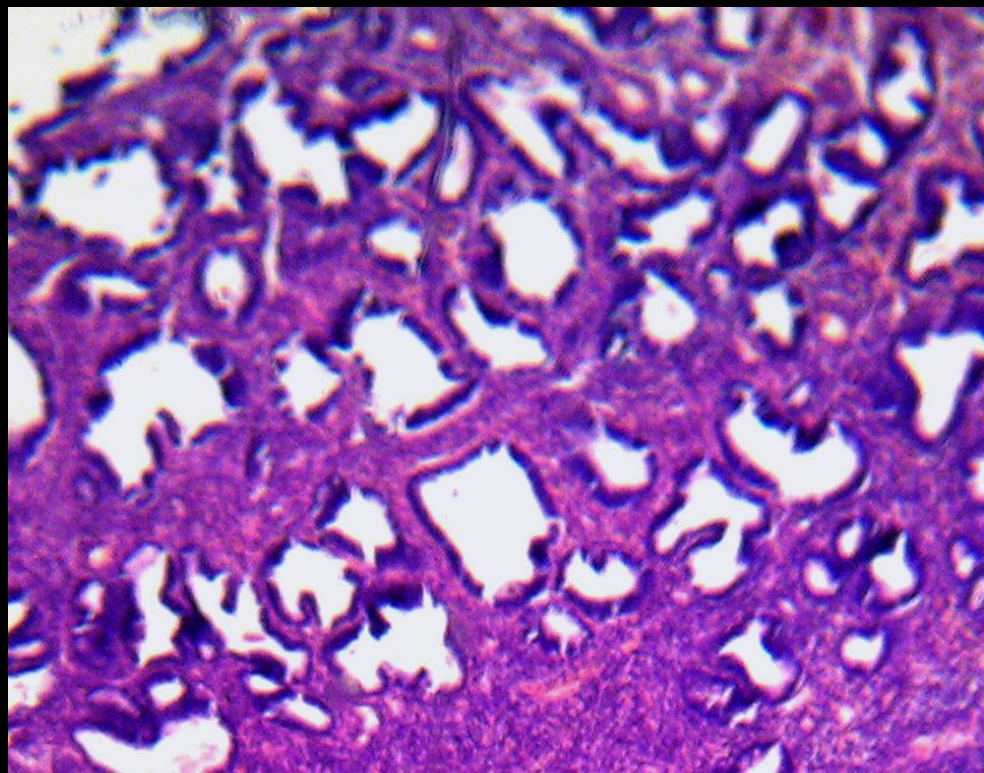
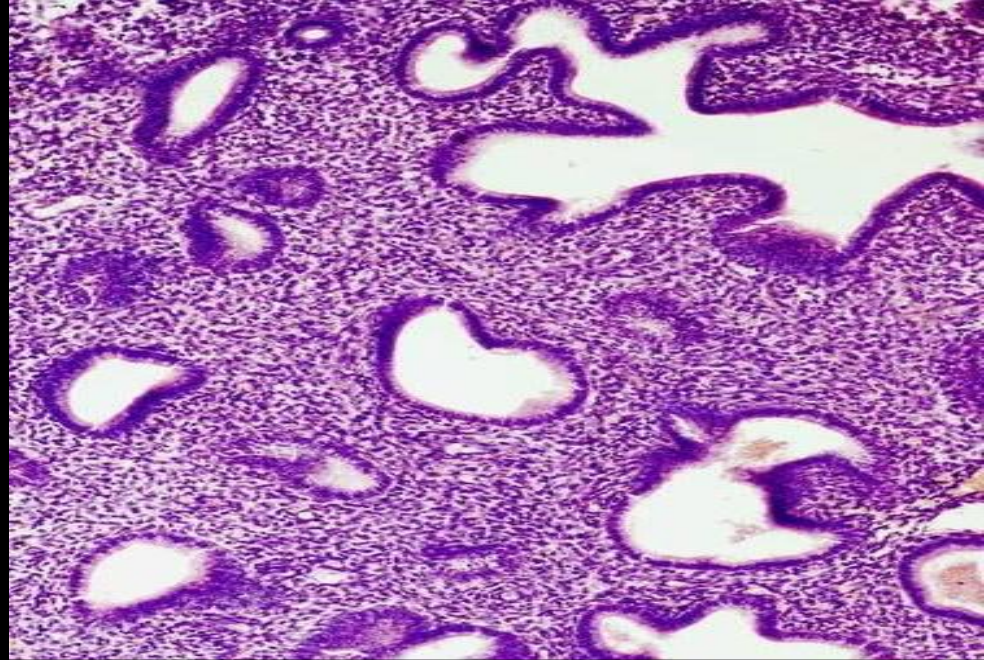
*Простая гиперплазия обычно
регрессирует самостоятельно или
после выскабливания эндометрия*



Сложная (аденоматозная) гиперплазия.

- 1-Железы становятся более извитыми,
- 2-количество стромы между ними уменьшается.
- 3-выстилка желёз многорядная, местами — многослойная,
- 4- клетки имеют одинаковые размеры и форму,
- 5- сохраняется ориентация эпителия по отношению к базальной мембране.

Риск развития рака составляет около 3%.



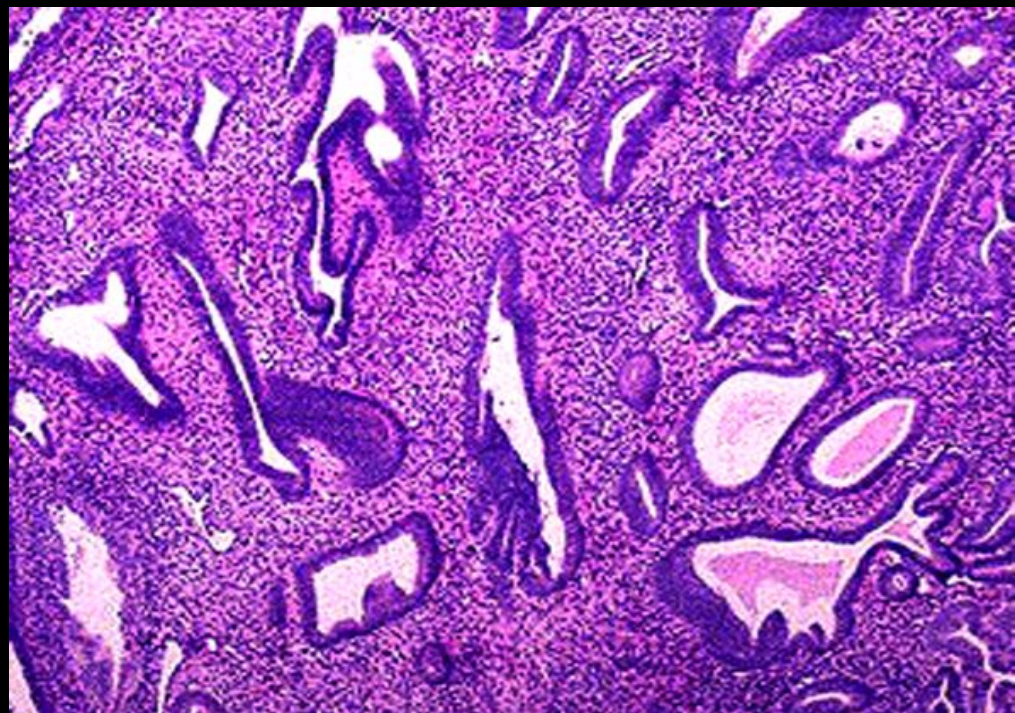
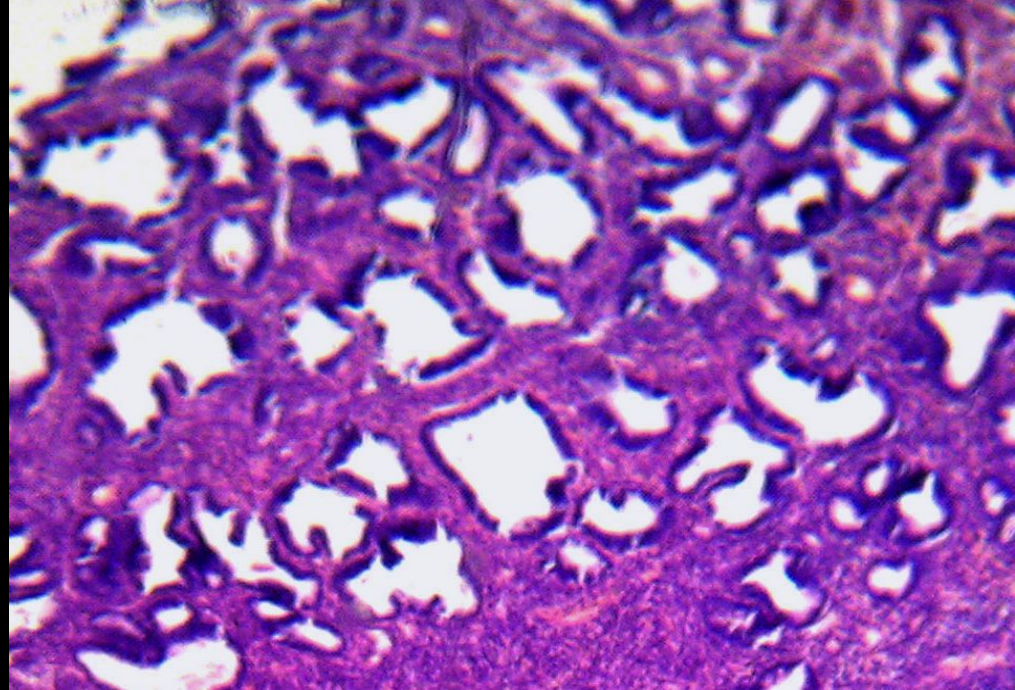
Простая атипическая гиперплазия.

1- желёзы ветвятся,
2-выстланны двух- или
многорядным эпителием,
местами образующим
сосочковые выросты.

3-Ядра эпителиальных
клеток гиперхромные,
цитоплазма скудная.

4-Строма плотная, с
избыточным
содержанием
коллагеновых волокон,
местами отёчная.

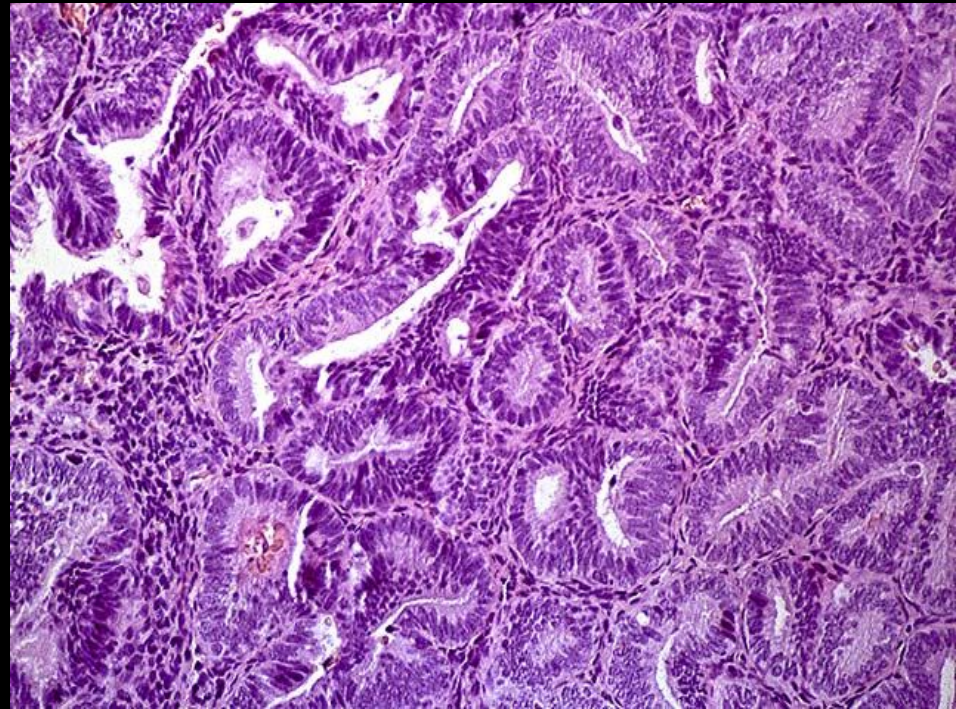
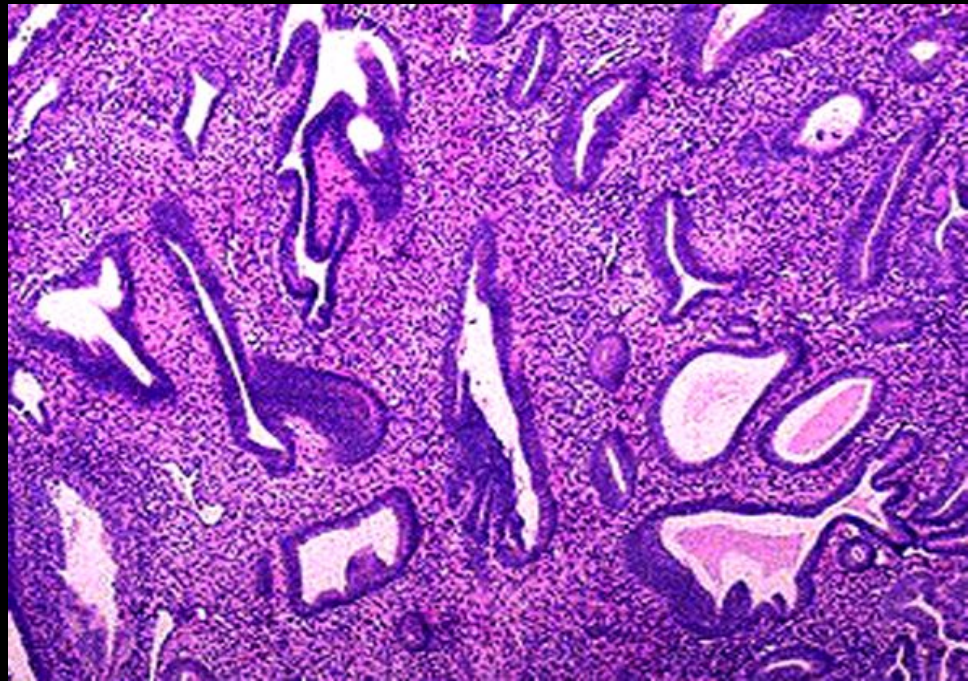
Риск малигнизации 8%.



Сложная атипичическая гиперплазия эндометрия.

- 1-железы причудливого вида,
- 2-расположены близко друг к другу («спинка к спинке»).
- 3-Эпителиальные клетки теряют полярность и комплексность,
- 4- ядра их разной величины и формы, с неравномерным распределением хроматина.
- 5- многочисленные митозы, в том числе патологические.
- 6-Строма скудная.

Риск развития рака составляет 30%.

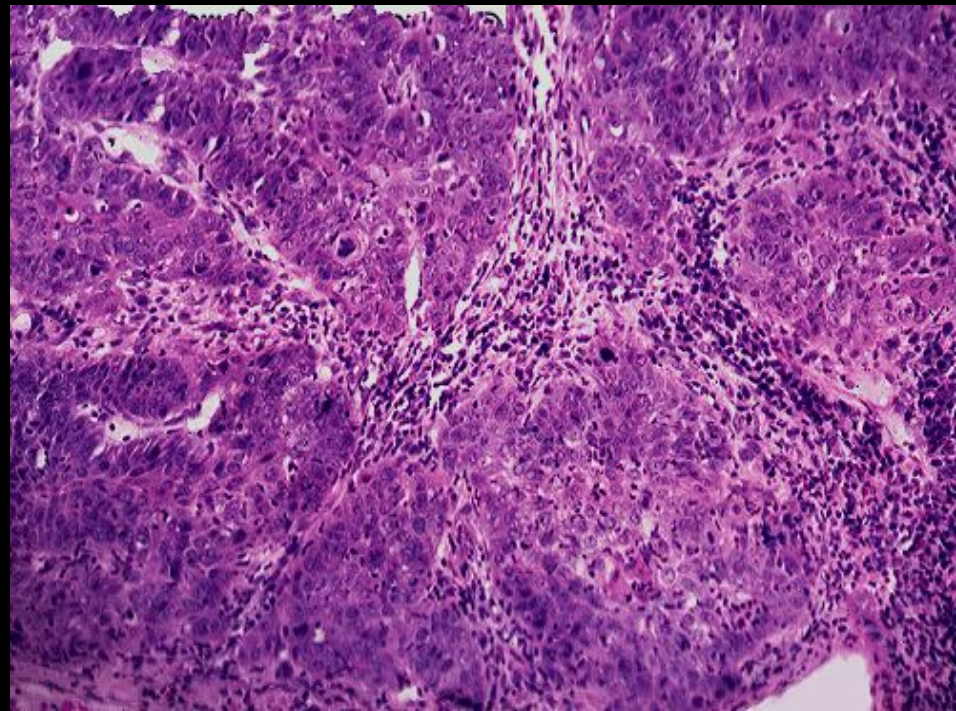
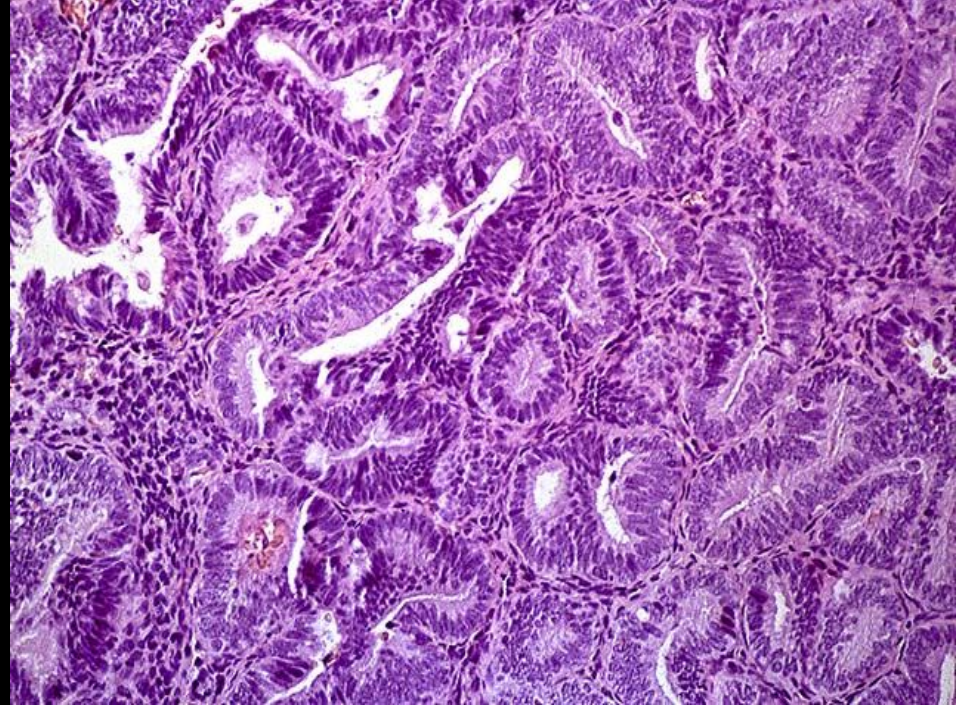


Рак эндометрия

В 1/3 случаев рак матки развивается бурно, без предшествующих симптомов гиперплазии.

Такой рак низко дифференцирован, с глубокой инвазией в миометрий.

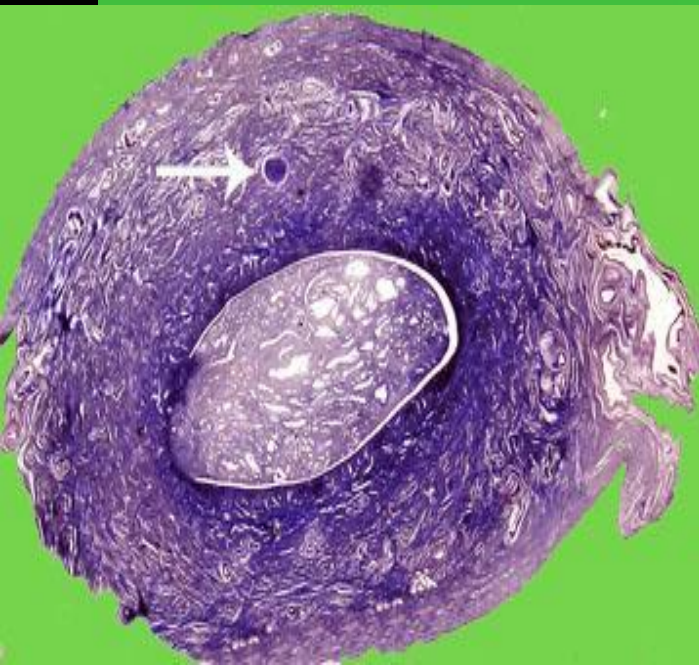
Самая частая гистологическая форма рака эндометрия — **аденокарцинома**, которая может быть высоко-, умеренно и низкодифференцированной. На её долю приходится 85% всех раков эндометрия.



Полипы образуются из базального слоя эндометрия они



могут быть одиночными и множественными, от микроскопических до крупных. Поверхность полипов желтовато-коричневая, блестящая, гладкая, иногда с изъязвлениями.





Макро- рак
эндометрия
растет
экзофитно,
образуя
полипообраз
ные выросты
в полость
матки,
реже —
диффузно.

Аденомиоз -фрагменты

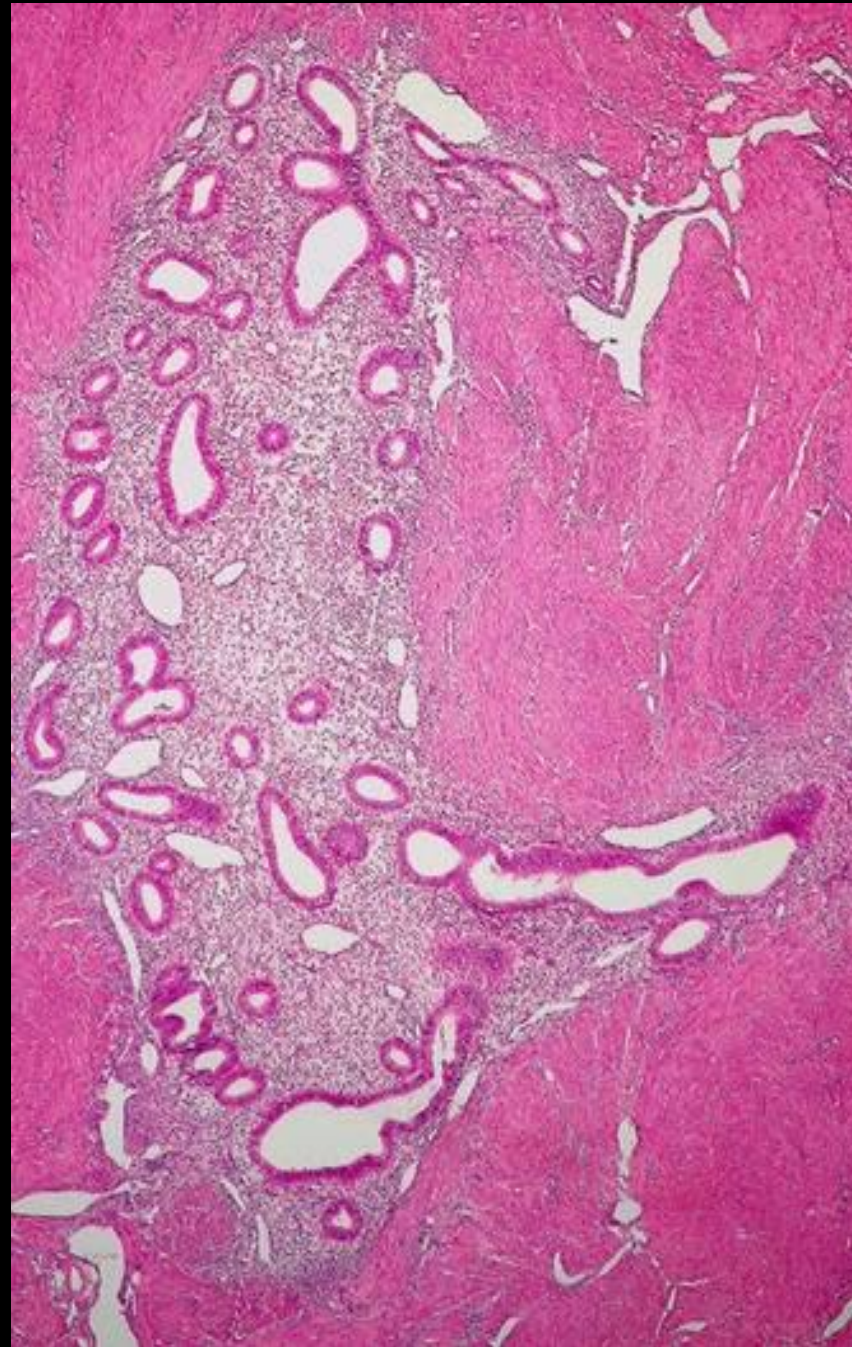
эндометрия обнаруживаются в толще миометрия. Провоцирующим моментом - являются различные внутриматочные вмешательства (диагностические выскабливания, аборты, ручное обследование полости матки после родов).

Поражение может быть диффузным и очаговым; в зависимости от его глубины и выраженности различают **три степени аденомиоза:**

1 степень — эндометриальные железы с окружающей стромой располагаются в подслизистом отделе миометрия;

2 степень — поражение распространяется примерно до середины толщи миометрия;

3 степень — поражение всей толщи стенки матки.

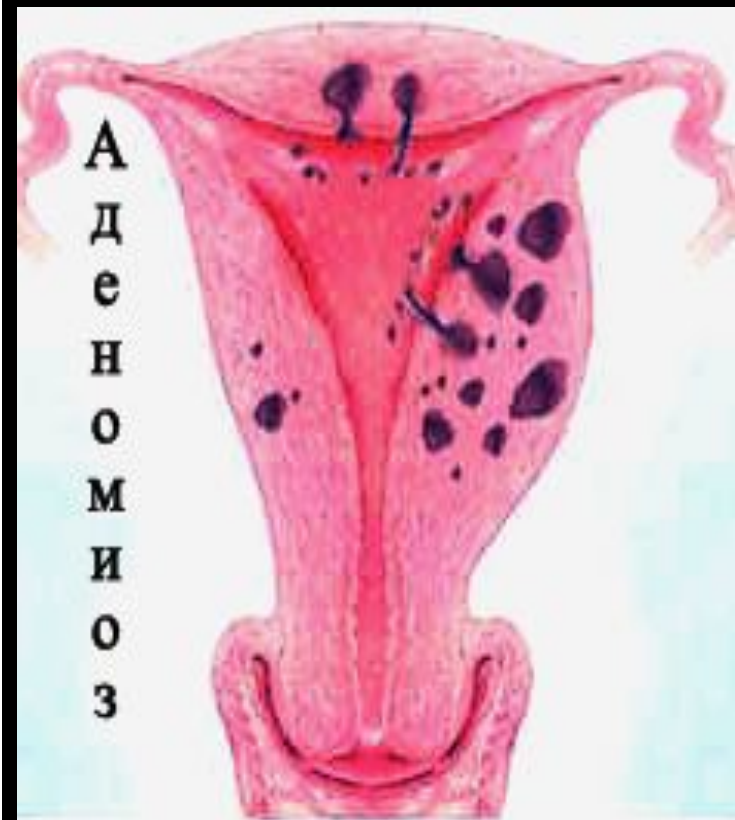
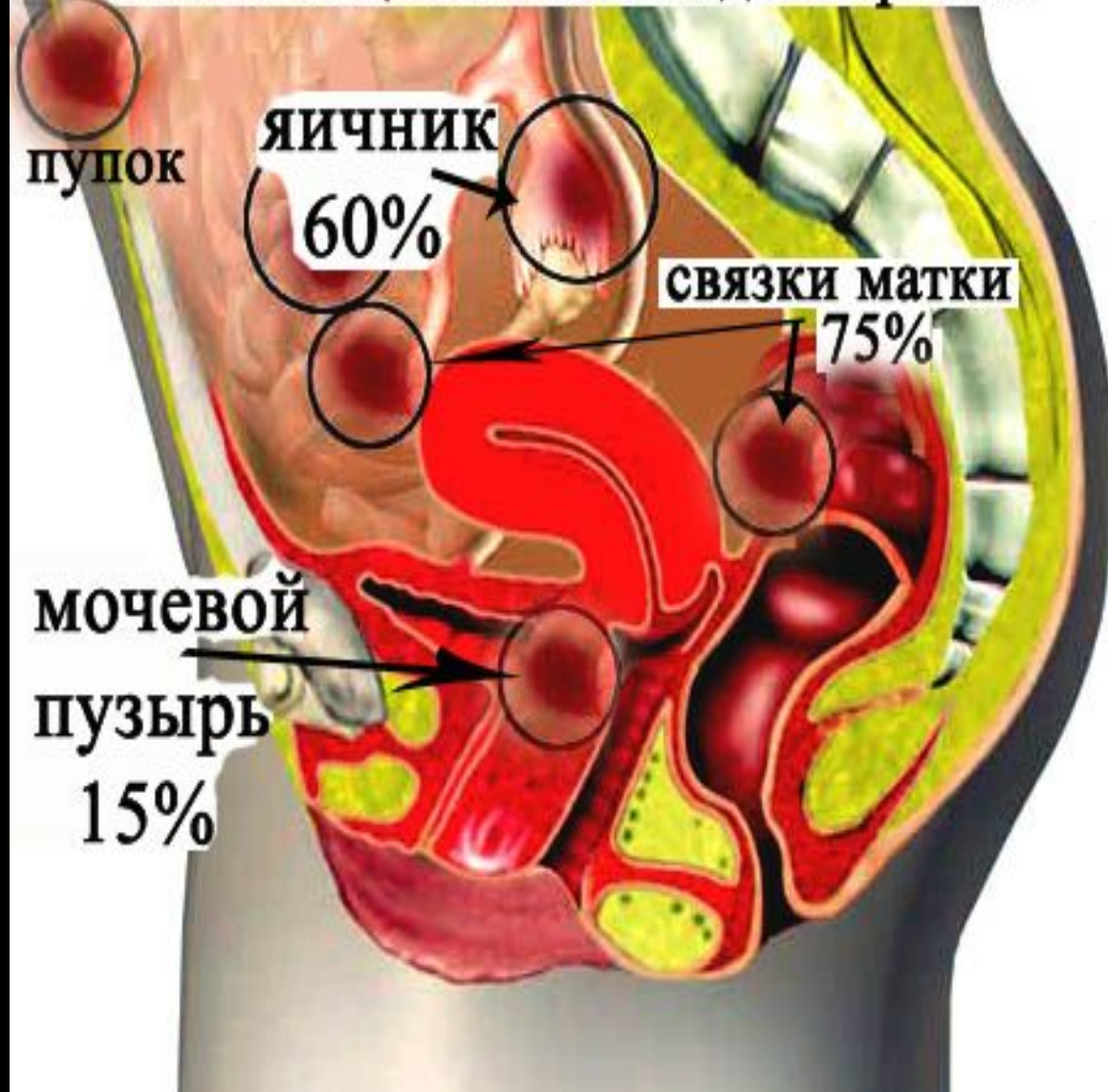


Развитие ectopic foci of functioning endometrium.

Вне матки-Эндометриоз

В матке - Аденомиоз

Локализация очагов эндометриоза



Аденомиоз - у 15%
женщин репродуктивного
возраста;
У 50% - с бесплодием

ВИДЫ МИОМ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ В СТЕНКЕ МАТКИ

Лейомиома матки

— узлы из гладкомышечной ткани. наблюдаются у 15–30% женщин, старше 35 лет. В возрасте до 18 лет миома встречается редко,

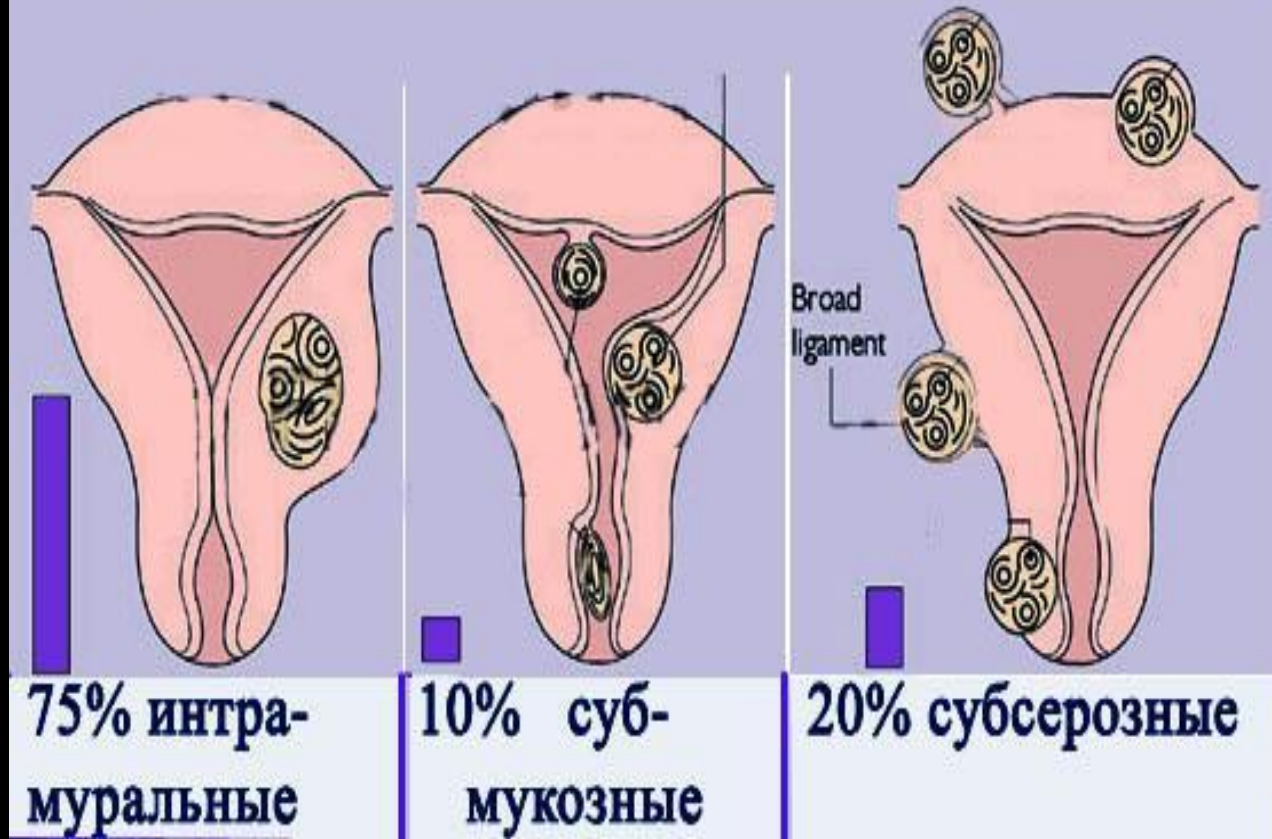
в периоде постменопаузы опухоль регрессирует. Есть связь с состояниями,

Сопровождающимися избытком эстрогенов.

Клинически - болевой синдром, мено- и метrorрагией,

дизурическими расстройствами, запоры. Возможно осложнённое течение беременности и родов. Клиника варьирует в зависимости от количества, размеров, расположения узлов.

Макроскопически миомы представлены единичными или множественными узлами округлой формы, чётко отграниченными от остальной ткани миометрия. На разрезе серовато-белые, волокнистого строения.



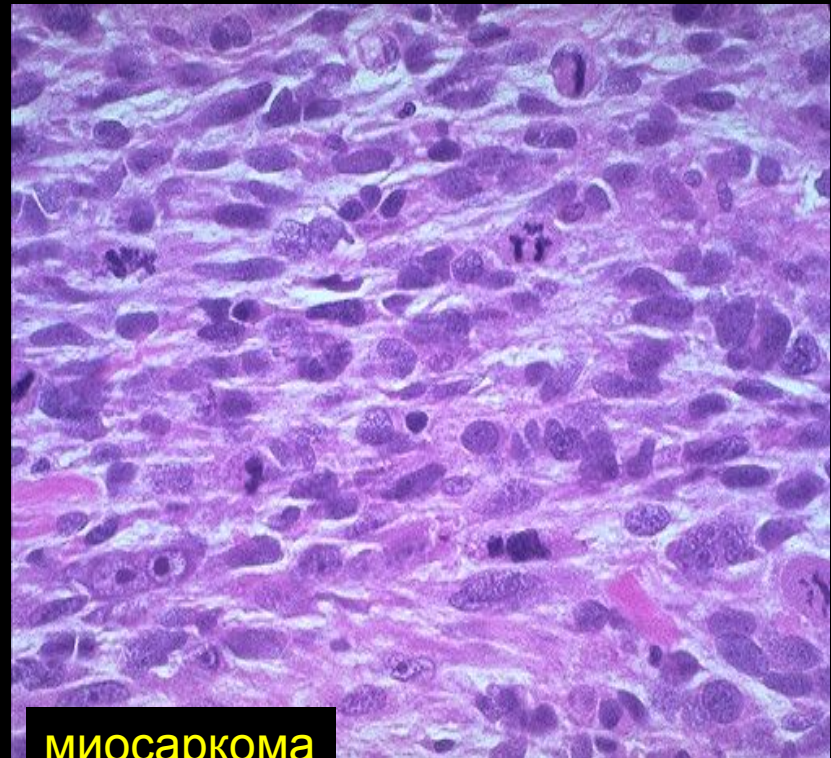


Миомы:
Рождающиеся-
инфицирование,
На ножке -
перекрут, некрозы





фибромиома



миосаркома



Классификация патологии

МЖ: 1-Пороки развития

2- Воспаление, травмы

Острый мастит

Эктазия протоков

Жировой некроз

**3-Фиброзно-кистозная
болезнь (в России-мастопатия)**

а- непролиферативная

б- пролиферативная

в- склерозирующий аденоз

**4-Доброкачественные
опухоли?**

а-фиброаденома

б-внутрипротоковая папиллома

5-Злокачественные опухоли:

а-рак in situ

б-инфильтративный дольковый рак

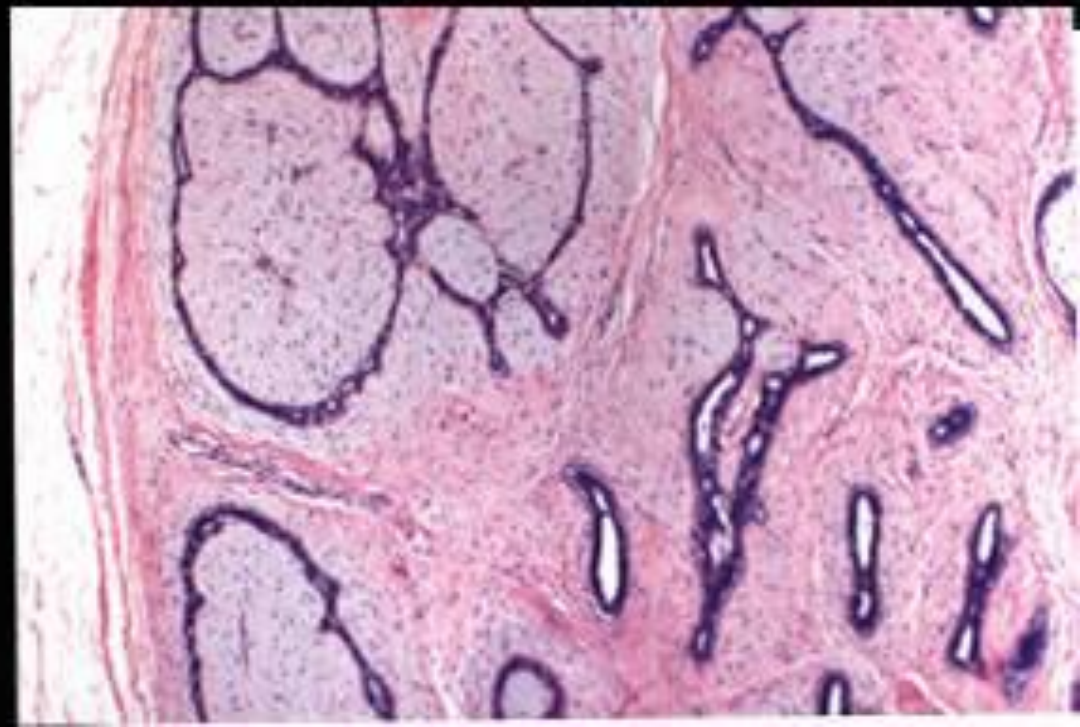
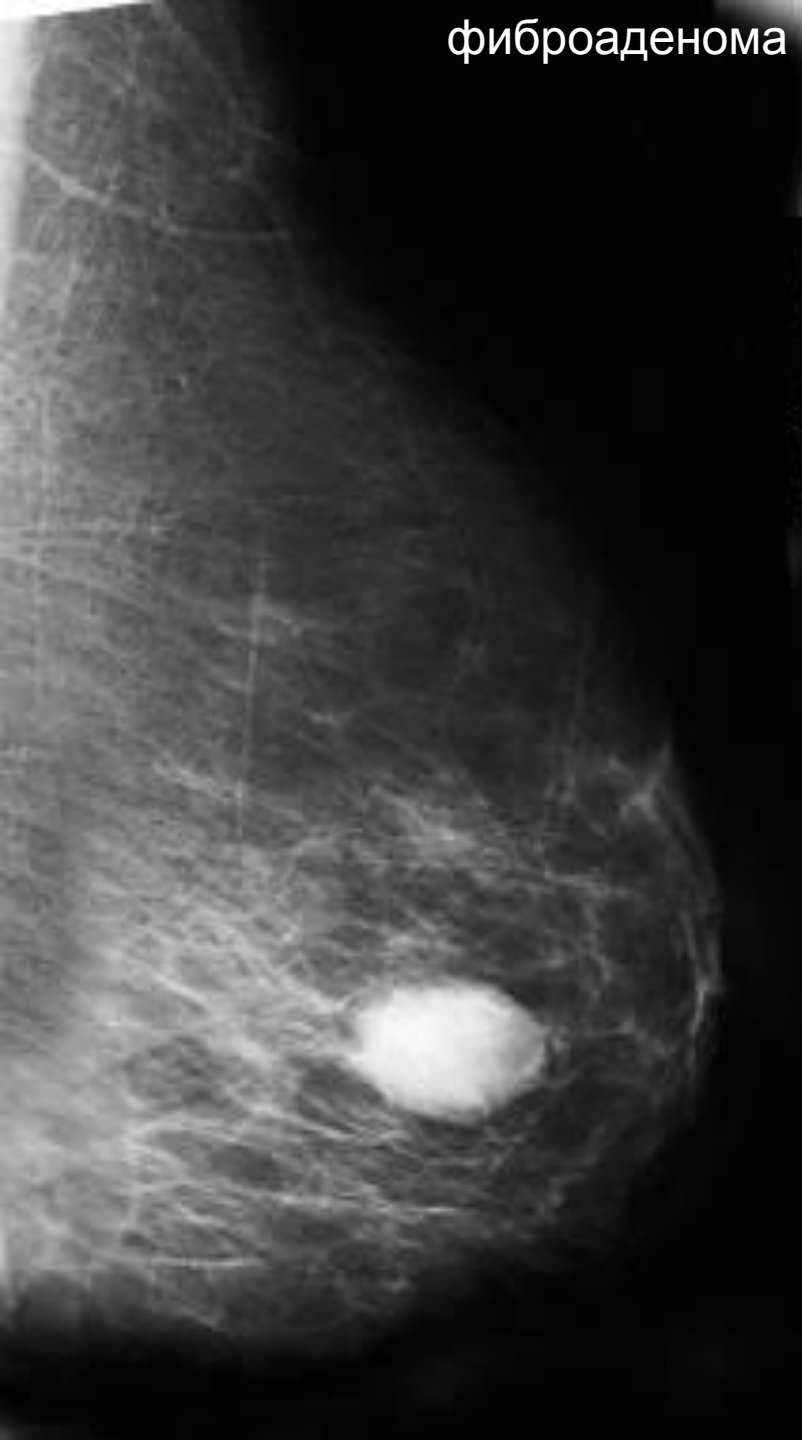
в-инфильтративный протоковый рак

г- рак Педжета

д-филлодная саркома

6-Гинекомастия

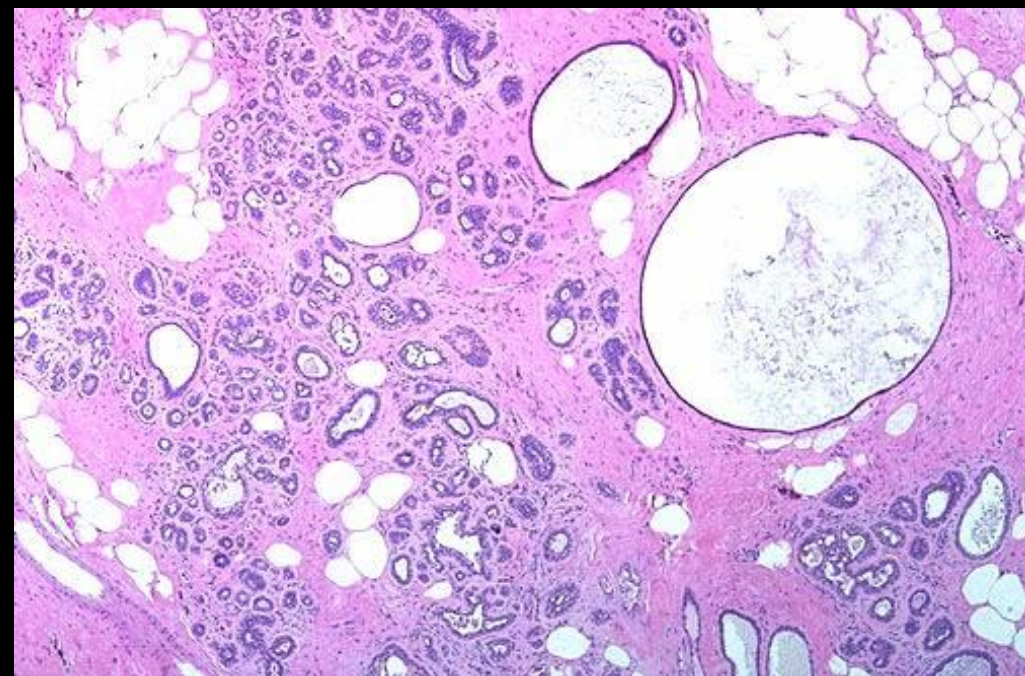
фиброаденома



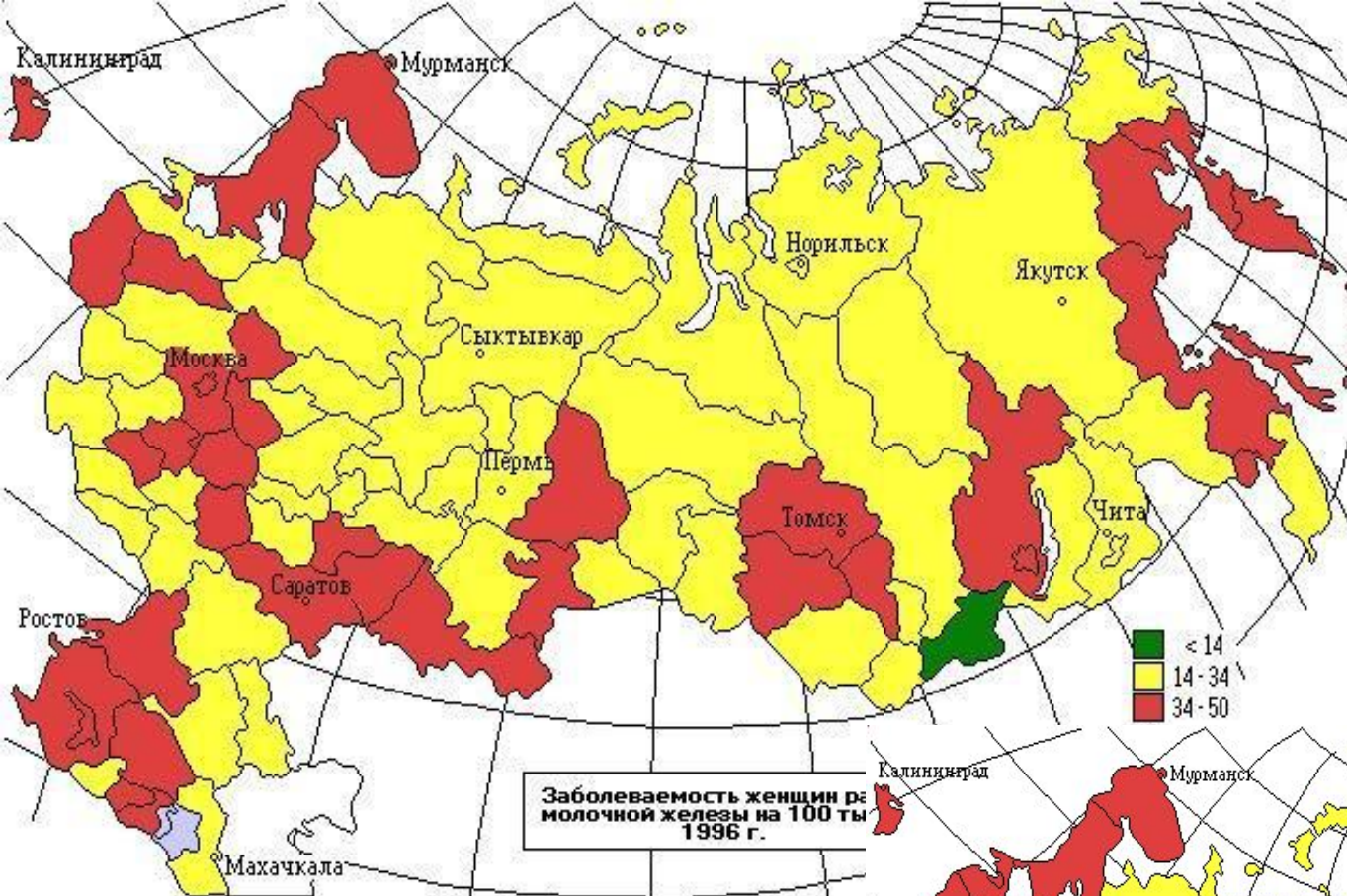
Мастопатия «узловатая»



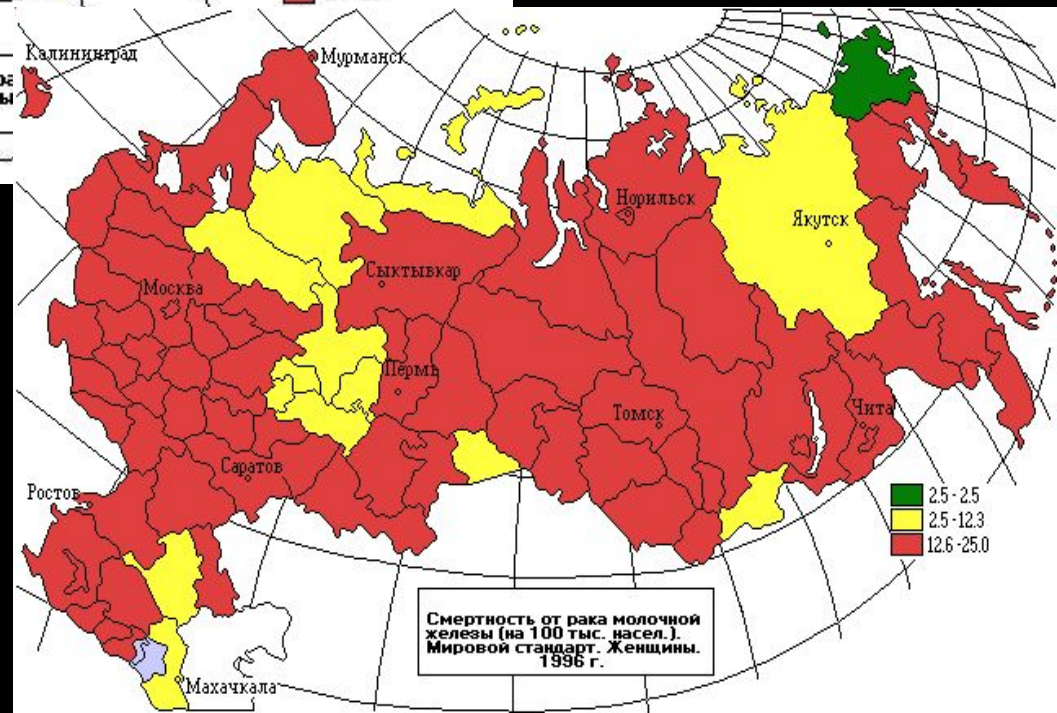
Чаще всего это участки
«аденоза», «кистоза» с
«фиброзом», а в 5-7%
случаев - опухоли.



непролиферативная



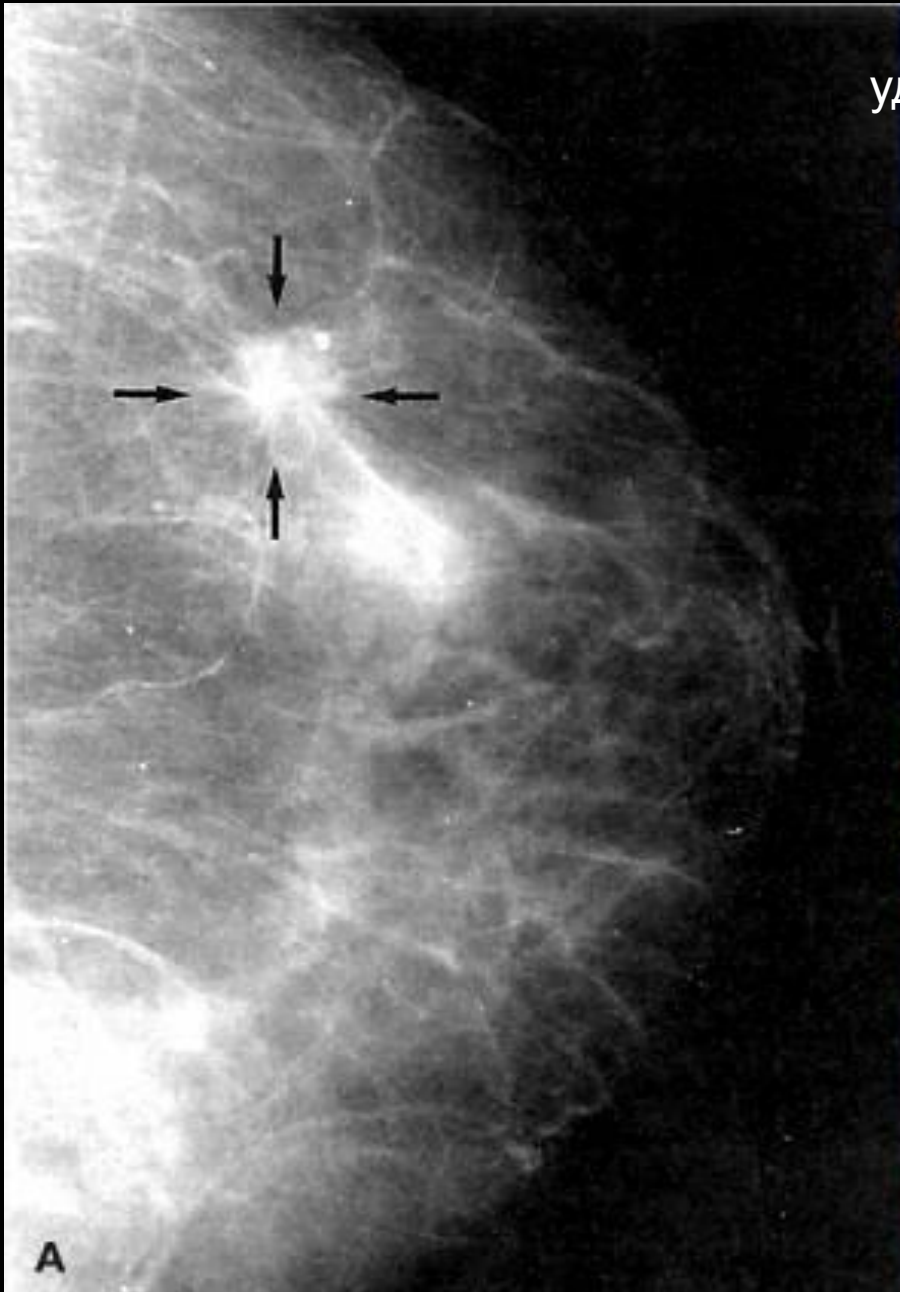
В России 34 тыс новых онкобольных ежегодно, из них 13% - в возрасте 17-20 лет.
Сейчас в мире 750 000 б-х раком м.ж.



Первый пик рака молочной железы – 30-40 лет (1:1тыс), второй – после 50 лет (1,8:1тыс), Третий -около 65 лет (2,5:1тыс).

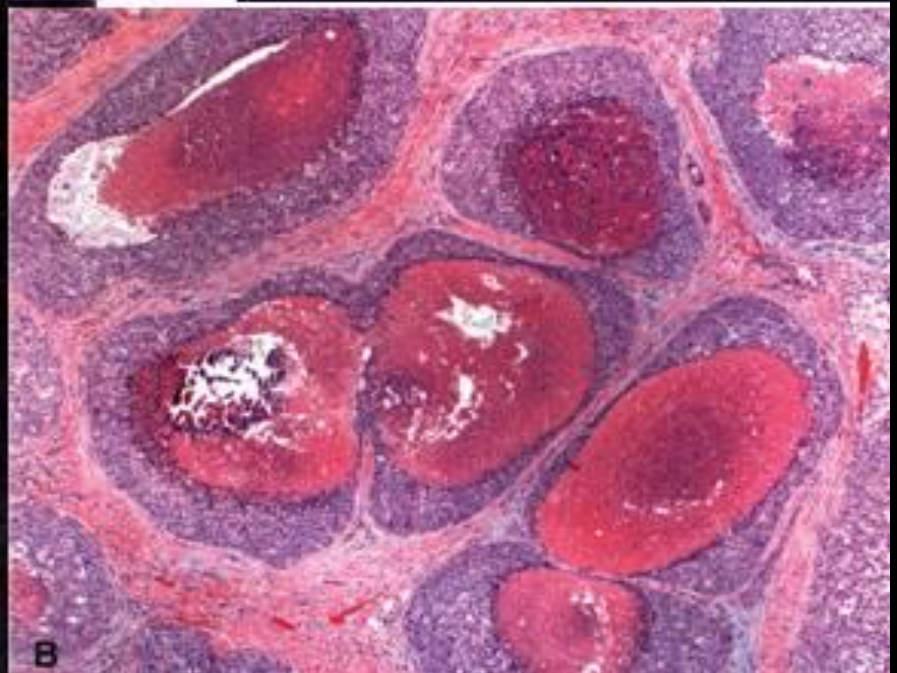


Втяжение кожи над опухолью –
подтягивание подкожной клетчатки к узлу



A

удаленный сектор;



B

Очаг патологического роста
(маммография),

«Внутрипротоковый»(комедо) рак.

Койлоцитоз – наличие светлых вакуолей в клетках шиповатого слоя эпителия (признак инфицированности папилломавирусом).

«РАДИАЛЬНЫЙ РУБЕЦ» - лучисто-симметрично организованный очаг новообразования тканевых структур характерных для фиброзно-кистозной болезни молочной железы. (ранний этап морфогенеза неракового роста).

Эндометриоз и аденомиоз – возникновение очагов эндометрия вне слизистой матки (в теле матки – аденомиоз), (в других органах – эндометриоз).

ФИЛЛОДНАЯ ОПУХОЛЬ- стромальная опухоль молочной железы напоминающая фиброаденому, рецидивирует и иногда дает гематогенные метастазы.

Болезнь ПЕДЖЕТА - поверхностный рак соска и ареолы молочной железы с крупными светлыми клетками Педжета.

Отличия «простой», «сложной» и «атипической» гиперплазии эндометрия
- 1я:железы разной формы и размеров(до кист); 2я:большее количество желез, но контуры просветов ровные, нет гиперхромии; для 3й: желез еще больше, лежат вплотную, ядра эпителия гиперхромны, лежат в несколько рядов, просвет желез неровный с выступами, встречаются митозы.

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

Большинство – доброкачественны (если в 20–45 лет).

Злокачественные (около 20%), - после 40 лет.

1 группа- Опухоли

поверхностного эпителия и

стромы - (составляют 60% всех новообразований яичников). Среди злокачественных новообразований 90% из этой группы.

Серозная цистаденома

состоит из одной или нескольких кист, заполненных светлой прозрачной жидкостью.

Серозная цистадено- **карцинома** проявляется

многочисленными сосочками, инвазией солидных и железистых структур в стенку кисты

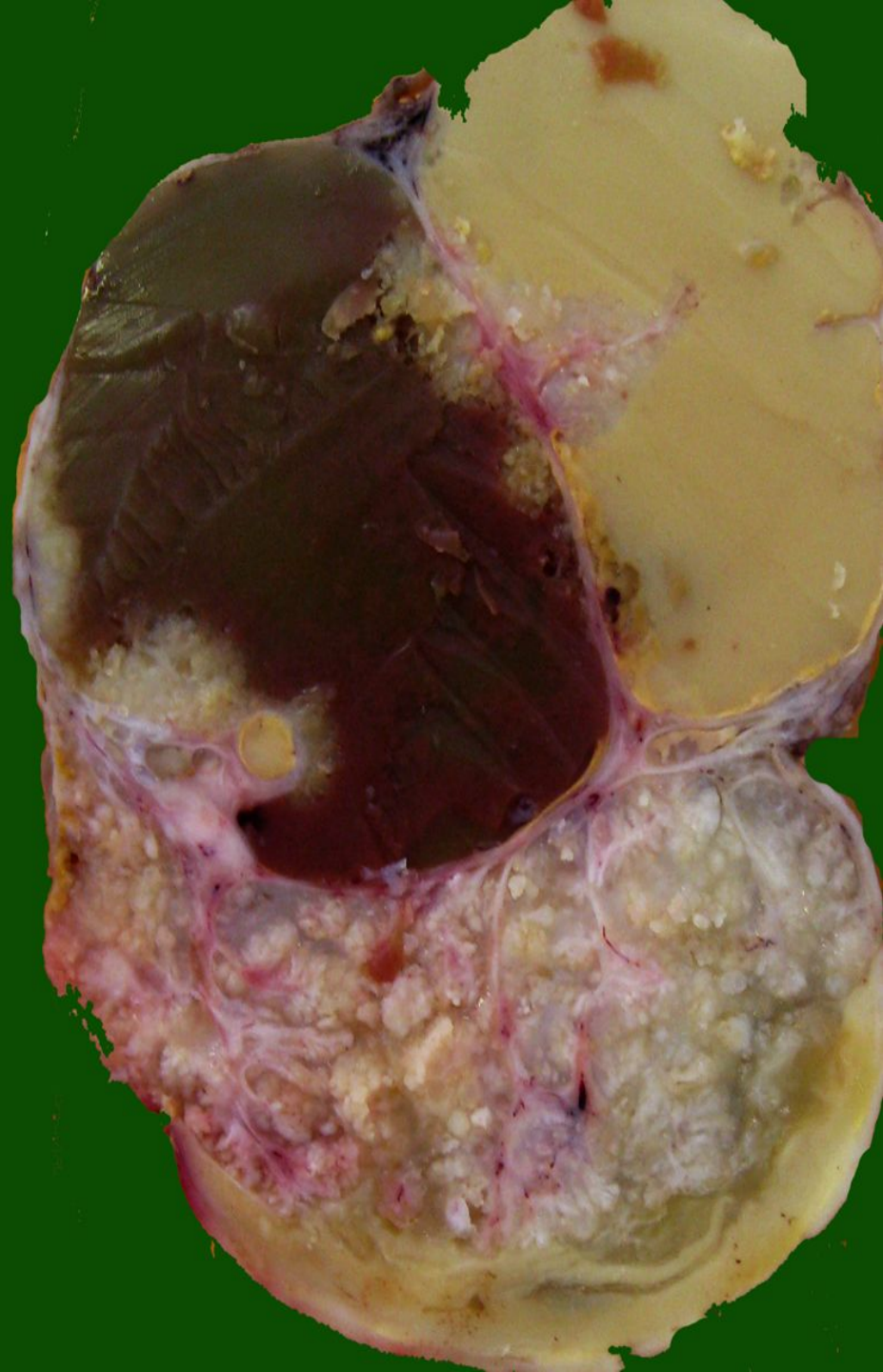


Муцинозные опухоли -

составляют около 10% первичных эпителиальных опухолей яичников.

Доброкачественные - обычно односторонние - **Муцинозная цистаденома** многокамерная имеет гладкую светло-серую тонкую стенку, содержит вязкую слизь.

Муцинозная цистаденокарцинома часто двусторонняя, МАКРО: *кисты с плотной слизью, солидными участками опухолевой ткани, очагами кровоизлияний и некроза и распространением опухоли за пределы капсулы.*

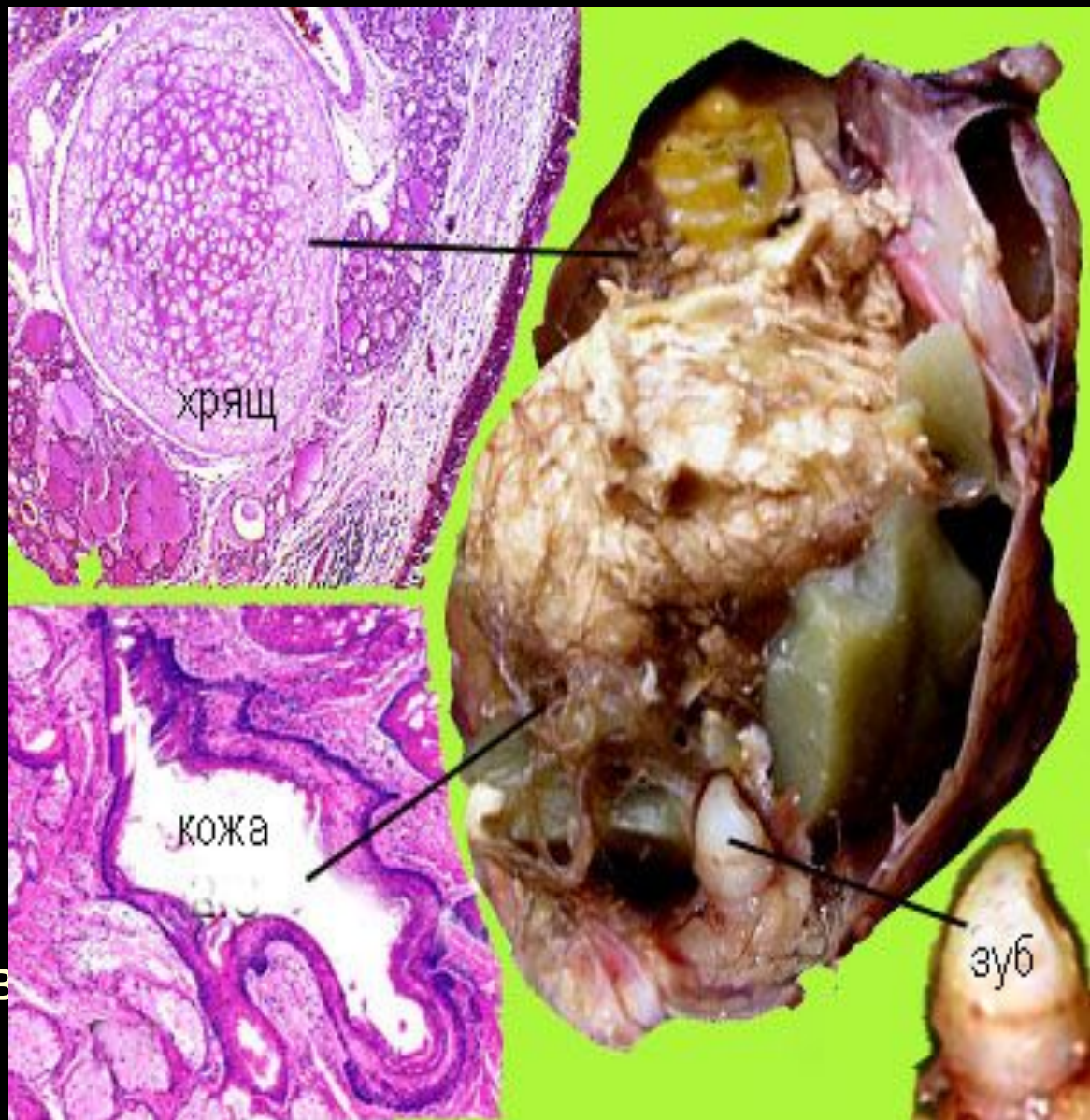


Тератома яичника

(опухоль из зародышевых листков с преобладанием тканей эктодермального происхождения) составляет до 50% всех опухолей яичников. Возраст больных от 12 до 70 лет.

МАКРО:

однокамерная киста, чаще односторонняя, содержит сальный материал и волосы. Стенка плотная, выстилка тусклая, кожистого вида. Иногда в толще стенки - зубы, хрящ и очаги обызвествления.



**Благодарим за
внимание!**