

БОЛЕЗНИ МУЖСКОЙ И ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ (БОЛЕЗНИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА, ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЯИЧЕК, БОЛЕЗНИ МАТКИ ЕЁ ПРИДАТКОВ).

БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.

СИФИЛИС.

БОЛЕЗНИ МУЖСКОЙ И ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Основными функциями мужской и женской половой систем являются репродуктивная и мочевыделительная.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Наиболее распространённой патологией полового члена являются воспалительные процессы.

Баланопостит – воспаление кожи головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти.

Баланопостит является довольно распространённым заболеванием, заражение которым чаще происходит при половом контакте. В качестве инфекционных агентов выступают стафилококки, стрептококки, трихомонады, *Candida albicans* кишечная палочка и др. Развитию болезни способствуют предрасполагающие факторы, наибольшее значение из которых имеют:

- несоблюдение личной гигиены;
- фимоз;
- травмы полового члена;
- сахарный диабет и другие заболевания.

Выделяют острый и хронический баланопостит.

Острый баланопостит может иметь характер **катарального** или **гнойного**, а в тяжелых случаях – **гангренозного воспаления**.

Хронический баланопостит сопровождается рубцовыми изменениями крайней плоти с развитием фимоза.

Фимоз – патологическое сужение отверстия крайней плоти, не позволяющее обнажить головку полового члена. Может быть врождённым или приобретённым. Фимоз затрудняет половую жизнь, нередко осложняется баланопоститом или ущемлением головки полового члена кольцом крайней плоти, что носит название парафимоз.

Болезнь Пейрони – заболевание с прогрессирующими фиброзными изменениями в белочной оболочке полового члена, приводящими к его искривлению и возникновению болезненных эрекций.

Это достаточно редкое заболевание названо по имени французского хирурга Франсуа де ла Пейрони, описавшего его в 1743 году. Чаще болеют мужчины в возрасте 30-60 лет.

Этиология и патогенез до конца не выяснены. Вероятно, ведущую роль играют микротравмы белочной оболочки с кровоизлияниями, которые подвергаются организации. В последние годы появились данные о значении в развитии этой болезни воспалительных, генетических и иммунологических факторов.

Приапизм – неадекватно длительная (более 6 ч), болезненная эрекция, не связанная с половым возбуждением и не проходящая после эякуляции. Название патологии связано с мифом о греческом боге плодородия Приапе, который покровительствовал распутству, и его половой орган был постоянно в состоянии эрекции. Приапизм развивается при поражениях центральной нервной системы, в результате травм спинного мозга, при травме полового члена, действии некоторых лекарств, токсинов, наркотиков (кокаин). Приапизм продолжительностью более суток приводит к **некрозу** пещеристых тел с последующим фиброзом.

Олеогранулёма – гранулематозное воспаление с выраженным фиброзом, развивающееся вследствие введения под кожу полового члена чужеродных веществ (силиконового геля, вазелинового масла и т.д.). Олеогранулема нередко приводит к грубой рубцовой деформации полового члена, что затрудняет или исключает возможность совершения полового акта.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Среди заболеваний предстательной железы наибольшее значение имеют воспалительные процессы и опухоли.

Простатит – острое или хроническое воспаление предстательной железы. В это понятие входят воспалительные заболевания предстательной железы с разной этиологией, патогенезом, клиническими и морфологическими проявлениями.

Этиология простатита разнообразна, в связи с чем можно выделить инфекционный, неинфекционный и неизвестной этиологии простатит.

Инфекционный простатит вызывается бактериями, вирусами, грибками и другими возбудителями. В его патогенезе большое значение имеет рефлюкс инфицированной мочи при инфекциях мочевыводящих путей, переохлаждение, нерегулярная половая жизнь. Иногда инфекция попадает в простату лимфогенным путем из прямой кишки или гематогенным из других органов.

Неинфекционный простатит, как правило, хронический, имеет следующие причины:

- обструкция протоков предстательной железы камнями и при склерозе простаты;

- застойные явления при нерегулярной половой жизни, прерванных половых актах;
- злоупотребление алкоголем, соленой, острой пищей;
- избыток эротической информации с гиперэротизацией мышления.

По течению выделяют острый и хронический простатит. Наиболее существенное клиническое значение имеют:

- острый бактериальный простатит;
- хронический бактериальный простатит;
- гранулематозный простатит.

Острый бактериальный простатит может протекать в виде катарального воспаления или гнойного. Может осложниться острой задержкой мочеиспускания либо урогенным сепсисом.

Хронический бактериальный простатит диагностируется у 30% мужчин молодого возраста. Он может быть следствием острого простатита, или развиваться как самостоятельное заболевание.

Этиология в большинстве случаев связана с инфекциями, передающимися половым путем (*Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma*, *Ureaplasma urealyticum* и др.).

Макроскопически предстательная железа увеличена, деформирована, уплотнена.

Микроскопически строма органа содержит воспалительную инфильтрацию, представленную лимфоцитами, плазматическими клетками, макрофагами. Процесс приводит к фиброзу железы. Хронический бактериальный простатит имеет длительное течение, с трудом поддается лекарственной терапии.

Осложнениями хронического бактериального простатита служат рецидивирующие инфекции мочевых путей, стеноз простатической части уретры с нарушением уродинамики, бесплодие.

Гранулематозный простатит может быть неизвестной этиологии или быть вызванным специфическими инфекциями (сифилис, туберкулёз и грибковые инфекции).

ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Среди опухолеподобных заболеваний и опухолей предстательной железы наиболее часто диагностируют доброкачественную гиперплазию и рак.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – дисгормональное заболевание, характеризующееся увеличением простаты за счет гиперплазии и гипертрофии железистого и стромального компонентов.

В России ДГПЖ встречается у 25% мужчин после 50 лет, у 50% – после 60 лет, а после 70 лет – у 90%. В последнее время появились данные об опухолевой природе ДГПЖ.

Патогенез. Развитие ДГПЖ (распространенное неверное название – аденома простаты) связано с прогрессирующим изменением в мужском организме после 50 лет соотношения андрогенов и эстрогенов в пользу последних. Немаловажную роль в патогенезе играет хронический простатит.

Патоморфология.

Макроскопически предстательная железа увеличена, имеет плотно-эластическую консистенцию. На разрезе содержит чётко отграниченные узлы разной величины, разделённые фиброзными прослойками. Иногда определяются кровоизлияния, очаги некроза, конкременты.

Микроскопически выделены четыре гистологических формы ДГПЖ:

- железистая;
- железисто-фиброзная;
- железисто-фиброзно-мышечная;
- мышечно-фиброзная.

Название каждой из этих форм определяется преобладанием какого-либо структурного компонента.

Осложнения. Наиболее частым осложнением ДГПЖ является обструкция мочеиспускательного канала с нарушением оттока мочи (острая и хроническая задержка мочи). Это приводит к развитию гидронефроза и последующей почечной недостаточности. На этом фоне возможно вторичное инфицирование приводящее к циститу, восходящему пиелонефриту, урогенному сепсису.

Рак предстательной железы занимает четвёртое место по частоте среди всех форм рака у мужчин. Болезнь диагностируется в пожилом и старческом возрасте.

Этиология. Среди причин развития рака железы большое значение отводится генетическим факторам. Обсуждается роль вирусов (герпес, цитомегаловирус), канцерогенным действием обладают компоненты резинового, текстильного и других производств, а также кадмий и радиация. Наибольшее значение в этиологии рака предстательной железы придаётся дисгормональным изменениям.

Патоморфология. Макроскопически рак простаты обычно характеризуется наличием в простате множественных плотных узлов жёлто-белого цвета, локализующихся по периферии железы и под капсулой. Микроскопически наиболее часто выявляется аденокарцинома предстательной железы, для которой характерно формирование комплексов атипичных желёз средних и мелких размеров, обычно выстланных мономорфными клетками кубической или цилиндрической формы.

Ведущая роль в диагностике рака простаты принадлежит гистологическому исследованию. Оно проводится на материале, полученном при мультифокальной пункционной биопсии, или в результате простатэктомии. На основании морфологических данных патологоанатом определяет степень злокачественности опухоли, что определяет тактику лечения рака. Для этого применяется **метод Глисона (D.F. Gleason)**, в соответствии с которым степень дифференцировки опухоли оценивается в

баллах. Считается, что при сумме Глисона 7 и более баллов высока вероятность инвазии капсулы простаты и семенных пузырьков, а также метастазов в лимфатические узлы.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯИЧЕК

Заболевания яичек представлены пороками развития, воспалительными процессами и опухолями.

Крипторхизм – неопущение одного или обоих яичек в мошонку. Яички при этом располагаются в брюшной полости, в паховом канале, под кожей в паху, на бедре, в лобке или промежности. Крипторхизм выявляется у 0,3-0,8% взрослых мужчин. В большинстве случаев это односторонняя аномалия.

Этиология. Заболевание связано с патологией хромосом (трисомия хромосомы 13), приемом во время беременности ряда лекарственных препаратов, с гормональными факторами.

Морфологическая картина. Изменения в эктопическом яичке начинаются в раннем детском возрасте и в дальнейшем выражаются в задержке развития сперматогенного эпителия, атрофии. При крипторхизме развивается бесплодие, возможна малигнизация.

Орхит и эпидидимит – воспаление яичка и его придатка. В большинстве случаев процесс имеет инфекционную этиологию. Орхит может иметь острое или хроническое течение.

Патогенез. При инфекционном орхите возможен гематогенный и восходящий (через уретру или из мочевого пузыря) пути инфицирования. Гематогенный путь встречается при сифилисе, вирусных поражениях, пиогенных инфекциях (эпидемический паротит, скарлатина, гонорея). Восходящий путь типичен для заболеваний, передающихся половым путем.

Острый орхит может развиваться в результате травмы или нарушения кровоснабжения (при перекруте яичка). Изначально воспаление стромы быстро распространяется на каналы и может сопровождаться абсцедированием или развитием гнойно-некротического процесса.

Хронический орхит развивается в исходе острого или при хронических инфекционных заболеваниях (туберкулёз, сифилис, микозы). Ему могут способствовать микротравмы при занятиях спортом, воздействие алкоголя, лекарственных средств, избыточная эротизация мышления, запоры и пр.

Осложнения. Орхит может привести к **гидроцеле** – водянке яичка с накоплением серозной жидкости внутри его влагалищной оболочки.

Опухоли яичка составляют около 1% всех новообразований у мужчин. Их подразделяют на две группы:

- герминогенные опухоли;
- негерминогенные опухоли.

Герминогенные развиваются из половых и зародышевых клеток, составляют примерно 95% новообразований яичка и характеризуются крайне злокачественным течением. **Негерминогенные** чаще обладают доброкачественным течением.

Варикоцеле – аномальное расширение вен семенного канатика. В 80% случаев варикоцеле обнаруживают с левой стороны, что обусловлено особенностями взаиморасположения сосудов в данной области. Двустороннее поражение встречается редко. Патология может сочетаться с бесплодием, что обусловлено развитием гипоксии в ткани яичка и повышением температуры в мошонке (препятствуют нормальному сперматогенезу). Микроскопически в биопсийном материале ткани поражённого яичка выявляются склероз, различная степень атрофии яичка.

БОЛЕЗНИ ШЕЙКИ МАТКИ

Шейка матки делится на влагалищную часть, выстланную многослойным плоским эпителием, и цервикальный канал, покрытый однослойным цилиндрическим эпителием. Граница соединения между многослойным и однослойным эпителием при определённых условиях может смещаться на влагалищную часть.

Цервикальная эктопия – смещение цервикального эпителия вместо многослойного плоского эпителия на влагалищную часть шейки матки. Цервикальная эктопия (устаревшее название – эрозия, псевдоэрозия шейки матки) не считается патологией.

Цервицит – воспаление шейки матки.

Острый или хронический воспалительный процесс в шейке развивается в основном при инфекциях, передающихся половым путем. Среди возбудителей процесса преобладают хламидии, вирусы папилломы человека (ВПЧ), простого герпеса, гонококки, трихомонады, грибы рода *Candida*. Цервицит может быть фоновой патологией для рака шейки матки.

В профилактике рака шейки матки решающее значение имеет диагностика предраковых процессов и в частности цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) – патологическая пролиферация клеток многослойного плоского эпителия с нарушением их дифференцировки и развитием клеточной атипии. Ранее такие изменения назывались дисплазией. Установлена связь CIN с папилломавирусной инфекцией.

Клеточная атипия при CIN характеризуется гиперхромностью и полиморфизмом ядер, повышением ядерно-цитоплазматического отношения. Выделяют три степени CIN:

CIN 1 – поражение нижней трети эпителиального пласта; клетки его верхних 2/3 зрелые.

CIN 2 – поражение 2/3 эпителиального пласта.

CIN 3 – диспластические изменения эпителия занимают более чем 2/3 либо полностью всю толщу пласта.

Рак шейки матки в большинстве случаев – плоскоклеточная карцинома.

БОЛЕЗНИ ТЕЛА МАТКИ

Продолжительность менструального цикла составляет обычно 25-30 дней. В первую фазу менструального цикла (фаза пролиферации) происходит пролиферация эндометриальных желёз, обусловленная действием эстрогенов. Фаза секреции развивается после овуляции и определяется действием прогестерона. Она сменяется фазой менструального кровотечения.

Нарушения циклических морфологических изменений слизистой оболочки матки сопровождаются обильными, не соответствующими менструальному циклу кровотечениями или прекращением менструаций. Это может быть вызвано патологией самого эндометрия, заболеваниями яичников, ЦНС, эндокринных и неэндокринных органов и систем.

Гиперплазия эндометрия возникает при гормональном дисбалансе с преобладанием эстрогенов. Основным морфологическим проявлением гиперплазии является избыточная пролиферация желез эндометрия и их эпителия.

Выделяют следующие формы гиперплазии эндометрия:

- гиперплазия без атипии;
- атипическая гиперплазия.

Гиперплазия эндометрия, особенно атипическая является предраковым состоянием.

Рак эндометрия – одна из наиболее частых злокачественных опухолей женщин. Риск развития рака эндометрия повышен у небеременевших и нерожавших женщин, при ожирении, сахарном диабете, при приёме эстрогенсодержащих препаратов.

Новообразование обычно растёт экзофитно, образуя полипообразные выросты в полость матки, реже – диффузно поражает весь эндометрий и прорастает толщу миометрия. Наиболее частая гистологическая форма рака эндометрия – аденокарцинома.

Полип эндометрия – очаговый доброкачественный процесс гиперпластического характера слизистой оболочки в виде выступающего в полость матки образования.

Полип эндометрия может протекать бессимптомно или вызывать маточные кровотечения.

Полипы могут быть одиночными и множественными, размеры варьируют от микроскопических до крупных, в редких случаях занимают всю полость матки. Поверхность полипов желтовато-коричневая, блестящая, гладкая, иногда с изъязвлениями.

Микроскопически полипы представлены фиброзной стромой с наличием толстостенных извитых сосудов и неравномерно расположенными в ней железами.

Малигнизация полипов наблюдается редко.

Лейомиома матки – доброкачественная опухоль из гладкомышечной ткани.

Она относится к числу наиболее распространённых опухолей органов репродуктивной системы и наблюдается у 15-30% женщин, старше 35 лет. Патогенез миомы не ясен, однако отмечена связь её с заболеваниями и

состояниями, сопровождающимися избытком эстрогенов, которые считаются главным стимулятором роста миоматозных узлов.

Клинически миома матки характеризуется болевым синдромом, мено- и метроррагией, дисурическими расстройствами, запорами.

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

Эндометриоз – патологический процесс, характеризующийся образованием эктопических очагов ткани эндометрия.

Встречается у 10-15% женщин репродуктивного возраста.

Основными причинами происхождения эндометриоза считаются метаплазия эпителия ряда органов ткань эндометрия, нарушения онтогенеза, имплантация эндометрия в брюшине, куда он попадает через маточные трубы во время менструации.

В зависимости от локализации процесса, выделяют **внутренний эндометриоз (аденомиоз)** и **наружный** (за пределами матки – в яичниках, брюшине, кишечнике, лёгких и др).

Экстрагенитальные очаги эндометриоза нередко претерпевают циклические изменения, в связи с чем в них периодически развиваются кровоизлияния.

БОЛЕЗНИ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Сальпингит – воспаление маточной трубы.

Часто в воспалительный процесс вовлекаются и яичники, возникает **сальпингоофорит**.

Сальпингиты вызываются разнообразной флорой. Обычно распространение возбудителей происходит восходящим путём из матки, значительно реже наблюдаются гематогенное и лимфогенное инфицирование. По течению выделяют острые и хронические сальпингиты.

Острый сальпингит может осложниться перитонитом.

Хронический сальпингит чаще развивается после перенесённого острого сальпингита. Характерно образование спаек на наружной поверхности маточной трубы и между складками эндосальпинкса. Микроскопически во всех слоях стенки определяются лимфоцитарная и макрофагальная инфильтрация и склероз, постепенно прогрессирует атрофия мышечного слоя и эпителия.

При облитерации просвета трубы в ней может наблюдаться скопление гнойного экссудата (пиосальпинкс) или трансудата (гидросальпинкс), что сопровождается расширением просвета, вначале гипертрофией, а позже - атрофией мышечной и слизистой оболочек.

БОЛЕЗНИ ЯИЧНИКОВ

Опухоли яичника в большинстве своем являются доброкачественными. На долю злокачественных опухолей яичников приходится около 20%.

К основным типам новообразований яичника относятся опухоли поверхностного эпителия и стромы. В зависимости от варианта строения выделяют:

- серозные;
- муцинозные;
- эндометриоидные опухоли.

Опухоль часто имеет кистозные полости (цистаденома), имеет вид фиброзного узла с включением железистых структур (аденофиброма) или сочетать кисты и участки фиброза (цистаденофиброма). Выделяют доброкачественные, пограничные (с низким потенциалом злокачественности) и злокачественные опухоли.

БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Мастит – воспаление молочной железы.

В 95% случаев заболевание развивается у кормящих женщин (лактационный мастит).

Острый мастит вызывают гноеродные бактерии, проникающие через млечные протоки, трещины в ткань молочной железы. Такой мастит обычно носит характер гнойного, с формированием одного или нескольких абсцессов. Вирусные инфекции могут сопровождаться развитием негнойного воспаления, который характеризуется лимфогистиоцитарной инфильтрацией ткани молочной железы.

Хронический мастит сопровождается образованием мелких абсцессов с фиброзной индурацией ткани железы.

Фиброзно-кистозная болезнь (мастопатия) – широко распространенная патология молочной железы, развивающаяся в результате нарушения ответа органа на гормональные стимулы.

Процесс характеризуется:

- наличием кист различного размера;
- протоковой и дольковой гиперплазией;
- фиброзом стромы.

Фиброаденома частая доброкачественная опухоль молочных желез, встречается, начиная с подросткового возраста, но чаще выявляется у женщин 30-40 лет. Она представлена безболезненным плотным узлом с четкими границами, растёт медленно и её размеры не превышают 3 см.

Микроскопически опухоль представлена протоками и фиброзной стромой. Выделяют два основных гистологических варианта фиброаденом молочной железы: **интраканаликулярный** (пролиферирующая строма сдавливает железистые структуры, которые приобретают вид щелей) и **периканаликулярный** (строма концентрически окружает протоки, при этом они имеют округлую форму).

Рак молочной железы – самая частая злокачественная опухоль женщин.

Этиология многофакторная, она включает гормональный дисбаланс, репродуктивные факторы, особенности образа жизни. Риск развития опухоли

наиболее высок у женщин с длительным репродуктивным периодом (с ранним наступлением первой менструации и поздней менопаузой), у нерожавших или родивших после 30 лет. Ранние беременность и роды, полноценное кормление грудью снижают риск развития рака молочной железы.

Основными формами рака молочной железы являются:

- неинфильтрирующий рак;
- инфильтрирующий рак;
- болезнь Педжета (рак соска).

Метастазы рака молочной железы обнаруживают в подмышечных, околоключичных, шейных, подлопаточных лимфатических узлах. Гематогенные метастазы в лёгкие наблюдают у 60-70% больных. В 30-40% поражаются печень и кости. Иногда отдалённые метастазы проявляются через много лет после радикального удаления опухоли. Пациенток нельзя считать выздоровевшими в течение 15-20 лет.

СИФИЛИС

Сифилис (*lues*) – хроническое системное венерическое заболевание, вызываемое бледной спирохетой (*Treponema pallidum*).

Механизм передачи – контактный. Сифилис может быть приобретённым и врождённым.

Приобретённый сифилис включает:

- первичный;
- вторичный;
- третичный периоды.

Входные ворота инфекции – головка полового члена, шейка матки, вульва, стенки влагалища, а также анус, слизистая оболочка губ или полости рта. Инкубационный период составляет три недели.

Первичный период имеет основное проявление – **твёрдый шанкр**, представляющий собой, расположенную в области входных ворот язву с гладким дном, хрящевидной плотности краями, со скудным гнойным отделяемым.

Микроскопически в дне и краях язвы определяется воспалительная инфильтрация из лимфоцитов, плазмоцитов, немногочисленных нейтрофилов и эпителиоидных клеток. Инфильтраты расположены, главным образом, вокруг мелких сосудов, в них много трепонем. Одновременно с твёрдым шанкром возникает первичный инфекционный комплекс с вовлечением в процесс регионарных (чаще паховых) лимфатических узлов. Твёрдый шанкр через 8-12 нед. заживает, оставляя небольшой рубец.

Вторичный период (вторичный сифилис) развивается через 8-10 нед. после появления твёрдого шанкра. Этот период связан с циркуляцией и размножением возбудителей в кровотоке. Возникает сыпь на коже и слизистых оболочках. Она представлена **сифилидами**, вначале имеющими вид розеол, затем папул и пустул, наполненных бледными спирохетами. При изъязвлении пустул спирохеты попадают во внешнюю среду, поэтому во

втором периоде сифилиса пациенты весьма заразны. По мере нарастания иммунитета сифилиды заживают, иногда с образованием мало заметных рубчиков.

Третичный сифилис (висцеральный, гуммозный) развивается через 3-6 лет после заражения с вовлечением в процесс многих органов, где возникает гранулематозное воспаление. Третичный сифилис проявляется в виде хронического диффузного интерстициального воспаления во внутренних органах и гумм (см. тему воспаление). Наибольшее значение имеет поражение сердца, аорты и нервной системы. Сифилис аорты приводит к сифилитическому мезеоартиту возможен через 15-20 лет после заражения сифилисом, чаще у мужчин 40-60 лет. На интима аорты возникают втяжения и бугры, что придаёт ей вид "шагреновой кожи". В стенке аорты – воспаление средней оболочки сосуда. Воспалительный инфильтрат разрушает эластические волокна средней оболочки, прочность стенки аорты снижается, под влиянием высокого давления крови происходит образование аневризмы. Процесс может завершиться разрывом сосуда.

Макропрепарат:

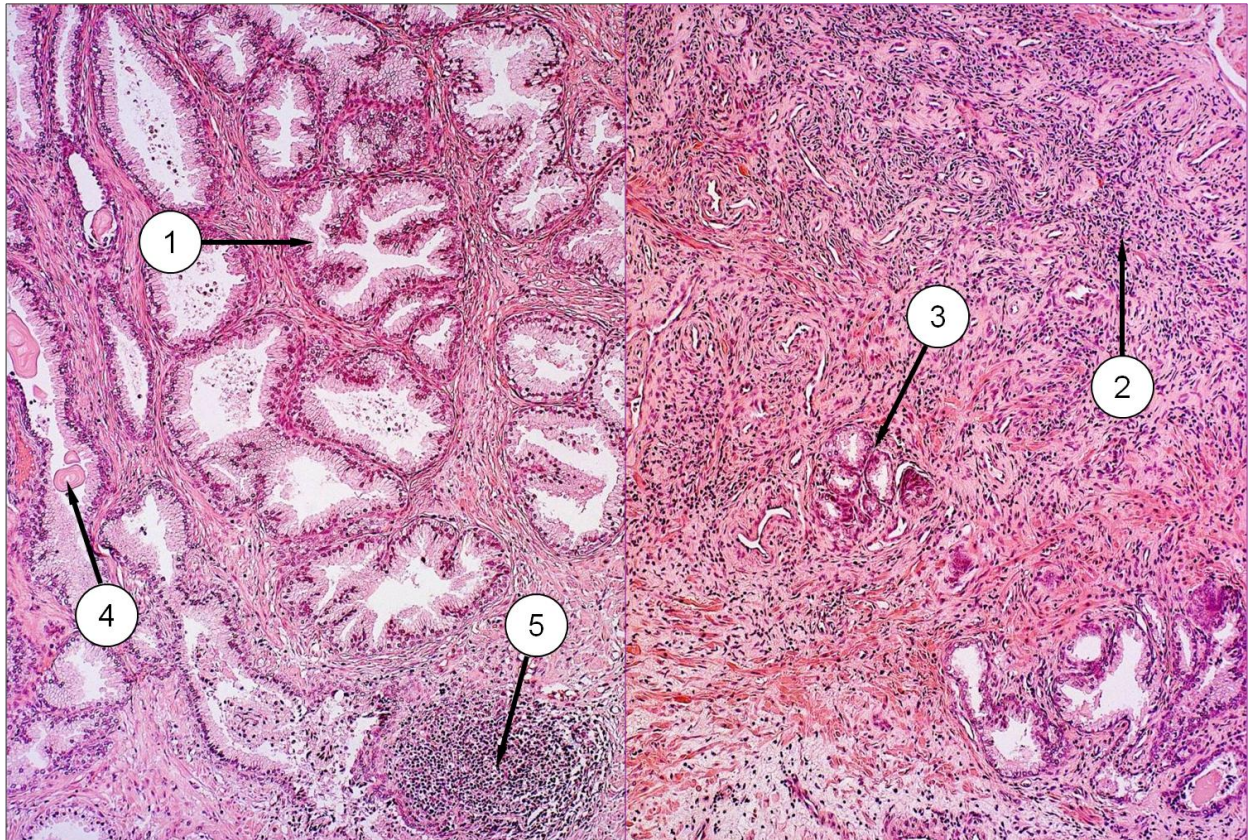
303. Сифилитический аортит.

Органокомплекс, состоящий из сердца и проксимального участка аорты. Левый желудочек и аорта вскрыты. Внутренняя поверхность аорты морщинистого вида, напоминает шагреновую кожу.

Клиническое значение.

Treponema pallidum достигает сердечно-сосудистой системы спустя короткое время с момента инфицирования, однако развитие клинических проявлений отмечается спустя 2-20 лет. Поражение аорты наблюдается в третичном периоде сифилиса. Для сифилитического аортита характерно воспаление восходящего отдела аорты, что иногда сопровождается вовлечением аортального клапана. Возникающая в результате воспаления деструкция эластического компонента аорты приводит к формированию аневризмы. Данная патология требует оперативного удаления пораженного участка с последующим протезированием.

Микропрепараты:



1 – гиперплазия железистых элементов; 2 – гиперплазия фибро-мышечной стромы;
3 – атрофичные железы; 4 – застойный, густой секрет («амилоидные тельца») в железах;
5 – очаговый воспалительный клеточный инфильтрат в строме.

Доброкачественная гиперплазия простаты

В ткани предстательной железы определяются очаги гиперплазии желез, в которых преобладают расширенные, разветвленные, тесно расположенные ацинусы. Наряду с этим имеются участки, представленные фибро-мышечной стромой с небольшими железами с признаками атрофии. Отмечаются признаки хронического воспаления.



1 - железа обычной формы и величины; 2 – кистозно-расширенная железа;
3 - строма; 4 - скопление секрета в просвете железы; 5 - пролиферация железистого эпителия.

Гиперплазия эндометрия

В микропрепарате – ткань эндометрия, железы которого распределены неравномерно, имеют различную величину, преимущественно округлой формы просветы, частью кистозно-расширены. Железистый эпителий с признаками избыточной пролиферации, строма цитогенная с умеренной очаговой инфильтрацией лимфоцитами.

Тестовые задания:

001. ВОСПАЛЕНИЕ КОЖИ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И ВНУТРЕННЕГО ЛИСТКА КРАЙНЕЙ ПЛОТИ

- 1) баланит
- 2) фимоз
- 3) болезнь Peyroni
- 4) баланопостит
- 5) приапизм

Правильный ответ: 4

002. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СУЖЕНИЕ ОТВЕРСТИЯ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ

- 1) баланостеноз
- 2) фимоз
- 3) олеогранулема
- 4) баланопостит
- 5) баланит

Правильный ответ: 2

003.ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ ФИБРОЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В БЕЛОЧНОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА, ПРИВОДЯЩИМИ К ЕГО ИСКРИВЛЕНИЮ

- 1) фалосколиоз
- 2) баланопостит
- 3) болезнь Пейрони
- 4) фимоз
- 5) парафимоз

Правильный ответ: 3

004.НЕАДЕКВАТНО ДЛИТЕЛЬНАЯ, БОЛЕЗНЕННАЯ ЭРЕКЦИЯ, НЕ СВЯЗАННАЯ С ПОЛОВЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ

- 1) фиброматоз полового члена
- 2) эректанизм
- 3) болезнь Пейрони
- 4) гиперлибидо
- 5) приапизм

Правильный ответ: 5

005.ОСТРОЕ ИЛИ ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) простатит
- 2) аденома простаты
- 3) олеогранулема
- 4) ДГПЖ
- 5) гиперплазия простаты

Правильный ответ: 1

006.ВОСПАЛЕНИЕ, С ВЫРАЖЕННЫМ ФИБРОЗОМ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ВВЕДЕНИЯ ПОД КОЖУ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЧУЖЕРОДНЫХ ВЕЩЕСТВ

- 1) липоматоз
- 2) целлюлит
- 3) олеогранулема
- 4) приапизм
- 5) фиброматоз

Правильный ответ: 3

007.ДИСГОРМОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ ПРОСТАТЫ ЗА СЧЕТ ГИПЕРТРОФИИ И ГИПЕРПЛАЗИИ ЖЕЛЕЗИСТОГО И СТРОМАЛЬНОГО КОМПОНЕНТОВ

- 1) простатит
- 2) аденокарцинома
- 3) ЗГПЖ
- 4) доброкачественная гиперплазия
- 5) фиброматоз простаты

Правильный ответ: 4

008.НЕОПУЩЕНИЕ ОДНОГО ИЛИ ОБОИХ ЯИЧЕК В МОШОНКУ

- 1) варикоцеле
- 2) крипторхизм
- 3) криптококкоз
- 4) орхоэпидидимит
- 5) монорхизм

Правильный ответ: 2

009.ВОСПАЛЕНИЕ ЯИЧКА

- 1) крипторхизм
- 2) крипторхит
- 3) баланопостит
- 4) орхит
- 5) эпидидимит

Правильный ответ: 4

010.НАКОПЛЕНИЕ СЕРОЗНОЙ ЖИДКОСТИ ВНУТРИ ВЛАГАЛИЩНОЙ
ОБОЛОЧКИ ЯИЧКА

- 1) гидроцеле
- 2) мукоцеле
- 3) серозная киста
- 4) варикоцеле
- 5) гидраденит

Правильный ответ: 1

011.ВОСПАЛЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ

- 1) CIN
- 2) уретрит
- 3) цервицит
- 4) эндоцервикоз
- 5) эрозия

Правильный ответ: 3

012.ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ИЗ ГЛАДКОМЫШЕЧНОЙ
ТКАНИ

- 1) лейосаркома матки
- 2) лейомиома матки
- 3) рабдомиома
- 4) гамартома
- 5) полип

Правильный ответ: 2

013. ВОСПАЛЕНИЕ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

- 1) оофорит
- 2) сактосальпинкс
- 3) тубулит
- 4) сальпингит
- 5) цервицит

Правильный ответ: 4

014. ОЧАГОВЫЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЙ ПРОЦЕСС
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ В
ВИДЕ ВЫБУХАЮЩЕГО В ПОЛОСТЬ МАТКИ ОБРАЗОВАНИЯ

- 1) полип эндометрия
- 2) лейомиома матки
- 3) аденокарцинома эндометрия
- 4) эндометрит
- 5) эндоцервикоз

Правильный ответ: 1

015. ПРИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРЕОБЛАДАЮТ

- 1) прогестины
- 2) эстрогены
- 3) соматотропин
- 4) лютеинизирующий гормон
- 5) прогестерон

Правильный ответ: 2

016. ЭКТОПИЧЕСКИЕ ОЧАГИ ТКАНИ ЭНДОМЕТРИЯ

- 1) эндометрит
- 2) гематометра
- 3) эндометриоз
- 4) эндоцервикоз
- 5) эндометрит

Правильный ответ: 3

017. СМЕЩЕНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ ВМЕСТО
МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ НА ВЛАГАЛИЩНУЮ
ЧАСТЬ ШЕЙКИ МАТКИ

- 1) цервикальная эктопия
- 2) цервицит
- 3) эндометриоз шейки матки
- 4) CIN
- 5) дисплазия шейки матки

Правильный ответ: 1

018. ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) протоковой и дольковой гиперплазией
- 2) воспалением стромы
- 3) стромально-сосудистой дистрофией
- 4) фиброзом соска
- 5) инфильтративным ростом

Правильный ответ: 1

019. САМАЯ ЧАСТАЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

- 1) гамартома
- 2) папиллома
- 3) киста
- 4) фиброаденома
- 5) атерома

Правильный ответ: 4

020. ТЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) два периода
- 2) четыре периода
- 3) пять периодов
- 4) три периода
- 5) инкубационный период и период клинических проявлений

Правильный ответ: 4

Ситуационные задачи:

Задача № 1.

Мужчина 25 лет обратился в поликлинику с жалобами на появление на головке полового члена безболезненной округлой язвы с гладким дном и ровными плотными краями. При обследовании выявлено увеличение паховых лимфатических узлов.

- 1) Предполагаемый диагноз.
- 2) Название язвы.
- 3) Период заболевания в данном случае.
- 4) Краткая характеристика следующего периода этого заболевания.
- 5) Основные проявления последнего периода болезни.

Задача № 2.

В патологоанатомическое отделение на гистологический анализ доставлена предстательная железа, удаленная у пожилого мужчины оперативным путем. При макроскопическом исследовании простата увеличена, имеет плотно-эластическую консистенцию, на разрезе содержит чётко отграниченные узлы разной величины, разделённые фиброзными прослойками.

- 1) Предполагаемый диагноз.
- 2) Определение заболевания.
- 3) Гистологические формы заболевания.
- 4) Возможные осложнения болезни.
- 5) Процесс, с которым проводится дифференциальная диагностика.

Задача № 3.

Молодая женщина обратилась к врачу с жалобами на появление два года назад в левой молочной железе безболезненного плотного округлого узла, имеющего чёткие границы, диаметром 2 см.

- 1) Предполагаемый диагноз.
- 2) Определение заболевания.
- 3) Краткая микроскопическая характеристика процесса.
- 4) Гистологические варианты заболевания.
- 5) Процессы, с которыми проводится дифференциальная диагностика.

Эталоны ответов:

Задача №1.

- 1) Сифилис.
- 2) Твердый шанкр.
- 3) Первичный.
- 4) Вторичный период этого заболевания характеризуется появлением сифилидов – сыпи на коже и слизистых оболочках.
- 5) Третичный период сифилиса проявляется интерстициальным воспалением и образованием гумм – сифилитических гранулем, представляющих собой очаг продуктивно-некротического воспаления.

Задача №2.

- 1) Доброкачественная гиперплазия предстательной железы.
- 2) (ДГПЖ) – дисгормональное заболевание, характеризующееся увеличением простаты за счет гиперплазии и гипертрофии железистого и стромального компонентов.
- 3) Железистая, железисто-фиброзная, железисто-фиброзно-мышечная, мышечно-фиброзная.
- 4) Острая и хроническая задержка мочи, гидронефроз с последующей почечной недостаточностью, цистит, восходящий пиелонефрит, урогенный сепсис.
- 5) Рак простаты.

Задача №3.

- 1) Фиброаденома молочной железы.
- 2) Доброкачественная опухоль молочных желёз.

- 3) Микроскопически опухоль представлена протоками и фиброзной стромой.
- 4) Интраканаликулярный и периканаликулярный.
- 5) Фиброзно-кистозная болезнь (мастопатия), рак молочной железы.