

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА
В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПРОВЕРИЛ

« 15 » _____ марта _____ 2019г.

Зав.кафедрой патологической анатомии
им.проф.П.Г.Подзолкова с курсом ПО,
ДМН, Профессор Чикун Владимир Иванович.

Реферат на тему: Болезни женской половой системы.

Выполнил: Врач ординатор патологоанатом

Замниус И.Е.

Содержание:

1. Введение.
2. Патология шейки матки.
3. Патология эндометрия.
4. Патология маточных труб.
5. Болезни молочных желез.
6. список используемой литературы.

ВВЕДЕНИЕ.

Заболевания женских половых органов подразделяют на дисгормональные (сопровождающиеся гиперпластическими, дистрофическими и атрофическими процессами), воспалительные и опухолевые. Нередко диагноз заболевания может быть поставлен только на основании морфологического (гисто- или цитологического) исследования. Поэтому биопсия является одним из наиболее важных диагностических методов в гинекологии (соскоб из полости матки и цервикального канала, биопсия шейки матки, влагалища, вульвы, интраоперационная биопсия органов женской половой системы и молочных желёз).

ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Шейка матки имеет 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

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.

Область между первоначальной и вновь образованной границей многослойного плоского и железистого эпителия получила название «зона трансформации». В зоне трансформации чаще всего развиваются предраковые процессы и рак.

ПОЛИП ЭНДОЦЕРВИКСА

Цервикальный полип – очаговый доброкачественный процесс гиперпластического характера эндоцервикса в виде выступающего в цервикальный канал образования.

Макроскопически полип эндоцервикса имеет овальную, округлую или вытянутую форму, располагается на различной толщине ножке. Размеры его варьируют от нескольких миллиметров до 2 см.

Микроскопически полип состоит из эндоцервикальных желез, располагающихся в фиброзной строме, содержащей сосуды. В зависимости от преобладания железистого или стромального компонента различают следующие гистологические варианты полипов:

- железистый полип;
- фиброзный полип;
- железисто-фиброзный полип;
- сосудистый полип.

В ножке полипа много кровеносных сосудов. Полип выстлан эндоцервикальным эпителием, в котором может наблюдаться плоскоклеточная метаплазия. В строме почти всегда воспалительная инфильтрация.

Прогноз. Полипы цервикального канала сопровождаются цервицитом, при изъязвлении служат причиной кровотечения, могут выступать в качестве шеечного фактора бесплодия. Малигнизация эндоцервикальных полипов наблюдается крайне редко.

ЦЕРВИЦИТ

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*. Хронический цервицит, наряду с воспалительной инфильтрацией слизистой оболочки, сопровождается пролиферативными и гиперпластическими изменениями эпителиального покрова с появлением сосочковидных разрастаний, гиперкератозом, акантозом, плоскоклеточной метаплазией. 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

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) – патологическая пролиферация клеток многослойного плоского эпителия с нарушением их дифференцировки и развитием клеточной атипии.

Ранее такие изменения назывались дисплазией, (лёгкой, умеренной, тяжёлой) и раком *in situ*.

Установлена связь CIN с папилломавирусной инфекцией.

Клеточная атипия при CIN характеризуется гиперхромностью и полиморфизмом ядер, повышением ядерно-цитоплазматического отношения. Эпителиоциты, поражённые папилломавирусом, имеют крупное, гиперхромное, неправильной формы ядро, вокруг которого определяется ободок просветлённой цитоплазмы. Такие клетки называют койлоцитами, а изменения – койлоцитозом.

Выделяют три степени CIN:

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

CIN 2 – наблюдается поражение 2/3 эпителиального пласта. Признаки койлоцитоза выражены слабее.

CIN 3 – диспластические изменения эпителия занимают более чем 2/3 пласта (тяжелая дисплазия) либо полностью всю толщу пласта, но не проникают за базальную мембрану (рак *in situ*).

В настоящее время CIN 1 отождествляется с понятием Low-grade Squamous Intraepithelial Lesions – L-SIL.

CIN 2, CIN 3 и рак *in situ* объединены под общим названием: High-grade Squamous Intraepithelial Lesions – H-SIL.

Плоскоклеточные интраэпителиальные поражения, обладающие низкой степенью выраженности, говорят о слабой дисплазии. Эта группа CIN также имеет свойства к регрессу патологических изменений. Высокая степень выраженности плоскоклеточных интраэпителиальных поражений представляет большую онкогенную опасность. HSIL в

большинстве случаев сопровождается прогрессированием патологии, вплоть до развития рака. Рак шейки матки в большинстве случаев – плоскоклеточная карцинома.

ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

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, гипофиза, гипоталамуса, надпочечников, и других не эндокринных органов и систем.

ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

Гиперплазия эндометрия – патологический процесс, развивающийся вследствие гормональных нарушений, сопровождающийся избыточной пролиферацией желез эндометрия и их эпителия.

Гиперплазия эндометрия возникает при гормональном дисбалансе с относительным или абсолютным преобладанием эстрогенов.

Выделяют следующие формы гиперплазии эндометрия:

- гиперплазия без атипии (простая, сложная);
- атипическая гиперплазия (простая и сложная).

Гиперплазия эндометрия, особенно атипическая является предраковым состоянием. Риск малигнизации этих форм существенно отличается, следовательно, другая и тактика лечения больных.

-Простая гиперплазия без атипии обычно регрессирует самостоятельно или после выскабливания эндометрия.

-Сложная гиперплазия без атипии – риск развития рака составляет около 3%.

-Простая атипическая гиперплазия сопровождается малигнизацией в 8%.

-Сложная атипическая гиперплазия эндометрия имеет риск развития рака 30%.

РАК ЭНДОМЕТРИЯ

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 и эстрогенпродуцирующих опухолях яичников.

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, которая

может быть высоко-, умеренно и низкодифференцированной. На её долю приходится 85% всех раков эндометрия.

Метастазы вначале лимфогенные, затем гематогенные и имплантационные.

ПОЛИП ЭНДОМЕТРИЯ

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 неравномерно расположенными в ней железами, нередко кистозно расширенными. Характерным признаком полипа, имеющим диагностическое значение, является наличие в его основании (ножке) толстостенных извитых сосудов с широким просветом.

С учетом структурных особенностей выделяют:

- железистый полип;
- железисто-фиброзный полип;
- фиброзный полип;
- аденоматозный полип.

Из них клиническое значение имеет аденоматозный полип, в котором имеют место признаки атипической гиперплазии, что оценивается как предраковое состояние.

ЛЕЙОМИОМА МАТКИ

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, дисфункциональными расстройствами, запорами. Спектр клинических проявлений варьирует в зависимости от количества, размеров, расположения узлов. Малигнизация лейомиом – редкость.

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

В зависимости от локализации в матке различают следующие виды лейомиом:

- субмукозные – располагающиеся под слизистой оболочкой;
- субсерозные – растущие под серозной оболочкой;

-интрамуральные лейомиомы – локализующиеся в толще миометрия.

Микроскопически лейомиома представлена разнонаправленными пучками из гладкомышечных клеток, между которыми имеется различное количество соединительнотканной стромы.

ЭНДОМЕТРИОЗ

Эндометриоз – появление очагов ткани эндометрия за пределами его нормальной локализации.

Встречается у 10-15% женщин репродуктивного возраста. Частота этой патологии продолжает нарастать.

В зависимости от локализации процесса выделяют:

- внутренний эндометриоз (аденомиоз) – расположение очагов эндометрия в миометрии;
- наружный эндометриоз – расположение эндометрия за пределами матки (в яичниках, брюшине, кишечнике, лёгких и др).

Основными причинами происхождения эндометриоза считаются:

- метаплазия эпителия ряда органов в ткань эндометрия;
- нарушения онтогенеза;
- имплантация эндометрия в брюшине, куда он попадает через маточные трубы во время менструации.

Внематочный эндометриоз характеризуется наличием фрагментов эндометрия в каких-либо тканях за пределами матки, наиболее часто – в яичниках (до 70% случаев). Эндометриоидные очаги имеют вид кистозных образований. Эндометриоидные кисты в яичниках могут превышать 10 см в диаметре, имеют геморрагическое содержимое, внутренняя поверхность их коричневого цвета ("шоколадные" кисты). Микроскопически в очагах эндометриоза обнаруживают эндометриальные железы, строму, отложения гемосидерина.

Второй по частоте локализацией наружного эндометриоза считают брюшину. Описывается эндометриоз кишечника (тонкой, сигмовидной кишки, червеобразного отростка), мочевыводящих путей, лёгких, пупка, рубцов после лапаротомии.

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

ПАТОЛОГИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ

САЛЬПИНГИТ

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 серозный сальпингит не вызывает выраженной клинической симптоматики. Макроскопически отмечаются отёк и гиперемия стенки трубы. При микроскопическом исследовании отёк, полнокровие и умеренная лейкоцитарная инфильтрация обычно ограничены слизистой оболочкой. При остром гнойном сальпингите маточная труба утолщена, с тусклой поверхностью, покрыта фибринозно-гнойным экссудатом. Из просвета трубы выделяется гной. Микроскопически наблюдаются резкая гиперемия, отёк и инфильтрация стенки трубы полиморфноядерными лейкоцитами. Характерно тяжёлое повреждение эпителия трубы, его дистрофия, некроз, десквамация. 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.

ПАТОЛОГИЯ ЯИЧНИКОВ

Опухоли яичника в большинстве своем являются доброкачественными и чаще встречаются у женщин 20-45 лет. На долю злокачественных опухолей яичников приходится около 20%, они наблюдаются обычно после 40 лет. Диагностика злокачественных опухолей яичников на ранних стадиях очень сложна, поэтому для таких больных характерна очень высокая смертность.

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

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, характеризующегося лимфогистиоцитарной инфильтрацией ткани молочной железы.

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

ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ

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

Клинически мастопатия проявляется в болевых ощущениях в молочной железе, которые усиливаются перед менструацией, а также в появлении болезненных очагов уплотнения в железе, лишенных четких границ. При надавливании на сосок могут быть выделения различного характера.

Микроскопически процесс характеризуется:

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

Заболевание обычно протекает доброкачественно.

ФИБРОАДЕНОМА

Фиброаденома – доброкачественная опухоль молочной железы железистого происхождения с преобладанием соединительнотканной стромы над железистой паренхимой.

Фиброаденома частая доброкачественная опухоль молочных желёз, встречается, начиная с подросткового возраста, но чаще выявляется у женщин 30-40 лет.

Макроскопически она представлена безболезненным плотным узлом, иногда множественным, чётко очерченным, светло-серого цвета. Фиброаденома 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);
- периканаликулярный (строма концентрически окружает протоки, при этом они имеют округлую форму).

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак молочной железы – наиболее распространенная злокачественная опухоль женщин. Болеют раком молочной железы женщины в любом возрасте, но чаще в период менопаузы.

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, больных с гормонально

активными опухолями яичников и после лечения эстрогенами. Ранняя беременность и роды, полноценное кормление грудью снижают риск развития рака молочной железы.

Основными морфологическими вариантами рака молочной железы являются:

- протоковый рак, встречающийся в 80% всех случаев рака молочной железы;

- дольковый рак, составляющий 10% случаев;

- болезнь Педжета (рак соска, а точнее распространение на сосок протокового рака железы);

- другие формы (медуллярный, метапластический и т.д.).

Развитию рака молочной железы предшествуют протоковая гиперплазия и рак *in situ*.

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.

Список литературы:

1. Серов В.В., и др. Патологическая анатомия 2-е изд.- М.: Медицина, 1998
2. Абрикосов, А. И. Основы общей патологической анатомии / А.И. Абрикосов. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2015. - 486 с.
3. Автандилов, Г. Г. Основы количественной патологической анатомии / Г.Г. Автандилов. - Москва: Наука, 2006. - 240 с.
4. Курс общей патологической анатомии. - М.: Медицина, 2011. - 360 с.
5. Струков, А. И. Патологическая анатомия / А.И. Струков, В.В. Серов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 880 с.

Рецензия.

На реферат по дисциплине «Патологическая анатомия».

Ординатора Замниус И.Е.

Работа Замниус И.Е. посвящена актуальной проблемы в патологической анатомии.

Проведенные в данной работе исследования важны с научной и практической точки зрения. В исследовании были рассмотрены этиология и патогенез данного заболевания, а также его морфологические проявления и степень выраженности на различных этапах прогрессии заболевания.

В ходе своего исследования Замниус И.Е. проанализировала и оценила важность применения научно-теоретического подхода к данной проблеме, используя микроскопические методы исследования.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы, обладают важным теоретическим значением. Реферат написан хорошим литературным языком.

Считаю, что данный реферат соответствует требованиям, предъявляемым к данному виду работ, а его автор заслуживает оценки «отлично».

Зав.кафедрой судебной медицины и патологической
анатомии им. проф. П.Г.Подзолкова с курсом ПО,
ДМН, Профессор
Чикун В.И.

