

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

« 22 » _____ марта _____ 2019г.

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

Реферат на тему: Болезни мужской половой системы.

Выполнил: Врач ординатор патологоанатом

Замниус И.Е.

Содержание:

1. Введение.
2. Баланопростит.
3. Фимоз.
4. Приапизм.
5. Олегогранулема.
6. Травматическое повреждение.
7. Остроконечная кондилома.
8. Заболевания предстательной железы.
9. Заболевания яичек.
10. используемая литература.

ВВЕДЕНИЕ.

Среди болезней мужских половых органов чаще всего встречаются заболевания полового члена (особенно пенисной части уретры), затем предстательной железы, яичек и их придатков.

БОЛЕЗНИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

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

Наиболее распространённой патологией полового члена являются воспалительные процессы.

БАЛАНОПОСТИТ

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;
- иммунодефицитные состояния;
- сахарный диабет и другие заболевания.

Выделяют острый и хронический баланопостит.

Острый баланопостит может иметь характер катарального или гнойного, а в тяжёлых случаях – гангренозного.

Хронический баланопостит сопровождается рубцовыми изменениями крайней плоти с развитием фимоза.

ФИМОЗ

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

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

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

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

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕНИСА

К травмам относят ушиб полового члена, возникающий при воздействии травмирующей силы на незарегистрированный орган. При диагностике травматических повреждений пениса используют понятие перелом полового члена (повреждение белочной оболочки и ткани пещеристых тел). Это происходит при насильственном изгибе зарегистрированного полового члена. Вывих полового члена наблюдается реже, чем его разрыв, при этом механизм повреждения одинаков. Происходит разрыв плотных тяжей, соединяющих пещеристые тела с лонными костями и связками, фиксирующими половой член к лобковому симфизу.

ОСТРОКОНЕЧНАЯ КОНДИЛОМА

Остроконечная кондилома – напоминающие бородавку или цветную капусту, образование, вызываемое вирусом папилломы человека (HPV – humanpapillomavirus).

ВПЧ-инфекция передаётся при половом контакте, поэтому её относят к группе заболеваний, передающихся половым путем. Среди всех типов вируса папилломы человека наибольшее значение принадлежит ВПЧ 6 и 11.

Установлена связь ВПЧ с развитием рака полового члена. Остроконечные кондиломы относятся к истинным новообразованиям.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

ПРОСТАТИТ

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;
- гиподинамия;
- 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).

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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:

- простая железистая форма;
- папиллярная и криброзная формы;
- железисто-фиброзная;
- железисто-мышечная;
- железисто-фиброзно-мышечная;
- мышечно-фиброзная.

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

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

ПРОСТАТИЧЕСКАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ

Простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН) – очаговая пролиферация эпителия выводных протоков желез с прогрессирующими атипией и полиморфизмом клеток.

Простатическая интраэпителиальная неоплазия – предраковый процесс.

Главным диагностическим признаком ПИН является нарушение гистоархитектоники железистого эпителия. В зависимости от степени выраженности структурных изменений эпителия ацинусов, выделены две формы ПИН: низкой и высокой степени злокачественности.

Заболевание часто диагностируется после 60 лет и не имеет какой-либо характерной симптоматики. Простатическая интраэпителиальная неоплазия высокой степени злокачественности в 100% случаев заканчивается развитием рака простаты.

Еще одним предраковым процессом является атипичная аденоматозная гиперплазия предстательной железы (аденоз). Она представляет собой очаговую пролиферацию ацинарных структур, напоминающих по строению аденокарциному. Часть авторов рассматривает её в качестве предракового состояния, другие считают высокодифференцированной аденокарциномой.

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак предстательной железы занимает четвёртое место по частоте среди всех форм рака у мужчин. Новообразование диагностируется в пожилом и старческом возрасте и в половине случаев уже на стадии, сопровождающейся метастазами.

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 устанавливает 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

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. Во втором яичке, опустившемся в мошонку, наблюдается нарушение дифференцировки половых клеток. При крипторхизме развивается бесплодие, возможна малигнизация.

ОРХИТ И ЭПИДИДИМИТ

Орхит и эпидидимит – воспаление яичка и его придатка.

Этиология. В большинстве случаев процесс имеет инфекционную этиологию.

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.

Орхит может иметь острое или хроническое течение.

Острый орхит может развиваться в результате травмы или нарушения кровоснабжения (при перекруте яичка). Изначально воспаление стромы быстро распространяется на канальцы 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.

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

ОПУХОЛИ ЯИЧКА

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.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА

Гидроцеле (водянка яичка) – накопление серозной жидкости между собственными оболочками яичка.

Водянка развивается в случае гиперпродукции жидкости при орхитах и эпидидимоорхитах, вследствие обструкции лимфатических или венозных сосудов семенного канатика. При неосложнённой форме заболевания (одностороннее поражение) влагалищная оболочка гладкая, блестящая. Возможно присоединение инфекции, развитие

кровоизлияний. При инфицировании или опухолевом поражении влагалищная оболочка обычно утолщена, склерозирована.

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.

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 длится 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, плазмочитов, 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. Затем происходит гематогенное распространение возбудителя, а 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 как выражение ГЗТ. Третичный сифилис проявляется в виде хронического диффузного продуктивно-некротического воспаления и образования гумм (*gummi* -

клеевидное вещество) во внутренних органах и сосудах. Наибольшее значение имеет поражение сердца, аорты и нервной системы. Сифилис аорты приводит к сифилитическому мезоартиту, который 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.

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.

