

Занятие семинарского типа № 8
ТЕМА: «Патология органов половой системы»

Место проведения: учебная комната

Продолжительность: по расписанию – 2 часа 30 минут

ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

Изучить классификацию, этиологию, патогенез, морфологические изменения, осложнения и исход патологии органов половой системы.

ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ:

ОК-1, 5;

ОПК-8;

ПК – 11, 13, 14

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК

ВАГИНИТЫ

Воспалительные заболевания влагалища нередко сочетаются с воспалительным процессом вульвы. Развиваются вследствие инфицирования хламидиями, вирусом папилломы человека, гонококками, грибами, трихомонадами, микоплазмами. Диагностика вагинита основана на клинической картине, результатах цитологического, бактериоскопического и бактериологического исследований содержимого влагалища и обычно не требует биопсии.

**ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ СОСТОЯНИЯ И
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ**

МКБ: D28.1 Доброкачественное новообразование влагалища.

- **Эпителиальная инклюзионная киста** образуется вследствие травмы слизистой оболочки во время акушерских ситуаций и при хирургических вмешательствах. Кисты обычно выстланы неороговевающим многослойным плоским эпителием, в просвете кисты — отторгшиеся клетки, детрит.

- **Стромальный полип** (ботриоидная псевдосаркома) наблюдается преимущественно у беременных женщин. Фиброзный полип, покрытый многослойным плоским эпителием, в строме отростчатые клетки и тонкостенные сосуды. При атипизме ядер клеток поражение необходимо дифференцировать с ботриоидной саркомой.

- **Эндометриоз.** Нередко располагается в области сводов. Необходимо дифференцировать с аденозом.

- **Аденоз** — железистые структуры в стенке влагалища, выстланные эндоцервикальным эпителием. Возможно, самопроизвольное излечение, обусловленное плоскоклеточной метаплазией.

- **Плоскоклеточная папиллома** — папиллярная опухоль, нередко множественная в области гимена. В покровном многослойном плоском эпителии атипия и признаки папиллома вирусной инфекции отсутствуют.

- **Остроконечные кондиломы** — папиллярные соединительнотканые образования, покрытые многослойным плоским эпителием с акантозом и койлоцитозом.

- **Мюллерова папиллома** наблюдается у детей. Может быть солитарным образованием или множественным со скудной соединительнотканной стромой, покрытой эпителием мюллера типа, местами возможна плоскоклеточная метаплазия.

- **Лейомиома и фиброма** имеют обычное строение.

• ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ

- Причины развития интраэпителиальной неоплазии влагалища, структурно-функциональные особенности и критерии аналогичны, таковым при цервикальной интраэпителиальной неоплазии. Различают дисплазию лёгкую (VAIN1; МКБ: N89.0 Слабовыраженная дисплазия влагалища), умеренную (VAIN2; МКБ: N89.1 Умеренная дисплазия влагалища), тяжёлую (VAIN3; МКБ: N89.2 Резко выраженная дисплазия влагалища, не классифицированная в других рубриках) и карциному *in situ* (VAIN3; МКБ:

D07.2 Карцинома *in situ* влагалища). VAIN1 с койлоцитозом часто подвергается регрессии.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

МКБ: C52 Злокачественное новообразование влагалища.

- **Плоскоклеточная карцинома** наблюдается в верхней трети влагалища. Варианты плоскоклеточной карциномы: ороговевающая, неороговевающая, веррукозная и бородавчатая (кондиломатозная). Микроскопическая картина двух первых сходна с плоскоклеточными карциномами шейки матки, двух последних — вульвы. При одновременном поражении влагалища и шейки матки первичная опухоль чаще расположена в шейке матки.
- **Светлоклеточная карцинома** наблюдается преимущественно у молодых женщин (средний возраст 19 лет), нередко располагается на передней стенке верхней трети влагалища. Опухоль состоит из солидных участков, кистозных формирований, папиллярного вида с наличием светлых клеток и клеток типа «сапожного гвоздя с большой шляпкой».
- **Эндометриоидная, муцинозная и мезонефроидная карциномы** сходны с таковыми в шейке матки.
- **Лейомиосаркома** имеет обычное строение.
- **Эмбриональная рабдомиосаркома** наблюдается у девочек. Имеет вид полиповидных масс, напоминающих «гроздь винограда». Характеризуется камбиальным слоем с компактно расположенными клетками с мелкими гиперхромными ядрами, иногда внедряющимися в эпителий, центральная часть опухоли представлена миксоидной стромой с небольшим числом клеток, некоторые из которых с дифференцировкой в направлении поперечнополосатых мышечных волокон. Опухоль отличается агрессивным местным ростом, что является основой летального исхода.

- **Злокачественная меланома** — пигментированная или амеланотическая — относительно частое поражение нижней трети влагалища, нередко с изъязвлениями. Микроскопическая картина не отличается от поражений в других областях.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Воспалительные заболевания шейки матки вызывают те же микроорганизмы, что и вагиниты. Острый и хронический воспалительный процесс может развиваться в результате непосредственного воздействия популяции микроорганизмов на шейку матки, распространения инфекции из соседних органов или гематогенным путем. Среди специфических возбудителей преимущественно встречаются хламидии, вирус папилломы человека и ВПГ, гонококки, трихомонады, грибы рода *Candida*.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

МКБ: С54.1 Злокачественное новообразование эндометрия.

ДЦЕНОКАРЦИНОМА ЭНДОМЕТРИЯ

Аденокарцинома эндометрия составляет почти 90% злокачественных опухолей тела матки. Выделяют 2 патогенетических варианта развития карциномы эндометрия: так называемые гормонозависимый и гормоннезависимый (автономный). Для 1-го варианта, который наблюдается у 60—70% больных, свойственны длительное воздействие эстрогенов, отсутствие беременностей и родов, угнетение овуляции, позднее наступление менопаузы, эндокринно-метаболические нарушения в виде ожирения, липидемии, СД, феминизирующие опухоли яичника, овариальная стромальная гиперплазия и гипертекоз. Второй вариант отличается тем, что менструальная функция не нарушена, менопауза обычно наступает ранее 50-летнего возраста, слизистая оболочка тела матки атрофична, в условиях иммунодепрессии отсутствуют эндокринные и метаболические нарушения, строма яичников фиброзная.

- При гормонозависимом варианте отмечаются длительная клиническая симптоматика, развитие опухоли в пре- и перименопаузе, высокая степень дифференцировки аденокарциномы, поверхностная инвазия, невысокая потенция к метастазированию, высокая чувствительность к прогестинам и относительно благоприятный прогноз.
- Для второго варианта свойственны короткая продолжительность симптомов, развитие опухоли в постменопаузе, низкая степень дифференцировки и глубокая инвазия, значительная склонность к метастазированию, невысокая чувствительность к прогестинам и

сомнительный прогноз.

- Аденокарцинома располагается на внутренней поверхности тела матки, при экзофитном росте нередко отмечается изъязвление, при эндофитном происходит увеличение объема матки.

• **Микроскопия.** Различают высоко-, умеренно-и низкодифференцированную аденокарциному. Степень дифференцировки опухоли определяют на основании величины солидных участков (не более 5% — высокодифференцированная, 6—50% — умеренно- и более 50% — низкодифференцированная) и выраженности атипии ядер эпителиальных клеток. Эпителий в высоко- и умеренно дифференцированных аденокарциномах состоит из цилиндрических клеток с овальными или вытянутыми ядрами с относительно равномерным распределением хроматина и базофильной цитоплазмой. В низкодифференцированных опухолях клетки с выраженной анаплазией, полиморфными ядрами с неравномерно распределённым грубым хроматином, наличием ядрышек. По мере снижения дифференцировки опухоли строма утрачивает цитогенный характер, становится волокнистой, располагается в виде узких прослоек между железистыми структурами.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

ЛЕЙОМИОСАРКОМА

Лейомиосаркома — обычно солитарное образование (75%), интрамуральное, мягкой консистенции, с нечёткой границей, очагами некроза и кровоизлияний.

Микроскопия. Пучки ГМК с ядрами разной формы и величины с грубыми гранулами хроматина и наличием ядрышек. Отличаются

повышенной митотической активностью (10 митозов и более в 10 полях зрения при большом увеличении), включая патологические митозы. Однако гладкомышечные опухоли с 5 митозами и более в 10 полях зрения при большом увеличении и атипизмом клеток также относятся к лейомиосаркомам. Для опухолевой ткани характерна инвазия в соседний миометрий. Лейомиосаркома может состоять из эпителиоидных клеток (*эпителиоидная лейомиосаркома*) или отличаться содержанием миксоидного материала (*миксоидная лейомиосаркома*).

БОЛЕЗНИ МАТОЧНЫХ ТРУБ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Воспаление маточных труб (сальпингит) — одно из наиболее частых гинекологических заболеваний, нередко в воспалительный процесс вовлекаются и яичники (сальпингоофорит). В этиологии сальпингита основное значение придаётся полимикробному фактору. Распространение инфекции происходит восходящим путём из матки, что приводит к развитию эндосальпингита, реже — через лимфатические и кровеносные сосуды (послеродовая и послеабортные инфекции), что сопровождается появлением перисальпингита.

- **Острый сальпингит** (МКБ: N70.0 Острый сальпингит и оофорит) обычно бывает двусторонним. Маточные трубы с застойными явлениями, покрыты фибринозным экссудатом. Просвет трубы с серозным или серозно-гнойным содержимым.

- **Микроскопия.** Складки эндосальпинкса с отёком и выраженной инфильтрацией ПЯЛ, полнокровными сосудами, очагами изъязвления, эпителиальные клетки дистрофически изменены. Полнокровие сосудов, отёк и инфильтрация ПЯЛ имеются и в миосальпинксе. На наружной

поверхности труб участки с наложением фибрина. По мере усиления процесса репарации постепенно увеличивается число лимфоцитов и плазмоцитов, возможно формирование лимфоидных фолликулов. Изменения маточных труб при остром сальпингите могут завершиться образованием пиосальпинкса и даже tuboovarialного абсцесса или приводят к срастанию складок слизистой оболочки и появлению спаек на серозном покрове труб, которые свойственны хроническому сальпингиту.

- **Хронический сальпингит** (МКБ: N70.1 Хронический сальпингит и оофорит) у большинства развивается после острого сальпингита. Маточные трубы извитые, с перетяжками, наличием мелких, рыхлых или более крупных и плотных спаек на наружной поверхности, с срастанием складок эндосальпинкса различной степени выраженности, иногда с образованием полостей переменной величины (*псевдофолликулярный сальпингит*), разрастанием соединительной ткани и рассеянной (местами очаговой) инфильтрацией лимфоцитами во всех слоях труб. При выраженных фиброзных изменениях во всех слоях маточные трубы выглядят атрофичными.

- **Пиосальпинкс** (МКБ: N70 Сальпингит и оофорит) образуется при облитерации трубы в медиальном и латеральном отделах, просвет её заполнен гнойным экссудатом. Стенка трубы гипертрофирована, отёчная, с обильной инфильтрацией лимфоцитами, плазмоцитами, ПЯЛ, гистиоцитами.

- **Гидросальпинкс** (МКБ: N70.1 Хронический сальпингит и оофорит) формируется в результате накопления транссудата в ампулярном отделе трубы, сопровождается значительным расширением последнего, уменьшением числа, высоты и ветвистости эндосальпинкса,

истончением миосальпинкса, его замещением соединительной тканью. Реконструктивно-пластические операции не всегда приводят к восстановлению функции маточной трубы.

- **Гематосальпинкс** (МКБ: N83.6 Гематосальпинкс) в структурном отношении мало отличается от гидросальпинкса, исключая наличие крови в расширенном ампулярном отделе трубы.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- **Оофорит** (МКБ: N70 Сальпингит и оофорит) почти всегда сочетается с сальпингитом. У большинства больных воспаление имеет полимикробную этиологию. В острой стадии воспаления яичник отёчный, гиперемирован, на поверхности — серозный экссудат, при хроническом — в спайках.

Микроскопия. В поверхностном отделе коркового слоя яичника — полнокровие сосудов, инфильтрация с преобладанием ПЯЛ, формирование микроабсцессов. При хроническом воспалении на поверхности яичника — фиброзные спайки, иногда с пролиферацией мезотелия, в строме — очаговые фиброзные изменения.

Исход часто благоприятный; осложнения — образование спаек (хронический периоофорит), tuboовариального абсцесса или абсцесса яичника.

ПРАКТИКУМ

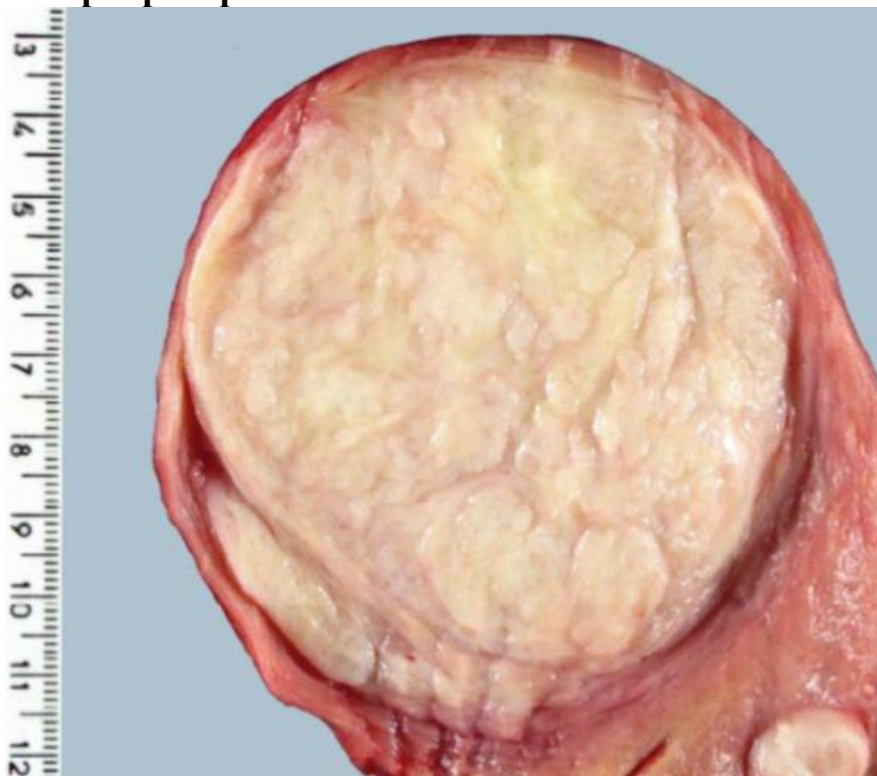
Макропрепараты.

Макропрепарат " Железистая гиперплазия эндометрия".



Изучить Железистую гиперплазию эндометрия по макроскопической картине. Описать макропрепарат «Железистая гиперплазия эндометрия». Обратить внимание на размеры матки, толщину, цвет и очаговые изменения слизистой оболочки матки.

Макропрепарат Лейомиома.



Изучить Лейомиому по макроскопической картине. Описать

макропрепарат «Лейомиома». Обратить внимание на размеры матки, толщину, цвет и очаговые изменения в миометрии. Описать размеры, количество, форму, цвет узловых образований.

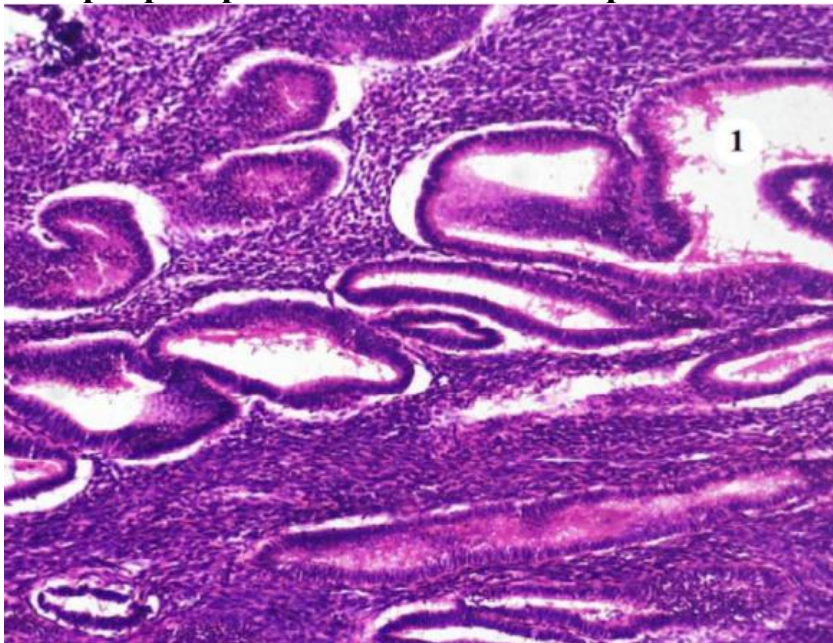
Макропрепарат Септический эндометрит.



Изучить Септический эндометрит по макроскопической картине. Описать макропрепарат «Септический эндометрит». Обратить внимание на размеры и консистенцию матки, толщину, консистенцию и цвет ее слизистой оболочки.

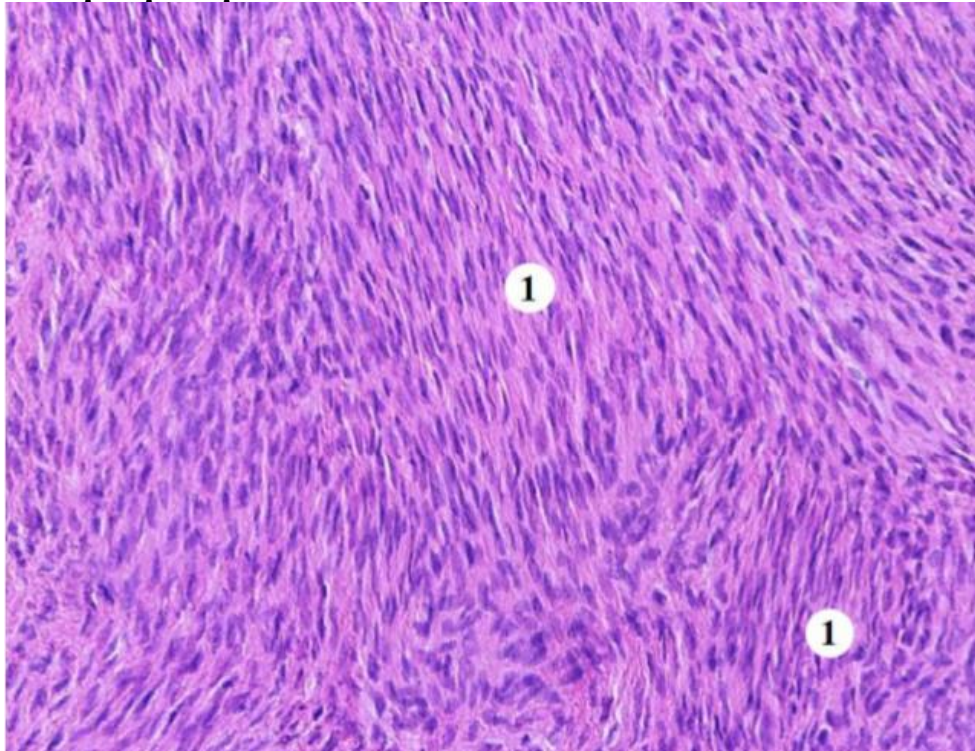
Микропрепараты.

Микропрепарат " Железистая гиперплазия эндометрия".



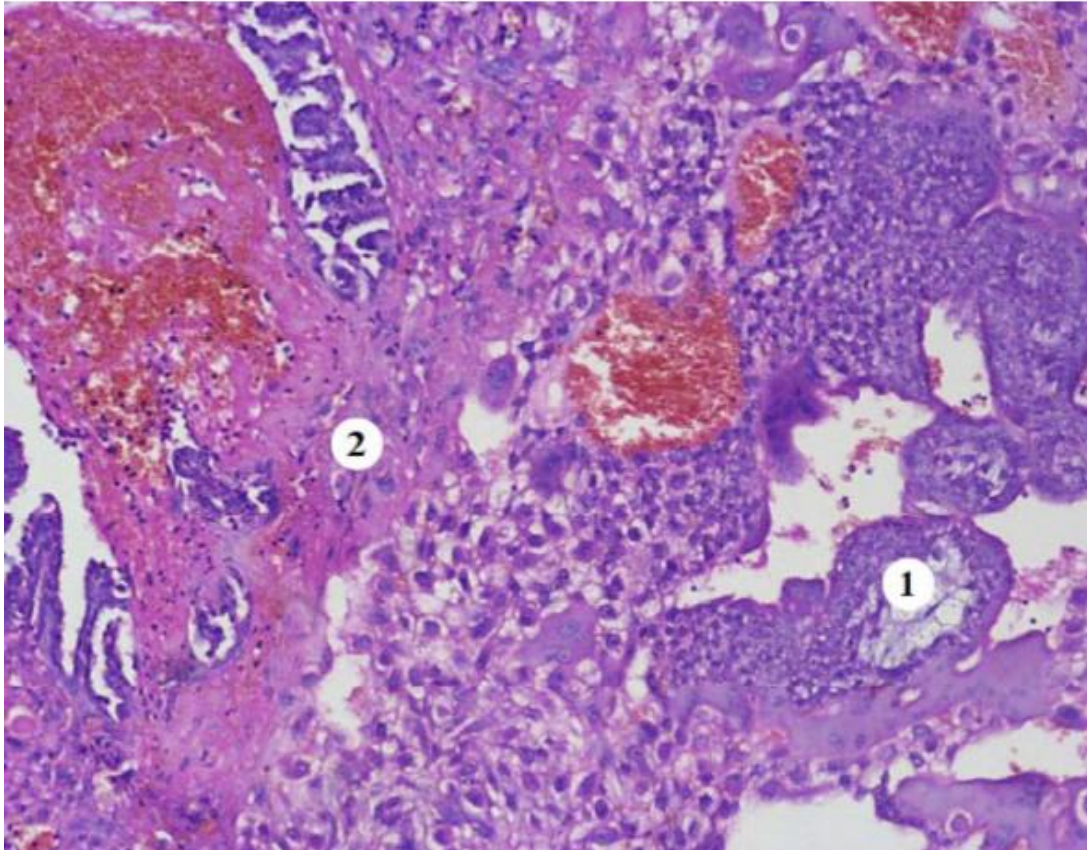
Изучить Железистую гиперплазию эндометрия по микроскопической картине. Зарисовать микропрепарат железистая гиперплазия эндометрия. Обратить внимание на толщину слизистой оболочки, количество, размеры и форму желез, высоту и митотическую активность эпителия желез. Клеточность и кровенаполнение сосудов стромы. Обозначить патологические изменения, определить тип железистой гиперплазии эндометрия согласно международной классификации.

Микропрепарат Лейомиома.



Изучить Лейомиому по микроскопической картине. Описать микропрепарат «Лейомиома». Обратить внимание на расположение, форму и строение желез во фрагментах слизистой оболочки; размеры и форму клеток и ядер, митотическую активность клеток желез, развитие и кровенаполнение сосудов стромы; вторичные изменения в тканях опухоли; сгустки крови в препарате. Зарисовать микропрепарат, обозначить патологические изменения.

Микропрепарат Трубная беременность



Изучить Трубную беременность по микроскопической картине. Описать микропрепарат трубная беременность. Обратит внимание на толщину слизистой оболочки, мышечной оболочки маточной трубы. Найти и описать очаговые кровоизлияния в строму, наличие в просвете и стенке маточной трубы ворсин хориона, покрытых трофобластом. Зарисовать микропрепарат, обозначить патологические изменения.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. ВИД ГИПЕРПЛАЗИИ ЖЕЛЕЗ ЭНДОМЕТРИЯ

1) гестационная 2) эмбриональная 3) патологическая 4) компенсаторная

2. ГИПЕРПЛАЗИЯ ЖЕЛЕЗ ЭНДОМЕТРИЯ ОБУСЛОВЛЕНА

ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ 1) эстрогенов 2) гестагенов

3. ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ 1) поздние первые роды

2) раннее начало половой жизни 3) неспособность к деторождению 4)

хронические инфекции полового тракта 5) половые связи с

многочисленными партнерами

4. ФАКТОРЫ РИСКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА

1) поздние первые роды 2) раннее начало половой жизни 3)

неспособность к деторождению 4) хронические инфекции полового

тракта 5) половые связи с многочисленными партнерами

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА

ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) аденокарцинома 2) плоскоклеточный

рак

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

МАТКИ ЯВЛЯЮТСЯ 1) инфекции 2) эндокринные нарушения 3)

опухолевые трансформации 4) осложнения беременности и родов

7. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К

ИНФИЦИРОВАНИЮ ПОЛОСТИ МАТКИ

1) кольпит 2) остатки плаценты после родов 3) остатки плодного яйца после спонтанного или искусственного аборта

8. ЭНДОМЕТРИЙ И МИОМЕТРИЙ ОБЛАДАЮТ УСТОЙЧИВОСТЬЮ К ИНФЕКЦИИ БЛАГОДАРЯ 1) секрету, вырабатываемому железами эндометрия 2) активной физиологической смене эпителиальных клеток 3) защитному барьеру эндоцервикса (крестеллеровской пробке)

9. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ 1) первичным 2) вторичным

10. САМОЙ ЧАСТОЙ ОПУХОЛЬЮ ТЕЛА МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) фибромиома 2) лейомиосаркома 3) полип эндометрия

11. ТИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ, ДАЮЩИЕ НАЧАЛО ПОЛИПАМ 1) атрофический 2) функционирующий 3) гиперпластический

12. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ МОГУТ 1) малигнизироваться 2) быстро увеличиваться в размерах 3) подвергаться обратному развитию и обызвествлению

13. ФОРМЫ РОСТА ФИБРОМИОМЫ 1) диффузная 2) субсерозная 3) субмукозная 4) полипообразная 5) интрамуральная 6) трансмуральная

14. МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФИБРОМИОМЫ 1) округлой формы 2) серо-белого цвета 3) волокнистого вида 4) массивных размеров 5) с четкими границами 6) с обширными участками некрозов и кровоизлияний

15. СОСТОЯНИЯ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ 1) гиперплазия эндометрия 2) хроническая HPV-инфекция 3) длительное лечение эстрогенами 4) множественные фибромиомы матки 5) эстрогенсекретирующие опухоли яичника

16. ЛЕЙОМИОСАРКОМЫ ВОЗНИКАЮТ 1) de novo 2) при малигнизации лейомиомы

17. ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ЧЕРТА ЛЕЙОМИОСАРКОМЫ 1) быстрый рост 2) рецидивирование после хирургического удаления 3) метастазирование в яичники (метастазы Крукенберга)

18. ИНТРАМУРАЛЬНЫЕ ЛЕЙОМИОМЫ МОГУТ ПРИВОДИТЬ К 1) менометроррагии 2) прерыванию беременности 3) перекруту ножки и некрозу с развитием острого живота

19. МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ 1) рыхлый 2) утолщенный 3) легко отторгается 4) губчатого вида, темно-красного цвета

ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ

ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА ПО ТЕМЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

Подготовить конспект на тему: «**Патология органов половой системы**».