

МОРФОГЕНЕЗ ОВАРИОЦЕЛЕ И ГИСТОСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЯИЧНИКЕ ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ

Антипов Н.В., Гаврилов А.О., Колесникова И.А., Зарицкий А.Б., Заплавский А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Антипов Н.В., Гаврилов А.О., Колесникова И.А., Зарицкий А.Б., Заплавский А.В. Морфогенез овариоцеле и гистоструктурные изменения в яичнике при его наличии // Украинський морфологічний альманах. – 2013. – Том 11, № 1. – С. 3-5.

Исследованы 66 свежих нефиксированных трупов женского пола, умерших в возрасте 24-79 лет. Варикозное расширение яичниковых вен часто сопровождается отсутствием позадибодочной фасции. В случаях овариоцеле при гистологическом исследовании яичников отмечено наличие дегенераторно-дистрофических и воспалительных изменений.

Ключевые слова: овариоцеле, позадибодочная фасция, склероз, фолликулярная киста, гемосидероз

Антипов Н.В., Гаврилов О.О., Колесникова И.А., Зарицкий О.Б., Заплавский О.В. Морфогенез овариоцеле та гистоструктурні зміни в яєчнику за його наявності // Український морфологічний альманах. – 2013. – Том 11, № 1. – С. 3-5.

Досліджено 66 свіжих нефіксованих трупів жінок, що померли у віці 24-79 років. Варикозне розширення яєчникових вен часто супроводжується відсутністю заободокішкової фасції. У випадках овариоцеле при гістологічному дослідженні відмічена наявність дегенераторно-дистрофічних та запальних змін.

Ключові слова: овариоцеле, заободокішкова фасція, склероз, фолікулярна киста, гемосидероз

Antypov N.V., Gavrylov A.O., Kolesnykova I.A., Zarytskyi A.B., Zaplavskiy A.V. Ovaryocele morphogenesis and histostructural changes in the ovary in its existence // Український морфологічний альманах. – 2013. – Том 11, № 1. – С. 3-5.

There have been examined 66 recent non-fixed female corpses aged 24-79. Varicose dilatation of the ovarian veins is frequently accompanied with the retro colic fascia lack. In cases of ovaryocele histologic research often detects degenerative and dystrophic changes.

Key words: ovaryocele, retro colic fascia, sclerosis, follicular cysts, hemosiderosis

Введение. Варикозное расширение яичниковых вен — овариоцеле у женщин репродуктивного возраста приводит к нарушению менструального цикла, маточным кровотечениям, поддерживает воспалительные и дегенеративные процессы в яичниках, приводя к ряду серьезных гинекологических и онкологических проблем.[1] Возникновение овариоцеле считают проявлением флестоза при гинекологической патологии, врожденной ангиодисплазии, связывая его так же с анатомо-физиологическими особенностями кровоснабжения органов малого таза.[2,3] Кроме того, в настоящее время еще не сформировано целостное представление о причинах развития дегенераторно-дистрофических изменений в яичниках.[4,5,6]

Цель исследования. Формирование целостного представления о морфологических предпосылках варикозного расширения vv. ovaricae, а так же рассмотрение возможности влияния овариоцеле на развитие дегенераторно-дистрофических процессов в яичнике.

Материалы и методы. Топографо-анатомически и макро-микроскопически исследованы 66 свежих нефиксированных трупов женского пола, умерших в возрасте 24-79 лет. Исследование проводилось с использованием методов препарирования, морфометрии и определения гистологического строения. Работа выполнена на базе Донецкого областного бюро

судебно-медицинской экспертизы, кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии и кафедры патоморфологии ДонНМУ им. М. Горького.

На всех трупах выполнялась срединная лапаротомия, разрез производился от основания мечевидного отростка до лобкового симфиза. Ткани рассекались послойно. После выполнения разреза оценивалось наличие или отсутствие брыжейки отделов толстой кишки. Далее оценивались размеры и консистенция яичников. Для обнаружения топографии v. ovarica и ее анастомозов производилась инъекция кровеносных сосудов светоконтрастными массами, такими как ультрамарин и оранжевый-Ж с добавлением 4%-го раствора желатины при температуре 30-34°C. Постепенно вскрывая фасциальный футляр v. ovarica, прослеживали ее ход до проникновения в paracoln или paraureterium. Поэтапно выделяя и беря на держалки анастомозы указанного сосуда, оценивали размер, диаметр и степень выраженности стенки v. ovarica, далее оценивалось место впадения сосуда в магистральную вену, а так же анастомозы сосуда, идущие в восходящем направлении. Проводилось фотографиярование выявленных вариантов. Диагноз овариоцеле ставился при обнаружении извилистого хода и увеличенного диаметра v. ovarica. За норму диаметра принято было считать $4,0 \pm 0,5$ мм. На секцион-

ном материале пальпаторно определялась консистенция яичников, измерялся их продольный размер. За норму был принят размер $3,0 \pm 0,4$ мм. При наличии овариоцеле отбирался материал для гистологического исследования. Образцы фиксировались формалином. Из фиксированного материала изготавливались парафиновые блоки. Срезы окрашивались гематоксилином и эозином. Гистологические препараты были изучены под светооптическим микроскопом Olympus BX-40 в 30-кратном увеличении, микрофотографирование произведено цифровой фотокамерой Olympus U-TV1X с программным обеспечением Olympus DP-Soft.

Результаты и их обсуждение. При оценке положения отделов толстой кишки по отношению к брюшине нами было обнаружено: в 48 случаях (72,7%) восходящий отдел ободочной кишки располагалась мезоперитонеально и в данном случае мы отмечаем хорошо выраженную позадиободочную фасцию (Гольдта), на большом протяжении которой *v. ovarica* была тесно связана своим фасциальным футляром. У нисходящего отдела в 37 случаях (56,1%) мы констатировали ее мезоперитонеальное положение. При этом отмечалось наличие *fascia retrocolica*, и, соответственно, левого *paracolon*. В 65 случае (98,5%) сигмовидная кишка имела брыжейку. В 18 (27,3%) случаях восходящий отдел ободочной кишки располагалась интраперитонеально, то есть имело место отсутствие позадиободочной фасции и правого *paracolon* как такового не было, так как оно являлось неотъемлемой частью собственно брюшинного пространства. Причем в 8 из указанных вариантов (12,9%) правая *v. ovarica* проходила в едином фасциальном футляре с мочеточником в пределах *paraureterium dextrum*. В 29 случаях (43,9%) мы констатировали интраперитонеальное расположение *colon descendens*, позадиободочная фасция отсутствовала, при этом в указанных вариантах *v. ovarica sinistra* проходила в собственно брюшинном пространстве. В 1 случае (1,5%) сигмовидная кишка располагалась мезоперитонеально, будучи фиксированной к левой стенке малого таза.

В 16 случаях (24,2%) мы обнаружили резко увеличенный, пастозно измененный левый яичник. В 5 случаях (7,6%) аналогичные изменения имелись в правом яичнике. В таком же количестве случаев наблюдались изменения в обоих яичниках. Продольные размеры яичников при овариоцеле составили соответственно $4,4 \pm 0,7$ мм слева и $3,8 \pm 0,5$ мм справа.

В 32 (48,5%) случаях *v. ovarica sinistra* проходила в левом *paracolon*, диаметр составлял $4,2 \pm 1,3$ мм. В 19 (28,8%) случаях при исследовании указанного сосуда отмечалось его резкое увеличение, $d=7,8 \pm 2,9$ мм, стенка была варикозно расширена и имела извитой ход.

Во всех указанных наблюдениях вена имела множественные анастомозы с поясничными ве-

нами, диаметр которых составлял $1,2 \pm 0,4$ мм. В 34 случаях (51,5%) *v. ovarica sinistra* имела анастомозы с нижней брыжеечной веной, в том числе в 16 случаях (24,2%) — с верхней ягодичной. В 36 (54,5%) случаях *v. ovarica sinistra* непосредственно впадала в почечную вену, при этом в 9 случаях (13,6%) она имела анастомозы с верхней брыжеечной веной, а в 17 (25,8%) — с селезеночной веной. В 10 случаях (15,2%) указанная вена имела выраженный анастомоз с почечной веной, $d=3,7 \pm 0,7$ мм, основной ствол сосуда впадал при этом в селезеночную вену, в 1-м случае (1,6%) — в верхнюю брыжеечную вену. В 10 случаях (15,2%) левая яичниковая вена впадала в почечную вену, однако на противоположной полуокружности возникала, как непосредственное продолжение *v. ovarica sinistra*, анастомотическая ветвь левой почечной вены с селезеночной веной, диаметром $3,4 \pm 0,5$ мм.

В 41 случае (62,1%) *v. ovarica dextra* располагалась в правом *paracolon*, $d=3,6 \pm 1,1$ мм, ее фасциальный футляр был плотно фиксирован к *fascia retrocolica*, выявлялись анастомозы с нижней брыжеечной, 3-й и 4-й поясничными венами, диаметр таких сосудов составлял $1,1 \pm 0,3$ мм. В 10 случаях (15,2%) *v. ovarica dextra*, по аналогии с левой, варикозно измененную стенку и извитой ход. Правая яичниковая вена в 36 случаях (54,6%), в пределах собственно брюшинного пространства впадала в нижнюю полую вену на уровне L3-L4. В 7 (10,6%) случаях она таким же образом впадала в нижнюю полую вену на незначительном удалении от почечной вены на уровне L1. В 5 случаях (7,6%) она впадала в почечную вену. В 3-х наблюдениях (4,5%), имея анастомоз с почечной веной, $d=3,8 \pm 0,6$ мм, *v. ovarica dextra* впадала в верхнюю брыжеечную вену на уровне Th12.

При гистологическом исследовании яичников нами были обнаружены следующие изменения: неравномерный склероз корковой зоны с разрастанием созревающей грануляционной ткани, множество примордиальных фолликулов, полнокровные сосуды, очаги скудой лимфоцитарной инфильтрации, мелкие фолликулярные кисты, очаги гемосидероза.

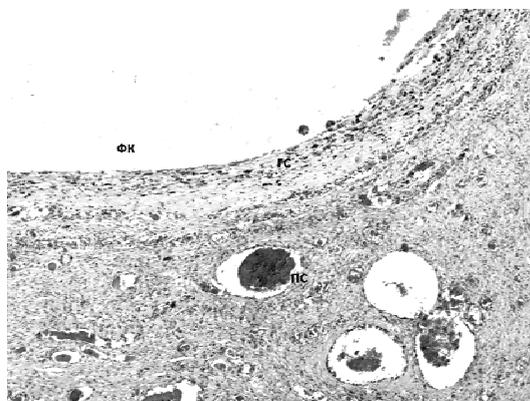


Рис. 1. Яичник (левый) умершей (26 лет) при овариоцеле, окр. ГЭ, X30; ФК – фолликулярная киста, ГС – гемосидероз, ПС – полнокровные сосуды

Склероз и очаговый гемосидероз могут быть расценены нами как вполне естественная реакция органа на местное венозное полнокровие по аналогии с похожими процессами в других органах. Патогенез фолликулярных кист в наше время изучен недостаточно, так как до сих пор у специалистов нет единого подхода к объяснению причин их формирования.

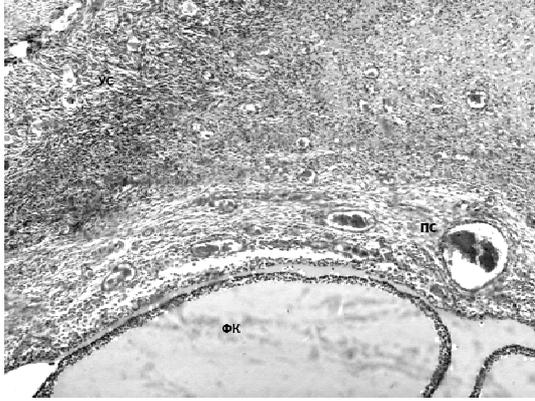


Рис. 2. Яичник (левый) умершей (26 лет) при овариоцеле, окр. ГЭ, X30; ФК – фолликулярная киста, ПС – полнокровные сосуды, УС – участок склероза

Наличие в яичниках при овариоцеле мелких фолликулярных кист, покрытых слоем фолликулярного эпителия с расширенными и полнокровными сосудами в окружающей эти кисты тека-ткани может говорить о том, что в данном случае именно полнокровие явилось причиной отсутствия овуляции овоцитов, на месте которого они развились. Следует отметить, что фолликулярные кисты приводят к гиперэстрогенизации женского организма, а это, в свою очередь, может послужить развитию злокачественных новообразований как в яичнике, так и в других органах женской половой системы. Очаговая лимфоцитарная инфильтрация указывает на присутствие хронического воспалительного процесса в яичнике, которое так же могло быть обусловлено нарушением оттока крови и является предпосылкой к началу неопластических процессов в органе.

Выводы:

1. Наличие овариоцеле часто сопровождается отсутствием позадиободочной фасции вследствие незавершенного внутриутробного поворота кишечника и сохранностью брыжейки у восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки, что объясняется отсутствием прочного фасциального футляра яичниковых вен, которым в нормальных условиях являлась fascia retrocolica.

2. Овариоцеле может принимать участие в развитии дегенеративно-дистрофических изменений и воспалительных процессов в яичнике.

Перспективы дальнейшего развития.

Формирование нового подхода к механизму развития овариоцеле, дальнейшее исследование влияния варикозного расширения яичниковой вены на развитие патологических изменений в

гистоструктуре яичников. Актуализация проблемы овариоцеле с целью обеспечения ранней диагностики данного заболевания и поиск наиболее эффективного способа лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Суковатых Б.С. Механизмы развития варикозной болезни вен малого таза / Б.С. Суковатых, Л.Н. Беликов, О.А. Родионов, И.Г. Родионова, Ю.И. Горбачев, М.Б. Суковатых // *Ангиология и сосудистая хирургия.* — 2004. — Т.10, №3. — С.73-79
2. Мозес В.Г. Критерии диагностики варикозного расширения вен малого таза у женщин в основные возрастно-биологические периоды жизни / В.Г. Мозес // *Хирургия.* — 2006. — №6. — С. 59-61.
3. Гаврилов С.Г. Варикозная болезнь вен малого таза: современное состояние проблемы / С.Г. Гаврилов, О.И. Бутенко, М.А. Черкашин // *Анналы хирургии.* — 2003. — №1. — С. 7-12.
4. Айдагулова С.В. Роль патологии фолликулярной ткани яичников в развитии овариальной дисфункции / С.В. Айдагулова, Г.И. Непомнящих, Ю.В. Галкина, И.О. Маринкин, В.М. Кулешов // *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.* — 2010. — т. 144. — №10. — С.452-457
5. Носенко О.М. Морфофункціональні особливості яєчників з наявністю доброякісних кістозних утворень у жінок репродуктивного віку / О.М.Носенко // *Здоровье женщины.* — 2006. — №2. — С.118-126
6. Рыжавский Б.Я. Сравнительная морфофункциональная характеристика яичников женщин репродуктивного возраста в норме и при хроническом ановуляторном бесплодии / Б.Я. Рыжавский, И.В. Смиренина, Е.П. Шапиро // *Морфология.* — 2003. — Т.124. — №6. — С.73-79

Надійшла 17.11.2012 р.

Рецензент: доц. В.М.Волошин