

УДК 618.11-005.1-02:018.1-002.2]-091

© Колектив авторів, 2011.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АПОПЛЕКСІЇ ЯЄЧНИКІВ**В. О. Ситнікова, О. Я. Назаренко, Т. О. Ліщиновська, С. Е. Немазенко***Кафедра акушерства та гінекології №1 (зав. кафедри – проф. В. М. Запорожан),
Одеський національний медичний університет;
Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса.***CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ASPECTS OVARIAN APOPLEXY****V. O. Sitnikova, O. Ya. Nazarenko, T. O. Lischynovska, S. E. Nemazenko****SUMMARY**

The retrospective analysis of 63 clinical cases of apoplexy of ovary is conducted, for the women of being on stationary treatment in a gynaecological clinic. The age of observed patients was $(25,7 \pm 2,1)$ years old. The structural features of ovaries were studied at an apoplexy, dependence of origin of apoplexy of ovary was determined on the presence of concomitant chronic inflammatory diseases of the reproductive system of woman.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКОВ**В. А. Ситникова, О. Я. Назаренко, Т. А. Лищиновская, С. Е. Немазенко****РЕЗЮМЕ**

Проведен ретроспективный анализ 63 клинических случаев апоплексии яичника у женщин, находившихся на стационарном лечении в гинекологической клинике. Возраст наблюдаемых пациенток составил $(25,7 \pm 2,1)$ года. Установлено, что группу риска по возникновению апоплексии яичников составляют женщины с наличием опухолеподобных образований яичников на фоне хронического персистирующего воспалительного процесса органов малого таза.

Ключові слова: апоплексія яєчника, гемоперитонеум, пухлиноподібні утворення яєчників.

Апоплексія яєчника (АЯ) є одним із розповсюджених невідкладних станів у гінекологічній практиці, що в деяких випадках потребує термінового хірургічного втручання [1, 4]. Патологія виникає переважно у жінок репродуктивного віку, отже, вона має не тільки медичне, але й соціальне значення. Вкрай важлива необхідність збереження репродуктивної функції жінки диктує необхідність пошуку ефективних методів як лікування захворювання, так і його запобігання [3].

Джерелами апоплексії яєчників є пошкоджені судини граафова фолікула, строми яєчника, жовтого тіла (ЖТ), функціональні та ендометріодні кісти яєчника [4]. За останні 10 років відбулося зростання частоти пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників – від 6-11 до 19-25% від кількості усіх новоутворень статевих органів. Більша частина виявленої оваріальної патології (58,8%) припадає на пухлиноподібні утворення яєчників (ППУЯ) [5].

Жінки, які перенесли апоплексію яєчника, належать до групи ризику щодо розвитку порушень репродуктивного здоров'я і потребують проведення реабілітаційних заходів з урахуванням клінічної форми захворювання, морфологічних особливостей джерела апоплексії та супровідних факторів ризику. Тому вивчення морфологічних особливостей вогнища яєчничкової кровотечі дозволило б сформувати можливі групи ризику АЯ і запропонувати патогенетично обґрунтовані заходи профілактики рецидиву захворювання.

Мета дослідження – визначити фактори ризику виникнення апоплексії яєчників з урахуванням клініко-морфологічних особливостей джерел апоплексії яєчника.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Було проаналізовано 63 клінічних випадки апоплексії яєчника у жінок, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці гінекології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону з 2008 по 2010 рр. Вік спостережуваних хворих варіював від 18 до 35 років – в середньому $(25,7 \pm 2,1)$ року. Всім пацієнткам ургентно було виконано лапароскопічне оперативне втручання за загальноприйнятою методикою під ендотрахеальним наркозом із використанням моно- і біполярної електрохірургічної техніки [2]. Залежно від об'єму внутрішньочеревної кровотечі, хворі були поділені на три клінічні групи. Перша група – об'єм гемоперитонеума до 150,0 мл – 20 пацієнток, друга група – об'єм гемоперитонеума від 150,0 до 500,0 мл – 24 пацієнтки, третя група – об'єм гемоперитонеума від 500,0 мл і вище – 22 пацієнтки.

Патоморфологічному дослідженню підлягали шматочки тканини яєчників, видалені під час операції. Матеріал фіксували в 10%-му нейтральному формаліні, заливали у парафін. Для морфологічного дослідження з кожного блоку робили не менше 5-7 ступінчастих зрізів. Депарафіновані зрізи завтовшки 5 мкм забарвлювали гематоксилін-еозином і пікнофуксином за ван Гізона.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При патоморфологічному дослідженні операційного матеріалу пацієнток першої групи спостереження було встановлено, що в 16 (80,0%) випадках джерелом апоплексії були кісти жовтого тіла, в 4 (20,0%) випадках – ендометріодні кісти.

В другій групі спостереження було встановлено, що в 4 (16,5%) випадках джерелом апоплексії були ендометріодні кісти, в 8 (33,5%) – кісти жовтого тіла, в 12 (50%) випадках – жовті тіла.

В третій групі спостереження було встановлено, що у 9 (40,0%) випадках джерелом апоплексії були кісти жовтого тіла, в 13 (60,0%) випадках – жовті тіла.

У всіх трьох групах спостереження апоплексія яєчника розвинулась у другій фазі менструального циклу, тобто у секреторній фазі. Лише у 1 пацієнтки з другої групи відмічалася затримка менструації перед апоплексією – вона сталася на 6-й день затримки менструального циклу. У однієї пацієнтки з першої групи апоплексія яєчника сталася на 3-й день менструального циклу.

При аналізі супровідної гінекологічної патології з'ясувалося, що у першій групі спостереження було 5 (25,0%) випадків хронічного сальпінгофориту, 4 (20,0%) – ендocerвіциту, 4 (20,0%) – спайкової хвороби органів малого таза II-III ступенів, 4 (20,0%) випадки внутрішнього ендометріозу.

У другій групі спостереження було 6 (25,0%) випадків хронічного сальпінгофориту, 6 (25,0%) – захворювань шийки матки, 8 (33,4%) – внутрішнього ендометріозу, 4 (16,6%) випадки спайкової хвороби органів малого таза.

У третій групі спостереження виявлено 2 (9,1%) випадки хронічного сальпінгофориту, 6 (27,3%) – спайкової хвороби органів малого таза, 4 (18,2%) – захворювань шийки матки, в 10 (45,4%) випадках у хворих не було виявлено супровідної гінекологічної

патології. Найчастіше хронічні запальні захворювання органів малого таза зустрічались у першій та другій групах хворих.

При патоморфологічному дослідженні шматочків яєчників у першій групі спостереження привертала увагу дисциркуляторні розлади у вигляді помірного повнокров'я судин мікроциркуляторного русла, наявність поодиноких червоних пристінкових тромбів у судинах артеріального типу. За даними деяких авторів, це може свідчити про пошкодження судинного ендотелію з оголенням ендотеліального шару, а в сукупності призводити до активації тромбоцитів та утворення тромбів. Визначалися дрібноосередкові крововиливи навколо судин, помірний набряк у сполучнотканинній капсулі.

В ендометріодних кістах у пацієнток першої та другої груп спостереження відмічалися перифокальні щільні фіброзні спайки. Внутрішній шар ендометріодних кіст характеризувався наявністю набряку, поверхневими крововиливами та некрозами. Цитогенна строма характеризувалася значною васкуляризацією. У судинах мікроциркуляторного русла виявлявся добре розвинений м'язовий шар, де гладком'язові клітини мали спіралеподібний напрямок, у поодиноких судинах була відсутня внутрішня оболонка. Зовнішня оболонка судин була представлена пухкою волокнистою сполучною тканиною. Навколо судин відмічалися виражений набряк строми, незначна лейкоцитарна інфільтрація. У тканині яєчників знаходили ектопічні осередки ендометріального епітелію у поєднанні з елементами ендометріальної строми. У вогнищах ендометріозу виявляли осередки свіжих і старих крововиливів у клітинній стромі та у просвіті залоз, вторинну запальну реакцію. У клітинному інфільтраті були макрофаги, які містили гемосидерин, у невеликій кількості нейтрофільні гранулоцити, лімфоцити та плазматичні клітини (рис. 1).

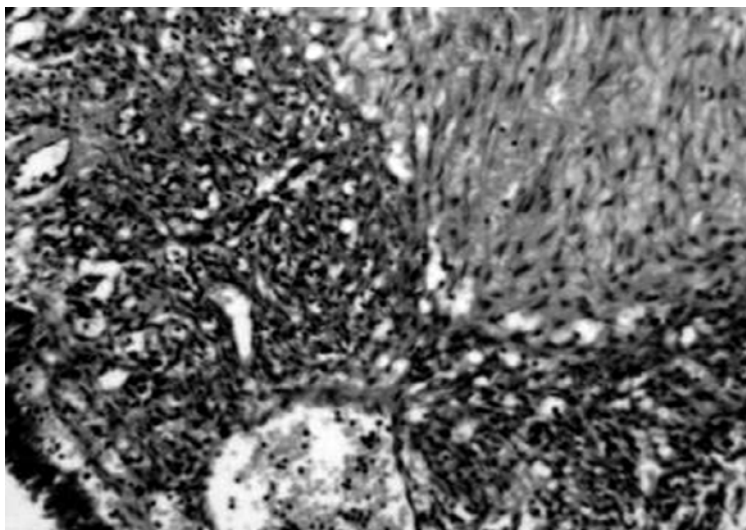


Рис. 1. Жінка 24 років. Об'єм гемоперитонеума 50,0 мл. Стінка ендометріодної кісти яєчника з крововиливом. Забарвлення гематоксилін-еозином. Ок.х10. Об.х20.

У другій групі спостереження привертали увагу більш виражені, порівняно з першою групою, дисциркуляторні розлади. У 10 (41,7%) випадках вони характеризувалися наявністю вираженого набряку сполучнотканинної капсули жовтого тіла і кіст жов-

того тіла з великоосередковими крововиливами у сполучнотканинну капсулу і в шари гранулозо-текалютеїнових клітин із частковою їх деструкцією, що супроводжувалося незначною лейкоцитарною і лімфоцитарною інфільтрацією (рис. 2).

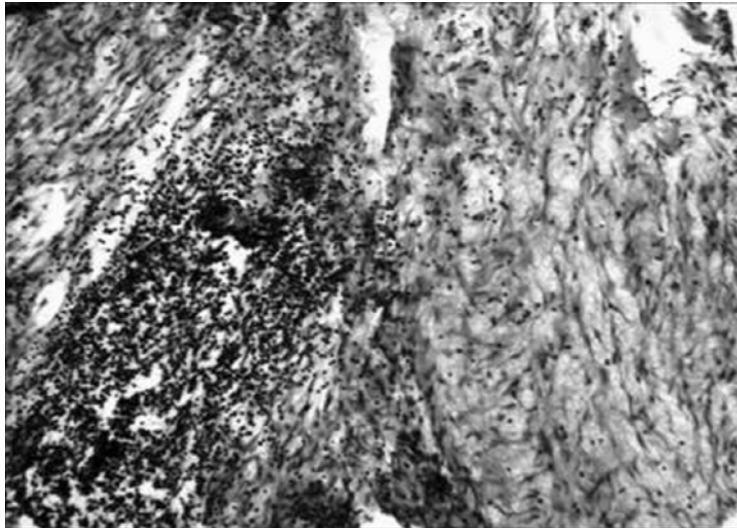


Рис. 2. Жінка 28 років. Об'єм гемоперитонеума 500,0 мл. Ділянка сполучнотканинної капсули жовтого тіла з вираженою гістіолейкоцитарною інфільтрацією навколо судин. Забарвлення гематоксилін-еозином. Ок.х10. Об.х20.

Судини сполучнотканинної капсули жовтого тіла і кіст жовтого тіла розташовувалися з різною щільністю, просвіт судин артеріального і венозного типів був розширений з помірною кількістю еритроцитів, пристінкових червоних тромбів із частковим гемолізом. Переважали судини артеріального типу з добре розвиненим м'язовим шаром, які чергувалися з полями з незначною кількістю судин і великою кількістю фібробластів. У 6 (25,0%) випадках у просвіті судин знаходили червоні обтурируючі тромби. У 2 (8,3%) випадках були знайдені варикозно змінені судини. У 6 (25,0%) випадках базальна мембрана артеріальних судин була розпушена, відмічалась осередкова десквамація ендотелію.

У третій групі спостереження привертали увагу великоосередкові крововиливи у сполучнотканинну капсулу жовтого тіла та кісти жовтого тіла і шар гранулозо-текалютеїнових клітин з їх деструкцією, що супроводжувалося великоосередковими крововиливами у тканину яєчника з частковою її деструкцією – 12 (54,5%) випадків (рис. 3).

Відмічалися розпушення базальної мембрани артеріальних судин з десквамацією ендотелію у 6 (27,3%) випадках, порушення цілісності судинної стінки – у 4 (18,2) випадках. Збільшувалася кількість червоних обтурируючих тромбів – 10 (45,4%) випадків. Навколо судин відмічалася виражена лейкоцитарна інфільтрація.

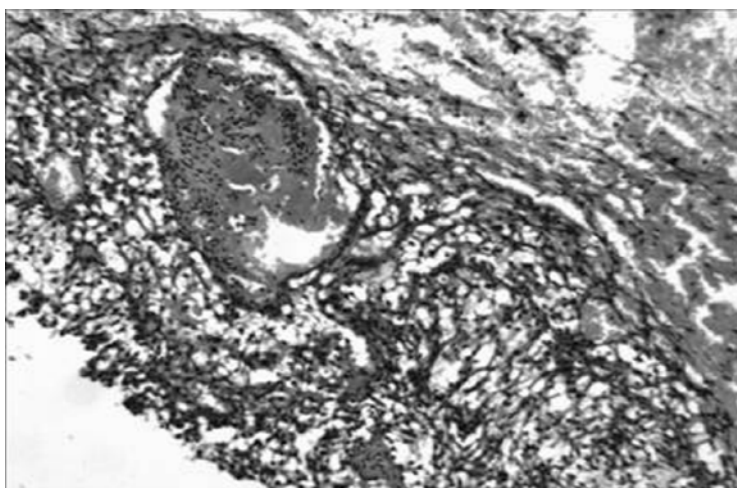


Рис. 3. Жінка 26 років. Ділянка жовтого тіла з сполучнотканинною капсулою та частковою її деструкцією за рахунок великоосередкового крововиливу. Тромб у просвіті судини. Забарвлення гематоксилін-еозином. Ок.х10. Об.х20.

ВИСНОВКИ

1. Для джерел яєчникової кровотечі, вилучених у жінок другої та третьої груп спостереження, були характерні більш виразні дисциркуляторні розлади.

2. Зміни з боку базальної мембрани та ендотелію у судинах артеріального типу вказують на наявність порушень основних функцій ендотелію (паракринної, захисної та синтезу антикоагулянтів).

3. До факторів ризику виникнення апоплексії яєчників належать хронічні запальні процеси в органах малого таза та пухлиноподібні утворення яєчників, які сприяють виникненню дисциркуляторних розладів в оваріальних судинах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э. К. Айламазян, И. Т. Рябцева. – М. : Медицинская книга ; Н. Новгород : НГМА, 2003. – 183 с.

2. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии / В. Н. Запорожан, В. В. Грубник, В. Ф. Саенко, М. Е. Ничитайло. – К. : Здоров'я, 2000. – 304 с.

3. Морфологічні аспекти апоплексії яєчника при хронічних запальних захворюваннях репродуктивної системи у жінок / І. З. Гладчук, В. О. Ситнікова, О. Я. Назаренко, Т. О. Ліщиновська // Одеський медичний журнал. – 2010. – № 1. – С. 41–43.

4. Факторы риска апоплексии яичника / Л. И. Кох, Н. В. Содномова, Н. Г. Балакшина, А. В. Тардаскина / Сибирский медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 45–48.

5. Formation of cystic ovarian follicles associated with elevated luteinizing hormone requires estrogen receptor-beta / J. F. Couse, M. M. Yates, R. Sanford [et al.] // Endocrinology. – 2004. – № 10. – P. 4693–4702.