

© Антипов Н.В., Войтенко С.В., Зарицкий А.Б., Бердников М.А., 2012

УДК 618.11-007.43-018

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОВАРИОЦЕЛЕ

Н.В.Антипов, С.В.Войтенко, А.Б.Зарицкий, М.А.Бердников

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. – проф. Н.В.Антипов) Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького

МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ОВАРІОЦЕЛЕ

Резюме. На 47 нефіксованих трупах жінок, померлих у віці 29-77 років, встановлено, що яєчникові вени мають розвинену сітку анастомозів. Права яєчникова вена у 5 випадках впадала в праву ниркову вену, в 3 випадках – у верхню брижову. При наявності оваріоцеле у більшості випадків виявляються ознаки незавершеного повороту Ледда.

Ключові слова: оваріоцеле, анастомози, поворот Ледда.

Варикозное расширение яичниковых вен (овариоцеле) у женщин репродуктивного возраста приводит к нарушению менструального цикла, маточным кровотечениям, поддерживает воспалительные процессы в яичниках, является одной из основных причин синдрома хронической тазовой боли и приводит к ряду серьезных гинекологических проблем, в том числе к бесплодию. Возникновение овариоцеле считают проявлением флебостаза при гинекологической патологии, врожденной ангиодисплазии, связывая его также с анатомо-физиологическими особенностями кровоснабжения органов малого таза [1-4].

Цель исследования: изучить особенности морфогенеза сосудов брюшной полости и малого таза, ведущие к формированию овариоцеле.

Материал и методы. Топографоанатомически и макромикроскопически исследованы 47 нефиксированных трупов женского пола, умерших в возрасте 29-77 лет. Исследования проводились с использованием методов препарирования и морфометрии с последующей фотосъемкой выявленных вариантов. Работа выполнена на базе патологоанатомического отделения Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы и кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ДонНМУ. Конституционально трупы распределены следующим образом: 28 – нормостенического телосложения, 7 – гиперстенического, 12 – асте-

нического. На трупах выполняли срединную лапаротомию (от мечевидного отростка до лобкового симфиза). Оценивали синтопию органов брюшной полости, затем органы отводились в сторону при помощи абдоминальных зеркал. Оценивали наличие или отсутствие брыжейки восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки, синтопию органов таза, в частности отношение органов к брюшине, размеры и консистенция яичников. Для изучения топографии яичниковой вены и ее анастомозов производили инъекцию кровеносных сосудов рентгеноконтрастными и светоконтрастными смесями (ультрамарин и оранжевый-Ж с добавлением 4% раствора желатины) при температуре 30-34°C. Вскрывая фасциальный футляр яичниковой вены, прослеживали ее ход до проникновения в рarasolon. Поэтапно выделяя и беря на держалки анастомозы, оценивали размер, диаметр и степень выраженности стенки яичниковой вены, место ее впадения в магистральную вену, а также анастомозы, идущие в восходящем направлении.

Результаты исследования. При оценке положения отделов ободочной кишки по отношению к брюшине нами обнаружено, что в 39 случаях (82,9%) восходящая ободочная кишка располагалась мезоперитонеально и в данном случае мы отмечали хорошо выраженную фасцию Тольдта, на большом протяжении которой правая яичниковая вена была тесно связана с ней

своим фасциальным футляром. В нисходящем отделе ободочной кишки в 31 (65,9 %) случае констатировали ее мезоперитонеальное расположение. При этом отмечалось наличие фасции Тольдта, и, соответственно, левого *paracolon*.

В 8 (17%) случаях восходящая ободочная кишка располагалась интраперитонеально, то есть имело место отсутствие фасции Тольдта и правого *paracolon* (оно являлось неотъемлемой частью собственно забрюшинного пространства). В 16 случаях (34%) констатировали интраперитонеальное расположение нисходящей ободочной кишки, при этом фасция Тольдта отсутствовала, то есть в указанных вариантах левая яичниковая вена проходила в собственно забрюшинном пространстве.

При исследовании синтопии органов таза нами дважды (4,2%) обнаружено классически фетальное строение таза, когда большая часть влагалища и прямой кишки располагались интраперитонеально вплоть до промежности. В одном из этих наблюдений прямая кишка была смещена резко влево и дугласово углубление по сути являлось маточно-прямокишечно-пристеночным. Еще в 8 случаях (17%) отмечались пограничные состояния, когда большая часть влагалища располагалась мезоперитонеально, а прямая кишка – интраперитонеально, вплоть до *musculus levator ani*. В этих вариантах помимо классических межорганных углублений женского таза отмечались пристеночно-прямокишечные углубления. В двух случаях между апоневрозом Денонвиллье и фасциальным футляром прямой кишки отмечалась выраженная спайка, делящая дугласово пространство на два изолированных отдела.

В 12 случаях (25,5%) мы обнаружили резко увеличенный, пастозно измененный левый яичник, в одном случае (2,12%) он был каменистой плотности, кистозно изменен. В 5 случаях (10,6%) аналогичные изменения имелись в правом яичнике, в 3 случаях (6,3%) были изменены оба яичника. Размеры яичников составили соответственно $4,2 \pm 0,6$ (слева) и $3,7 \pm 0,4$ мм (справа).

В 30 (63,8%) случаях левая яичниковая вена проходила в левом *paracolon*, диаметр ее составлял $4,2 \pm 1,3$ мм. В 17 (36,2%) 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

венами, диаметр которых составлял $1,2 \pm 0,4$ мм. В 30 (63,8%) случаях левая яичниковая вена имела анастомозы с нижней брыжеечной веной, в том числе в 12 случаях (25,5%) – с верхней ягодичной. В 36 (76,6%) случаях левая яичниковая вена непосредственно впадала в почечную вену, при этом в 9 случаях (19,1%) она имела анастомозы с верхней брыжеечной веной, в 17 (36,1%) – с селезеночной веной. В 10 случаях (58,8%) 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 одном случае – в верхнюю брыжеечную вену. В 6 случаях (12,7%) левая яичниковая вена впадала в почечную вену, однако на противоположной полуокружности последней возникала, как непосредственное ее продолжение, анастомотическая ветвь ($d=3,4 \pm 0,5$ мм) левой почечной вены с селезеночной веной.

В 41 случае (87,2%) правая яичниковая вена располагалась в правом *paracolon* ($d=3,6 \pm 1,1$ мм), ее фасциальный футляр был плотно фиксирован к фасции Тольдта, выявлялись анастомозы с нижней брыжеечной, 3-ей и 4-ой поясничными венами (диаметр таких сосудов составлял $1,1 \pm 0,3$ мм). В 6 случаях (12,7%) правая яичниковая вена имела, по аналогии с левой, варикозно измененную стенку и извитой ход. Правая яичниковая вена в 33 (70,2%) случаях в пределах собственно забрюшинного пространства впадала в нижнюю полую вену на уровне L3-L4. В 6 (12,7%) случаях она таким же образом впадала в нижнюю полую вену на незначительном удалении от почечной вены на уровне L1. В 5 случаях (10,6%) она впадала в почечную вену, при этом в 3 наблюдениях (6,3%), имея анастомоз с почечной веной ($d=3,8 \pm 0,6$ мм), впадала в верхнюю брыжеечную вену на уровне Th12.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. 1. Правая яичниковая вена впадает в нижнюю полую вену, в редких случаях – в почечную и верхнюю брыжеечную вены. 2. При наличии признаков овариоцеле в большинстве случаев отмечаются признаки незавершенного поворота Ледда. 3. По своему ходу яичниковые вены имеют большое количество анастомозов с поясничными, нижней и верхней брыжеечными и селезеночной венами. 4. Перспективным считаем определение роли поворота Ледда в патогенезе овариоцеле, поиск и выявление сходных путей формирования овариоцеле и варикоцеле.

Литература

1. Гаврилов С.Г. Варикозная болезнь вен малого таза: современное состояние проблемы / С.Г.Гаврилов, О.И.Бутенко, М.А.Черкашин // *Анн. хирургии.* – 2003. – № 1. – С. 7-12. 2. Механизмы развития варикозной болезни вен малого таза / Б.С.Суковатых, Л.Н.Беликов, О.А.Родионов [и др.] // *Ангиол. и сосуд. хирургия.* – 2004. – Т. 10, № 3. – С. 73-79. 3. 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. 4. Озерская И.А. Ультразвуковая диагностика расширения вен малого таза у женщин репродуктивного возраста / И.А.Озерская // *Ультразвук. и функц. диагностика.* – 2005. – № 3. – С. 29-40.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОВАРИОЦЕЛЕ

Резюме. На 47 нефиксированных трупах женщин, умерших в возрасте 29-77 лет, установлено, что яичниковые вены имеют развитую сеть анастомозов. Правая яичниковая вена в 5 случаях впадала в правую почечную вену, в 3 – в верхнюю брыжеечную. При наличии овариоцеле в большинстве случаев определяются признаки незавершенного поворота Ледда.

Ключевые слова: овариоцеле, анастомозы, поворот Ледда.

MORPHOLOGICAL ASPECTS OF OVARIOCELE FORMATION

Abstract. It has been established on 47 nonfixed cadavers of women died at the age of 29-77 years that the ovarian veins have a developed network of anastomoses. The right ovarian vein flowed into the right renal vein in 5 cases, whereas in 3 cases – into the superior mesenteric vein. In the presence of ovariocele the signs of uncompleted Ledd's rotation are detected in the majority of cases.

Key words: ovariocele, anastomoses, Ledd's rotation.

National Medical University named after M.Gorkyi (Donets'k)

Надійшла 07.12.2011 р.
Рецензент – проф. Б.М.Боднар (Чернівці)