

МОРФОГЕНЕЗ И МОРФОЛОГИЯ Фолликулярных кист яичников

Исраилов Р.И., Якуббекова С.С.,

Ташкентская медицинская академия.

✓ **Резюме,**

В данной работе изучен морфогенез и морфологические проявления формирования фолликулярных кист яичников. Установлено, что всех кистозных заболеваний яичников значительно преобладают фолликулярные кисты. Кисты могут формироваться как из зрелых фолликулов, так и незрелых вторичных фолликулов. Кисты из фолликулов могут формироваться при наличии воспалительного процесса в яичнике, особенно на фоне иммунопатологического воспаления за счет цитолитического действия лимфоидных и макрофагальных клеток на паренхиматозные клетки яичника.

Ключевые слова: морфогенез и морфология фолликулярных кист яичников, наличие воспалительного процесса в яичнике.

MORPHOGENESIS AND MORPHOLOGY OF FOLLICULAR OVARY CYSTICS

Israilov R. I., Yakubbekova S.S.,

Tashkent Medical Academy.

✓ **Resume,**

In this paper, morphogenesis and morphological manifestations of the formation of follicular ovarian cysts have been studied. It has been established that follicular cysts predominate in all cystic ovarian diseases. Which can be formed both from mature follicles, and immature secondary follicles. Cysts from follicles can be formed in the presence of an inflammatory process in the ovary, especially against the background of immunopathological inflammation due to the cytolytic action of lymphoid and macrophage cells on the parenchymal cells of the ovary.

Key words: morphogenesis and morphology of follicular ovarian cysts, presence of inflammatory process in the ovary.

XALQARO FOYDALI SISTEMALARINING MORFOGENEZI VA MORFOLOGIYASI

Isroilov R., Yoqubbekova S.S.,

Toshkent tibbiyot akademiyasi.

✓ **Резюме,**

Ушбу мақолада тухумдон фоллекуляр кисталари ҳосил бўлиши морфогенетик ва морфофункционал ўзгаришлар жараёни илмий асослаб динамик ўрганилган.

Илмий тадқиқотлар натижасига кўра фоллекуляр кисталарнинг морфофункционал йетук ёки етук бўлмаган шакиллар бўлиши гистоморфологик асослаб кўрсатилган.

Асосий фоллекуляр кисталар ҳосил бўлиш жараёни тухумдонда иммунно патологик яллиғланиш жараёни кечиш даврига тўғри келган.

Калит сўзлар: тухумдонлар фоллекуляр кисталари морфологияси ва морфогенези

Актуальность

Актуальность темы заключается в том, что угрожающими осложнениями кист яичника являются кровотечение, разрыв кисты, нагноение, перекручивание кисты, что сопровождается острыми сильными болями, может быть повышенная температура, рвота. Киста провоцирует нарушение менструального цикла: месячные начинаются с большим опозданием или намного раньше, более обильные или более скудные, и сопровождаются сильными болями [2,6]. Если киста достигла большого размера, это сопровождается увеличением или вздутием живота, зачастую ассиметрично. Запущенная киста яичника может быть очень большой, настолько, что нарушит работу других органов. Вовремя не обследованная киста может оторваться и попасть в брюшную полость, вызвав тем самым одно из тяжёлых осложнений - перитонит.

До наших дней остается до конца неизвестной причина образования опухолеподобных кист яичников, но одна из основных гипотез - нарушение соот-

ношения гормонов, регулирующих работу яичников - ЛГ и ФСГ, гормонов гипофиза, выделение которых, в свою очередь, регулируется центральной нервной системой [1,3,4,5,7]. Постоянные стрессы, нарушение диеты, большое количество половых инфекций, часто затрагивающих придатки матки - все эти факторы изменяют работу яичников. Большое число опухолеподобных образований и опухолей яичников диагностируется у женщин старше 40 лет, когда и наступают перестройки в гипоталамо-гипофизарной системе, регулирующей яичники.

В данной проблеме остаются неизученными частота встречаемости и локализация кист различного происхождения в зависимости от возраста и репродуктивного анамнеза женщин, причинные факторы, приведшие к развитию кист из гистогенетического источника, а также морфогенез и морфологические перестройки в ходе формирования кист (3,4,6).

Известно, что фолликулярная киста яичника формируется в результате скопления фолликулярной жидкости в неовулировавшем фолликуле; чаще на-

блюдается в периоде полового созревания и у молодых женщин (2,5,6). Причины неовулирования фолликула, факторы риска, гормональный фон и какие местные изменения формирования кисты окончательно не установлены. Фолликулярная киста представляет собой тонкостенное однокамерное образование, диаметр которого редко превышает 8 см. По мере увеличения кисты клетки, выстилающие внутреннюю поверхность ее стенки, атрофируются. Небольшие фолликулярные кисты, выстланные гранулезными клетками, обладают умеренной гормональной активностью.

Цель исследования: Выявить морфогенез и морфологические перестройки при формирования фолликулярных кист яичников в зависимости от возраста и фоновых заболеваний женщин.

Материал и методы:

В качестве материала исследования выбраны удаленные яичники по поводу кистозных заболеваний за последние 10 лет (2005-2014 гг). Для ретроспективного изучения просмотрены архивный материал биопсийного отделения РПАЦ и ПА БЮРО Андижанской области. Были изучены клинко-анамнестические данные и патоморфологические описания, фиксированные в направлениях на патогистологическое исследование. За 10 лет было проанализировано всего 1540 гинекологических биопсий оперативно удаленных яичников по поводу кистозных заболеваний. Из них 987 были фолликулярными кистами, что составило 64,3%.

Для достижения цели работы было проведено проспективное исследование по изучению локализации, морфогенеза и морфологической картины фолликулярных кист яичников собран материал - удаленные яичники у женщин по поводу кистозных заболеваний и отправленные для патогистологического исследования с 1 января 2013 г. по октябрь 2014 года в РПАЦ и в отделение патоморфологии клиники ТашПМИ. Их количество составило 67 яичников с фолликулярными кистами.

Были использованы следующие методы исследования: ретроспективный метод изучения патологии; - визуальный осмотр удаленных яичников для установления локализацию, макроскопических параметров кист яичника; для общеморфологического изучения материала будет использована окраска - гематоксилин-эозин; гистохимические методы исследования: выявление мукополисахаридов ШИК реакцией; коллагеновые волокна соединительной ткани - методом Ван-Гизона.

Результаты микроскопического исследования яичников с кистозными заболеваниями показали, что из всех видов кист значительно преобладают фолликулярные кисты. Наши данные показали, что фолликулярные кисты может формироваться как из зрелых фолликулов, так и незрелых вторичных фолликулов. Формирование кист из вторичных фолликулов происходит за счет атрезии и задержки дифференцировки фолликула в различные стадии созревания. При этом отмечалось истончение слоев фолликулярного эпителия за счет дистрофических и деструктивных изменений их с последующим накоплением в просвете белковой жидкости. Эти изменения сопровождается с деструктивными и воспалительными изменениями окружающей тека ткани. Исходя из изложенного можно сделать вывод, что первоначально происходит по видимому дезорганизация окружающей тека ткани фолликула. В последующем развивается дистрофические и деструктивные изменения фолликулярного эпителия с расширением полости и формированием кисты.

В других случаях в вторичных фолликулах отмечалась гиперплазия фолликулярного эпителия в виде образования мелких гиперхромных веретеноклеточных пластов, которые полностью заполняют просвет фолликула (рис.1). Вокруг яйцеклетки появляется клеточный вал, состоявший из темных камбиальных клеток, которые плотно окружают яйцеклетки. Последняя подвергается вакуолизации и распаду и формируется небольшая кистозная полость. В окружности

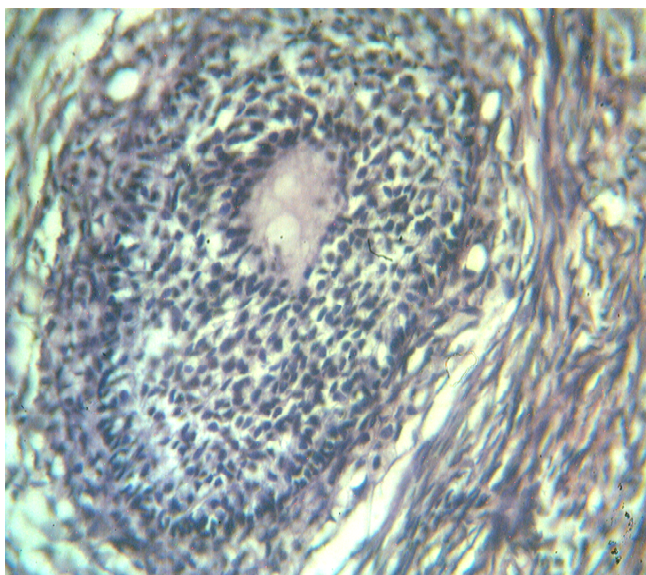


Рис 1. Гиперплазия фолликулярного эпителия, гибель яйцеклетки с кистообразованием и фиброзирование тека ткани. Окраска: гематоксилином и эозином. Ув:ок10,об.20.

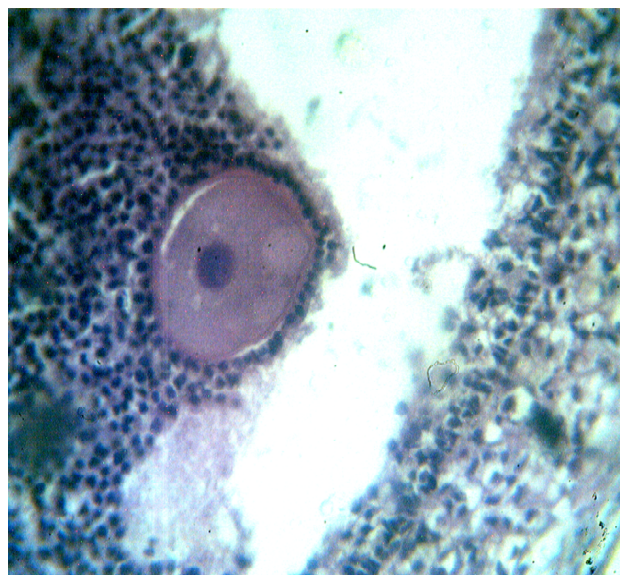


Рис 2. Отторжение яйцеклетки, десквамация и некроз фолликулярного эпителия с формированием кисты. Окраска: гематоксилином и эозином. Ув:ок10,об.40.

такого измененного фолликула строма также подвергнута дистрофическим и деструктивным изменениям. А непосредственно в близости базальной мембраны фолликула образован темноклеточный вал из тека клеток.

В третьих случаях в фолликуле отмечалось атрофия фолликулярного эпителия до исчезновения базальных клеток. На противоположенной стороне, где расположена яйцеклетка фолликулярный эпителий сохранен и плотно окружает яйцеклетку, но не сохраняет полноценность и жизненно способность яйцеклетку. В последующем отмечалась вакуолизация цитоплазмы и деструктивные изменения ядер в виде кариолизиса и кариопикноза. В таких фолликулах просвет резко расширяется и формируется кистозная полость (рис.2). В окружности таких фолликулов интерстициальная ткань также подвергнута отечно-деструктивным изменениям в виде вакуолизации, некробиоза тека клеток и разрыхления и дезорганизации волокнистых структур.

Необходимо отметить, тот факт, что кисты из фолликулов может формироваться при наличии воспалительного процесса в яичнике. Нами было отмечено, что хронический оофарит часто сопровождается наличием диффузного воспалительного инфильтрата как коркового, так и мозгового слоев. Известно, что хроническое воспаление сопровождается развитием диффузного лимфо-гистиоцитарного инфильтрата и разрастанием соединительной ткани. Эти пролиферативные изменения в ткани яичников часто приводят к дисциркуляторным изменениям, что в последующем сопровождается нарушением регенераторных процессов со стороны фолликулярного эпителия. Когда воспалительный инфильтрат развивается непосредственно в окружности фолликула, то тогда нарушается размножение базальноклеточного фолликулярного эпителия. В последующем из-за недостаточности базальных клеток, истончается фолликулярный эпителий и просвет фолликула расширяется превращается в кистозную полость (рис.3).

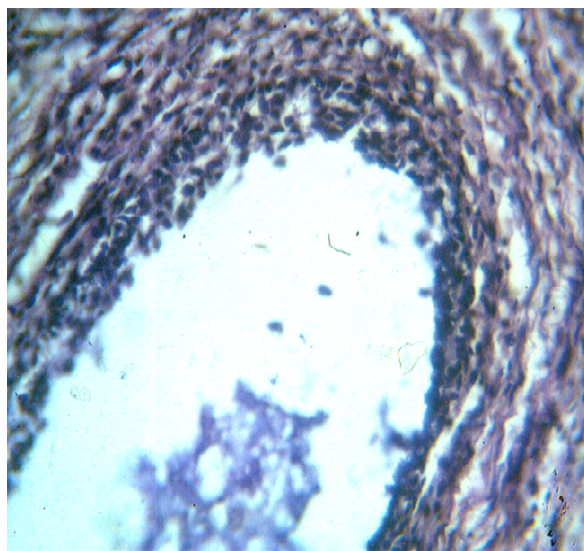


Рис 3. Разрыхление и отек окружающей фиброзной ткани, атрофия тека клеток, деструкция фолликулярного эпителия с кистообразованием. Окраска: гематоксилином и эозином. Ув:ок10,об.40.

В других случаях воспалительный процесс проявляется в виде иммунопатологического воспаления. Тогда ткань яичника диффузно инфильтрируется в основном лимфоидными, плазматическими клетками и макрофагами. Лимфоидные и макрофагальные клетки оказывают цитолитические и цитопатические действия на паренхиматозные клетки яичника. Такой процесс часто сопровождается поражением тека ткани и фолликулярного эпителия. При этом микроскопически окружающая тека ткань фолликула диффузно инфильтрирована лимфоцитами и макрофагами. За счет воспаления окружающей ткани в фолликулах отмечается полное отторжение фолликулярного эпителия с формированием кистозных полостей (рис. 4). Иногда полость фолликула заполняется воспалительными клетками с превращением в абсцессы.

ВЫВОДЫ:

- Из всех кистозных заболеваний яичников значительно преобладают фолликулярные кисты.

- Установлено, что фолликулярные кисты может формироваться как из зрелых фолликулов, так и незрелых вторичных фолликулов. Формирование кист из вторичных фолликулов происходит за счет атрезии и задержки дифференцировки фолликула в различные стадии созревания.

- Кисты из фолликулов может формироваться при наличии воспалительного процесса в яичнике. Проллиферативный воспалительный инфильтрат, развивающийся в строме яичника и непосредственно в окружности фолликул приводит к нарушению размножения фолликулярного эпителия, истончению фолликулярного эпителия и расширению просвета фолликула с превращением в кистозную полость.

- При развитии в яичнике иммунопатологического воспаления, лимфоидные и макрофагальные клетки оказывают цитолитические и цитопатические действия на паренхиматозные клетки яичника. Такой процесс часто сопровождается поражением тека тка-

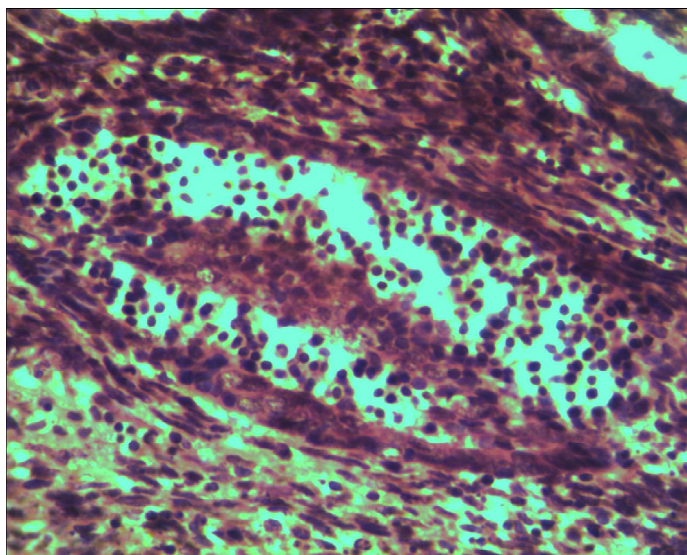


Рис 4. Хроническое воспаление яичника, лимфоидная инфильтрация вторичного фолликула с распадом и деструкцией эпителия и формированием кисты. Окраска: гематоксилином и эозином. Ув:ок10,об.40.

ни и фолликулярного эпителия с последующим формированием фолликулярных кист.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаева Л.М. Клинико-гистологическая характеристика доброкачественных образований яичников / Л.М. Абдуллаева // Лечащий врач. - Москва, 2009. - №8. - С. 54-56.
2. Абдуллаева Л.М. Клинико-морфологические особенности доброкачественных опухолей яичников / Л.М. Абдуллаева, Г.С. Бабаджанова, Х.З. Турсунов, Д.Б. Назарова // V съезд онкологов и радиологов СНГ: ~ материалы съезда (14-16 мая 2008 г., г. Ташкент). - Ташкент, 2008. - С. 372
3. Гергова М.М. Микросателлитная нестабильность в опухолях яичников: встречаемость и клинико-морфологические особенности / М.М. Гергова, С.Я. Максимов, Е.Н. Имянитов // V съезд онкологов и радиологов СНГ: материалы съезда (14-16 мая 2008 г., г. Ташкент). - Ташкент, 2008. - С. 380.
4. Гусак Ю.К. Морфологические особенности яичника и стенки кист яичника при ургентной патологии у женщин с опухолями яичников при инфицировании специфической инфекцией / Ю.К. Гусак, Л.А. Мальцева, М.В. Панькова // Вестн. новых медицинских технологий, - Тула, 2006. - №4. - С. 29-30.
5. Каримов Х.Я. Морфометрические показатели клеток фолликулярного эпителия яичников крысы и их изменение под воздействием котормана / Х.Я. Каримов, Н.К. Каримова // Патология. - Т., 2006. - №4. - С. 24-26.
6. Кузьмина С.А. Множественные фолликулярные структуры в яичниках: принципы дифференциальной диагностики : научное издание / С.А. Кузьмина // Эхография. - М., 2004. - №4. - С. 338-341.
7. Подшивалов А.В. Гигантская киста яичника / А. В. Подшивалов // Хирургия. - М., 2007. - №12. - С. 52.

Поступила 20.06. 2018