

**Е. О. Балашова**

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Научные руководитель: д-р мед. наук, проф. Можейко Л. Ф.**

*Кафедра акушерства и гинекологии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Резюме.** Проведён ретроспективный клинико-морфологический анализ медицинских карт стационарных пациентов и протоколов аутопсий 70 беременных с образованиями яичников. Всем пациенткам проведено плановое лапароскопическое вмешательство, цистэктомия.

**Ключевые слова:** лапароскопия, онкомаркер СА-125, опухоли яичника, беременность.

**Resume.** A retrospective clinical and morphological analysis of the medical records of inpatients and autopsy protocols of 70 pregnant women with ovarian formations was carried out. The planned laparoscopy operation was carried out in the size of cystectomy.

**Keywords:** laparoscopic, oncomarker CA-125, ovarian tumors, pregnancy.

**Актуальность.** В современной медицине одной из важных проблем являются гинекологические заболевания, на фоне которых у женщин наступает беременность. Серьёзную проблему для практических врачей представляет лечение беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников. В последние годы отмечается рост доброкачественных опухолей (ДОЯ) и опухолевидных образований яичников (ООЯ), причём эта патология наиболее часто встречается у женщин репродуктивного возраста, составляя 10 – 25%, от общего числа опухолей репродуктивной системы. По сведениям разных авторов, частота указанной патологии во время беременности колеблется от 1% до 5%

**Цель:** оценить течение беременности и исход родов у беременных женщин с опухолями яичников.

**Материал и методы.** Проведён ретроспективный клинико-морфологический анализ медицинских карт стационарных пациентов и протоколов аутопсий 70 беременных с образованиями яичников. Исследование проводилось в период с 2014 по 2016 гг. на базе УЗ «Областной родильный дом» г. Бреста, УЗ «1-ая городская клиническая больница», УЗ «5-ая городская клиническая больница» г. Минска. Методом диагностики являлось динамическое ультразвуковое исследование и определение уровня онкомаркера СА – 125. Всем пациенткам проведено плановое лапароскопическое вмешательство, объём операции — цистэктомия.

**Результаты и их обсуждение.** Оценивали исходный уровень СА-125 у всех обследуемых женщин. При этом СА-125 в пределах нормы (0-35 ед./мл.) был у 63 (90%) женщин, среднее значение 24,6-+ 3,8 Ед/мл. Повышение СА-125 от 105 до 405 ед./мл наблюдалось у 7 (10%) пациенток

В тоже время некоторые исследователи отмечают низкую информативность определения онкомаркера СА – 125 в дифференциальной диагностике опухолей и опухолевидных образований при беременности. Данный гликопротеин не является истинным опухолевидным маркером, так как может синтезироваться и нормальными, и злокачественными клетками эпителиального происхождения. Повышение уровня СА–125 может наблюдаться при эпителиальных опухолях негинекологической

локализации, различных воспалительных заболеваний органов брюшной полости, циррозе печени, беременности и эндометриозе.

Средний возраст исследуемых пациенток составил 30 лет. В возрасте 19-24 лет находились 13 (19%) женщин, в возрасте 25 – 29 лет — 10 (14%) беременных, в возрасте 30 – 35 лет — 47(67%) пациенток.

Согласно данным анамнеза 64 (91,4%) женщин во время беременности находились в браке, 56 (80%) — были служащими, 10 (14,3%) — являлись учащимися, 4 (5,7%) — не работали. Вредных условий труда отмечено не было. У 56 (80%) женщин данная беременность была первая, у 10 (14,2%) — вторая, у 4 (5,8%) — третья. Медицинское прерывание беременности было в анамнезе у 6 (8,5%) женщин.

Кисты яичников были обнаружены до беременности у 11 (16%) пациенток и у 59 (84%) пациенток во время беременности в сроке до 12 недель.

К ранним и относительно постоянным симптомам опухолей яичников относили периодические болевые ощущения в нижних отделах живота, преимущественно односторонней локализации — у 14 (20%) женщин, постоянные тянущие боли без четкой локализации — у 9 (13%) обследуемых, незначительные кровянистые выделения из половых путей — у 4 (6%) беременных. Отсутствие жалоб отмечено у 43 (61%) обследуемых пациенток.

В тоже время 9 % женщин указывали на болезненность месячных до беременности, 11% отмечали не регулярный характер менструальной функции.

Всем пациенткам проводилось хирургическое лечение с использованием лапароскопического доступа. Обязательным условием при лапароскопии являлись не использование внутриматочного манипулятора и монополярного электрода. Все пациентки были прооперированы в плановом порядке, объём операции — цистэктомия.

Оптимальным сроком для планового оперативного лечения обще признано 16-18 нед., так как к этому сроку заканчивается органогенез, созревание фетоплацентарного комплекса, к 16-й неделе беременности происходит самостоятельная резорбция кист жёлтого тела, размеры беременной матки относительно невелики и не препятствуют проведению операции. Согласно нашему исследованию 63 (90%) женщин были прооперированы в сроке 16-18 недель, 7 (10%) женщин — 14-16 недель гестации.

Среди удалённых эпителиальных опухолей яичника была выявлена высокая частота серозной цистаденомы — 50 (71%), у 4 (6%) пациенток были выявлены эндометриодные кисты, из герминогенных опухолей яичников обнаружены зрелые тератомы (дермоидные кисты) в 13 (19%) случаях. Из опухолевидных образований яичников кисты желтого тела – 3(4%).

В то же время следует отметить, что течение беременности протекало с угрозой прерывания беременности у 5 (7 %) в сроке 22 -28 нед., у 8 (11,4%) в сроке 29 -33 нед., у 2 (2,8%) в сроке 34 -37 нед. Это следует учитывать при диспансерном ведении таких пациенток.

Преждевременные роды были у 5 (7,2%) женщин. При этом отслойка центрально прилежащей плаценты диагностирована у 1 (1,4%) женщин, отслойка нормально расположенной плаценты — у 3 (4,3%) женщин.

Из 70 пациенток оперированных по поводу кист яичников беременность закончилась самостоятельными родами в срок 37-41 нед. у 50 (71,4%) женщин, преждевременными родами в сроке 34-36,6 нед. у 5 (7,2%) обследуемых, операцией планового кесарево сечения у 15 (21,4%) пациенток.

При анализе массы рождённых детей, оценки состояния по шкале Апгар, статистически значимых различий по сравнению с детьми, рожденными женщинами контрольной группы, выявлено не было.

**Заключение.** При анализе репродуктивного анамнеза установлено, что большинство женщин с образованиями яичников были возрастными первородящими. При анализе акушерско-гинекологического анамнеза выявлена высокая частота прерывания беременности, как искусственного, так и самопроизвольного выкидыша.

Преобладающим гистологическим типом среди выявленных доброкачественных опухолей у беременных являются эпителиальные опухоли, а среди них – серозная цистаденома, второй по частоте доброкачественной опухолью у беременных является зрелая тератома или дермоидная киста, относящаяся по классификации к герминогенным опухолям. У женщин в возрасте до 30 лет значительно чаще встречались герминогенные опухоли. Среди опухолевидных образований преобладала эндометриоидная киста.

Хирургическое лечение беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников имеет ряд особенностей в отличие от операций, проводимых у небеременных женщин. Проведение плановых операций напрямую зависит от срока гестации. В нашем исследовании не было отмечено достоверного увеличения частоты преждевременных родов и рождения детей с низкой массой тела при выполнении хирургического вмешательства во время беременности.

**Информация о внедрении результатов исследования.** По результатам настоящего исследования опубликовано 5 статей в сборниках материалов, 1 тезисов докладов, 3 статей в журналах, получено 2 актов внедрения в образовательный процесс (кафедра акушерства и гинекологии БГМУ).

*E. O. Balashova*

## **LAPAROSCOPIC REMOVAL OF TUMORS AND TUMOR-LIKE FOAMATION OF OVARIES DURING PREGNANCY**

*Tutors: professor L. F. Mozheyko*

*Department of Obstetrics and Gynecology,  
Belarusian State Medical University, Minsk*

### **Литература**

1. Акушерство: национальное руководство / под Ред. Э. К. Айламазян., В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 916 с.
2. Бахидзе Е. В., Опухоли яичника у беременных / Е. В. Бахидзе // Журнал акушерства и женских болезней — 2011 — № 3 / том LX — С. 190 -196
3. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей яичников / Дамиров М.М., Бакулева Л.П., Слюсарь Н.Н. // Акушерство. и гинекология. — 1996. — № 3. — с. 49-50.