

Е. О. Балашова

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный 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. Методом диагностики являлось динамическое ультразвуковое исследование и определение уровня онкомаркера СА – 125. Всем пациенткам проведено плановое лапароскопическое вмешательство, объём операции – цистэктомия.

Ключевые слова: Лапароскопия, онкомаркер СА-125, опухоли и опухолевидные образования 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. Diagnostic method was dynamic ultrasonography and determination of the contents of the oncomarker CA-125. The planned laparoscopy operation was carried out in the size of cystectomy.

Keywords: Laparoscopic operation, oncomarker CA-125, ovarian tumors, tumor-like formations, pregnancy.

Актуальность. В последние годы отмечается рост опухолей и опухолевидных образований яичников, 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 2% до 4%. Хирургическое лечение беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников имеет ряд особенностей в отличие от операций, проводимых у небеременных женщин [1,2].

Наличие доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников не препятствует наступлению и прогрессированию беременности, вызывая такие осложнения, как: угроза невынашивания, перекрут ножки опухоли, разрыв капсулы, которые нередко требуют неотложного оперативного вмешательства [1,2].

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

Задачи:

1. Выявить опухолевидные образований яичников у беременных женщин.
2. Оценить особенности течения беременности у женщин с опухолевидными образованиями яичников.
3. Изучить особенности течения операции и послеоперационного периода.
4. Изучить влияние оперативного вмешательства с использованием лапароскопического доступа на течение беременности и исход родов

Материал и методы. Диагностика опухолей яичников у беременных более сложная, чем у небеременных женщин. Сложности диагностики обусловлены не только скудной клинической симптоматикой, но и снижением информативности методов исследования по мере увеличения срока гестации, а так же изменением анато-топографических взаимоотношений по мере увеличения размеров матки.

Ввиду неспецифической клинической картины опухолей яичников их диагностика при беременности возможна, в основном с помощью ультразвукового исследования. Что позволяет не только визуализировать опухоль, но и оценить её размеры, структуру, темпы роста, отношение к соседним органам [3,4].

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 заболеваниях органов брюшной полости, циррозе печени, беременности и эндометриозе [4,5].

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 (рисунок 1).

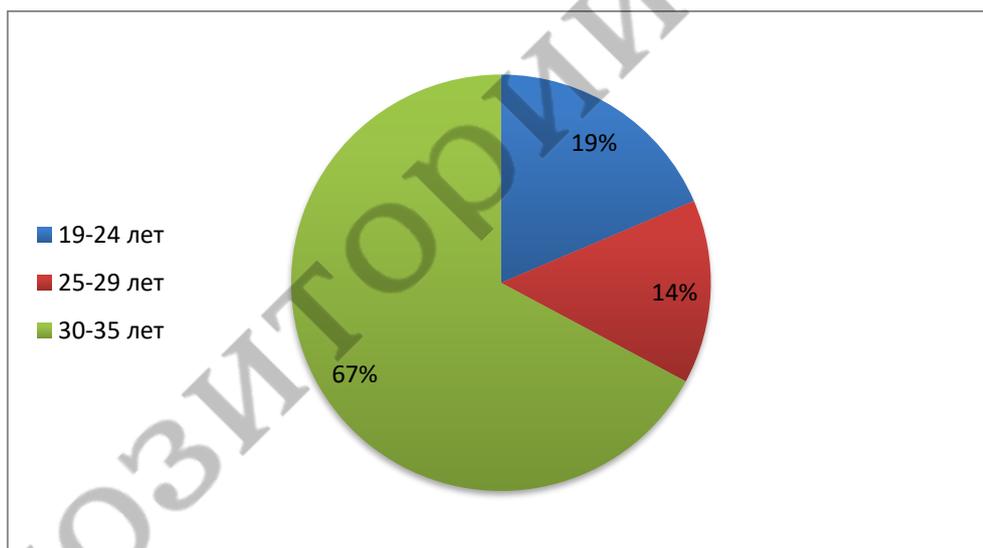


Рисунок 1 — Возраст исследуемых женщин

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 (рисунок 2).

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

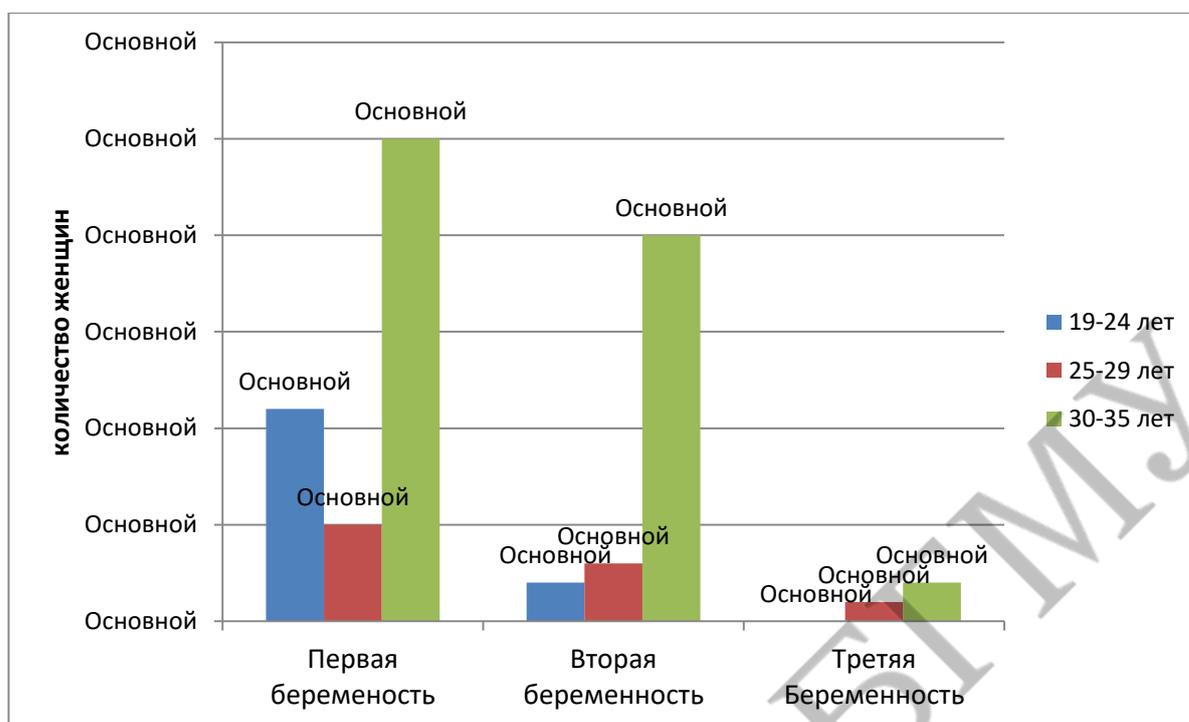


Рисунок 2 — Количество беременностей у обследуемых пациенток

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 [6].

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

Результаты и их обсуждение. 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 [6]. 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 эндометриоидные кисты, из герминогенных опухолей яичников обнаружены зрелые тератомы (дермоидные кисты) в 13 (19%) случаях. Из опухолевидных образований яичников кисты жёлтого тела – 3(4%) (рисунок 3) [7].

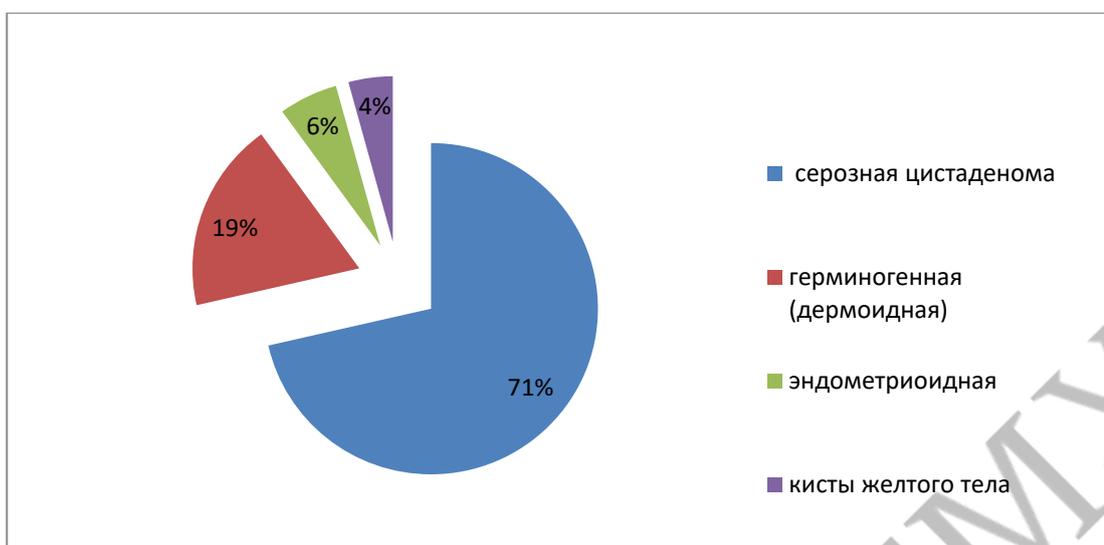


Рисунок 3 – Результаты гистологического заключения

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (ампициллин, цефазолин, цефураксим, амоксициллин) у 16 (22,8%) женщин, кроме того, всем пациенткам назначалась терапия, направленная на сохранение беременности (папаверин, дюфастон).

Послеоперационный период протекал без особенностей. Все женщины были выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 4-5 сутки.

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.

Выводы:

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. Хочется отметить, что все пациентки, которым выполнялась операция лапароскопическим доступом, доносили беременность до жизнеспособности плода с благоприятным исходом родов.

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. Айламазян Э. К., Акушерство: учебник для медицинских вузов / Э. К. Айламазян —8-е изд.— Санкт- Петербург: СпецЛит, 2014. — 327 с.
2. Акушерство: национальное руководство / под Ред. Э. К. Айламазян., В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 916 с.
3. Бахидзе Е. В., Опухоли яичника у беременных / Е. В. Бахидзе //Журнал акушерства и женских болезней — 2011 —№ 3 / том LX —С. 190 -196.
4. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей яичников / Дамиров М.М.. Бакулева Л.П.. Слюсарь Н.Н. // Акушество. и гинекология. — 1996. — № 3. — с. 49-50.
5. Сидорова И. С., Левакова С. А. Доброкачественные и пограничные опухоли яичников / И. С. Сидорова, С. А. Левакова — Медицинское информационное агентство, 2006 — с. 50-53.
6. Ульрих Е. А., Опухоли яичника: клиника, диагностика и лечение /Е. А. Ульрих, А. Ф. Урманчеева, Г. Ф. Кутушева — Санкт-Петербург : Издательство Н - Л, 2012.— с. 32-40.
7. Хушвахтова Э. Х., Мирзоева А. Б., Морфологическая структура доброкачественных новообразований яичников у беременных / Э. Х. Хушвахтова А. Б. Мирзоева // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. — 2012.—№ 5 / том 55 — С. 424-428.