

# ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

*Балашова Е. О., Можейко Л. Ф.*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,  
кафедра акушерства и гинекологии*

**Реферат.** Проведён ретроспективный клиничко-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.

**Введение.** 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].

Редкая частота сочетаний опухолей яичников и беременности создает трудности для проведения рандомизированных и когортных исследований с целью разработки стандартных подходов к диагностике и лечению соче-

тания опухолей, в том числе опухолей яичников и беременности. Поэтому публикация отдельных клинических наблюдений и мета-анализ литературных данных чрезвычайно актуальна.

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

Задачи:

- 1) выявить опухолевидные образования 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.** Согласно поставленной цели, в период с 2014 по 2016 гг. на базе УЗ «Областной родильный дом» г. Бреста, УЗ «1-я городская клиническая больница», УЗ «5-я городская клиническая больница» г. Минска проведено наблюдение 70 беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников, которым проведено плановое лапароскопическое вмешательство, объём операции — цистэктомия.

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 также изменением анатомо-топографических взаимоотношений по мере увеличения размеров матки.

Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников в большинстве случаев протекают без ярко выраженных клинических проявлений. У многих женщин диагноз впервые устанавливается либо при постановке беременной на учет, либо при проведении обязательного эхографического скрининга в первом триместре беременности. С внедрением современного стандарта исследования беременных УЗИ-диагностики частота выявления новообразований яичников возросла и составляет 1–3 случая на 1000 беременных.

Ввиду неспецифической клинической картины опухолей яичников их диагностика при беременности возможна, в основном, с помощью ультразвукового исследования, что позволяет не только визуализировать опу-

холь, 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 —  $24,6 \pm 3,8$  Ед/мл. Повышение СА-125 от 105 до 405 ед./мл наблюдалось у 7 (10 %) пациенток.

В то же 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 (рис. 1).

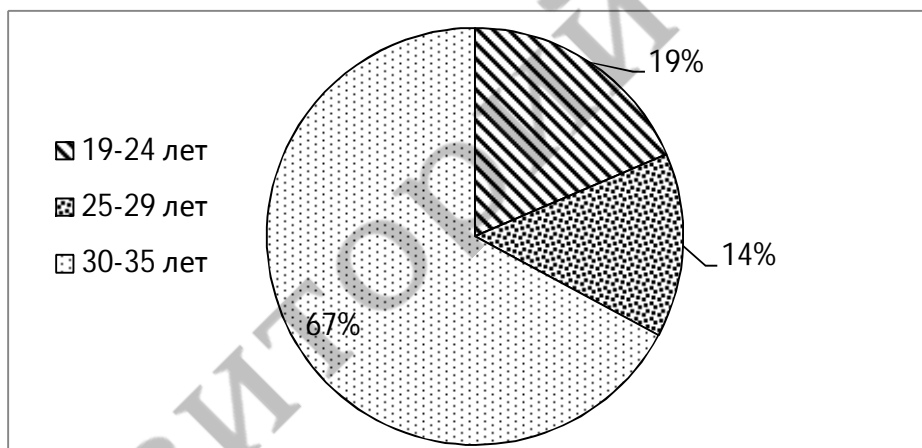


Рис. 1. Возраст исследуемых женщин

Согласно данным анамнеза, 64 (91,4 %) женщины 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 (рис. 2). 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, по-

стоянные 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 то же время 9 % женщин указывали на болезненность месячных до беременности, 11 % отмечали не регулярный характер менструальной функции.



Рис. 2. Количество беременностей у обследуемых пациенток

**Результаты и 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 общепризнано 16–18 недель, 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 %) женщины были прооперированы в сроке 16–18 недель, 7 (10 %) женщин — в сроке 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 %) (рис. 3) [7].

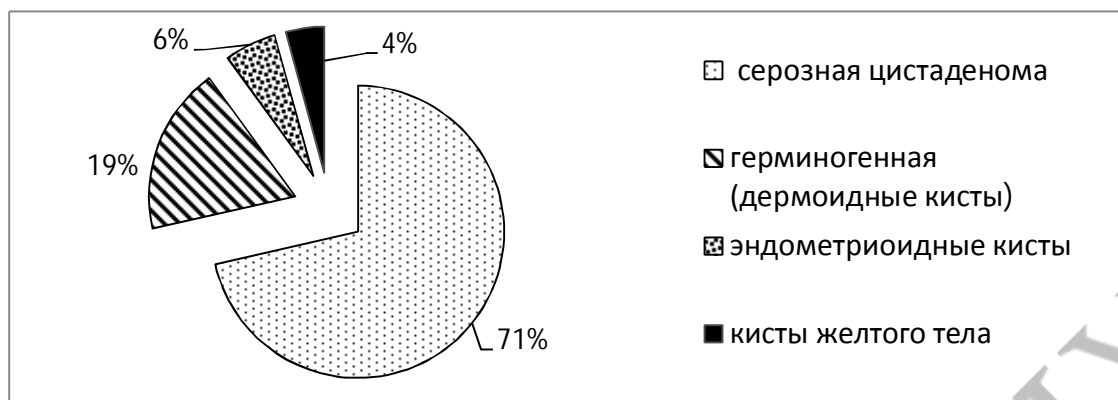


Рис. 3. Результаты гистологического заключения

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 %) женщин 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 %) женщины, 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 кесарева сечения — у 15 (21,4 %) пациенток.

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

**Заключение.** 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.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Айламазян, Э. К.* Акушерство : учеб. для мед. вузов / Э. К. Айламазян. 8-е изд. Санкт-Петербург : СпецЛит, 2014. 327 с.
2. *Акушерство* : национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазян [и др.]. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. 916 с.
3. *Бахидзе, Е. В.* Опухоли яичника у беременных / Е. В. Бахидзе // Журнал акушерства и женских болезней. 2011. № 3. Т. LX. С. 190–196.
4. *Дамиров, М. М.* Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей яичников / М. М. Дамиров, Л. П. Бакулева, Н. Н. Слюсарь // Акушерство и гинекология. 1996. № 3. С. 49–50.
5. *Сидорова, И. С.* Доброкачественные и пограничные опухоли яичников / И. С. Сидорова, С. А. Левакова. Москва : 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.* Морфологическая структура доброкачественных новообразований яичников у беременных / Э. Х. Хушвахтова, А. Б. Мирзоева // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. 2012. № 5. Т. 55. С. 424–428.

### **Laparoscopic removal of tumors and tumor-like formation of ovaries during pregnancy**

*Balashova E. O., Mozheyko L. F.*

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.