

# Опыт оперативного лечения придатковых образований при беременности

Ю. В. Епишина, Н. В. Башмакова, Т. А. Кузнецова,  
О. И. Мазуров, Н. Р. Шабунина–Басок

Отделение экологической репродуктологии ФГУ НИИОММ «Росмедтехнологий»;  
Отделение гинекологии ГУЗ «СОКБ №1», г. Екатеринбург

## The experience of the surgical treatment of adnexal tumors in pregnancy

J. V. Epishina, N. V. Bashmakova, A. D. Mazurov, N. R. Shabunina–Basok

Federal Agency of High-Tech Medicine, Ural Research Institute of Maternity and Infancy Welfare, Ekaterinburg, Russia

### Резюме

**Цель исследования** — изучить особенности течения беременности у женщин с доброкачественными и опухолевидными образованиями яичников, в зависимости от сроков, способов и объемов оперативного лечения. 63 пациенткам было выполнено оперативное вмешательство при беременности по поводу придатковых образований. Определены показания к оперативному лечению. Установлено, что наиболее часто встречающимся морфологическим вариантом является серозная цистаденома яичника. Проведено сравнение исходов родоразрешения у беременных после операций на яичниках и у женщин с физиологически протекающей беременностью. Установлено, что дети, рожденные в сроке доношенной беременности у матерей, после оперативного лечения имеют удовлетворительные росто-весовые показатели, высокую оценку по шкале Апгар. Ранний неонатальный период у всех новорожденных протекал без осложнений.

**Ключевые слова:** доброкачественные опухоли яичников, опухолевидные образования яичников, лапароскопия, чревосечение, морфологические варианты, гистоструктура, ультразвуковая эхография.

### Resume

**The aim of the research:** to examine the peculiarities of pregnancy progress in women with benign ovarian tumors depending on the term, way and type of the surgery. Surgery during pregnancy because of adnexal mass was performed in 63 cases. Indications for surgery were defined. It was found that serosal cystadenoma is the most often morphological variant of the disease. Labor outcomes were compared. It was revealed that children, born at term after surgical treatment of the mothers have usual length-weight data, high Apgar score. Early neonatal period was uncomplicated in all cases

**Key words:** benign ovarian tumors, laparoscopy, laparotomy, morphological variants, histological structure, ultrasonography.

### Введение

В настоящее время в акушерстве и гинекологии актуальной остается проблематика, связанная с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников (ДОЯ и ООЯ по классификации ВОЗ) [1].

Одной из тенденций последних лет является рост числа опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных, что создает серьезные проблемы для современного акушерства, а также связана с ростом числа осложнений со стороны матери и плода и необходимостью оперативного вмешательства во

время беременности [2]. Наличие придатковых образований, является показанием для оперативного лечения, так как дооперационно установить истинную природу образования удается не всегда. Расхождение дооперационного диагноза по УЗИ и окончательного гистологического диагноза в отношении всех кист яичников составляет 1,2%; из них для злокачественных образований — 25-51%, для доброкачественных — 3-32,3%; для опухолевидных образований — 30,9-45,6% [3]. Также при беременности не исключается малигнизация опухоли яичника [4]. В течении последних лет в медицине идет активный поиск эффективных методов лечения опухолей яичников с использованием новых современных технологий у беременных.

### Материалы и методы

С 2002 по 2008 г на базе отделения экологической репродуктологии ФГУ НИИОММ и от-

Ю. В. Епишина — очный аспирант;

Н. В. Башмакова — д. м. н., профессор, Заслуженный врач РФ, зам. директора по НИР;

Т. А. Кузнецова — зав. отделением гинекологии;

О. И. Мазуров — к. м. н., зав. отделением гинекологии ГУЗ «СОКБ №1»;

Н. Р. Шабунина-Басок — д. м. н., с. н. с., рук. отделения патоморфологии и цитодиагностики.

деления гинекологии ГУЗ «СОКБ №1» проводился сплошной набор пациенток с образованиями яичников при беременности. Критерием включения в исследуемую группу являлось наличие опухолей или опухолевидных образований яичников при прогрессирующей беременности.

Основную группу составили 63 пациентки, которым было выполнено оперативное вмешательство при беременности по поводу придатковых образований, контрольную группу составили 20 беременных с физиологической протекающей беременностью. В 61 случае операции были сделаны в плановом порядке. В двух случаях показанием для экстренного оперативного лечения было подозрение на перекрут ножки кисты яичника. Наблюдение пациенток после оперативного лечения проводилось на специализированном приеме ФГУ НИИОММ.

Обследование беременных включало в себя оценку акушерско-гинекологического анамнеза, соматического статуса, течение гестационного процесса после проведенного оперативного лечения. При необходимости осуществлялось консультирование онкогинекологом ООД.

Лабораторные исследования выполнялись на базе клинико-диагностической, патологоанатомической, иммунологической, микробиологической лабораториях Уральского научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества. Методом твердофазного иммуноферментного анализа проводилось исследование уровней онкомаркеров и гормонов фетоплацентарного комплекса сыворотки крови. С помощью УЗИ, кардиотокографии и доплерометрии осуществлялась оценка фетоплацентарной системы и внутриутробного состояния плода. Методом доплерометрии исследовались систоло-диастолическое соотношение и индекс резистентности кровотока в маточных артериях, артерии пуповины, венозном протоке. А также проводилось доплерометрическое исследование кровотока в капсуле кисты яичника. В патологоанатомической лаборатории проводилось срочное и плановое гистологическое исследование удаленных образований яичников, а также исследование плацент пациенток обеих исследуемых групп.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием стандартных методов статистического анализа, программы «Microsoft Office Excel 2003».

## Результаты и обсуждение

В программе лечения пациенток с опухолевидными образованиями яичников в основном применялась эндоскопическая хирургия.

Всего было прооперировано 63 пациентки, имеющие патологию яичников. Операции лапароскопическим доступом были сделаны у 52 человек, что составило 82,5%, лапаротомия была проведена у 11 человек — 17,5%. По срокам вмешательства пациентки были разделены на 4 группы. Первая группа: беременные, оперативное лечение которым проведено в сроке 16-20 недель гестации составила 43 человека (68,2%). Вторая группа: пациентки, операции которым были сделаны в срок 22 недели беременности составила 15 человек (23,8%), третья группа состояла из 4 человек (6,34%), им операции провели в сроке 23-24 недели гестации. Одной пациентке оперативное вмешательство было сделано в 26 недель беременности (1,7%). У этой пациентки киста яичника была впервые обнаружена на скрининговом УЗИ в 22 недели беременности, отмечался быстрый рост образования, повышение онкомаркера СА 125. Онкологической патологии выявлено не было. В 25 недель гестации беременная была госпитализирована в акушерскую клинику, подготовлена к операции. Была сделана нижне-срединная лапаротомия, удалена гигантская киста яичника, гистологическое заключение — муцинозная цистаденома яичника.

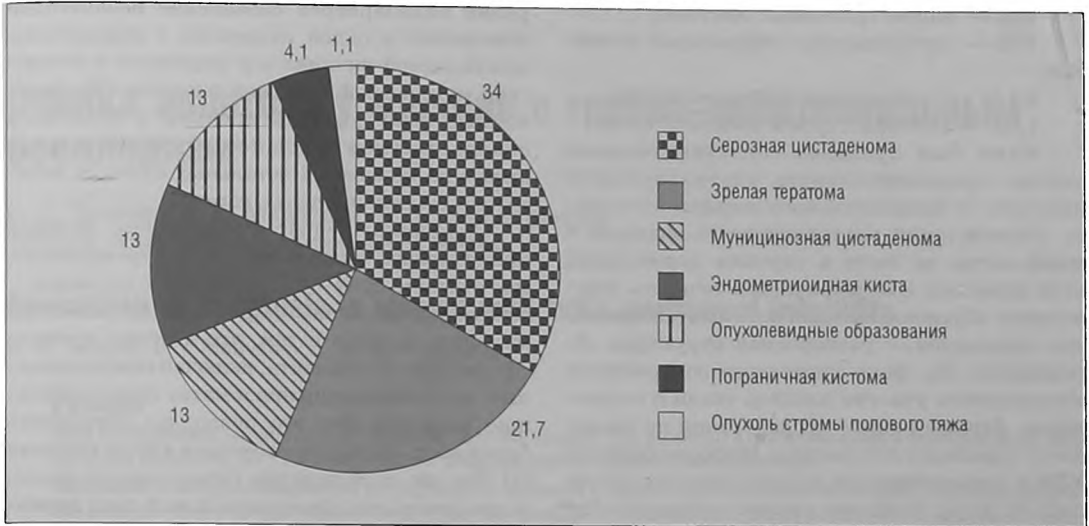
Средний возраст прооперированных пациенток составил  $27,4 \pm 0,4$ .

Особенности акушерско-гинекологического анамнеза показали, что только 16 человек из 63 не имели гинекологической патологии. В структуре гинекологической патологии преобладали: эрозия шейки матки — 31,75%, хронические внутриматочные инфекции — 28,6%, хронические воспалительные заболевания — 25,4%. В 27% у пациенток отмечались придатковые образования, выявленные до беременности. Однако оперативное лечение не было выполнено.

Обращает внимание на себя низкая частота бесплодия у пациенток основной группы. В России в популяции супружеских пар репродуктивного возраста бесплодие встречается в 18%, при обследовании пациенток с образованиями яичников бесплодие выявлено у 4,7%, у большинства трубно-перитонеального генеза. В структуре прооперированных пациенток в 62% патология придатков отмечалась у первобеременных женщин, 33% составляли повторнобеременные, в том числе многорожавшие — 4,76%.

При анализе соматической патологии у беременных с придатковыми образованиями выявлено, что в 80,9% (51 человек) встречалась экстрагенитальная патология. В структуре заболеваний преобладали инфекционно-воспалительные заболевания органов желудочно-

Рисунок Морфотипы удаленных придатковых образований



кишечного тракта 43,7% и в 26,5% заболевания почек. Сочетанная соматическая патология отмечалась в 3,17% (2 человека). Соматически здоровы были 12 человек, что составило 19,04%. В 11,1% при беременности отмечались острые респираторно-вирусные заболевания верхних дыхательных путей. Дисфункция вегетативной нервной системы в 15,8%. В 24% встречались прочие экстрагенитальные заболевания (бронхиальная астма — 1 случай, пневмокоциоз — 1 случай, ожирение, диффузное увеличение щитовидной железы). Отягощенный аллергоанамнез — лекарственная непереносимость встречался в 9,5%.

Особенностями эндоскопической техники оперативного вмешательства при беременности были:

1. Нетрадиционные места вхождения иглы Вереща и манипуляционных троакаров, что было обусловлено размерами беременной матки, размерами и локализацией кист яичников.

2. Для исключения пневмомассажа матки и провоцирования угрозы прерывания беременности, инсuffляцию газа осуществляли, используя низкое внутрибрюшное давление — 8-10 мм рт. ст.

3. В большинстве случаев при доброкачественных образованиях яичника осуществлялось рассечение стенки кисты, аспирация ее содержимого и вылушивание кисты с капсулой. Для сохранения овариального резерва ткань яичника оставалась интактной.

4. При односторонней локализации образования, для исключения патологического процесса в контралатеральном яичнике, осуществлялся тщательный его осмотр.

5. Во всех случаях проводилось интраоперационное гистологическое исследование удаленного материала.

В 11 случаях были сделаны полостные операции. Показаниями для чревосечения были: сочетание больших размеров образования и сроки беременности 23-24 недели гестации, беременность монохориальной, биамниотической двойней, наличие пристеночных компонентов, многокамерность образований, разрастания по внутренней капсуле, наличие выраженного спаечного процесса на органах брюшной полости и малого таза, наличие микроперфораций муцинозной цистаденомы яичника. Заслуживала внимание операция, проведенная в сроке 26 недель беременности у пациентки с гигантской муцинозной кистой яичника. Показаниями для операции в данном сроке гестации послужили: рост кисты при беременности, размер образования достигающий 18 см, повышение уровня онкомаркера СА 125 до 38,6 Е/мл. Все операции технически произведены без осложнений. У двух пациенток одновременно было проведено удаление кисты яичника и операция серкляж шейки матки. Почти все операции были сделаны в плановом порядке, лишь в двух случаях вмешательство провели по экстренным показаниям по поводу перекрута ножки кисты яичника.

Анализ полученного гистологического материала позволил нам установить морфологическую природу удаленных образований яичников.

34% представлены серозными цистаденомами;

21,7% — дермоидные образования яичников или зрелые тератомы;

13% — муцинозные цистаденомы;  
13% — эндометриоидные кисты;  
13% — опухолевидные образования яичников;

4,1 % — пограничные кисты яичников;  
1,2% — опухоль стромы полового тяжа.

Нами был проведен сопоставительный анализ предварительного ультразвукового диагноза и окончательного морфологического. Расхождений ультразвукового диагноза и морфологии не было в случаях дермоидных кист яичников. Эхографическая точность диагностики обусловлена наличием патогномичных признаков — разнородная структура образования. На фоне кистозного содержимого определялись участки плотной ткани и перегородки. Данные нашего исследования не расходятся с данными литературы. Информативность УЗИ в идентификации зрелых тератом достигает 90 % [5] Наиболее сложно установить по данным УЗИ природу серозной цистаденомы, так как она имеет схожие эхографические признаки с ретенционными образованиями (фолликулярные кисты, простые серозные кисты яичников) — тонкостенная, гладкостенная капсула, однородное содержимое. Однако, в отличие от ретенционных образований, серозные цистаденомы являются истинными кистами, поэтому склонны к росту и пролиферации при беременности. В дооперационной диагностике фолликулярных кист яичников помогает гинекологический анамнез пациенток. У таких пациенток в анамнезе имелись указания на функциональные кисты яичников, нарушения менструального цикла, недостаточность лютеиновой фазы.

Ранний послеоперационный период протекал гладко. В 48 % случаях дальнейшее течение беременности осложнилось угрозой прерывания беременности, по поводу чего пациентки получали сохраняющую терапию. У 48 женщин произошли самостоятельные срочные роды живыми детьми с массой тела от 3000,0-4000,0 г с высокой оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Шесть человек были родоразрешены путем кесарева сечения. Показаниями для оперативного родоразрешения в двух случаях была острая гипоксия плода, у двух пациенток наличие рубца на матке от операции кесарева сечения. В одном случае кесарево сечение выполнили по сочетанным показаниям в связи с длительным предшествующим бесплодием и первыми родами в 40 лет. У одной пациентки были преждевременные оперативные роды в сроке 32-33 недели беременности. Показанием для досрочного родоразрешения явилось прогрессирование гестоза, проявлявшееся повышением АД, не поддающееся гипотензивной терапии.

При исследовании сывороточных концентраций онкомаркеров повышение показателей отмечалось у одной пациентки с эндометриоидной кистой яичника и у пациентки с гигантской муцинозной кистой яичника. Обе беременные были консультированы в областном онкологическом диспансере, онкопатологии выявлено не было. В остальных случаях показатели были в пределах нормы.

Анализируя опыт оперативного лечения придатковых образований при беременности, мы считаем срок — 16-20 недель гестации — оптимальным. Данный срок был выбран оптимальным, в связи с тем, что к этому времени сформирована плацента, включен гемохориальный тип кровообращения и матка имеет небольшие размеры. Все это позволяет обеспечить бережность лапароскопического вмешательства [4]. Так же к 16 неделям беременности происходит резорбция функциональных кист яичников.

## Выводы

1. Определены оптимальные сроки эндоскопического оперативного вмешательства — 16-20 недель гестации.
2. Объем проводимого вмешательства — щадящий, с сохранением интактной яичниковой ткани.
3. Определена морфологическая структура образований яичников. В большинстве случаев опухоли яичников были представлены серозными цистаденомами — 34% и зрелыми тератомами в 21,7%. Другие кисты яичников и опухолевидные образования были представлены в меньших количествах.
4. Дальнейшее течение беременности у пациенток, после оперативного лечения в 48 % осложнилось угрозой прерывания, что потребовало проведения сохраняющей терапии. В большинстве случаев течение беременности и исходы родоразрешения у данной группы пациенток не отличались от исходов родов у пациенток с физиологически протекающей беременностью.

## Литература

1. В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева Гинекология : национальное руководство с. 804-810.
2. Л. В. Адамьян, С. А. Мартынов, Е. Л. Романова Лечение доброкачественных опухолей гениталий у беременных. Материалы второго международного конгресса по репродуктивной медицине с 48.
3. Серов В. Н., 2001, Leung T.N., 1997, Ruhlmann С., 1996.
4. В. И. Кулаков, Л. В. Адамьян Эндоскопия в гинекологии 2000 г с. 350.
5. Mecke H., Savvas V. Eur J Obstet Gynec Reprod Biol 2001; 96 : 1: стр 80-84