

УДК 618.2—06:618.211—006—089



В.С. Архіпова, Н.М. Пушина,
І.Є. Кучеревська, О.В. Калашнікова

Сучасні підходи до хірургічного лікування вагітних з пухлинами і пухлиноподібними утвореннями яєчників

Дорожня клінічна лікарня на ст. Дніпропетровськ
Придніпровської залізниці

Ключові слова: вагітність, новоутворення яєчників, обстеження, лікування, лапароскопія.

Останніми роками констатовано зростання частоти пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників серед жіночого населення, зокрема серед вагітних. Висока частота ускладнень у вагітних з пухлинами і пухлиноподібними утвореннями яєчників зумовила необхідність оптимізації обстеження та методів хірургічного лікування цих хворих шляхом удосконалення тактичних підходів і техніки операції [2, 8].

Яєчникові новоутворення трапляються у вагітних з частотою 1–3 випадки на 1000 осіб. Характер утворень під час вагітності різний. Найчастіше трапляються кіста жовтого тіла, ендометрийдна кіста, тератома. Кісти жовтого тіла впродовж вагітності зазвичай зазнають зворотного розвитку. Серед справжніх доброякісних пухлин яєчника під час вагітності виявляють утворення епітеліального генезу: серозну і муценозну цистаденоми. Можливий і рак яєчника (0,001%). Яєчникові утворення зазвичай виникають ще до настання вагітності, але частіше їх виявляють під час вагітності [10, 11].

Клінічна картина. За відсутності додаткових ускладнень у вагітних з яєчковими утвореннями скарг може не бути. Іноді їх турбують лише неприємні відчуття внизу живота зліва або справа залежно від локалізації зміненого яєчника. При дуже рухомому утворенні (втягнутий зв'язковий апарат ніжки яєчника) можуть спостерігатися больові відчуття.

Пухлиноподібні утворення і пухлини яєчника можуть супроводжуватися низкою ускладнень, що мають виражений клінічний прояв: перекручування ніжки пухлини, розрив її стінки, крововилив у стінку. При цьому виникають симптоми «гострого живота», що нерідко потребують оперативного втручання [8, 10].

Пухлини і пухлиноподібні утворення яєчників можуть призвести до таких ускладнень вагітності, як загроза переривання, поперечне положення плоду при низькому розташуванні пухлини. Під час пологів вірогідне випадання пуповини, непра-

вильне вставлення головки, слабкість пологової діяльності.

Діагностика. У ранні терміни вагітності (до 11–12 тиж) під час бімануального дослідження, проведеного з діагностичною метою, можливе виявлення утворення зліва або справа від матки. Але основним методом діагностики пухлин і пухлиноподібних утворень яєчника є УЗД, яке дає змогу чітко визначити на будь-якому терміні вагітності величину, локалізацію, а нерідко і характер патології яєчника [1, 6]. У разі великого терміну вагітності яєчникові утворення виявляють досить високо зліва або справа від матки. Важливе значення має своєчасне діагностування наявності раку яєчника або переходу справжньої пухлини яєчника в злоякісну форму за допомогою доплерометрії кровотоку в яєчкових утвореннях, визначення онкомаркера СА-125 [3, 7, 8, 11].

Ведення вагітності. У разі поєднання злоякісної пухлини яєчника з вагітністю обов'язковим є оперативне втручання, незалежно від терміну вагітності. У разі симптомів «гострого живота», які виникли внаслідок перекручування ніжки пухлини або розриву кісти, також необхідне ургентне оперативне втручання.

Тактику ведення вагітності у разі безсимптомного яєчкового утворення обирають індивідуально. У разі невеликого доброякісного утворення (за даними УЗД і доплерометрії) оперативне лікування не проводять, за утворенням під час вагітності спостерігають, а після пологів, якщо воно не зникло, видаляють [3, 4, 10, 12, 15].

Показаннями для хірургічного лікування під час вагітності є: надмірна рухливість пухлини, що призводить до виникнення больових відчуттів, діаметр більше 7–8 см, істинна пухлина.

Оперативне лікування пухлин проводять лапароскопічним доступом, шляхом лапаротомії або видаляють їх під час кесарева розтину.

Оптимальним терміном вагітності для виконання планового оперативного лікування, на думку Л. Адамян (Москва) [2, 5], є 16–18-й тиждень,

коли завершується формування фето-плацентарного комплексу і органогенез, відбувається самостійна резорбція функціональних кіст яєчника, розміри вагітної матки мінімально перешкоджають проведенню операції [1, 2, 8].

Вибір хірургічного доступу у вагітних визначається розмірами матки і пухлини, локалізацією пухлини, внутрішньою структурою пухлини, наявністю загальних протипоказань для лапароскопії.

Основними принципами оперативного лікування вагітних з пухлинами і пухлиноподібними утвореннями яєчників є: мінімальна травматичність операції (максимально щадне ставлення до непошкоджених тканин яєчника і сусідніх з ним органів, використання атравматичних інструментів, мінімальне зшивання тканин при повному гемостазі), повне видалення патологічно змінених ділянок (ретельне дослідження контрлатерально-го яєчника).

За результатами досліджень кафедри репродуктивної медицини і хірургії ФПДО МГМСУ м. Москви, основним обсягом оперативного лікування у вагітних з пухлинами і пухлиноподібними утвореннями яєчників є однобічна резекція яєчника (70,6% випадків), що пояснюється високою частотою доброякісних пухлин у вагітних. Двобічна резекція яєчників виконана в 6,9% випадків. Розширення обсягу оперативного втручання у вагітних зумовлене наявністю злоякісних, прикордонних пухлин, двосторонньою локалізацією доброякісних пухлин, високим ризиком розтину муцинозної цистаденоми [2].

У 2008 р. у гінекологічному відділенні Дорожньої лікарні на ст. Дніпропетровськ нами була зас-

тосована методика лапароскопічного видалення кіст яєчників у 3 вагітних.

Жінки були обстежені в повному обсязі, діагноз був підтверджений результатами ультразвукового дослідження. Розмір пухлин становив 11–13 см. Операції проводили на 13–14-му тижні вагітності.

Ми використовували «закриту» методику лапароскопії у вагітних. Місце введення голки Вереша, первинного і додаткових троакарів у кожному випадку визначали індивідуально. Внутрішньочеревний тиск становив 8–10 мм рт. ст. для створення пневмоперитонеуму використовували вуглекислий газ. Кут нахилу операційного столу в положенні Тренделенбурга не більше 150°. Використовували тупокінцевий троакар. Відмовилися від внутрішньоматкового маніпулятора.

У всіх випадках було проведено однобічну резекцію яєчника. Під час патоморфологічного дослідження виявлено серозні цистаденоми. Тривалість операції становила 50 хв. Обсяг крововтрати — до 50 мл. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, з мінімальним використанням аналгетиків. У жодної з жінок не відбулося передчасного переривання вагітності в післяопераційний період. На теперішній час одна вагітність закінчилася строковими мимовільними нормальними пологами, інші пролонгуються.

Таким чином, проведене дослідження свідчить про доцільність оперативного лікування вагітних з пухлинами яєчників. Оптимальним терміном проведення операції є 13–18-й тиждень вагітності. Застосування ендоскопічної методики у вагітних дає змогу знизити травматичність операції, не впливаючи негативно на подальший перебіг вагітності, стан плоду і новонародженого.

Література

1. Адамян Л.В., Макаренко В.Н., Козлов В.В. и др. Компьютерная томография в диагностике патологии матки и придатков // Матер. Междун. конгресса по эндометриозу с курсом эндоскопии. — 1996. — С. 191–192.
2. Адамян Л.В., Мурашко Л.Е., Зурабиани З.Р. и др. Современные подходы к хирургическому лечению беременных с опухолями яичников // Матер. междун. науч. форума «Мать и дитя». — М., 2007. — С. 8–10.
3. Алексеева М.Л., Фанченко Н.Д., Новиков Е.А. и др. Опухолевые маркеры в гинекологии // Акушерство и гинекология. — 1995. — № 5. — С. 35–37.
4. Губина О.В., Казаченко В.П., Карселадзе А.И. и др. Морфоультразвуковые сопоставления в диагностике пограничных опухолей яичников // Ультразвуковая диагностика. — 1996. — № 2. — С. 22–27.
5. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Хирургическая лапароскопия в гинекологии // Акушерство и гинекология. — 1995. — № 5. — С. 3–6.
6. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Киселев С.И. Диагностическая и хирургическая лапароскопия в гинекологии // Матер. междун. конгресса НЦ АГиП РАМН «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки (с курсом эндоскопии)». — М., 1997. — С. 15–37.
7. Леваков С.А. Дифференциальная диагностика объемных образований матки и яичников при помощи эхографии и компьютерной томографии с построением гистограмм // Акушерство и гинекология. — 1997. — № 1. — С. 61–63.
8. Магнитская Н.А., Соломатина А.А., Герасимова А.А., Клименко П.А. Яичниковые образования во время беременности // Матер. междун. науч. форума «Мать и дитя». — М., 2007. — С. 147–150.

9. Савельева Г.М. Эндоскопия в современной гинекологии // Новый мед. журн. – 1997. – № 1. – С. 3–5.
10. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. – М.: Триада–X, 1999. – 149 с.
11. Стручкова Н.Ю., Медведев М.В., Зыкин Б.И. Возможности доплерографии в дифференциальной диагностике злокачественных и доброкачественных опухолей яичников // Ультразвуковая диагностика. – 1998. – № 3. – С. 5–15.
12. Lee V., Nais S., Leing N., Yap L.K. The laparoscopic management of adnexal masses in the department of reproductive medicine in Kandang Kerbau Hospital // Gyn. Endoscopy. – 1997. – Vol. 6, N 1. – P. 37.
13. Leung T.N., Yuen P.M., Yang W.T. Laparoscopic ultrasound evaluation of ovarian lesions: is it better // 6 th Ann. Congress of the Int. Society Gyn. Endoscopy. – Singapore, 1997. – P. 23.
14. Ruhlmann C., Vetrano R., Gonzales D. et al. Comparison of laparoscopic versus conventional treatment of ovarian endometrioma // J. AAGL. – 1996. – Vol. 3, N 4. – P. 44.
15. Tingulstad S., Hagen B., Skjeldestad F.E. et al. Evaluation of risk of malignancy index based on serum CA 125, ultrasound findings and menopausal status in the pre-operative diagnosis of pelvic masses // Brit. J. Obst. Gyn. – 1996. – Vol. 103. – P. 826–831.

В.С. Архипова, Н.М. Пушная, И.Е. Кучеревская, О.В. Калашникова

Современные подходы к хирургическому лечению беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников

Обоснована целесообразность оперативного лечения беременных с опухолями яичников при прогрессирующей беременности. Оптимальным сроком проведения операции является 13–18-я неделя беременности. Применение эндоскопической методики у беременных позволяет снизить травматичность операции, не оказывая отрицательного воздействия на дальнейшее течение беременности, состояние плода и новорожденного.

V.S. Archipova, N.M. Pushna, I.E. Kucherevska, O.V. Kalashnikova

Modern going near surgical treatment of pregnant with tumours and tumular by formations of ovaries

In the article research about expedience of operative treatment of pregnant with tumours ovaries is presented at making progress pregnancy. The optimum term of fetal age is 13–18 weeks. Application of laparoscopic method for pregnant allows to reduce traumatic operations, not rendering negative influence on the further flow of pregnancy, state of fetus and newborn.