

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Зацитная Д.И., Гринько Е.С., Михалькевич Е.В.
Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – ассистент Ганчар Е.П.

Актуальность. В последние годы отмечается рост опухолей и опухолевидных образований яичников. Вместе с тем вопросы тактики обследования, введения беременности, необходимости оперативного лечения истинных опухолей и опухолевидных образований яичников во время беременности остается малоизученным.

Цель исследования: провести анализ случаев оперативного лечения беременных с новообразованиями яичников.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2015 гг. в Городской клинической больнице №4 г. Гродно оперативно пролечены 22 беременные женщины с новообразованиями яичников. Проведен ретроспективный клиничко-морфологический анализ данных историй болезни и протоколов аутопсий.

Результаты и обсуждение. Все пациентки на момент оперативного лечения находились в I триместре беременности (преимущественно в сроке 8-9 недель). Согласно данным УЗИ и ревизии органов брюшной полости, размер опухоли варьировал от 4 до 10 см в наибольшем измерении, составляя в среднем $6,5 \pm 1,6$ см. Все операции были произведены лапароскопическим доступом. При проведении хирургического вмешательства 16 (72,7%) беременным выполнена цистэктомия, 2 (9,1%) – аднексэктомия (в одном случае в связи со злокачественной опухолью, в другом случае из-за перекрута ножки кисты яичника), 4 (18,2%) – резекция яичника. По результатам морфологического исследования из 22 удаленных образований были верифицированы в 19 (86,4%) случаях доброкачественные опухоли, в 2 (9,1%) случаях опухолевидные образования яичников и в 1 (4,6%) – злокачественная опухоль. Среди удаленных опухолей яичника эпителиальной природы была выявлена высокая частота серозной цистаденомы – 12 (54,6%). В 2 (9,1%) наблюдениях выявлена муцинозная цистаденома. Из герминогенных опухолей яичников обнаружены зрелые тератомы (дермоидные кисты) в 5 (22,7%) случаях и дисгерминома (злокачественная опухоль) в 1 (4,6%). Из опухолевидных образований яичников у 2 (9,1%) пациенток выявлены эндометриоидные кисты. Наиболее известным маркером для идентификации опухолей яичников считается СА-125. Данный гликопротеин не является истинным опухолевым маркером, т. к. 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. Следует отметить, что исходный уровень СА-125 определен у всех беременных. Лишь у одной пациентки (с диагностированной злокачественной опухолью – дисгерминомой) значение данного онкомаркера было повышено – 46,6 Ед/мл, у остальных беременных значение данного показателя в пределах нормы (0-35 Ед/мл), среднее значение $26,7 \pm 4,3$ Ед/мл. После операции женщинам назначались антибиотики пенициллинового ряда, спазмолитики, обязательно проводилась гормональная поддержка (препаратами прогестерона). Послеоперационный период протекал без особенностей у большинства беременных – 86,4%, лишь у 2 (9,1%) развилась развернутая клиника угрозы прерывания, у 1 (4,6%) пациентки беременность прервалась.

Выводы. Сочетание беременности с опухолями яичников требует от врача пристального внимания с обязательным определением онкомаркеров. Превалирующей операцией при опухолях яичников во время беременности является цистэктомия, что позволяет благоприятно пролонгировать беременность. Большинство опухолей, удаляемых во время беременности, имеют эпителиальную природу.