

4. Shi H.N., Walker A. Bacterial colonization and the development of intestinal defences. Can J Gastroenterol. 2004; 18(8): 493–500.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

¹Ганчар Е.П., ¹Гурин А.Л., ²Костяхин А.Е., ²Евсиевич В.И.,
²Парфененко И.В.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»

Актуальность. Новообразования яичников - одна из актуальных проблем современной гинекологии. Социальная и медицинская значимость рассматриваемой патологии обусловлена не только увеличением частоты её встречаемости с 11% до 25% [1], преобладанием доброкачественных форм в 70-80% [2], но и развитием в молодом возрасте. Беременность при опухолях яичников диагностируют в 0,02 - 0,46% случаев, чаще всего в репродуктивном возрасте. Этиологические факторы опухолей яичников многообразны (отягощенная наследственность, гормональные нарушения, отсутствие беременности в течение длительного времени, частые аборты, наличие инфекций передающихся половым путём и др.) и до конца не изучены [1]. Одной из проблем ведения беременности у женщин с новообразованиями яичников является выбор тактики их лечения [3,4]. На основании УЗ-диагностики и его мониторинга, часто не представляется возможность дифференцировать доброкачественные опухоли от злокачественных образований, что указывает на необходимость проведения динамических исследований (гистологические исследования, определение онкомаркеров и т.д.). Вместе с тем вопросы тактики обследования, введения беременности, необходимости оперативного лечения истинных опухолей и опухолевидных образований яичников во время беременности остается малоизученным, что и является актуальным для проведения настоящего анализа.

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

Материалы и методы. За период с 2009 по 2014 гг. в Городской клинической больнице № 4 г. Гродно оперативно пролечено

22 беременные женщины с новообразованиями яичников. Проведен ретроспективный клинико-морфологический анализ данных историй болезни и протоколов аутопсий. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программного обеспечения MS Excel.

Результаты и обсуждение. Средний возраст обследуемых пациенток составил – $24,5 \pm 3,4$ года. 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 была 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. Следовательно, преобладающим оперативным вмешательством при доброкачественных новообразованиях яичников при беременности являлось цистэктомия. Это соответствует наиболее щадящему объему выполнения операции при беременности.

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%) – злокачественную опухоль.

Среди удаленных опухолей яичника эпителиальной природы была выявлена высокая частота серозной цистаденомы – 12 (54,6%). В 2 (9,1%) наблюдениях была выявлена муцинозная цистаденома. Из герминогенных опухолей яичников были 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 были 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 эпителиально-

го 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 был 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 было 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. При беременности с опухолями яичников необходимо определять онкомаркеры.

Превалирующей операцией при опухолях яичников во время беременности является цистэктомия, что позволяет благоприятно пролонгировать беременность.

Большинство опухолей, удаляемых во время беременности, имеют эпителиальную природу.

Литература

1. Абдуллаева, С.А. Некоторые аспекты диагностики и лечебной тактики у больных с доброкачественными образованиями яичника и состояние репродуктивной системы после хирургической коррекции / С.А. Абдуллаева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – Т. 5, № 2. – С. 17–23.

2. Абузаров, Р.Р. Репродуктивная функция женщин после субтотальной овариоэктомии / Р.Р. Абузаров, О.А. Будник // Мать и дитя: материалы IX всероссийского научного форума. М., 2007. – С. 309–310.

3. Блошинская, И.А. Лапароскопический доступ в лечении опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных / И.А. Блошинская, И.Л. Зверев // Репродуктивное здоровье 2008 : мат. 2-го межд. Конгресса по репродуктивной медицине.- М., 2008. – С. 211–213.

4. Преимущества лапароскопического доступа в хирургическом лечении опухолей яичников / Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Авалиани Х.Д. и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2004. – № 5. – С. 20–23.