

ОПУХОЛИ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Пипко Т.В., Листванович Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Плоцкий А.Р.

Сочетание беременности и опухолей яичника встречается в 0,02–0,46% случаев [1]. Опухоли стромы полового тяжа, представителями которых являются гранулезоклеточная опухоль и текома, в структуре всех новообразований яичника занимают не более 3% [1]. Тем не менее, несмотря на редкость, образования подобного рода могут встречаться и при беременности. В связи с этим, целью работы явилась клиническая и ультразвуковая характеристика опухолей стромы полового тяжа при гестационном процессе.

Мы наблюдали двух пациенток, у которых при беременности были выявлены опухоли указанного гистологического строения значительных размеров. В первом случае солидно-кистозное образование (с преобладанием солидного компонента) было выявлено в 20 недель беременности, характеризовалось быстрым ростом, отсутствием клинической симптоматики, достигнув 25 см в диаметре к моменту оперативного родоразрешения. При срочном гистологическом исследовании верифицирована злокачественная гранулезоклеточная опухоль, в связи с чем объем операции был расширен до тотальной гистерэктомии с резекцией большого сальника.

В другом наблюдении, в сроке 34 недели беременности, при эхографии в проекции правого яичника визуализировалось образование солидного типа, практически лишенное жидкостного компонента, с мощным развитием сосудистой сети (по данным доплерометрии) размерами до 20 см в диаметре. Интересно, что в сроке 15–16 недель беременности женщина направлялась в стационар в связи с выявленной опухолью правого яичника (диаметром 10 см!) для хирургического вмешательства, однако врачами ультразвуковой диагностики указанное образование было расценено как узел миомы, и от оперативного лечения, в итоге, было решено воздержаться. За неполные 20 недель беременности опухоль увеличилась в размерах практически в 2 раза. Беременность было решено пролонгировать, однако пришлось прибегнуть к экстренному родоразрешению в связи с произошедшим разрывом кистозного образования и внутрибрюшным кровотечением.

Анализируя приведенные наблюдения, можно констатировать, что эхографическая картина опухолей стромы полового тяжа при беременности значительно отличается от признаков этих же опухолей, выявляемых вне беременности. Известно, что гранулезоклеточной опухоли присуще кистозно-солидное строение с преобладанием кистозного компонента, особенно в молодом возрасте. В рассматриваемых нами случаях опухоли имели преимущественно солидное строение, что во втором наблюдении способствовало диагностической ошибке и неправильной тактике ведения. Клиническая картина оказалась во многом схожей с проявлениями, зафиксированными в работе Young R.H. et al., в которой приводится описание 36 наблюдений подобных опухолей [2].

Выводы. Трудностям диагностики способствуют как редкая встречаемость (опухоли подобного рода чаще наблюдаются в старшей возрастной группе), так и невозможность использовать в диагностике весьма важные клинические аспекты, обусловленные гормональной активностью этих новообразований, но по понятным причинам «исчезающие» при беременности. Тем не менее, точная диагностика весьма целесообразна ввиду необходимости выбора адекватного срока родоразрешения и объема последующей операции.

Литература:

1. Вишневская Е.Е. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли женских половых органов. – Минск, 2002. – с. 339.
2. Granulosa cell, Sertoli-Leydig cell, and unclassified sex cord-stromal tumors associated with pregnancy: a clinicopathological analysis of thirty-six cases / Young R.H. [et al.] // Gynecol Oncol. – 1984. – Vol. 18(2). P. 181 – 205.