

*Л.С. Логутова, А.А. Попов, В.А. Петрухин, Т.Н. Мананникова, А.А. Федоров,
М.Р. Рамазанов, И.В. Краснопольская, А.А. Головин, М.А. Чечнева*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

ГБУЗ МО Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

В статье отражены особенности выполнения хирургических вмешательств при опухолях и опухолевидных образованиях яичников у беременных. Проведена оценка влияния оперативного вмешательства на течение и исход беременности и родов. Показана высокая эффективность лапароскопического метода при проведении оперативного вмешательства в I и II триместрах беременности.

Ключевые слова: беременность, опухоли и опухолевидные образования яичников, пограничные опухоли, лапароскопия, лапаротомия

Серьезной проблемой репродуктивного здоровья женщин продолжает оставаться наличие у них опухолей и опухолевидных образований придатков матки. По частоте встречаемости опухоли яичников занимают 2 место среди всех заболеваний женских половых органов. Около 20% новообразований имеют злокачественный характер, что делает проблему своевременной диагностики и лечения опухолей яичников особенно актуальной [3,6,8,9,14].

По сведениям разных авторов [4,5,7,19,21], частота данной патологии во время беременности колеблется от 2% до 4%, в среднем составляя 2%. Согласно литературным данным, доброкачественные серозные опухоли встречаются при беременности в 21% случаев среди всех опухолей яичников, муцинозные — в 22%. Наиболее часто встречаются дермоидные кисты (зрелые тератомы) — 45%. Доброкачественные опухоли яичников сочетаются с беременностью в 4–5 раз чаще, чем злокачественные [8–10,22].

Диагностика опухолей яичников у беременных сложна. Сложности диагностики обусловлены не только скудной клинической симптоматикой, но и снижением информативности методов исследования по мере увеличения срока беременности в связи с увеличением размеров матки.

В связи с неспецифической клинической картиной опухолей яичников их диагностика на ранних этапах возможна в основном при помощи эхографии. Динамическое ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяет не только локализовать опухоль, но оценивать ее размеры, структуру, темпы роста, отношение к соседним

органам. При этом по мере увеличения размеров матки снижается диагностическая ценность метода [2,7,24].

Большинством исследователей [4,5,7,19] признается низкая информативность определения онкомаркера СА-125 в дифференциальной диагностике опухолей и опухолевидных образований у беременных. В норме уровень онкомаркера СА-125 в плазме крови беременных выше, чем у небеременных женщин, и может достигать уровня 100 ЕД/мл. Из-за большой частоты ложноположительных и ложноотрицательных результатов данный метод не имеет диагностической ценности при беременности.

Сочетание беременности и опухолей яичников повышает риск таких осложнений, как перекрут ножки опухоли (в 19% случаев), нарушение кровоснабжения, разрыв капсулы опухоли (3%), образование яичника может быть механическим препятствием в родах (у 14%), не исключается малигнизация опухоли во время беременности [10,11,15,17,18,20,22].

Признаки угрозы прерывания беременности имеют место у 30–75% женщин с опухолями яичников с тенденцией к возрастанию частоты во II и III триместрах [11,20].

Вопрос о хирургическом лечении больных при сочетании злокачественной опухоли яичника и беременности решается однозначно в пользу проведения оперативного вмешательства, независимо от срока беременности. Более сложной проблемой является решение вопроса о необходимости хирургического вмешательства при сочетании беременности и доброкачественных опухолей придатков матки. Во время беременности, особенно на ранних сроках, развиваются лютеиновые или фолликулярные кисты, которые по мере увеличения сроков беременности могут спонтанно подвергаться обратному развитию, и операция в этой ситуации не требуется. Оперативное вмешательство при беременности осложняет ее течение: частота прерывания увеличивается и возникает у каждой четвертой женщины, повышается частота синдрома задержки развития плода (СЗРП).

На сегодняшний день существует возможность проведения операции во время беремен-

ности не только лапаротомным, но и лапароскопическим доступом [12,13,23].

Вопрос об объеме оперативного вмешательства на придатках решается индивидуально и зависит от характера опухоли и наличия осложнений.

Под нашим наблюдением находилось 465 беременных, у которых либо до наступления настоящей беременности, либо в разные сроки гестации были обнаружены опухоли яичников.

Беременные были разделены на четыре группы.

I группа — 272 беременных, которым оперативное лечение проведено лапароскопическим методом во II триместре беременности (16-18 нед).

II группа — 61 пациентка, оперативное лечение выполнено при различных сроках гестации путем лапаротомии (от 16 до 25 нед).

III группа — 77 беременных, у которых оперативное лечение выполнено при родоразрешении путем кесарева сечения в сроках беременности 33-39 недель.

IV группа — 55 женщин, которым произведено удаление опухоли яичников методом лапароскопии на 6-9-е сутки после самопроизвольных родов.

Опухолевидные образования придатков матки до наступления данной беременности были диагностированы у 111 пациенток, в 316 случаях опухоль яичника обнаружена во время данной беременности в различные сроки гестации, при родоразрешении путем кесарева сечения образования придатков выявлены у 21 беременной и в 17 случаях — у родильниц.

333 беременным было проведено оперативное лечение по поводу наличия опухолей придатков в 16-25 недель гестации (у 61 женщины произведена лапаротомия, у 272 — лапароскопия).

Показаниями к операции тем или другим способом были: многокамерность образования, его достаточно большие размеры, ($d > 7-8$ см), ультразвуковые признаки эндометриоза, двусторонняя локализация опухолей, высокий риск разрыва капсулы образования по мере прогрессирования беременности (неподвижные опухоли, расположенные в дугласовом пространстве), а также подвижные опухоли с высоким риском их перекрута в процессе и после родов.

Мы считаем срок гестации 16-18 недель оптимальным, так как к этому сроку заканчивается органогенез, созревание фетоплацентарного комплекса и риск прерывания беременности при оперативном вмешательстве на придатках матки меньше, чем в более ранние, а размеры матки позволяют произвести оперативное вмешательство лапароскопически.

Следует отметить некоторые особенности при проведении лапароскопии у беременных.

Лапароскопия проводится «открытым» методом. Это предполагает послойное вскрытие передней брюшной стенки выше пупка по средней линии разрезом до 15 мм. Далее апоневроз фиксируется двумя лигатурами (Викрил 0). Под контролем зрения атравматический троакар (с тупым стилетом или без него) вводится в брюшную полость, герметизация создается за счет послойного наложения швов на брюшину, апоневроз и кожу. Производится инфляция двуокиси углерода с созданием низкого внутрибрюшного давления (до 8 мм рт.ст.). Как известно, обычно лапароскопия выполняется при давлении в 15 мм рт.ст. «Открытая» лапароскопия позволяет избежать ранения беременной матки на наиболее опасных («слепых») этапах лапароскопии — пневмоперитонеума и введения оптического троакара. Проведение операции при низких цифрах абдоминального давления уменьшает эффект пневмомассажа матки и, таким образом, снижает риск прерывания беременности.

Для введения троакаров используются «нетрадиционные» места, расположение которых зависит от срока гестации, размеров и локализации опухоли.

Объем операции в большинстве случаев был максимально щадящим с коагуляцией раны яичника с использованием биполярного тока. В случаях, когда кистой замещалась ткань яичника, выполнялась аднексэктомия по общепринятой методике. Извлечение препаратов, помещенных в герметичный пакет, производилось через расширенный разрез передней брюшной стенки в области оптического троакара после пункции и опорожнения кисты.

Далее проводилась санация малого таза и брюшной полости с использованием физиологического раствора при температуре 38°. Рана передней брюшной стенки послойно ушивалась наглухо. Методом выбора анестезии является эндотрахеальный наркоз с использованием только релаксантов короткого срока действия и полным отказом от декурарезации (прозерин). Продолжительность операции варьировала от 30 до 50 минут, кровопотеря практически отсутствовала. Размеры удаленных кист были от 5 до 12 см в диаметре. В структуре опухолей и опухолевидных образований яичников преобладали зрелые кистозные тератомы (207 женщин), эндометриозные кисты в 112 случаях, цистаденомы у 155 женщин. В 3 случаях образования были представлены пограничными цистаденомами, что потребовало дополнительной консультации онкоморфолога. В 5 случаях обнаружен рак яичника, все пациентки направлены в специализированные учреждения для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.

Следует отметить более раннюю активизацию беременных после лапароскопии, чем лапаротомии, менее выраженные симптомы угрозы прерывания беременности в послеоперационном периоде, а также более благоприятное психологическое состояние женщин в связи с тем, что операция не оставляет косметического дефекта.

За 1-2 дня до оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде проводилась спазмолитическая, токолитическая терапия, направленная на пролонгирование беременности и снижающая риск ее прерывания в послеоперационном периоде. Внутривенное капельное введение 25% раствора сернокислой магнезии (20 мл на 200 мл физиологического раствора) назначалось всем пациенткам уже в первые часы после операции и далее в течение 2—5 сут. При недостаточном эффекте спазмолитической терапии, после 16 нед гестации мы использовали следующую методику: внутривенное капельное введение токолитиков начинали во время оперативного вмешательства и продолжали в послеоперационном периоде в течение 1 суток (гинипрал 2—4 мл на 400 мл физиологического раствора). В конце внутривенного введения препаратов вводилось 5,0 баралгина внутривенно струйно, так как препараты анальгенового ряда обладают антипростагландиновым действием и должны быть включены в комплекс терапии, направленной на пролонгирование беременности.

Со 2 суток послеоперационного периода пациенток переводили на таблетированную форму (гинипрал 5 мг 4—6 раз в сутки в течение 3—7 дней). Доза таблетированных препаратов зависела от наличия или отсутствия клинических признаков угрозы прерывания беременности и степени ее выраженности.

Терапия, направленная на пролонгирование беременности, не зависела от способа оперативного вмешательства (лапаротомия или лапароскопия).

Из 333 женщин I и II групп, оперированных в различные сроки гестации, у 293 беременность закончилась срочными самопроизвольными родами живыми детьми массой 2900,0 — 4000,0 с высокой оценкой по шкале Апгар (8 и 9 баллов); лишь в 3 случаях отмечался СЗРП I ст. смешанного типа.

Четверо родов протекали в тазовом предлежании, дети массой 2600,0-2800,0 оценка по шкале Апгар 7-8 баллов.

18 беременных были родоразрешены путем кесарева сечения. Показания для оперативного родоразрешения были как со стороны матери, так и плода (слабость родовой деятельности, неподдающаяся медикаментозной коррекции; наличие гестоза; острая гипоксия плода; неправильное положение плода). Родившиеся дети

были в удовлетворительном состоянии, с высокой оценкой по шкале Апгар.

Послеродовый период во всех случаях протекал без осложнений, выписка из стационара на 5-10-е сутки в зависимости от метода родоразрешения. Двадцать две женщины пролонгируют беременность.

Из 77 беременных III группы, родоразрешенных путем кесарева сечения, 2 случая составили преждевременные оперативные роды в 33 и 34 недели гестации. Показаниями для досрочного родоразрешения были: отслойка плаценты в сочетании с кистой яичника больших размеров и нарушение питания опухоли яичника.

При доношенном сроке беременности в большинстве случаев показаниями к оперативному родоразрешению путем кесарева сечения были со стороны матери, а в некоторых — сочетанные, как со стороны матери, так и плода. Двадцати одной беременной показанием к кесареву сечению явилось только наличие кисты яичника и высокий риск перекрута опухоли в родах, из них в двух случаях отмечалось сочетание с миомой матки.

Из всех родившихся детей оценку по шкале Апгар 6-8 баллов имели четыре ребенка, двое детей были оценены на 7-8 баллов. Масса новорожденных от 1970,0 до 3700,0. Трое детей были переведены на второй этап выхаживания на 2-4-е сутки жизни. В одном случае отмечены СЗРП и гипотрофия плода I ст.

Послеродовый период у 2 родильниц осложнился наличием инфильтрата в области послеоперационного шва.

Таким образом, у 21 женщины из 77, единственным показанием к кесареву сечению явилось наличие опухоли придатков матки. Причем, все они были первобеременные в возрасте до 30 лет. При обнаружении опухоли в I — II триместрах гестации и своевременном оперативном вмешательстве, беременности у этих женщин могли быть завершены самопроизвольными родами.

Пятьдесят пять беременных (IV группа), у которых при динамическом наблюдении за образованиями яичников в течение всей беременности, не отмечалось тенденции к росту, или у которых образования яичников были обнаружены в поздние сроки беременности, родоразрешены через естественные родовые пути при доношенном сроке беременности, а в послеродовом периоде на 5-7-е сутки им произведено оперативное лечение.

В заключение следует подчеркнуть, что раннее выявление опухолей яичников при беременности, определение оптимальных для оперативного вмешательства сроков гестации, рациональная акушерская тактика, направленная на пролонгирование беременности, могут явиться резервом снижения числа осложнений течения беременности и оперативного родоразрешения.

ВЫВОДЫ

1. Кисты и доброкачественные опухоли яичников должны быть выявлены и пролечены до наступления беременности, так как в ряде случаев могут осложнять течение беременности и родов.

2. При выявлении кист яичников во время беременности оптимальными сроками операции является 16-18 недель гестации.

3. Лапароскопия, выполненная по строгим показаниям и с соблюдением всех мер безопасности, является выгодной альтернативой абдоминального доступа.

4. Проведение токолитической терапии необходимо как этап подготовки к операции, так и в послеоперационном периоде, что позволяет значительно снизить риск прерывания беременности.

5. Раннее выявление опухолей яичников при беременности, определение оптимальных сроков гестации и техники оперативного вмешательства, рациональная акушерская тактика, направленная на пролонгирование беременности, могут явиться резервом снижения осложнений течения беременности и оперативного родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М: МИА 1998. — 763 с.
2. Демидов В.Н., Гус А.И., Адамян Л.В. Кисты придатков матки и доброкачественные опухоли яичников. Эхография органов малого таза у женщин. Практическое пособие. Вып. 2. — М. — 1999. — 97 с.
3. Колосов А.Е. Опухоли яичников и прогноз для больных. Киров. — 1996.
4. Краснополяский В.И., Логутова Л.С. и др. Лапароскопия в диагностике и лечении кист и доброкачественных опухолей яичников у беременных и родильниц // Росс. вестн. акуш. гин. 2002. — № 6. — С. 65—66.
5. Мананикова Т.Н. Тактика ведения беременных с доброкачественными опухолями яичников // Росс. вестн. акуш. Гин. — 2001 — № 1. — С. 65—67.
6. Нечаева И.Д. Лечение опухолей яичников. Л. Медицина. — 1987.
7. Романова Е.Л. Современные подходы к хирургическому лечению беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. — 2006 — 141 с.
8. Селезнева Н.Д., Железнов Б.И. Доброкачественные опухоли яичников. Медицина. — 1982.
9. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. М: Триада-Х. — 1999. — 149 с.
10. Amant F. et al. Gynecologic oncology in pregnancy // Crit Rev Oncol Hematol — 2008. Vol. 67. — P. 187—195.
11. Chih-Feng Y., Shu-Ling L. et al. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy // Fertil Steril — 2009. — Vol. 91. — P. 1895—1902.
12. Fanfani, F., et al. A prospective randomized study of laparoscopy and minilaparotomy in the management of benign adnexal masses // Hum Reprod. — 2004. — Vol. 19. — P. 2367-2371.
13. Howard, Vill M. Laparoscopic adnexal surgery during pregnancy // J Am Assoc Gynecol Laparosc — 1994. — Vol. 2. — P. 91 — 93.
14. Leiserowitz G., Xing G. et al. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? // Gynecol Oncol. — 2006. — Vol. 101. — P. 315—321. Еще один автор
15. Moran B., et al. Conflicting priorities in surgical intervention for cancer in pregnancy // Lancet Oncol — 2007. — Vol. 8. P. 536—544.
16. Morice P., Louis — Sylvestre C., Chapron C. et al. Laparoscopy for adnexal torsion in pregnant women // J. Reprod Med — 1997. — Vol. 42. — P. 435 — 439.
17. Parker W.H., Childers J.M., Canis M. et al. Laparoscopic management of benign cystic teratomas during pregnancy // Am J Obstet Gynecol. — 1996. — Vol. 174. — P. 1499 — 1501.
18. Shalev E. et al. Laparoscopic relief of adnexal torsion during 11 trimester // Br. J. Obstet. Gynaecol — 1990. — Vol. 37. — P. 84 — 87.
19. Sherard G.B., Hodson C.A. et al. Adnexal masses and pregnancy: a 12-year experience // Am J Obstet Gynecol. — 2003. — Vol. 189. — P. 358—362.
20. Schmeler K., Mayo-Smith W. et al. Adnexal masses in pregnancy: Surgery compared with observation // Obstet Gynecol. — 2005. — Vol. 105. — P. 1098—1103.
21. Soriano D., Yefet Y. et al. Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy // Fertil Steril. — 1999. — Vol. 71. P. 955—960.
22. Whitecar M., Turner S. et al. Adnexal masses in pregnancy: a review of 130 cases undergoing surgical management // Am J Obstet Gynecol. — 1999. — Vol. 181. — P. 19—24.
23. Yuen P.M., Chang A.M. Laparoscopic management of adnexal mass during pregnancy // Acta Obstet Gynecol Scand — 2000. — Vol. 76. — P. 173-176.
24. Zanetta G., Mariani E. et al. A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy // Br J Obstet Gynecol. — 2003. — Vol. 110. — P. 578—583.

Поступила в редакцию 15.04.2014 г.

*L.S.Logutova, A.A.Popov, V.A.Petrukhin,
T.N.Manannikova, A.A.Fedorov, M.R.Ramazanov,
I.V.Krasnopol'skaya, A.A.Golovin, M.A.Chechneva*

Surgical treatment of pregnant women with benign ovarian tumors

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Moscow

The article describes the features of surgery in tumors and tumor-like formations of the ovaries in pregnant women. The influence of surgery on the course and outcome of pregnancy and childbirth is presented. It is showed high efficiency of laparoscopic surgery during I and II trimesters of pregnancy.

Key words: pregnancy, tumors and tumor-like formations of the ovaries, borderline tumors, laparoscopy, laparotomy.