

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

С.А. Мартынов¹, К.И. Жордания², Л.В. Адамян¹, А.Ю. Данилов¹

¹ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова
Министерства здравоохранения РФ;

²ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

В статье отражены особенности диагностики, хирургического лечения и ведения беременности у женщин с опухолями и опухолевидными образованиями яичников. Определены принципы оперативной или консервативной тактики ведения. Доказана высокая эффективность лапароскопического метода при оперативном вмешательстве в первом и втором триместрах беременности.

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

PARTICULARITIES OF THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT FOR PREGNANT PATIENTS WITH OVARIAN TUMORS AND TUMOR-LIKE LESIONS OF THE OVARIES

S.A. Martynov¹, K.I. Zhordania², L.V. Adamyan¹, A.Yu. Danilov¹

¹Federal State Budgetary Institution V.I. Kulakov Scientific Center for Obstetrics, Gynecology
and Perinatology of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

²N.N. Blokhin Cancer Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The article summarises the particularities of the diagnosis, surgical treatment and management of ovarian tumors and tumor-like lesions of the ovaries in pregnant women. The authors outlined the basic principles of conservative or surgical management and proved high efficiency of laparoscopic method in surgical intervention during the first and second trimester of pregnancy.

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

Один из самых сложных разделов хирургии — оперативные вмешательства во время беременности. Хирургическому лечению подлежат случаи острых заболеваний органов брюшной полости (острый аппендицит, холецистит, кишечная непроходимость и др.), а также гинекологическая патология — опухоли и опухолевидные образования гениталий (кисты и кистомы яичников, миома матки).

По данным разных авторов, среди беременных частота выявления опухолей и опу-

холевидных образований яичников (ООЯ) колеблется от 2 до 6%, в среднем составляя 2–3% [1, 5, 7, 13, 15, 18]. Несмотря на относительно невысокую по сравнению с миомой матки встречаемость этой патологии у беременных, влияние ее на течение и исход беременности значительное. Наиболее частое осложнение — угроза прерывания беременности, которая выявляется в 30–75% случаев и имеет тенденцию к возрастанию в третьем триместре беременности [5, 13, 18, 19, 21]. По данным

разных авторов, частота перекрута ножки опухоли достигает 6–9%, разрыва капсулы образования — 12–14,7% [5, 13, 19]. Обструкция родовых путей опухолью возникает в 14–21% случаев [1, 3, 4, 7, 23]. Наиболее серьезная проблема при выявлении опухолей яичников у беременных — риск малигнизации опухоли, который достигает 0,8–1,6% [8, 10, 12, 15].

Клинические проявления у беременных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников достаточно скудные. В связи с высокой частотой бессимптомного течения, неспецифической клинической картиной основную роль в их диагностике играют ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография.

Динамическое ультразвуковое исследование позволяет локализовать опухоль, определить ее размеры, структуру, темпы роста, отношение к соседним органам [3, 8, 23]. Согласно собственным данным, ООЯ у беременных наиболее часто выявляется в первом триместре во время первого ультразвукового исследования (до 70% случаев). Во втором триместре выявляется около четверти образований яичников. Информация о наличии данной патологии до беременности имеется в 5–8% случаев. Выявляемость патологии яичников в третьем триместре крайне редка и связана, как правило, с поздней обращаемостью в медицинское учреждение.

Высокая эффективность эхографии в комбинации с цветовым доплеровским картированием и доплерометрией в дифференциальной диагностике ООЯ у беременных не вызывает сомнений. Согласно полученным нами данным, чувствительность метода в определении морфологической структуры образований яичников достигает 71,4% — при цистаденомах, 92,3% — при тератомах, 64,3% — при эндометриоидных кистах, 88,9% — при пограничных/злокачественных образованиях и 65,2% — при кистах (желтого тела, про-

стых, паровариальных). Специфичность ультразвукового исследования при этом составляет 91,6%; 99,4%; 98,5%; 98,2% и 97,9% соответственно.

К визуальным дополнительным методам обследования беременных с опухолями и опухолевидными образованиями малого таза и брюшной полости относится магнитно-резонансная томография. Этот метод позволяет наиболее точно установить источник опухоли, произвести более подробную детализацию образования, определить распространенность патологического процесса. Отсутствие лучевой нагрузки позволяет применять этот метод у беременных уже с начала второго триместра беременности. Высокая разрешающая способность при исследовании мягких тканей, возможность определения содержимого образований (в режиме подавления сигнала от жира и в режиме гидрографии) позволяют проводить дифференциальную диагностику в сложных случаях. Согласно нашим данным, чувствительность метода в определении морфологической структуры образований яичников достигает 75,0% — при цистаденомах, 100,0% — при тератомах, 87,5% — при эндометриоидных кистах, 75,0% при пограничных/злокачественных образованиях и 100,0% при кистах (желтого тела, простых, паровариальных). Специфичность МРТ при этом составляет 89,5%; 100,0%; 92,6%; 92,6% и 96,3% соответственно.

Тактика ведения беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников формируется, исходя из сроков выявления образования, его структуры, размеров, клинической картины заболевания. Основные задачи, которые должны быть решены при установлении такого диагноза: определение необходимости оперативного лечения во время беременности (возможности динамического наблюдения), определение срока проведения операции, выбор хирургического доступа и объема операции.

Если имеет место клиническая картина «острого живота», а также при подозрении на перекрут опухоли, ее разрыв, кровотечение, оперативное вмешательство проводится в экстренном порядке независимо от срока гестации. В первом-втором триместрах операция выполняется лапароскопическим доступом, в третьем триместре, а также при больших размерах матки или опухоли методом выбора становится лапаротомия. Объем оперативного вмешательства должен быть максимально щадящим. При перекруте придатков после деторсии в обязательном порядке оценивается жизнеспособность яичника, при его сохранности возможна овариопексия, при некрозе — оофорэктомия. В остальных случаях следует максимально сохранить здоровую яичниковую ткань, проводя резекцию яичника (цистэктомия), гемостаз и санацию брюшной полости.

При выявлении опухоли в первом-втором триместрах основную роль будет играть структура образования. Если опухоль представляет собой кистозное образование менее 6–8 см в диаметре, показано динамическое наблюдение до 14–16 недель беременности. Оперативное вмешательство не показано, исключая случаи перекрута опухоли или ее разрыва. В случае уменьшения размеров или исчезновения образования следует расценивать его как кисту желтого тела. В случае отсутствия регресса образования или увеличения его размеров рекомендуется оперативное вмешательство. Оптимальным сроком для операции может считаться начало второго триместра беременности (14–16 недель), поскольку к этому времени желтое тело яичника уже не играет ведущей гормон-продуцирующей роли в поддержании беременности.

Среди кистозных образований яичников чаще всего у беременных выявляются зрелые кистозные тератомы, цистаденомы и эндометриозидные кисты (согласно нашим данным — 31,2%; 19,1% и 18,2% соответственно). Цистаденомы должны

быть прооперированы вне зависимости от размеров с целью исключения пограничной опухоли. Зрелые кистозные тератомы и эндометриозидные кисты размерами до 4–5 см (при отсутствии подозрения на злокачественный процесс) при бессимптомном течении могут не подвергаться хирургическому лечению на протяжении беременности и быть прооперированы в послеродовом периоде. В остальных случаях оперативное вмешательство показано также в сроки 14–16 недель беременности. Если по данным срочного гистологического исследования подтверждается доброкачественность процесса, объем оперативного вмешательства должен ограничиться максимально бережной резекцией яичника (цистэктомией) в пределах здоровых тканей. Паровариальные кисты не требуют оперативного лечения во время беременности и при отсутствии экстренных показаний могут быть прооперированы в послеродовом периоде.

Опухоли солидной структуры или подозрительные в отношении злокачественного процесса должны быть оперированы безотлагательно независимо от триместра беременности. При этом возможность проведения срочного гистологического исследования становится важнейшим условием выполнения адекватного объема операции. Среди пограничных опухолей преобладают в основном серозные и муцинозные папиллярные цистаденомы, в то время как среди злокачественных образований ведущую роль занимают герминогенные опухоли. У беременных женщин они, как правило, находятся на ранних стадиях роста и распространения: 83,8% злокачественных образований и 95% пограничных опухолей соответствуют I стадии (по сравнению с этим среди небеременных женщин только 27,1% и 79,6% соответственно имеют I стадию) [15]. В связи с этим при герминогенных и пограничных опухолях у беременных оправдана щадящая органосохраняющая тактика [10, 15, 16].

Наиболее приемлемый вариант операций — односторонняя аднексэктомия в комбинации с резекцией большого сальника, с биопсией или резекцией контрлатерального яичника, биопсией брюшины (№ 10) со срочным гистологическим исследованием. Однако при злокачественных эпителиальных опухолях (раках) объем оперативного лечения зависит от множества факторов, таких как гистологическое строение опухоли, степень дифференцировки, стадия процесса, срок беременности, возраст, наличие детей у пациентки и ее репродуктивная мотивация. В подобных случаях обязательна консультация онколога.

При обнаружении опухоли в третьем триместре беременности основной задачей становится оценка возможности самопроизвольных родов. В случае высокого риска создания опухолью препятствия в родах операция показана в плановом порядке или с началом родовой деятельности. Хирургическое лечение складывается из кесарева сечения и оперативного вмешательства на яичнике, объем которого (резекция, оофорэктомия, аднексэктомия с биопсией контрлатерального яичника, брюшины, большого сальника) зависит от конкретной ситуации и данных срочного гистологического исследования. В случае, если опухоль располагается над входом в малый таз и не создает препятствий для рождения ребенка, роды ведутся *per vias naturalis* с последующим удалением образования яичника в раннем послеродовом периоде. При небольших размерах опухоли операция проводится, как правило, лапароскопическим доступом на 2–6-е сутки после родов.

Необходимо особенно тщательное наблюдение за родильницей в период между родами и оперативным вмешательством из-за высокого риска перекрута опухоли яичника. Появление боли, напряжения передней брюшной стенки, перитонеальных симптомов в ходе самопроизвольных родов может свидетельствовать о перекруте или разрыве опухоли, что становится пока-

занием для кесарева сечения в экстренном порядке в сочетании с оперативным вмешательством на яичнике.

При отсутствии подозрения на злокачественный процесс зрелые кистозные тератомы и эндометриоидные кисты размерами до 4–5 см, а также паровариальные кисты при бессимптомном течении могут быть прооперированы в более поздние сроки (в течение 3–6 месяцев после родов).

Ведущая роль лапароскопии в хирургическом лечении опухолей яичников во время беременности сегодня не вызывает сомнений. Многочисленными исследованиями доказано отсутствие негативного влияния карбоксиперитонеума на состояние плода и беременной. Лапароскопически удается выполнить необходимый объем операций в первом, втором триместрах при адекватном соотношении размеров беременной матки и опухоли. Есть ряд особенностей при лапароскопии у беременных. Обычно игла Вереша вводится не в области пупочного кольца, а на 2–5 см выше него. Места введения основного и дополнительных троакаров зависят от срока беременности, размеров, локализации и подвижности опухоли. В случае «закрытой» методики рекомендуется использовать тупоконечный троакар. Для создания пневмоперитонеума целесообразно использование углекислого газа, так как он лучше других газов растворяется в плазме крови. Для исключения неблагоприятного воздействия пневмоперитонеума на беременную и плод внутрибрюшное давление не должно превышать 8–10 мм рт. ст., положение Тренделенбурга не должно превышать 15 градусов. Во избежание компрессии нижней полой вены рекомендуется небольшой наклон операционного стола влево. Обязательные условия — отказ от внутриматочного манипулятора и использования монополярного электрода, рекомендуется использовать механические инструменты и биполярный электрод.

В то же время лапаротомия незаменима при сроке беременности более 19–20 недель

(особенно у пациенток невысокого роста), больших размерах опухоли, не обеспечивающих достаточной свободы манипуляций эндоскопическими инструментами, при злокачественных опухолях. Однако чем ближе срок беременности к доношенному, тем меньше остается времени для заживления раны передней брюшной стенки и тем более высок риск грыжеобразования. Это служит еще одним аргументом в пользу более раннего решения вопроса об оперативном вмешательстве во время беременности.

Методом выбора анестезии является эндотрахеальный наркоз с использованием релаксантов короткого действия и полным отказом от декураризации.

В пери- и послеоперационном периоде целесообразно назначать антибиотикопрофилактику или антибактериальную терапию в течение 5–7 дней (чаще всего используются препараты полусинтетических пенициллинов). Спазмолитическая терапия назначается всем пациенткам уже в первые часы после операции и далее в течение 2–5 суток. Используется внутривенное капельное введение 25%-ного раствора сернокислой магнезии (20 мл на 200 мл физиологического раствора, 6–8 капель в минуту) или ее внутривенное введение с помощью инфузomата (25%-ный раствор сернокислой магнезии со скоростью 1,8–3,6 мл/час). При угрозе преждевременных родов возможно внутривенное капельное введение токолитиков (гинипрал 2–4 мл на 400 мл физиологического раствора) в комбинации с блокаторами кальциевых каналов (финоптин) с последующим переводом на таблетированную форму (гинипрал 5 мг 4–6 раз в сутки в течение 3–7 дней).

Проведение операции на придатках матки во время беременности не является показанием к оперативному родоразрешению в дальнейшем.

Под нашим наблюдением находились 123 беременные женщины, которым хирургическое вмешательство было выполнено в различные сроки гестации лапароскопиче-

ским (n=82) и лапаротомным (N=41) доступом. Своевременными родами закончились 87,8% беременностей, преждевременными родами завершились 6,1% беременностей в лапароскопической группе и 17,1% беременностей в лапаротомной группе. Частота прерывания беременности в раннем послеоперационном периоде составила 0,8%. Антенатальная гибель плода была зафиксирована у одной пациентки (0,8%) спустя 11 недель после лапаротомной операции. При анализе массы рожденных детей, оценки состояния по шкале Апгар, статистически значимых различий по сравнению с детьми, рожденными женщинами без опухолей яичников, выявлено не было.

Статистический анализ показал достоверно более высокий риск преждевременных родов при лапаротомном доступе по сравнению с лапароскопическим (отношение шансов 7,8; 95%, доверительный интервал 1,98–30,78); при гестационном сроке на момент операции более 24 недель (отношение шансов 4,17; 95%, доверительный интервал 0,94–18,52); при выполнении операции в третьем триместре (отношение шансов 10,6; 95%, доверительный интервал 1,35–83,54); при наличии сопутствующей фетоплацентарной недостаточности (отношение шансов 17,5; 95%, доверительный интервал 3,33–92,09).

Таким образом, диагностика и хирургическое лечение беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников имеют целый ряд особенностей. Ввиду того, что онкомаркеры у беременных обладают еще более низкой информативностью, методы визуальной диагностики приобретают первостепенное значение в выявлении этой патологии. Поэтому и ультразвуковое исследование, и МРТ должны иметь экспертный характер (проводиться двумя-тремя наиболее квалифицированными специалистами в условиях специализированного учреждения). Выбор тактики ведения беременности напрямую зависит от срока гестации и структуры яичникового образования.

Методом выбора при необходимости хирургического лечения является лапароскопия. Оправдана бережная органосохраняющая тактика, которая в большинстве случаев (в том числе при пограничных эпителиальных опухолях и дисгерминомах Ia стадии) позволяет выполнить необходимый объем хирургического лечения. Решение вопроса об объеме хирур-

гического вмешательства при пограничных и злокачественных опухолях яичников должно приниматься врачебным консилиумом с обязательным участием онколога-гинеколога. Своевременная диагностика и хирургическое лечение позволяют не только пролонгировать беременность, но и сохранить репродуктивную функцию женщины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Л.Е. Мурашко Л.В., Романова Е.Л., Зурабиани З.Р. Хирургическое лечение опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных с использованием современных технологий // Проблемы репродукции. 2005. № 3. С. 60–64.
2. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М. МИА, 1998.
3. 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.
4. Краснополяский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. М., 2005.
5. Краснополяский В.И., Логутова Л.С. и соавт. Лапароскопия в диагностике и лечении кист и доброкачественных опухолей яичников у беременных и рожениц // Российский вестн. акуш.-гинекол. 2002. № 6. С. 65–66.
6. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. М.: МЕДпресс-информ, 2001.
7. Мананникова Т.Н. Тактика ведения беременных с доброкачественными опухолями яичников // Российский вестн. акуш.-гинекол. 2001. Т. 1. № 2. С. 65–67.
8. Романова Е.Л. Современные подходы к хирургическому лечению беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников. Дисс...канд.мед.наук. М., 2006.
9. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. М.: Триада-Х, 1999.
10. *Amant F. et al. Gynecologic oncology in pregnancy. Critical Reviews in Oncology / Hematology. 2008; 67: 187–195.*
11. *Aytekin O., Randy E., et al. Magnetic Resonance Imaging of Cystic Adnexal Lesions During Pregnancy. Curr Probl Diagn Radiol. 2008;37:139–44.*
12. *Chih-Feng Y., Shu-Ling L., et al. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy. Fertil Steril. 2009; 91:1895–902.*
13. *Hoover K., Jenkins T. Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. Aug.2011. 205(2):97–102.*
14. *Klatsky P.C., Tran N.D., Caughey A.B., Fujimoto V.Y. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. Am J Obstet Gynecol. 2008; 198: 357–366.*
15. *Leiserowitz G., Xing G., et al. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? Gynecol Oncol. 2006;101:315–21.*
16. *Moran B. et al. Conflicting priorities in surgical intervention for cancer in pregnancy. Lancet Oncol. 2007; 8: 536–44.*
17. *Schmeler K., Mayo-Smith W., et al. Adnexal masses in pregnancy: Surgery compared with observation. Obstet Gynecol. 2005; 105:1098–103.*
18. *Sherard G.B., Hodson C.A., et al. Adnexal masses and pregnancy: a 12-year experience. Am J Obstet Gynecol. 2003; 189:358–62.*
19. *Soriano D., Yefet Y., et al. Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy. Fertil Steril. 1999; 71:955–60.*
20. *Wheeler T., Fleischer A. Complex adnexal mass in pregnancy: predictive value of color Doppler sonography. J Ultrasound Med. 1997; 16:425–8.*
21. *Whitecar M., Turner S., et al. Adnexal masses in pregnancy: a review of 130 cases undergoing surgical management. Am J Obstet Gynecol. 1999; 181:19–24.*
22. *Yacobozzi M., Nguyen D., et al. Adnexal Masses in Pregnancy. Semin Ultrasound CT MRI. 2012. 33:55–64.*
23. *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; 110:578–83.*