

Оптимізація діагностики і тактики ведення вагітних з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями яєчників

В.І. Бойко, Н.П. Сухоставець

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

оптимізація діагностики та тактики ведення вагітності у жінок з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями яєчників шляхом удосконалення діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Обстежено 129 пацієнток у різні терміни вагітності, з яких у 104 були діагновані доброякісні пухлини та пухлиноподібні утворення яєчників.

Клінічний перебіг вагітності у жінок з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями яєчників характеризується високою частотою загрози переривання у I (49,7%) та II триместрах (50,8%). Рівень інших ускладнень залежить від тактики ведення, причому він значно вище у разі відмови жінок від оперативного лікування та їхнього консервативного ведення: плацентарна дисфункція – 44,0% та 16,2% відповідно; дистрес плода – 30,0% та 6,7%; розродження шляхом операції кесарева розтину – 33,3% та 10,8%; порушення постнатальної адаптації новонароджених – 9,5% та 6,8% відповідно.

Удосконалений та впроваджений алгоритм ведення жінок з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями яєчників дозволяє покращити акушерські та перинатальні наслідки розродження жінок групи високого ризику.

доброякісні пухлини та пухлиноподібні утворення яєчників, вагітність, тактика ведення.

Проблема діагностики і лікування пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників складна і надзвичайно актуальна, оскільки цю патологію часто діагностують у гінекологічній практиці, і вона посідає друге місце серед новоутворень репродуктивної системи жінок [1–4]. Незважаючи на значне число наукових публікацій за даним напрямком, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. Одним з таких, на нашу думку, є поєднання новоутворень яєчників з вагітністю і розвиток у цих жінок акушерських і перинатальних ускладнень. За даними сучасної літератури [5–7], під час вагітності доброякісні серозні пухлини діагностують у 21% випадків серед всіх пухлин яєчників, а муюнозні – відповідно у 22%. На думку цих же авторів, найчастіше під час гестаційного періоду виявляють дермоїдні кісти (зрілі тератоми).

Не викликає сумнівів той факт, що поєднання вагітності і доброякісних пухлин яєчників (ДПЯ) та пухлиноподібних утворень яєчників (ПУЯ) підвищує ризик розвитку таких ускладнень, як порушення кровопостачання і перекут ніжки пухлини, розрив її капсули та ін. Абсолютно окремим самостійним питанням є виникнення акушерських і перинатальних ускладнень у жінок цієї групи, а також можлива тактика розродження. У вітчизняній і зарубіжній літературі це питання практично не висвітлено, а поодинокі публікації мають несистематизований, фрагментарний характер і не дозволяють адекватно вирішувати всі проблеми, що виникають. На наш погляд, все викладене вище є достатнім обґрунтуванням актуальності вибраного наукового завдання.

Мета дослідження: оптимізація діагностики та тактики ведення вагітності у жінок з ДПЯ та ПУЯ шляхом удосконалення діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для оцінювання морфофункціонального стану фетоплацентарної системи у вагітних після оперативного втручання з приводу ДПЯ і ПУЯ (і без них) було обстежено 129 пацієнток у різні терміни вагітності, яких було госпіталізовано в акушерсько-гінекологічні відділення м. Суми, що є клінічними базами кафедри акушерства і гінекології медичного інституту Сумського державного університету МОН України. Проведене відкрите, контрольоване, суцільне, когортне дослідження. Відповідно до мети і завдань були сформовані 3 клінічні групи:

- 1-а група – основна: 74 вагітні з ДПЯ і ПУЯ, щодо яких було здійснено оперативне лікування; з них у 27 вагітних перебіг вагітності і пологів було відстежено ретроспективно.
- 2-а група – порівняння: 30 вагітних з ДПЯ і ПУЯ, у яких оперативне лікування не проводили; з них у 5 (16,7%) випадках вперше виявлені ДПЯ та ПУЯ під час кесарева розтину.
- 3-я група – контрольна: 25 пацієнток з вагітністю, що перебігає фізіологічно, які не мають ДПЯ та ПУЯ.

Усі жінки були репродуктивного віку – від 18 до 38 років. Середній вік пацієнток становив відповідно: у 1-й групі – $26,94 \pm 0,56$ року; у 2-й – $26,44 \pm 0,85$ року; у 3-й групі – $26,77 \pm 0,76$ року. Тобто досліджувані групи були зіставні за віком пацієнток, у більшості з них мали відбутися перші пологи: у 1-й групі – у 59,4% випадків, у 2-й групі – у 73,3%, у 3-й групі – у 72,0% відповідно.

Критерії включення в основну групу:

- наявність одноплідної вагітності;
- виявлення яєчникового утворення доброякісної природи;
- інформована згода пацієнтки на оперативне видалення яєчникового утворення.

Критерії виключення:

- наявність багатоплідної вагітності;
- синдром гіперстимульованих яєчників, у поєднанні з вагітністю;
- відмова від оперативного втручання; наявність раку яєчника.

- I етап – формування груп дослідження;
- II етап – комплексна діагностика ДПЯ та ПУЯ з установленням завершального діагнозу;
- III етап – комплексне оцінювання морфофункціонального стану фетоплацентарної системи:
 - ультразвукове дослідження (УЗД);
 - доплерометрія маткових судин, артерії пуповини;
 - визначення гормонів плаценти;
 - гістологічне і стереоморфометричне дослідження плаценти;
- IV етап – математичне оброблення даних.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок з діагностованими під час вагітності ДПЯ та ПУЯ в анамнезі ця патологія виявлена у 65,7%. Причому у 33,3% випадків було проведено оперативне лікування, а у 32,4% – консервативне. Частота діагностики при постановці на облік щодо вагітності становить 64,9%.

Інформативність діагностики доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень яєчників у разі визначення рівня СА-125 становить 90,0%, а за оцінювання клінічних проявів (більшовий синдром) та УЗД – відповідно 93,7%.

За оперативного лікування доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень яєчників основним методом є лапароскопія – у 85,1% випадків. Лапаротомічне лікування проводять у 14,9% випадків щодо великих розмірів новоутворень (від 9 до 15 см) та діагностики цієї патології від 22 до 26 тиж вагітності.

Під час аналізу термінів оперативного лікування основна частина жінок (77,2%) була прооперована стосовно доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень яєчників у II триместрі вагітності; 13,3% – у III триместрі і тільки 9,5% – у I триместрі гестації.

Консервативне ведення вагітних з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями яєчників можливо тільки за наявності ультразвукових ознак кіст жовтого тіла та нормального рівня СА-125.

Основним обсягом хірургічного втручання у вагітних з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями яєчників є одностороння цистектомія (90,0%); у 3,3% випадків проводять двосторонню цистектомію; у 3,3% – додаткову коагуляцію та у 3,3% – каутеризацію контралатерального яєчника.

Під час морфологічного визначення видалених доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень яєчників встановлено наступну структуру: серозна цистаденома – у 18,2% випадків; зріла тератома – у 16,9%; кіста жовтого тіла – у 13,0%; проста кіста яєчника – у 11,7%; муцинозна цистаденома – у 10,4%; ендометріодна кіста – у 9,1%; межова пухлина – у 9,1%;

Оптимизация диагностики и тактики ведения
беременных с доброкачественными опухолями и
опухолевидными образованиями яичников
В.И. Бойко, Н.П. Сухоставец

оптимизация диагностики и тактики ведения беременных у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников путем усовершенствования диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Обследовано 129 пациенток в различные сроки беременности, из которых у 104 были диагностированы доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников.

Клиническое течение беременности у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников характеризуется высокой частотой угрозы прерывания в I (49,7%) и II триместрах (50,8%). Уровень остальных осложнений зависит от тактики ведения, причем он значительно выше при отказе женщин от оперативного лечения и их консервативном ведении: плацентарная дисфункция (44,0% и 16,2%); дистресс плода (30,0% и 6,7%); родоразрешение путем операции кесарева сечения (33,3% и 10,8%) и нарушения постнатальной адаптации новорожденных (9,5% и 6,8% соответственно).

Усовершенствованный и внедренный алгоритм ведения женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников позволяет улучшить акушерские и перинатальные исходы родоразрешения женщин группы высокого риска.

доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников, беременность, тактика ведения.

параоваріальна кіста – у 6,5%; фолікулярна кіста – у 2,6%; диференціальна серозна-муцинозна кіста – в 1,4% та пухлина строми статевого тяжа – в 1,4% випадків.

Клінічний перебіг вагітності у жінок з ДПЯ та ПУЯ характеризується високою частотою загрози переривання у I (49,7%) та II триместрах (50,8%). Рівень інших ускладнень залежить від тактики ведення, причому він значно вище у разі відмови жінок від оперативного лікування та їхнього консервативного ведення: плацентарна дисфункція – 44,0% та 16,2% відповідно; дистресс плода – 30,0% та 6,7%; розродження шляхом операції кесарева розтину – 33,3% та 10,8%; порушення постнатальної адаптації новонароджених – 9,5% та 6,8% відповідно.

Отримані результати дозволяють рекомендувати для практичної охорони здоров'я наступне:

- для оптимізації діагностики доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень яєчників необхідно враховувати анамнестичні дані, результати клінічних та додаткових методів обстеження (ультразвукове обстеження та визначення рівня СА-125);

- терміни оперативного втручання залежать від якості діагностики, клінічного перебігу вагітності, причому оптимальним методом хірургічного лікування є лапароскопія у терміні до 22 тиж. За великих розмірів (більше 9 см) та після 22 тиж перевагу треба віддавати лапаротомії;

- консервативне ведення вагітних можливо тільки за наявності ехографічних ознак кісти жовтого тіла та позитивної клінічної динаміки;

- тактика ведення вагітності після оперативного лікування доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень яєчників не має специфічних особливостей та визначається загальними факторами перинатального ризику.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про високу актуальність наукового завдання щодо тактики ведення вагітних з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями яєчників. Удосконалений та впроваджений алгоритм ведення цих жінок дозволяє покращити акушерські та перинатальні наслідки розродження жінок групи високого ризику.

Optimization of diagnostics and tactics
of maintaining pregnant women with benign tumors
and tumorous formations of ovaries
V.I. Boyko, N.P. Sukhostavets

optimization of diagnostics and tactics of conducting pregnancy at women with benign tumors and tumorous formations of ovaries by improvement of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

129 patients in various durations of gestation from which 104 were with benign tumors and tumorous formations of ovaries were surveyed.

The clinical course of pregnancy at course of pregnancy at women with benign tumors and tumorous formations of ovaries is characterized by the high frequency of threat of discontinuing in I (49,7%) that II trimesters (50,8%). Level of other complications depends on maintaining tactics, and it considerably vichy at refusal of women of expeditious treatment and their conservative maintaining: placental dysfunction – 44,0% and 16,2%; fetus distress – 30,0% and 6,7%; delivery by operation of cesarean section – 33,3% and 10,8%; disturbances of post-natal adaptation of newborns – 9,5% and 6,8% respectively.

The improved and introduced algorithm of maintaining women with benign tumors and tumorous formations of ovaries allows to improve obstetric and perinatal outcomes of delivery of women of group of high risk.

benign tumors and tumorous formations of ovaries, pregnancy, maintaining tactics.

Сведения об авторах

Бойко Владимир Иванович – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета, 40018, г. Сумы, ул. Санаторная, 31; тел.: (0542) 66-09-48

Сухооставец Наталия Петровна – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета, 40018, г. Сумы, ул. Санаторная, 31; тел.: (0542) 66-09-48

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Левашова И.И., Логутова Л.С., Попов А.А., 2010. Акушерская тактика при сочетании беременности с опухолями яичников // Материалы 11 Российского форума «Мать и дитя»: Москва: 80–81.
2. Логутова Л.С., Попов А.А., Левашова И.И., 2009. Беременность и опухоли яичников // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов: 3: 14–17.
3. Мананникова Т.Н., Логутова Л.С., Буянова С.Н., 2010. Проблемы репродукции при сочетании беременности с опухолями яичников // Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин.-Москва: Academia: 139–141.
4. Островерха М.Р., 2013. Диагностика и лечение доброкачественных опухолей яичников при беременности // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: Зб.наук.праць: вип.19: Київ–Луганськ:132–135.
5. Островерха М.Р., 2013. Тактика ведення вагітності у жінок із доброякісними пухлинами яєчників // Зб.наук. праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика: вип. 22: кн. 3: 68–72.
6. Попов А.А., Левашова И.И., Логутова Л.С., 2016. Лапароскопия в акушерстве // Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: М.: 33–34.
7. Романенко Т.Г., Островерха М.Р., 2014. Профилактика акушерских и перинатальных осложнений у женщин, прооперированных по поводу доброкачественных кист яичников во время беременности // Здоровье женщины: 2: 47–50.

Статья поступила в редакцию 01.09.17

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

БЕССОННИЦА? ПРИЧИНЫ В ГЕНАХ!

Бессонница – проблема, которая рано или поздно приходит к каждому. Долгое время с ней борются как с психологической проблемой. Это не удивительно, так как в современном обществе нас на каждом шагу подстерегают стрессы, перегрузки, хроническая усталость.

Но является ли стресс единственной и основной причиной бессонницы? Последние исследования проведенные нейробиологами Нидерландов, Германии и Исландии, дали ответ – четкое "нет". Ученые определили, что бессонница имеет генетическое начало. Это подтверждается и предыдущими исследованиями, которые определили, что бессонница, часто имеет семейный характер.

В ходе исследований ученые провели анализ генома более ста тысяч человек. Чтобы выявить генетические факторы, связанные с жалобами на бессонницу, были проведены исследования ассоциации генома (GWAS) и исследования генофондной ассоциации генома (GWGAS). В результате было выделено семь вариантов генома, которые способствуют развитию бессонницы. Некоторые варианты этих ген совпадают с генами ответственными за развитие депрессии, синдрома беспокойных ног и других сопутствующих синдромов. В ходе этого исследования было совершенно еще одно удивительное открытие. Из-за разных механизмов в организмах у женщин и мужчин, разные

гены отвечают за развитие бессонницы. Результаты исследования дают новое представление о генетической архитектуре бессонницы и доказывают, что бессонница не может возникать только на почве нервного расстройства и стрессов.

Ведущий автор исследований профессор Ван Сомерен из Нидерландского института, уверен, что данное открытие приведет к перевороту в лечении бессонницы. И он абсолютно прав! Новое открытие приведет к новому подходу в лечении бессонницы, созданию новых препаратов, которые будут упразднять проблему не только с психологической стороны.

Источник: med-expert.com.ua