

# ВАГІТНІСТЬ І ПУХЛИНИ ПРИДАТКІВ: КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНА ТАКТИКА

О.П. Гнатко, А.І. Чубатий, С.Я. Сольський, П.М. Коврига  
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

## Резюме

У статті проаналізовано результати ведення вагітності в 43 жінок із діагностованими пухлинами придатків матки. Оцінена лікувально-діагностична тактика при виявленні новоутворень придатків у різні терміни вагітності залежно від характеру пухлини та клінічного перебігу для визначення акушерського й перинатального прогнозу. Сонографічне дослідження з доплерівським картуванням і скринінг об'ємних утворень у ділянці придатків під час вагітності дозволяє діагностувати пухлину придатків матки, визначити її характер, виявити наявність ускладнень, що дає можливість обґрунтувати подальшу тактику ведення вагітної. Рішення про хірургічне лікування має базуватись на балансі ризиків і користі. Оптимальний термін для проведення планового оперативного втручання з приводу кістозних утворень яєчників під час вагітності лапароскопічним доступом — 16-20 тижнів вагітності. Своєчасна діагностика об'ємних утворень придатків матки під час вагітності й вибір адекватної тактики ведення сприяє покращенню акушерського та перинатального прогнозу.

## Ключові слова

Вагітність, пухлини придатків матки, тактика ведення вагітної, оперативне втручання, акушерський і перинатальний прогноз.

Серйозною проблемою репродуктивного здоров'я жінок продовжує залишатись наявність у них пухлин і пухлиноподібних утворень придатків матки. За частотою пухлини яєчників посідають друге місце серед усіх новоутворень жіночих статевих органів.

Частота об'ємних утворень у ділянці придатків, що візуалізуються під час вагітності, за даними різних авторів, коливається в межах 2,2-5% випадків. Більшість цих утворень представлено кістами жовтих тіл вагітності, які зазвичай регресують до 15-17 тижнів вагітності [1].

Під час вагітності за наявності пухлини придатків для визначення тактики ведення проводять ультразвукове дослідження з оцінкою стану придатків. Визначення розмірів пухлини в процесі ультразвукового дослідження є важливим, але

© О.П. Гнатко, А.І. Чубатий, С.Я. Сольський, П.М. Коврига

недостатнім для встановлення діагнозу щодо доброякісності або злоякісності новоутворення.

Тактика ведення пухлин придатків матки під час вагітності традиційно передбачала переважно хірургічний підхід, що попереджувало низку таких ускладнень, як перекрут або розрив. Але останніми роками тактика дещо змінилась і до питання ведення таких вагітних підходять диференційно, враховуючи ризики малігнізації утворення та ризики можливого переривання вагітності.

До 50-70% персистуючих під час вагітності утворень яєчників не супроводжуються маніфестацією будь-яких клінічних симптомів. Ведення таких безсимптомних утворень яєчників залишається суперечливим.

Оперативне втручання, як правило, запобігає таким ускладненням, як перекрут придатків, розрив пухлини, а також сприяє розродженню через



природні пологові шляхи. Однак хірургічне втручання під час вагітності має низку ризиків: мимовільне переривання вагітності в ранньому терміні, передчасний розрив навколоплідних оболонок, передчасні пологи, перинатальна смертність, розвиток емболії тощо. Крім того, до цього часу в літературі точаться суперечки стосовно вибору хірургічного доступу (лапароскопічний чи лапаротомічний). У деяких випадках операція може бути перенесена до моменту пологів і потім під час пологів (коли розродження проводиться за допомогою кесаревого розтину) або в післяпологовий період у жінок, у яких пологи проведено вагінальним шляхом [2, 3].

Дотепер питання оперативного лікування вагітних з об'ємними утвореннями яєчників залишаються суперечливими, недостатньо чітко визначені доцільність проведення оперативного втручання, операційний доступ, термін вагітності, при якому оптимально проводити операцію [4, 5].

Традиційним хірургічним доступом для лікування пухлин яєчників є лапаротомічний. Однак у зв'язку з розвитком нових технологій, широким впровадженням ендоскопічної техніки з'явилися повідомлення про використання лапароскопічного доступу при лікуванні вищевказаної патології під час вагітності в терміні 16-20 тижнів гестації [3, 6, 7]. Але терміни гестації, при яких проводиться лапароскопічний доступ, а також точки накладання троакарних портів, перебіг вагітності в післяопераційному періоді та стан новонароджених ще остаточно не визначені [3, 8-14] і потребують подальшого уточнення.

Серед усіх утворень яєчників, що найбільш часто спостерігаються під час вагітності, в 45-47,8% випадків виявляються зрілі тератоми, в 7,6-28,6% — муцинозні цистаденоми, в 4,3-22% — серозні цистаденоми, в 9,1-21,4% — функціональні кісти, в 7,1-18,2% — ендометриодні і у 2,1-7,6% — параоваріальні кісти. І, на жаль, від 2,1 до 23% кістозних утворень яєчників під час вагітності представлені злоякісними пухлинами [3].

Оваріальні об'єми утворення в ділянці придатків під час вагітності, як правило, безсимптомні в 65-80% випадків [3] і діагностуються під час УЗ-скрінінгу в I триместрі вагітності в 50-80% випадків [3].

Ультразвуковий метод діагностики об'ємних утворень є найбільш інформативним з усіх неінвазивних методів, який дозволяє лікарю з найбільшою ймовірністю «гістологічно» ідентифікувати доброякісність пухлини. Найсерйознішим етапом у діагностиці пухлини яєчника під час вагітності є визначення її характеру.

Використання пухлинних маркерів як додаткового діагностичного тесту під час вагітності є дещо обмеженим у зв'язку з тим, що в першому триместрі рівні їх можуть бути підвищеними й інтерпретація їх результатів має дуже низьку діагностичну цінність. У зв'язку з низькою специфічністю пухлинних маркерів К. Schmeler et al. (2005) висловились проти лікувальної активності тільки на підставі ізольовано підвищених онкомаркерів, особливо при безсимптомному перебігу пухлинних утворень.

Частота та характер ускладнень новоутворень яєчників, за даними різних авторів [4, 6], представлені в таблиці.

### Таблиця

Частота і характер ускладнень новоутворень яєчників

№ з/п	Ускладнення	Частота, %
1.	Перекрут придатків	1-22%
2.	Малігнізація пухлини	1-8%
3.	Розрив пухлини	0-9%
4.	Пологова обструкція	2-17%

Незважаючи на певні діагностичні можливості, ймовірність ускладнень перебігу вагітності за наявності пухлини придатків залишається високою. Раннє виявлення новоутворення, його характеру, вибір адекватної тактики лікування повинні бути спрямовані як на попередження несприятливого впливу на перебіг вагітності, так і на здоров'я матері.

**Мета дослідження** — оцінити наслідки лікувально-дігностичної тактики у вагітних із новоутвореннями придатків для визначення акушерського та перинатального прогнозу.

### Матеріали та методи

Під спостереженням перебувало 43 вагітних із діагностованими пухлинами придатків у різні терміни гестації. Крім загальноприйнятого обстеження відповідно до стандартів та регламентуючих документів МОЗ України щодо надання медичної допомоги вагітним [Наказ МОЗ № 417 від 15.07.2011] додатково проводились клініко-лабораторні дослідження залежно від скарг та клінічного перебігу випадку. Діагностика новоутворення виконувалась із проведенням УЗД на апараті ALOKA SSD-1700 (Японія). Для підвищення діагностичної цінності ультразвукового методу в прогнозуванні ймовірної малігнізації пухлини використовували доплерівське картування в режимі сірої шкали з кількісною оцінкою

характеру кровотоку в цих об'ємних утвореннях яєчників [3]. В окремих випадках для з'ясування характеру пухлини та її ймовірної малігнізації для доповнення сонографії проводили магнітно-резонансну томографію (МРТ) та комп'ютерну томографію (КТ) [3].

Питання стосовно ведення даного контингенту пацієнтів вирішувалось у кожному випадку індивідуально з урахуванням усіх ризиків як від хірургічного втручання, так і від динамічного спостереження за ними. До основних ознак, на які ми спирались у випадку оцінки ризику злоякісного переродження пухлин яєчників, належали: комплексна структура, наявність солідного компонента вузлових утворень чи папілярних розростань в утворенні, множинні перетинки цих структур, неправильної форми капсула та межі, асцит, порушення васкуляризації, а також розміри більше ніж 5 см та зміна розмірів утворення в динаміці.

Статистичну обробку отриманих даних здійснювали за допомогою стандартних програм статистичного аналізу (Stastica for Windows v.7.0, Microsoft Excel 2003 та ін.).

## Результати та їх обговорення

Середній вік обстежених становив  $24,8 \pm 1,2$  року. Усі вагітні були міськими жителями. Новоутворення яєчників під час вагітності найчастіше спостерігалось в жінок, які палили цигарки (62,8%), мали несприятливий соматичний фон (23,3%), нерегулярний менструальний цикл (18,6%), оперативні втручання на придатках матки (16,3%), уrogenітальні інфекції або бактеріальний вагіноз в анамнезі (48,8%), полікістозні яєчники (23,2%), кістозні утворення яєчників (9,3%).

У 26 (60,4%) жінок вагітність була першою, у 15 (34,9%) — другою, у 2 (4,7%) — третьою.

У першому триместрі об'ємне утворення в ділянці придатків було виявлено під час ультразвукового скринінгу в першому триместрі в 40 (93,0%) вагітних, у 2 (4,7%) — у другому і в 1 (2,3%) випадку — в третьому триместрі.

У 31 (72,5%) жінки пухлини придатків, які були діагностовані в I триместрі, не супроводжувались маніфестацією будь-яких клінічних симптомів, 8 (20,0%) — відзначали наявність больового синдрому різного ступеня виразності, 3 (7,5%) — мали скудні кров'яністі виділення.

За даними УЗД кісти жовтого тіла були діагностовані в 17 (39,5%) випадках і не потребували подальшого лікування. Всі вагітності були доношеними. У 14 (82,4%) жінок пологи про-

йшли через природні пологові шляхи, були фізіологічними. Три (17,6%) вагітні були розроджені шляхом кесарського розтину за акушерськими показаннями (дистрес плода, клінічно вузький таз, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти).

Середня оцінка за шкалою Апгар у новонароджених, які народились через природні пологові шляхи, становила  $7,9 \pm 0,9$ , маса тіла —  $3540,0 \pm 215,0$  г. Відповідно у новонароджених, які народились за допомогою кесарського розтину, середня оцінка за шкалою Апгар становила  $6,7 \pm 1,0$ , маса тіла —  $3590,0 \pm 155,0$  г.

За даними УЗД в інших 26 (60,5%) випадках були діагностовані пухлини яєчників діаметром від 35 до 78 мм; пацієнтки перебували під спостереженням.

Під час вагітності нами було прооперовано 12 (27,9%) жінок, що перенесли резекцію яєчника чи оваріоектомію. Основними показаннями до оперативного втручання були: наявність больового синдрому при порушенні кровопостачання яєчника за даними доплерографії та підозра на малігнізацію (після цитологічного інтраопераційного та гістологічного дослідження операційного матеріалу діагноз не підтвердився). Всі видалені новоутворення були доброякісними.

Оперативне втручання під час вагітності проводилось у 9 (75,0%) жінок у 16-18 тижнів гестації, у 2 (16,7%) — у 24-26 тижнів та в 1 (8,3%) — у 36-37 тижнів. Останній випадок поєднував проведення кесарського розтину та видалення пухлини.

Лапароскопічний доступ був використаний у 5 (41,7%) вагітних у терміні 16-18 тижнів. Ускладнень перебігу вагітності не було.

Десять (83,3%) новонароджених мали оцінку за шкалою Апгар 8-10 балів, 2 (16,7%) — 7-8 балів.

Інші 14 (32,6%) пацієнток були прооперовані після пологів: у двох жінок оперативне втручання проведено через 2 місяці після пологів у зв'язку з больовим синдромом унизу живота, який був пов'язаний з ендометріомами. Дванадцять пацієнток були прооперовані після закінчення лактації. У всіх випадках мав місце доброякісний процес — зрілі тератоми й ендометріоми, і тільки в однієї пацієнтки було виявлено гістологічно пограничну пухлину яєчника.

Із 14 пацієнток, що мали пухлини придатків і були прооперовані після пологів, 9 (64,3%) мали доношену вагітність і народили природним шляхом, 5 (35,7%) народили шляхом кесарева роз-



тину. Показаннями до оперативного розродження були акушерські чинники: слабкість пологової діяльності (2 випадки — 14,3%), аномалії передлежання плода (1 випадок — 7,1%), дистрес плода (2 випадки — 14,3%). У цій групі були виявлені зрілі тератоми та ендометріюїдні кісти.

Ще один випадок оперативного втручання, на який слід звернути увагу, був у пацієнтки з позаматковою вагітністю після використання допоміжних репродуктивних технологій (ЕКЗ) із проведенням стимуляції овуляції. У хворої спостерігався гемоперитонеум, пов'язаний не тільки з порушенням цілісності стінки маткової труби, а й з кровотечею, яка була зумовлена апоплексією гіперстимульованого яєчника. У таких випадках перевагу слід віддавати лапароскопічному доступу для хірургічного лікування, оскільки при ньому можна провести біполярну електрокоагуляцію пошкодженого яєчника та уникнути його видалення. На жаль, необізнаність лікарів із такими патологічними (гіперстимульованими) станами яєчників призводить до необґрунтованих оваріо- чи аднексектомій.

## Висновки

Виходячи з вищенаведеного, можна зробити такі висновки:

1. Сонографічне дослідження з доплерівським картуванням і скринінг об'ємних утворень у ділянці придатків під час вагітності дозволяє діагностувати пухлину придатків матки, визначити її характер, виявити наявність ускладнень, що дає можливість обґрунтувати подальшу тактику ведення вагітної.
2. Рішення про хірургічне лікування має базуватись на балансі ризиків і користі: ризику малігнізації та хірургічного ризику для матері і плода.
3. Враховуючи переваги, які має лапароскопія порівняно з лапаротомією щодо інвазивності, післяопераційного болю, перебування в стаціонарі, ризику інфікування й часу на відновлення, лапароскопічний доступ слід вважати пріоритетним за наявності відповідних кваліфікаційних навичок і підготовки операційної бригади.
4. Строки виконання оперативного втручання з приводу кістозних утворень яєчників під час вагітності визначаються терміном формування органів і систем плода, формуванням плаценти, розмірами вагітної матки й можливістю здійснення лапароскопічного доступу, наявністю даних обстежень, які свідчать про високий ризик малігнізації. Оптимальний термін для проведення планового оперативного втручання з приводу кістозних утворень яєчників під час вагітності лапароскопічним доступом — 16-20 тижнів вагітності.
5. Своєчасна діагностика об'ємних утворень придатків матки під час вагітності та вибір адекватної тактики ведення сприяє покращенню акушерського та перинатального прогнозу.

Надійшла до редакції 16.03.2017 р.

## Список використаної літератури

1. Адамян Л.В., Мурашко Л.Е., Зурабиани З.Р. и др. Современные подходы к хирургическому лечению беременных с опухолями яичников // Матер. междуна. науч. форума «Мать и дитя». — М., 2007. — С. 8-10.
2. Дубоссарская З.М. Тивортин: на страже здоровья матери и ребенка / З.М. Дубоссарская, Н.С. Луценко, О.В. Грищенко // Здоров'я України. Тематичний випуск. Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія. — 2011 — № 3. — С. 55.
3. Носенко О.М. Стан вільнорадикального та антиоксидантного захисту і виразність ендогенної інтоксикації у пацієнток кістозними доброякісними пухлинами і пухлиноподібними утвореннями яєчників / О.М. Носенко // Медико-соціальні проблеми сім'ї. — 2005. — Т. 10, № 2. — С. 52-64.
4. Adnexal Masses in Pregnancy / R.H.M. Hermans, D.-C. Fischer, H.W.H.M. vander Putten et al. // *Oncologie*. — 2003. — Vol. 26. — P. 167-172.
5. Changes in blood-flow impedance of the human corpus luteum throughout the luteal phase and during early pregnancy / H. Tamura, A. Takasaki, K. Taniguchi et al. // *Fertil. Steril.* — 2008. — Vol. 90, № 6. — P. 2334-2339.
6. Chiang G. Imaging of adnexal masses in Pregnancy / G. Chiang, D. Levine // *J. Ultrasound Med* — 2004. — Vol. 23. — P. 805-819.
7. Glanc P. Adnexal masses in pregnant patient: a diagnostic and management challenge / P. Glanc, S. Salem, D. Farine // *Ultrasound Q.* — 2008. — Vol. 24. — P. 225-240.
8. Ko Ma-Lee. Laparoscopic management of complicated adnexal masses in the first trimester of pregnancy / Ma-Lee Ko, T. Lai, S. Chen // *Fertil. Steril.* — 2009. — Vol. 92. — P. 283-287.
9. Laparoscopic management of ovarian cysts in pregnancy / Y. Lenglet, H. Roman, B. Robishong et al. // *Gynecol. Obstet. Fertil.* — 2006. — Vol. 34. — P. 101-106.
10. Laparotomy versus laparoscopy for the treatment of adnexal masses during pregnancy / Y.J. Koo, H.J. Kim, K.T. Lim et al. // *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* — 2011.
11. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy / C.F. Yen, S.L. Lin, W. Murk et al. // *Fertil. Steril.* — 2009. — Vol. 91, № 5. — P. 1895-1902.
12. Sayin N.C. Pregnancies complicated by adnexal masses: a case series / N.C. Sayin, H.A. Inal, F.G. Varol // *Arch. Gynecol. Obstet.* — 2008. — Vol. 278, № 6. — P. 573-577.
13. Surgical treatment of adnexal masses in pregnancy: indications, surgical approach and pregnancy outcome / M. Ribic-Pucelj, B. Kobal, S. Peterelj-Marinek // *J. Reprod. Med.* — 2007. — Vol. 52, № 4. — P. 273-279.
14. Value of preoperative ultrasound examination in the selection of women with adnexal masses for laparoscopic surgery / J. Yazbek, S. Helmy, J. Ben-Nagi et al. // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2007. — Vol. 30, № 6. — P. 883-888.