

Материал и методы

Нами проведен анализ 26 наблюдений у беременных женщин, которым выполнялось эндовидеохирургическое лечение по поводу доброкачественных опухолей яичников в период с 2004 по 2009 год в клинике акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии. В зависимости от срока беременности пациентки были разделены на две группы. В первую группу отнесены 17 беременных, которым было выполнено эндовидеохирургическое лечение во II триместре беременности (16–17 недель). Вторую группу составили 9 пациенток, которым эндовидеохирургическое лечение произведено при сроке беременности 18–20 недель. У 5 пациенток опухоли яичников были диагностированы до беременности, у 21 — во время данной беременности. Все женщины в предоперационном периоде были обследованы в соответствии с отраслевыми стандартами объемов обследования и лечения гинекологической патологии.

Результаты

Эндовидеохирургическое лечение доброкачественных опухолей яичников при беременности выполнялось нами под общей анестезией с интубацией трахеи. За 2–3 дня до операции начиналась терапия, направленная на пролонгирование беременности и продолжалась в послеоперационном периоде. Нами использовалась лапароскопическая стойка фирмы Karl Storz и стандартный набор лапароскопических инструментов. Для введения иглы Вереша и первого троакара мы использовали зону левого подреберья по средней ключичной линии на 3 пальца ниже реберной дуги с целью предотвращения травмы беременной матки и внутренних органов. Троакар использовали пирамидальный и вводили рота-

ционными движениями, т. к. его наконечник обеспечивает разрезание тканей, а не их раздвигание, что способствует меньшему усилию давления на переднюю брюшную стенку со стороны хирурга во время лапароцентеза, а значит, и риск травмы меньше. Дополнительные троакары вводились не в стандартных местах (на 3–5 см выше). Давление в брюшной полости снижали до 9–10 мм рт. ст. Размеры опухоли яичников варьировались от 6 до 12 см в диаметре. Всем пациенткам оперативное лечение выполнялось в объеме цистаденомэктомия. Нами использовалась исключительно биополярная коагуляция.

При анализе проведенных нами операций отмечено, что наиболее оптимальный срок проведения — 14–16 недель, т. к. в эти сроки плацента сформирована, а размеры матки позволяют выполнить операцию лапароскопически. Во второй группе было отмечено увеличение средней продолжительности операции. В настоящее время 19 пациенток, оперированных во время беременности, родоразрешены через естественные родовые пути, пять — путем операции кесарева сечения по акушерским показаниям, и две пациентки еще беременны.

Заключение

Таким образом, ранняя диагностика опухолей яичников при беременности способствует улучшению результатов хирургического лечения. Наиболее оптимальные сроки эндовидеохирургического лечения доброкачественных опухолей яичников при беременности составляют 14–16 недель. Наиболее безопасным местом для лапароцентеза является зона левого подреберья. Обязательно назначение терапии, направленной на пролонгирование беременности в до- и послеоперационном периодах.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

© А. Л. Гурин, Д. О. Кучук

УЗ «Гродненская клиническая больница № 4», УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Актуальность проблемы

Кисты яичников и доброкачественные опухоли у женщин репродуктивного возраста встречаются в 19–25% случаев, доброкачественные опухоли составляют 87% всех опухолей яичников. Кроме того, этот показатель колеблется от 0,08–1,14% среди беременных.

К факторам риска возникновения опухолей яичников относятся: раннее (до 12 лет) или позднее (после 14 лет) менархе; позднее (после 50 лет) наступление менопаузы; нарушения менструального цикла; сниженная репродуктивная функция женщины; первичное бесплодие; миома матки; невынашивание беременности; хрониче-

ческие воспалительные заболевания придатков матки; первичная аменорея; наследственный фактор; окружающая среда; образ жизни; привычки, обычаи.

Материал и методы

Нами было проведено исследование на базе гинекологического отделения УЗ «ГКБ №4». Мы произвели ретроспективный анализ 70 историй болезни больных с диагнозами кист и кистом яичников, прооперированных лапароскопическим доступом в 2008 году.

Большое внимание уделялось: возрасту больных, данным гинекологического и акушерского анамнеза, результатам бимануального исследования, наличию сопутствующей патологии, результатам лабораторного исследования макропрепаратов удаленных опухолей.

Основным методом выявления опухолей яичников является УЗИ. Дополнительные: кульдоцентез и исследование перитонеальной жидкости, определение уровня онкомаркера СА-125, КТ, МРТ, тест на беременность (для исключения внематочной беременности), диагностическая лапароскопия.

Результаты

Возраст пациенток составил 15–56 лет. Среди них: детей (до 16 лет) — 2 (2,85%); пациенток репродуктивного возраста — 60 (85,71%); перименопаузального (45–50 лет) — 5 (7,14%); менопаузального и постменопаузального — 3 (4,3%).

Согласно результатам гистологического исследования, частота встречаемости определенных гистовариантов опухолей следующая: серозные кисты — 36%, эндометриоидные кисты — 24%, дермоидные кисты — 16%, фолликулярные кисты — 13%, кисты желтого тела — 7%, прочие — 4%.

Риск осложнений у исследуемых больных составил 8,5%. Из осложнений: разрыв кисты — у 2 пациенток (2,85%), перекрут ножки опухоли — у 4 пациенток (5,7%). По объему проведенной операции: цистэктомия — 78,5%, аднексэктомия — 17,14%, резекция яичника — 4,1%. Сторона поражения: слева — 37,14%, справа — 47,15%, двусторонние — 15,71%.

74,2% больных имели сопутствующую гинекологическую патологию. Заболевания: эрозия шейки матки — 37%, хронический аднексит и другие воспалительные заболевания матки и придатков — 23%, миомы матки — (8,5%), эндометриоз — 5,7% (причем все случаи эндометриоза различной локализации сочетались с эндометриоидными кистами яичников).

У 3 пациенток имели место рецидивы опухоли после цистэктомии традиционным способом. Во всех 3 случаях гистовариант — серозная киста.

Менархе: раннее — 1,4%, позднее — 17,2%, норма (12–14 лет) — 81,4%.

Репродуктивная функция: 64,2% больных имели в анамнезе роды, 2,8% — выкидыши, 28,5% — ранее произведены аборт, 5,7% — *virgo intacta*. Т. е. 94,3% больных до настоящего заболевания вели нормальную половую жизнь.

При исследовании групповой принадлежности крови больных по системе АВО и наличия антигена резус-фактора видимой корреляции не было обнаружено, что обусловлено различной частотой распространения групп крови среди населения. Лица с I (0) — 33,5%, с II (A) — 37,1%, с III (B) — 21,4%, с IV (AB) — 8%. Лица Rh+ — 85,7%, лица Rh– — 14,3%.

В нашем регионе частота встречаемости лиц с I (0), Rh+ группой составляет порядка 37%, а наибольшая частота возникновения доброкачественных опухолей яичников наблюдалась у лиц с II (A), Rh+.

Заключение

Согласно результатам наших исследований, наиболее многочисленную возрастную группу больных составили женщины репродуктивного возраста. По гистологической структуре наиболее часто встречающийся гистовариант опухоли — серозная киста. Пациентки с осложнениями, прооперированные экстренно, составили 8,5%, течение раннего и позднего послеоперационного периодов протекало нормально. По объему проведенных вмешательств следует отметить, что сохраняется тенденция к органосохраняющим операциям. По стороне поражения подтверждается факт более частого возникновения правосторонних кистом. Подавляющее большинство пациенток имели в анамнезе сопутствующую гинекологическую патологию. Ни у одной из обследованных больных не было указаний на отягощенную наследственность по опухолевым заболеваниям яичников, что объясняется постепенным развитием современных методов обследования. Лапароскопический доступ, техника выполнения вмешательств данным способом и использование современных инструментов электро- и термокоагуляции обладают неоспоримым преимуществом перед цистэктомией традиционным способом. У большинства пациенток имели место нормальное менархе и нормальная до настоящего заболевания половая жизнь.