

УДК 618.1:616.07 (584.5)

Э.Х.Хушвахтова, А.Б.Мирзоева

**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У БЕРЕМЕННЫХ**

*Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии
Министерства здравоохранения Республики Таджикистан*

(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоевой 22.03.2012 г.)

Морфологическое исследование опухолей яичников у беременных женщин показало, что во время беременности среди доброкачественных опухолей яичников преобладают эпителиальные опухоли, в частности – серозные цистаденомы, а среди опухолевидных образований яичников – лютеиновые кисты.

Ключевые слова: *доброкачественные опухоли - опухолевидные образования яичников – беременность.*

В современной практической и научной медицине одной из важных акушерских и гинекологических проблем являются гинекологические заболевания, на фоне которых у женщин наступает беременность [1-4]. Наличие доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников, к большому сожалению, не препятствует наступлению и прогрессированию беременности, вызывая большое количество осложнений, таких как угроза прерывания, перекрут ножки опухоли, разрыв капсулы, которые нередко требуют неотложного оперативного вмешательства [3,5]. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников в большинстве случаев протекают без ярко выраженных клинических проявлений и у многих женщин диагноз впервые устанавливается либо при постановке беременной на учёт, либо при проведении обязательного эхографического скрининга в первом триместре беременности. С внедрением в современный стандарт исследования беременных УЗИ-диагностики частота выявления новообразований яичников возросла и составляет 1-3 случая на 1000 беременных [1-3].

Статистика доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников имеет четкую тенденцию к росту. За последние годы их частота возросла от 6 до 25% [3-5]. В этой структуре доброкачественные опухоли яичников занимают до 80% всех опухолей яичников. При этом большая часть представлена кистозными образованиями, требующими дифференциальной диагностики с ретенционными кистами. Наиболее часто встречаются эпителиальные образования – цистаденомы (серозные и муцинозные) и зрелые тератомы, относящиеся к группе герминогенных. Эпителиальные кисты яичника встречаются в 22.9% случаев, образования стромы полового тяжа – в 2.6%, герминогенные образования яичника – в 15.7%, эндометриоидные кисты – в 29%, простые кисты яичников -

Адрес для корреспонденции: *Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна. 734002, Республика Таджикистан, Душанбе, ул. М.Турсунзода, 31, Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии. E-mail: hushvaxtova@mail.ru*

19.8%, параовариальные кисты – 4.9% и спаечный процесс с образованием серозных полостей (серозоцеле) – 5.2%. Удельный вес ретенционных образований составляет 25%, из них наиболее часто встречаются фолликулярные кисты (80-90%), кисты желтого тела (2-5%), текалютеиновые кисты (1-2%) [2-4]. За последние годы отмечен рост оперативных вмешательств у беременных женщин с генитальной патологией, что связано с улучшением диагностики и введением новых технологий [5]. Описаны успешные результаты лапароскопических операций, выполненных во время беременности. Приведённые собственные и литературные данные подтверждают целесообразность выполнения диагностической лапаротомии при обнаружении опухоли яичников на фоне беременности, независимо от срока беременности, в связи со сложностью дифференциальной диагностики между злокачественными и доброкачественными опухолями и возможностью возникновения осложнений при росте опухоли на фоне беременности.

Целью данной работы явилось изучение морфологической структуры доброкачественных новообразований яичников у беременных женщин, прооперированных во время беременности.

Методы исследования

Согласно поставленной цели, в период с 2008 по 2011 гг. в клинике Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии проведено наблюдение 89 беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников, которым произведены оперативные вмешательства в различные сроки гестации как традиционными, так и эндоскопическим доступами.

Морфологическая диагностика удаленных доброкачественных новообразований яичников осуществлялось по традиционным методикам с установлением окончательного диагноза в патоморфологической лаборатории Республиканского онкологического центра.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведено комплексное клиничко-лабораторное и функциональное обследование 48(53.9±5.3%) беременных женщин с доброкачественными опухолями и 41(46.1±5.3%) пациентки с опухолевидными образованиями яичников, прооперированных в разные триместры беременности.

Срок беременности составил от 5 до 42 недель. Возраст обследованных женщин колебался от 18 до 45 лет и в среднем составил 28.1±0.7. При анализе репродуктивного анамнеза установлено, что большинство женщин с доброкачественными опухолями (ДОЯ) и опухолевидными образованиями яичников (ООЯ) были повторнобеременными. При анализе акушерского анамнеза выявлена высокая частота прерывания беременности, как искусственного, так и самопроизвольного выкидыша. Из 89 пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников, прооперированных во время беременности, у 46 (51.7±5.3%) в анамнезе были самопроизвольные выкидыши с последующим инструментальным выскабливанием матки и у 49 (55±5.3%) искусственное прерывание беременности путем вакуум аспирации и инструментального выскабливания полости матки. В ходе исследования выявлено, что у 26 (29.2±4.8%) пациенток опухоли яичников были диагностированы до наступления настоящей беременности.

У 55 (61.8±5.1%) пациенток доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников впервые были диагностированы и удалены во время оперативного вмешательства по поводу

внематочной беременности. Размеры образования яичников варьировали от 40 до 150 мм. В трёх наблюдениях ($5.4 \pm 3.1\%$) образования были двухсторонними.

Таблица 1

Сроки проведения оперативного вмешательства при беременности

Сроки оперативного вмешательства в неделях	ДОЯ n=48	ООЯ n=41
I триместр- 5-6	14 (29.2 ± 6.6)	41 (100)
II триместр -16-18	14 (29.2 ± 6.6)	-
III триместр – 37-42	20 (41.7 ± 7.1)	-

Во II триместре беременности оперативные вмешательства были произведены 14 ($15.7 \pm 3.8\%$) беременным женщинам в плановом порядке в сроке 16-18 недель. В 12 ($85.7 \pm 9.3\%$) случаях операции были произведены минилапаротомическим и в двух случаях ($14.3 \pm 9.3\%$) лапароскопическим доступами (табл.1).

Показаниями к плановому оперативному вмешательству являлись:

- большие размеры опухоли,
- рецидивирующий болевой синдром,
- тенденция к перекруту ножки опухоли.

В послеоперационном периоде беременным женщинам проводилась терапия гормональными, токолитическими и седативными препаратами. В последующем у всех женщин произошли своевременные срочные роды, без каких либо осложнений.

В 20 ($22.5 \pm 4.4\%$) наблюдениях беременным вмешательства на яичниках были произведены при доношенной беременности во время оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения, 6 (30 ± 10.2 из которых были впервые диагностированы во время данной операции).

Таблица 2

Показания к операции кесарева сечение у беременных доброкачественными опухолями яичников

ПОКАЗАНИЯ	Доброкачественные опухоли яичников	
	абс	%
Перекрут ножки опухоли	4	20 ± 8.9
Большие размеры опухоли стойкий болевой синдром	2	10 ± 6.7
ПОНРП	3	15 ± 7.9
Рубец на матке	7	35 ± 10.7
Обструктивные роды	2	10 ± 6.7
Поперечное положение плода	1	5
Сочетанные показания: -возрастная первородящая, АГА, врождённый вывих тазобедренного сустава	1	5

Следует отметить, что у 67 (75.3%) пациенток были выполнены цистэктомия и резекция яичника, в четырёх наблюдениях (4.5%) аднексэктомия, у одной пациентки (1.1%) – овариоэктомия, у 12 (13.5%) произведено вылущивание кисты и у трёх женщин (3.4%) – резекция обоих яичников. Двум беременным (2.2%) операция была произведена лапароскопическим доступом в сроки 16-18 недель. Объём операции – резекция яичника. Диаметр удаленных образований составил от 60 до 175 мм.

По результатам морфологического исследования из 89 удаленных образований были верифицированы доброкачественные опухоли яичников у 48 пациенток (53.9%), опухолевидные образования яичников у 41(46.1%)

Следовательно, у 27 (56.2%) оперированных беременных выявлены серозные цистаденомы, у 13 пациенток (27.1%)зрелая тератома, в четырех (8.3%) наблюдениях выявлена муцинозная киста, в трех случаях (6.2%) – сочетание серозной цистаденомы с тератомой и в одном наблюдении (2.1%) эндометриоидная киста.

Анализ морфологической структуры опухолевидных образований яичников выявил у 39 (95.1%) лютеиновую кисту и у двух женщин (4.9%) фолликулярную кисту.

В ы в о д ы

Сравнительная характеристика гистологического исследования опухолей яичников у беременных женщин показала, что во время беременности среди доброкачественных опухолей яичников преобладают эпителиальные опухоли, в частности – серозные цистаденомы, а среди опухолевидных образований яичников – лютеиновые кисты.

Поступило 20.02.2012 г.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Кулаков В.И., Гатаулина Р.Г. – Проблемы репродукции, 2007, с.23-26
2. Демидов В.Н. – Мать и дитя. Мат. 3-го Рос.Форума. - М., с.53-54.
3. Доротенко А.Ю. – Пренатальная диагностика, 2003, №2, с.283-287.
4. Жордания К.И. – Вест. Московского онкологического общества, 2001, №4, с.4.
5. Адамян Л.В., Мурашко Л.Е., Романова Е.Л. – Проблемы репродукции, 2005, №3, с.60-66.
6. Хушвахтова Э.Х. – ДАН РТ, 2008, т.51, №12, с.852-855.

Э.Х.Хушвахтова, А.Б.Мирзоева

СОҲТОРИ МОРФОЛОГИИ ОМОСҲОИ ХУШСИФАТИ ТУХМДОНҲО ДАР ҲОМИЛАДОРОН

*Пажӯҳишгоҳи илмию тадқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон,
Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон*

Тадқиқоти морфологии омосҳои тухмдонҳо дар давоми ҳомиладорӣ нишон медиҳад, ки хангоми ҳомиладорӣ миёни омосҳои хушсифати тухмдонҳо, омосҳои эпителиалӣ, аз ҷумла систаденомаи серозӣ, ва миёни ҳосилаҳои омосмонанди тухмдонҳо – омоси лютеинӣ зиёд мушоҳида мешавад.

Калимаҳои калидӣ: омосҳои хушсифат – ҳосилаҳои омосмонанди тухмдонҳо – ҳомиладорӣ.

E.H.Hushvahtova, A.B.Mirzoyeva

MORPHOLOGICAL RESEARCH OF OVARIAN TUMORS IN PREGNANT WOMEN

*Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology,
Ministry of Health of the Republic of Tajikistan*

Common cause of ovarian tumors is a number of complication during pregnancy and childbirth, and the best option is to identify treatment before pregnancy. Morphological research of ovarian tumors in pregnant women. Showed that during pregnancy, ovarian tumors of benign predominate epithelial tumors, in particular serous cystadenoma and among the tumor formation of ovarian luteal cysts.

Key words: common cause – ovarian tumors – ovarian – child birth.