

А.В. Чайка, д.м.н., професор, О.М. Носенко, Л.Л. Васильєва, Науково-дослідний інститут медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького

Тактика ведення вагітних з кістозними утвореннями яєчників

Зареєстрована захворюваність на оваріальні утворення під час вагітності коливається від 1 на 81 до 1 на 8 тис. вагітностей або від 1 на 76 до 1 на 2328 пологів. Дослідження, засновані виключно на ультразвуковому виявленні оваріальних утворень під час вагітності, показали більшу поширеність – від одного випадку на 19 пологів до одного на 88. Більшість оваріальних утворень діагностують випадково під час скринінгу першого триместру вагітності під час ультразвукового дослідження (УЗД). До широкого застосування раннього антенатального ультразвукового обстеження оваріальні утворення під час вагітності рідше реєстрували під час фізикального обстеження.

Кількість злоякісних оваріальних пухлин під час вагітності як з низьким злоякісним потенціалом, так і раком яєчників варіює від 2,15 до 13,5% від загального виявлення оваріальних утворень. Під час досліджень, присвячених тільки злоякісним пухлинам яєчників, виявили захворюваність у 0,073-0,11 випадку на тисячу пологів. Ультразвукові дослідження показали нижчий рівень злоякісності у межах від нуля до 3,6%. За іншими даними, загальна частота малігнізації оваріальних утворень під час вагітності становить 1-8%, або один випадок на 12-47 тис. Злоякісні оваріальні пухлини вважають другою за поширеністю гінекологічною онкологією під час вагітності.

Малігнізація оваріальних утворень – не єдиний ризик, пов'язаний з пухлинами придатків матки у період вагітності. Оваріальні утворення, які зберігаються у другому триместрі вагітності, мають ризик перекруту, розриву або пологової обструкції.

Традиційно ведення пухлин придатків матки під час вагітності було хірургічним. Однак хірургічне втручання під час вагітності має додаткові ризики втрати плода, передчасних переймів і підвищений ризик розвитку емболії. Крім того, найбільш оптимальний хірургічний доступ, лапаротомічний або лапароскопічний, не визначено. Тому актуальними є питання диференційної діагностики оваріальних утворень під час вагітності, оцінки показань для оперативного втручання, розробки належної тактики ведення хворих з оваріальними утвореннями під час вагітності.

Диференційна діагностика

Як у невагітному стані, так і в період вагітності функціональні кісти є найбільш поширеними оваріальними утвореннями придатків матки. Жовте тіло може зберігатися у другому триместрі і становить 13-17% усіх кістозних оваріальних утворень. Диференційна діагностика під час вагітності також включає доброякісні утворення, такі як доброякісні кістозні тератоми (7-37% випадків), серозні (5-28%) і муцинозні (3-24%) цистаденоми, ендометріоми (0,8-27%), параоваріальні кісти (<5%), а також лейоміоми (1-2,5%). Оваріальні злоякісні утворення (у тому числі з низьким злоякісним потенціалом) становлять приблизно 1-8% від оваріальних утворень у період вагітності (табл. 1).

Діагностика

Оваріальні утворення під час вагітності є безсимптомними у 65-80% випадків. Більшість їх діагностують випадково під час ультразвукового скринінгу в першому триместрі, вважають, що від 50 до 80% оваріальних утворень виявляють у перших двох триместрах вагітності. Якщо пухлина придатків матки пальпується під час обстеження, то УЗД є найкращим

методом радіологічного підтвердження у зв'язку з його здатністю розрізняти морфологію. Це дає змогу стратифікувати ризик без шкоди для матері та плода. Кінцевою метою ультразвукової оцінки є допомога лікарю в апіорному визначенні гістологічної структури утворень, що визначає вибір між консервативним лікуванням і хірургічним втручанням.

Ультразвук виявився дуже точним у визначенні злоякісного потенціалу пухлин придатків матки. У дослідженні, проведеному Whitesar і співавт. (1999), 89 з 91 випадку було діагностовано за допомогою ультразвуку як проста кіста, що було підтверджено під час гістології. Хоча 2 з 91 оваріального утворення було розцінено як прості кісти, насправді вони були пухлинами з низьким злоякісним потенціалом. Усі 6 злоякісних новоутворень у цьому дослідженні були правильно визначені за комплексністю утворення під час УЗД. Аналогічне дослідження Bromley і Benacerraf (1997) виявило, що точність УЗД в діагностиці дермоїдної кістоми становить 97%, ендометріоми – 80%, простої кісти – 71%. Пізніші ретроспективні дослідження Schmeler et al., K. Schmeler, W. Mayo-Smith, J. Peipert, S. Weitzen, M. Manuel і M. Gordinier (2005), Kumari et al. (2006) мали подібні результати, і, як і в попередніх дослідженнях, усі випадки оваріального раку було правильно діагностовано під час доплогового УЗД.

У ході деяких із цих досліджень використовували морфологічне дослідження оваріальних утворень для визначення стратифікації ризику малігнізації. G.B. Sherard et al. (2003), B. Bromley і D. Benacerraf (1997), R. Usui et al. (2000), K. Schmeler et al. (2005), L.M. Bernhardt et al. (1999), D.N. Platek et al. (1995) досліджували оваріальні утворення під час вагітності за допомогою УЗД. Під час цих досліджень для розподілу у групи високого ризику використовували початковий розмір оваріальних утворень від 3 до 6 см. Кожен із цих дослідників застосовував

Таблиця 1. Частота найбільш поширених захворювань яєчників під час вагітності	
Гістологічний тип оваріального утворення	%
Дермоїдна кістома	25
Кіста жовтого тіла, параоваріальна кіста, функціональна кіста	17
Серозна цистаденома	14
Муцинозна цистаденома	11
Ендометріома	8
Карцинома	2,8
Оваріальні утворення з НЗП	3
Лейоміома	2

Примітка. Частота наведена з ретроспективних досліджень Kumari et al. (2006), Moore і Smith (1999), Whitesar et al. (1999), Yuen et al. (2004), Schmeler et al. (2005), Soriano et al. (1999), Bromley і Benacerraf (1997).

свою форму оцінки ризику, засновану на оцінці комплексності утворень за даними УЗД, але всі вони стверджували, що ультразвукова характеристика комплексності й розмірів утворень яєчників може допомогти у прогнозуванні злоякісних новоутворень. Прогностичними ознаками злоякісності були утворення з перетинками, солідна їх структура, вузли, папілярні компоненти або середній діаметр більше ніж 5 см.

J.P. Lerner et al. (1994) охарактеризували 350 яєчників з утвореннями у вагітних за допомогою модифікованої бальної системи ультразвукового скринінгу. Вони продемонстрували, що загальний бал 3 або більше мав чутливість 96% і специфічність 77% для прогнозування злоякісних новоутворень і дійшли висновку, що, чим більша комплексність утворень, тим вищий ризик малігнізації.

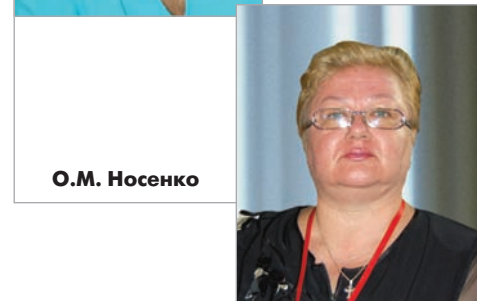
Недавні дослідження оцінили корисність використання оцінки доплерівського кровотоку за допомогою сірої шкали УЗД з метою поліпшення чутливості доплогової діагностики злоякісних новоутворень.

T.C. Wheeler, A.C. Fleischer обстежили 34 вагітних з комплексними оваріальними утвореннями у другому триместрі вагітності й виявили значне перекриття значень доплерівського кровотоку в доброякісних і злоякісних утвореннях з позитивною прогностичною цінністю 42% і помилково-позитивним результатом 48%. В оглядовій статті P.D. de Priest і C.P. de Simone (2003) аналіз трьох досліджень доплерівського кровотоку показав, що застосування доплера не сприяло уточненню діагнозу порівняно з сонографією за сірою шкалою поодиночі з аналогічним помилково-позитивним результатом 49% для прогнозування злоякісних новоутворень. Цей факт робить його поточне використання обмеженим. Існують обмежені дані, що 3D-доплерівське дослідження може допомогти у стратифікації комплексних оваріальних утворень.

Інші умови обробки зображень, такі як комп'ютерна томографія (КТ) і магнітно-резонансна томографія (МРТ), можуть бути корисним доповненням, коли ультразвукове зображення не дає необхідних результатів. КТ забезпечує кращий доступ для виявлення неакушерських чинників болю в животі. Хоча КТ порівняно безпечна під час вагітності, мати і плід отримують поглинуту дозу принаймні 2-4 ради під час одного обстеження. Контрастні речовини можуть проходити через плацентарний бар'єр, і їх треба використовувати з обережністю, оскільки їх дія не відома. МРТ, як правило, вважають безпечною під час вагітності. Існує дві конкретні ситуації, коли МРТ-зображення є методом вибору обстеження. МРТ дає змогу краще виявити параоваріальні кістозні ураження, які під час вагітності можна лікувати консервативно.



А.В. Чайка



О.М. Носенко

Проведення МРТ також може забезпечити кращі характеристики тканини, що дає змогу більш точно оцінити великі утворення, які важко повністю візуалізувати за допомогою ультразвуку. За допомогою МРТ можна також визначити ступінь можливої злоякісності й діагностувати гострий процес у шлунково-кишковому тракті, такий як апендицит і запалення кишечника. Проте призначення для обстеження МРТ під час вагітності має бути розумним, і використовувати його потрібно виключно як роз'яснення до результатів непереконливих даних УЗД.

Пухлинні маркери у вагітних необхідно використовувати з обережністю внаслідок великих відмінностей у результатах й інтерпретації цих тестів під час вагітності. Рівні СА-125 підвищені під час вагітності, особливо у першому триместрі, і визначення їх має обмежене значення, допомагаючи відрізнити доброякісні та злоякісні пухлини. У першому триместрі вагітності рівень СА-125 може сягати 1250 ОД/мл. Це підвищення починається між 30-м і 40-м днем після останнього менструального періоду, у межах від 35-го до 60-го дня, і починає знижуватися до кінця першого триместру вагітності.

Рівні СА-125 також підвищені при інших доброякісних процесах, таких як мієясичні, лейоміома матки, ендометріоз та ін. Інші пухлинні маркери, такі як α -фетопротейн, β -хоріонічний гонадотропін людини, лактатдегідрогеназа, корисні для стратифікації герміногенної злоякісності й мають обмежене застосування, тому що можуть значно змінюватися під час вагітності.

Головна цінність визначення пухлинних маркерів під час вагітності полягає в доцільності визначення їх рівнів як індикаторів пухлинного контролю. У зв'язку з низькою специфічністю пухлинних маркерів K. Schmeler et al. (2005) висловилися проти лікувальної активності тільки на підставі ізольованих підвищених онкомаркерів, особливо при безсимптомних оваріальних утвореннях.

Тактика ведення

У наш час існують розбіжності у поглядах дослідників на тактику ведення пацієнток з оваріальними утвореннями під час вагітності, при цьому дехто з них рекомендує спостереження, інші – хірургічне лікування.

Більшість оваріальних утворень, ідентифікованих під час вагітності, спонтанно регресує, і хірургічна агресія не потрібна. Проводять спостереження у разі простих кіст за даними УЗД, діаметра утворень менше ніж 5-6 см; діагнозу, установленого до 16 тижнів вагітності. Великі за розмірами і комплексні утворення

або з більш складною морфологією рідше спонтанно регресують і можуть представляти пухлинний процес, а також призвести до ускладнень під час вагітності – перекуту (1-22%), розриву (0-9%), пологової обструкції (2-17%).

Хірургічне лікування рекомендується, коли є підозра, що персистуюче або великих розмірів оваріальне утворення має підвищений ризик гострого живота, вторинного перекуту або розриву. Крім того, враховуючи що в 10% випадків персистуючих комплексних утворень яєчників буде встановлено діагноз злоякісної пухлини, вчені стверджують, що спостереження можуть погіршити результат. Нарешті, дослідники, які підтримують хірургічне лікування, припускають тенденцію до поліпшення стану матері та плода внаслідок використання оперативного втручання в середині вагітності (на 12-27-му тижні), лапароскопічного доступу при хірургічному лікуванні вагітних з симптомними оваріальними утвореннями або підозрілими на злоякісність. Зрештою, спостереження на відміну від хірургічного втручання має бути пристосованим до симптомів у пацієнтки, а також спрямованим на уникнення злоякісності утворення.

P. Aggarwal, S. Kehoe (2010) провели метааналіз бази даних Medline (із січня 1984 по листопад 2009 року) з використанням ключових слів: пухлини яєчників і вагітність, оваріальні утворення і вагітність. Проаналізовано 10 досліджень, у ході яких повідомлялося про оваріальні утворення, виявлені під час вагітності, чотири з яких були проспективними, а шість ретроспективними (табл. 2).

У 10 дослідженнях взяли участь 940 пацієнток. Лише у чотирьох дослідженнях повідомлялося про середній гестаційний вік на момент установлення діагнозу оваріального утворення, який варіював від 4 до 41 тижня. Дані про кількість випадків, виявлених у кожному триместрі, були доступні в дев'яти з 10 досліджень (усього 809 випадків). Оваріальні утворення було виявлено в першому триместрі вагітності у 159 (19,6%) жінок, у другому триместрі вагітності – у 75 (9,3%), у третьому триместрі вагітності або під час пологів – у 157 (19,4%), у післяпологовому періоді – у 15 (1,8%). У чотирьох дослідженнях повідомлялося про виявлення оваріальних утворень у першому і другому триместрах разом у 403 пацієнток (49,8%). При цьому більшість оваріальних утворень були виявлені в першій половині вагітності.

Дані про клінічні симптоми не були доступні лише в одному дослідженні. В інших дослідженнях, які нараховували 809 жінок, 529 (65,4%) пацієнток не мали симптомів, біль був зафіксований у 136 (16,8%), інші симптоми, такі як кровотеча, обструкція, розрив, були зареєстровані у 73 (9%) пацієнток. Відсоток перекуту оваріальних утворень під час цих досліджень варіював від 3 до 27,7%, а сумарний коефіцієнт перекуту становив 8% (усього 65 випадків).

У чотирьох проспективних дослідженнях, заснованих на УЗД-даних, в усіх випадках було проведено консервативне спостереження (усього 380 випадків), якщо була відсутня симптоматика або підозра на малігнізацію. У 264 (69,4%) випадках оваріальні утворення спонтанно регресували, 44 (11,5%) – перебували ургентної або планової операції під час вагітності, тоді як інші перебували під наглядом після пологів і в післяпологовому періоді перенесли операцію або аспіраційне дренування. Тип оперативних втручань варіював від цистектомії до сальпінгоофоректомії залежно від характеру оваріального утворення.

У 6 ретроспективних дослідженнях з участю 560 пацієнток у 172 (30,7%) випадках кісти регресували під час спостереження або не потребували хірургічного втручання, планова операція була проведена у 178 (31,7%) випадках й ургентна операція – у 210 (37,5%) випадках. Це були як допологові, так і післяпологові операції.

Результати гістологічного дослідження були доступні для 548 оваріальних утворень, видалених під час операції. 17 були пухлинами яєчників з низьким злоякісним потенціалом (НЗП) (3,1%) і 14 – злоякісними (2,5%): 3 муцинозні цистаденокарциноми, 2 пухлини Бреннера, 2 серозні цистаденокарциноми, 2 ембріональноклітинні карциноми, 2 пухлини ендодермального синуса, 2 ендометріодні аденокарциноми, один випадок змішаної герміногенної пухлини. Специфічними характеристиками, пов'язаними з ризиком злоякісності, були: комплексна структура, папілярні включення, солідний компонент, неправильної форми капсула або межі, асцит, порушення васкуляризації та збільшення розмірів утворення в динаміці. Найбільш поширеними серед доброякісних пухлин під час цих досліджень була дермоїдна кістома (190, 34,6%) і цистаденома (129, 23,5%).

Неонатальні результати не були описані у всіх дослідженнях, але вказані включили 5 передчасних пологів, 2 мимовільних аборти і 8 медикаментозних переривань вагітності, 4 антенатальних смерті та 7 випадків смерті новонароджених. Був один випадок материнської смерті.

P. Aggarwal, S. Kehoe (2010) провели також аналіз 17 досліджень, два з яких були проспективними і 15 ретроспективними, повідомлялося про 1203 випадки хірургічного лікування оваріальних утворень під час вагітності та у післяпологовому періоді. Результати п'яти із цих досліджень свідчать тільки про злоякісні пухлини під час вагітності.

Із 925 випадків серед 12 досліджень середній гестаційний вік на момент установлення діагнозу був зареєстрований у семи і становив від 5 до 42 тижнів. Дані щодо терміну вагітності на момент установлення діагнозу були доступні для 487 пацієнток. У 173 (35,5%) випадках оваріальні утворення були діагностовані в першому триместрі, у 60 (12,3%) – у другому, у 180 (36,9%) – у третьому або під час кесарева розтину і в 65 (13,3%) випадках діагноз установили після пологів. 15 випадків (3%) були діагностовані у першому і другому триместрі (не зазначено окремо). Таким чином, більшість оваріальних утворень була виявлена в першій половині вагітності. Під час шести досліджень не повідомляли про триместр, у якому було встановлено діагноз.

Про симптоматологію не повідомляли в одному з досліджень. В інших 11 дослідженнях з участю 825 пацієнток 653 (79,1%) були безсимптомними, 161 (18,4%) мала гострий біль, 11 (1,2%) – інші симптоми. Про кількість випадків перекуту не вказували у двох дослідженнях, але сумарний відсоток перекуту в інших дослідженнях з участю 632 пацієнток становив 14,2% (усього 90 випадків).

Про середній гестаційний вік на момент операції було повідомлено в семи дослідженнях, він варіював від 4 до 41 тижня. Про триместр, у якому було виконано оперативне втручання, вказано у дев'яти дослідженнях з участю 803 пацієнток. Операція була проведена в першому триместрі у 158 (19,7%) жінок, у другому триместрі – у 306 (38,1%), у третьому або під час кесаревого розтину – у 268 (33,4%), у післяпологовому періоді – у 73 (9,1%) випадках.

Про гістологічні результати повідомляється в 944 випадках у 12 дослідженнях, у деяких з них це були двобічні пухлини. Варто зазначити, що було 20 пухлин низького злоякісного потенціалу (2,1%) та 31 злоякісна пухлина яєчника (3,2%). У їх числі 8 серозних цистаденокарцином, 5 муцинозних цистаденокарцином, 4 невизначених епітеліальних раки, 4 незрілі тератоми, 3 пухлини Бреннера, 3 дисгерміноми, 2 гранульозоклітинні пухлини, один випадок ембріональноклітинного раку й одна пухлина Сертолі-Лейдига. Найбільш поширеними доброякісними пухлинами були дермоїдна кістома (282, 29,9%) і цистаденома (214, 22,6%).

Неонатальні результати були доступні в 9 дослідженнях з участю 498 пацієнток. Сукупний аналіз показав, що частота передчасних пологів становила 10,4% (52 випадки), аборти – 6% (30 випадків), медикаментозне переривання – 3,6% (18 випадків), а також була одна антенатальна смерть і три неонатальні смерті (дві через аномалії у дитини). Несприятливі наслідки вагітності становлять 10% без урахування передчасних пологів, під час

яких новонароджені вижили. Хіміотерапію проводили в одному випадку вагітності з добрим неонатальним результатом.

Спостереження

У декількох дрібних ретроспективних дослідженнях проаналізовано спостереження за оваріальними утвореннями під час вагітності. Вони показали хороші результати для матері та плода порівняно з попередніми дослідженнями. Доцільність тактики ведення кістозних оваріальних утворень під час вагітності шляхом спостереження підтверджується тим фактом, що до 71% їх зменшуються за розмірами або регресують самостійно. Деякі оваріальні утворення з більш складною структурою також самостійно регресують.

Консенсус був опублікований Society of Radiologists for Ultrasound 2010 року і дає вказівки щодо ведення випадково виявлених при УЗД безсимптомних оваріальних утворень у невагітних жінок. Мета цього проекту – визначити, для яких оваріальних утворень не потрібне або потрібне подальше УЗД у динаміці чи хірургічне втручання. У цьому консенсусі було запропоновано ультразвукові критерії для стратифікації подальшої оцінки. За простими кістами (анехогенні, з гладенькою тонкою стінкою, без перетинок) розміром до 5-7 см у жінок у пременопаузі або більше 1 см у постменопаузі потрібно спостерігати кожен рік.

Геморагічні кісти (ретикулярна картина внутрішнього ехо) за розмірами більше ніж 5 см у пременопаузі потрібно оглядати через 6-12 тижнів. Геморагічні кісти будь-якого розміру на початку менопаузи (протягом 1-5 років після останньої менструації) треба оглядати через 6-12 тижнів, однак у кінці менопаузи (>5 років з моменту останньої менструації) вони підлягають обов'язковому хірургічному лікуванню. Ендометріодні кісти (однорідні гіпоехогенні утворення) або дермоїдні кістоми (осередковий або дифузний гіперехогенний компонент) необхідно обстежувати щорічно, якщо їх не видалили хірургічним шляхом у будь-якому віці. Гідросальпінкс і перитонеальні інклюдційні кісти треба оглядати, якщо є клінічні прояви. Кісти з тонкостінними перетинками обстежують один раз на 6-12 тижнів або в разі стабільності щорічно до настання пременопаузи. Разом з тим хірургічну оцінку треба проводити під час постменопаузи. Кістозні утворення, що містять вузли з плинном крові або товсті перетинки (>3 мм), потребують хірургічного лікування у будь-якому віці. Ці рекомендації призначені для невагітних жінок з випадковим знаходженням кіст під час УЗД і є резервом хірургічної оцінки для утворень з дійсним ризиком злоякісності.

Існує декілька досліджень, які свідчать про те, що подібне ведення хворих було б доцільним для оваріальних утворень, виявлених у вагітних. K. Schmeler et al. (2005) розглянули 59 вагітних пацієнток у період з 1990 по 2003 рік, які пройшли або хірургічне лікування, або спостереження утворень яєчників розміром понад 5 см під час гестаційного періоду. У ході дослідження у 17 пацієнток до пологів було проведено хірургічне лікування (15 лапаротомій, 2 лапароскопії), 42 пацієнтки знаходилися під спостереженням під час вагітності, хірургічне видалення утворень виконували під час кесарева розтину або після пологів. Усі 5 новоутворень (4 злоякісних, 1 з НЗП) були

Продовження на стор. 36.

Дослідження	Тривалість, роки	Кількість випадків	Поширеність, % злоякісності	Тип дослідження	Характер оваріального утворення
Yen et al. (2009)	15	213	NR 3,4% злоякісних	Ретроспективний	Оваріальні утворення ≥4 см
Balci et al. (2008)	6	36	1/440 5,8% злоякісних	Ретроспективний	Будь-які оваріальні утворення
Schmeler et al. (2005)	14	59	1/2018 7,9% злоякісних	Ретроспективний	Оваріальні утворення ≥5 см
Condous et al. (2004)	1	161	1/19, 0,62% злоякісних	Проспективний	Прості кісти ≥2,5 см, комплексні кісти різного розміру
Zanetta et al. (2003)	4	79	1/84 3,6% з НЗП	Проспективний	Оваріальні кісти ≥3 см
Bernhard et al. (1999)	5	102	1/42 0,46% злоякісних	Проспективний	Будь-які оваріальні утворення
Platek et al. (1995)	6.5	31	1/339 не було злоякісних	Ретроспективний	Прості/комплексні утворення ≥6 см
Thornton, Wells (1987)	10	131	1/346 8,6% злоякісних	Ретроспективний	Будь-які оваріальні кісти
Nelson et al. (1986)	2	38	1/88 не було злоякісних	Проспективний	25 кіст ≥3 см
Struyk, Treffers (1984)	29	90	1/640 3,3% злоякісних	Ретроспективний	Пухлини ≥5 см

А.В. Чайка, д.м.н., професор, **О.М. Носенко**, **Л.Л. Васильєва**, Науково-дослідний інститут медичних проблем сім'ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького

Тактика ведення вагітних з кістозними утвореннями яєчників

Продовження. Початок на стор. 34.

виявлені у групі допологової хірургії (5/17 або 29%). У пацієнок з оваріальним раком було встановлено діагноз на I стадії захворювання. Не було жодного злоякісного новоутворення у групі спостереження. Варто зазначити, що одна пацієнтка з хірургічною тактикою ведення мала передчасний розрив плодового міхура на 23-му тижні вагітності й передчасні пологи на 28-му тижні. Інші несприятливі результати для плода не були відзначені в обох групах пацієнок. K. Schmeleg et al. (2005) вказують на подібну частоту ризику злоякісності оваріальних утворень, випадково виявлених при УЗД у невагітних пацієнок з низьким ризиком і вагітних, яка становить менше ніж 1%.

В одному з попередніх досліджень G. Zanetta et al. (2001) під час використання тактики спостереження зареєстрували повне або майже повне зникнення 69% простих кіст, 7% кіст у жінок з ендометріоїдною хворобою і 57% простих кіст з мінімальними комплексними компонентами. Жодних змін не реєстрували при зрілій тератомі або утвореннях з НЗП. З 31 оваріального утворення, які збереглися після вагітності, три були пухлинами з НЗП, інших злоякісних пухлин не зареєстрували. Такі спостереження звичайно застосовують при оваріальних утвореннях з низьким рівнем комплексності, виявлених під час УЗД.

Результати великих досліджень, проведених G. Zanetta et al. (2001), K. Schmeleg et al. (2005) і D.N. Platek et al., свідчать про дуже низьку частоту злоякісності (0-3%) навіть при регресуючих комплексних утвореннях під час вагітності. Однак результати невеликого ретроспективного дослідження I. Kumari et al. (2006) свідчать про частоту злоякісності понад 10%. Злоякісні новоутворення в учасниць дослідження були або на ранніх стадіях, або з НЗП. У ході цих досліджень виявили, що при використанні трансвагінального УЗД для стратифікації ризику і низької ймовірності злоякісних пухлин у вагітних навіть при комплексних утвореннях у безсимптомних пацієнок хірургічне лікування можна проводити після пологів.

Хірургічний підхід

Традиційно операції з приводу оваріальних утворень під час вагітності виконували лапаротомічним доступом. Поряд з цим останнім часом з'явилося багато різних думок щодо ролі лапароскопії в хірургічному лікуванні оваріальних утворень під час вагітності. Прихильники лапаротомічного доступу заклопотані з приводу лапароскопії, включаючи відсутність даних про наслідки пневмоперитонеуму; ризику введення вуглекислого газу в порожнину матки, пошкодження вагітної матки голкою Вереша чи троакаром або хірургічним інструментом, а також фетального ацидозу через материнську конверсію двоокису вуглецю до вуглекислоти.

Прихильники лапароскопії акцентують на зниженні післяопераційного болю, меншому вживанні наркотичних анагетиків, коротшому перебуванні в лікарні й меншій потребі у тракціях матки, що приводить до меншого подразнення матки під час хірургічного втручання. Крім того, лапароскопія приводить до більш швидкого фізичного відновлення і повернення до нормальної діяльності, що дуже важливо під час вагітності через явища гіперкоагуляції.

У наш час відсутні проспективні дослідження, які б порівняли лапаротомічний і лапароскопічний доступи, щоб визначити, який підхід кращий. Це навряд чи пов'язано з обмеженою кількістю вагітних пацієнок, які потребують операції для видалення оваріальних утворень. Проте декілька оглядових досліджень довели, що лапароскопічне видалення оваріальних утворень під час вагітності є технічно можливим і його не потрібно розглядати як протипоказання при вагітності. P. Yuen et al. (2004) повідомляють про 67 жінок, яким протягом більш ніж 10-річного періоду провели лапароскопічну хірургію з приводу пухлин яєчників під час вагітності. Під час 2 з 67 (3%) лапароскопій була виконана конверсія на лапаротомію у зв'язку з вираженим спайковим процесом у черевній порожнині. В однієї пацієнтки трапився викидень через 6 тижнів після лапароскопії без будь-яких ідентифікованих чинників. Враховуючи тривалий термін вагітності, малоймовірно, що викидень стався в результаті проведення

лапароскопічної процедури. Під час цих спостережень більше не спостерігали ускладнень з боку матері та плода.

Французькі дослідники P. Mathevet et al. (2003) повідомили про подібний досвід у 46 із 47 жінок, які не мали ускладнень. Одна пацієнтка втратила плід через 4 дні після лапароскопії. Y. Lenglet et al. (2006) повідомили про 26 із 26 пацієнок без ускладнень, пов'язаних з операцією. Нарешті, Ma-Lee Ko et al. (2009) описали 11 пацієнок без ускладнень при лапароскопії під час вагітності.

Крім того, D. Soriano et al. (1999) виконали ретроспективний аналіз порівняння 54 пацієнок, які перенесли лапаротомію, з 34 пацієнтками, яким провели лапароскопію. Автори виявили два випадки вроджених вад розвитку в новонароджених від матерів з лапароскопічним доступом для видалення оваріальних утворень й один випадок у групі лапаротомічного доступу. Відсоток викиднів був однаковим в обох групах, але був вищим, коли операцію проводили у першому триместрі. На протипагу цьому невелике дослідження Ma-Lee Ko et al. (2009) показало сприятливі результати для лапароскопії навіть у першому триместрі.

M. Reedy et al. (1997) опублікували дослідження пацієнок зі шведського реєстру охорони здоров'я, порівнюючи результати лапаротомії та лапароскопії для лікування оваріальних утворень під час вагітності. За 20-річний період з 1973 по 1993 рік було оцінено 2181 лапароскопію й 1522 лапаротомії. У цьому дослідженні не було виявлено жодної різниці у вазі дітей при народженні, гестаційному

терміні, затримці зростання, виживанні дітей або частоті фетальної мальформації. Крім того, дослідження A. Rizzo (2003) не виявило фетальних або довгострокових ускладнень розвитку або психічних розладів у дітей протягом 7 років від матерів, яким провели лапароскопічну хірургію під час вагітності. Крім того, було опубліковано опис досвіду використання роботів для хірургії під час вагітності з абдомінальним серкляжем і резекцією феохромоцитомою без будь-яких несприятливих для матері або плода наслідків.

Ці звіти і спостереження показали переваги лапароскопічної хірургії стосовно зниження болю, скорочення терміну перебування у лікарні, швидшого відновлення, зниження крововтрати, низького рівня інфікування, порівняно з традиційним відкритим лапаротомним доступом.

Незважаючи на дані, що свідчать про аналогічний ризик для плода при лапароскопічному доступі, до сих пір існують суперечки щодо впливу CO₂ при накладанні пневмоперитонеуму на плід. Існують повідомлення про більш ніж 500 лапароскопічних операцій у вагітних пацієнок. Лише одна публікація включає повідомлення про несприятливий вплив на плід порівняно з очікуваним при лапаротомії. J. Amos et al. (1996) спостерігали 4 випадки загибелі плода у 7 жінок, які перенесли лапароскопічну операцію, порівняно з відсутністю загибелі плода у групі з лапаротомічним доступом. Автори припустили, що загибель плода, можливо, була пов'язана з ацидозом,

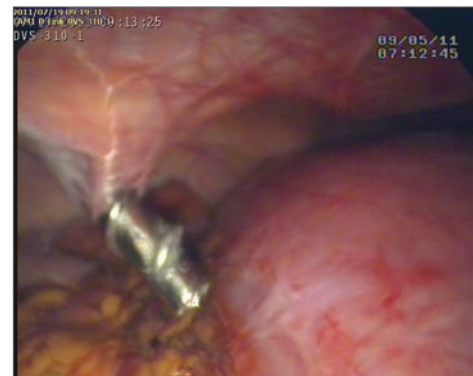


Рис. 1. Лапароскопія. Введення лівого п'ятиміліметрового троакару в пацієнтки з вагітністю 17-18 тиж й ендометріоїдною кістою правого яєчника



Рис. 4. Ендометріоїдна кіста правого яєчника у пацієнтки з вагітністю 17-18 тиж й ендометріоїдною кістою правого яєчника



Рис. 2. Введення правого десятиліметрового троакару в пацієнтки з вагітністю 17-18 тиж й ендометріоїдною кістою правого яєчника

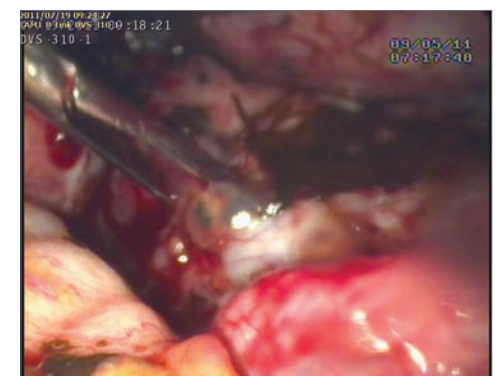


Рис. 5. Спроба мобілізувати у пацієнтки з вагітністю 17-18 тиж ендометріоїдну кісту правого яєчника



Рис. 3. Ендометріоїдні гетеротопії на очеревині переднього дугласова простору в пацієнтки з вагітністю 17-18 тиж й ендометріоїдною кістою правого яєчника

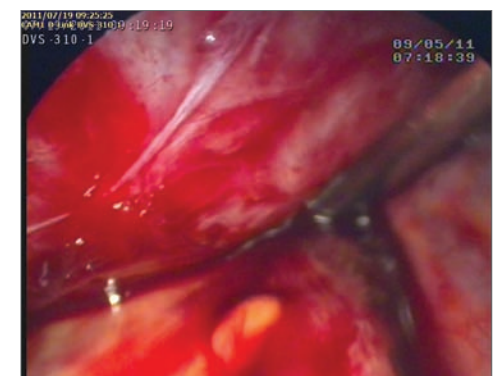


Рис. 6. Підвищена кровоточивість задньої стінки матки при спробі мобілізувати ендометріоїдну кісту, у зв'язку з чим здійснено конверсію на лапаротомію

Таблиця 3. Характеристика досліджень, під час яких повідомляли про оваріальні утворення, прооперовані під час вагітності, за даними метааналізу P. Aggarwal, S. Kehoe (2010)

Дослідження	Тривалість, роки	Кількість випадків	Розповсюдженість, n/N, % малігнізації	Тип дослідження
Turkcoglu et al. (2009)	7	35	1/291, 8,5	Ретроспективний
Kumari et al. (2006)	5	20	1/813, 10	Проспективний
Rakic et al. (2005)	2	37	13,5	Проспективний
Lee et al. (2004)	11	89	5,4	Ретроспективний
Sherard et al. (2003)	12	56	1/667, 13	Ретроспективний
Takeuchi et al. (2002)	11	71	1/76, 9,8	Ретроспективний
Whitecar et al. (1999)	5	130	1/1312, 6,1	Ретроспективний
Ueda, Ueki (1996)	17	106	1/112, 4,5	Ретроспективний
Rahman, 1991	9	67	1/653, 4,5	Ретроспективний
Sunoo et al. (1990)	6	228	1/163, 0	Ретроспективний
Ashkenazy et al. (1988)	25	38	1/2328, 5,3	Ретроспективний
Hess et al. (1988)	-	54	1/1300, 5,9	Ретроспективний

незважаючи на те що рівень CO₂ у матері був збережений у рамках стандартних фізіологічних рівнів. Для підтвердження припущення Amos et al. (1996) на моделях тварин продемонстрували відставання між материнським приливним CO₂ і фактичним артеріальним рівнем CO₂ до 1 год. Проте подальші дослідження показали, що плід страждає від цієї патології і що це призводить до хірургічного втручання.

У дослідженні Amos et al. (1996) загибель плода сталася при розриві апендикса і панкреатиті. Крім того, література з анестезіології містить декілька досліджень, які демонструють важливість моніторингу CO₂.

При розгляді доцільності операції при овариальних утвореннях під час вагітності хірург має врахувати стан матері та плода під час виконання оперативного втручання. Вагітні жінки, які перенесли операцію, мають загальний підвищений ризик передчасних пологів (до 22%)

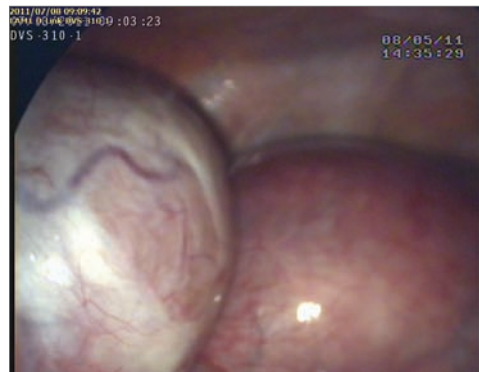


Рис. 7. Муцинозна кістома лівого яєчника у пацієнтки з вагітністю 13-14 тиж

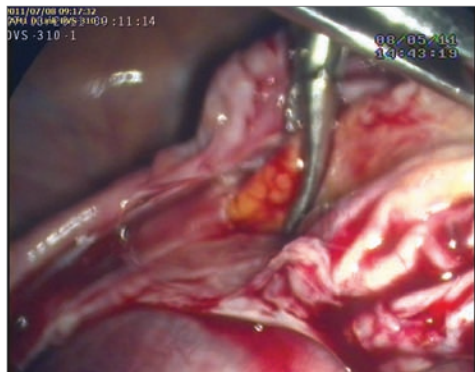


Рис. 11. Вилучення муцинозної кістоми з лівого яєчника у пацієнтки з вагітністю 13-14 тиж

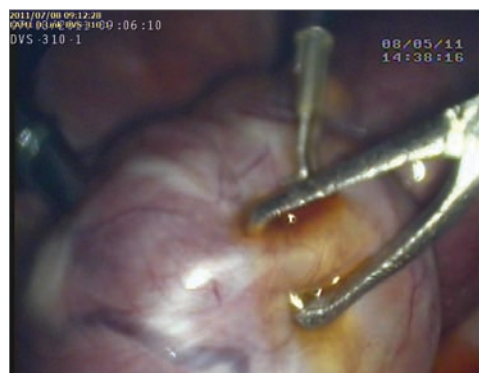


Рис. 8. Захоплення затискачем яєчника з муцинозною кістоною лівого яєчника у пацієнтки з вагітністю 13-14 тиж



Рис. 12. Видалення капсули муцинозної кістоми з черевної порожнини вікончатим затискачем через праву троакарну рану

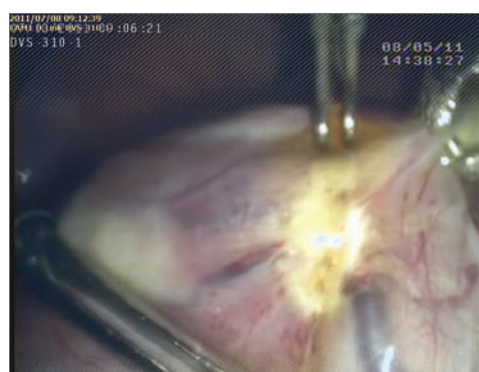


Рис. 9. Попередня коагуляція яєчника з муцинозною кістоною у пацієнтки з вагітністю 13-14 тиж перед розсіканням яєчника

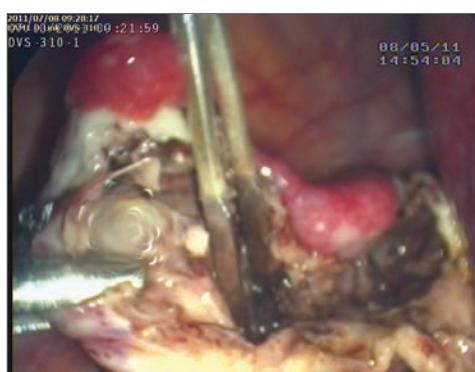


Рис. 13. Коагуляційний гемостаз ложа кістоми у пацієнтки з вагітністю 13-14 тиж

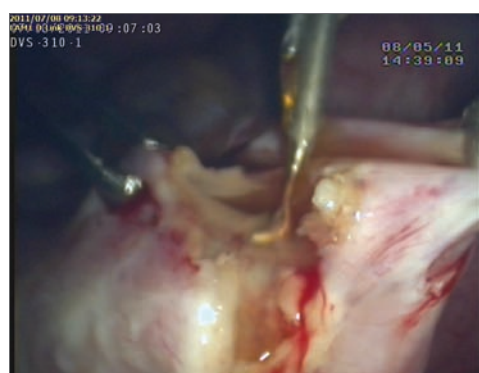


Рис. 10. Розсікання тканини яєчника над муцинозною кістоною у пацієнтки з вагітністю 13-14 тиж



Рис. 14. Дренування черевної порожнини через лівий боковий троакар у пацієнтки з вагітністю 13-14 тиж

16-20 тижнів наперед. Ця рекомендація заснована на наданні часу для спонтанної регресії утворень придатків матки, оптимізації візуалізації овариальних утворень при збільшенні матки і зменшення частоти передчасних пологів, пов'язаних з більшим терміном вагітності.

- Пацієнтку треба розміщати на лівому чи правому нахилі для зменшення стиснення на порожнисту вену і поліпшення серцевого повернення.

- Потрібно використовувати інтраопераційний моніторинг CO₂.

- Не потрібен рутинний контроль газів крові.

- Відкрита техніка Hassan є кращим способом початкового лапароскопічного доступу, бо вона дає можливість візуалізації входу, хоча використання голки Вереша – не протипоказання. Хірург може розглянути питання про використання голки Вереша у поєднанні з ультразвуковим контролем.

- Троакари треба розміщати не менше ніж 6 см вище дна або в лівому верхньому квадранті.

- Інтраопераційний внутрішньочеревний тиск необхідно підтримувати нижче 15 мм рт. ст. у позиції Тределенбурга для забезпечення адекватного венозного повернення і матково-плацентарної достатності.

- Сьогодні немає необхідності профілактичного токолізу для допологової хірургії.

Власний досвід

У відділенні ендоскопічної хірургії Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства за період з 2000 по 2011 рік прооперовано 72 вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників.

У 37 (51,39%) випадків вагітність, за якою спостерігали, була першою, у 17 (23,61%) – другою, у 14 (19,44%) – третьою, в 1 (1,39%) – четвертою, у 2 (2,78%) – п'ятою, в 1 (1,39%) – десятою. Середній термін виявлення кістозних утворень яєчників під час вагітності становив $9,29 \pm 0,57$ тижня гестації. Середній розмір утворень варіював від 4 до 30 см і на момент оперативного втручання становив $10,94 \pm 0,70$ см. У 68 (94,44%) вагітних це були однобічні утворення, у 4 (5,56%) –

двобічні. У 3 (4,17%) пацієнток спостерігали розрив кісти, у 14 (19,44%) – перекрут.

У 58 (80,56%) оперативні втручання виконано лапароскопічним доступом, у 14 (19,44%) – лапаротомним. Обґрунтуванням вибору лапаротомічного доступу був високий ризик травми вагітної матки і технічні ускладнення при виконанні втручань лапароскопічним доступом при гестаційному терміні понад 16 тижнів вагітності, підозра на малігнізацію. В 1 (1,39%) випадку було виконано конверсію з лапароскопії на лапаротомію у зв'язку з терміном вагітності 17-18 тижнів і спайковим процесом у малому тазі навколо ендометріюїдної кісти розміром до 8x8 см (рис. 1-6).

Під час проведення оперативного втручання лапароскопічним доступом користувалися технікою накладення чотирьох троакарних портів і використовували біполярний струм у режимі різання та коагуляції (рис. 7-16). Оперативні втручання тривали в середньому $35,4 \pm 8,5$ хв і пройшли без ускладнень. Шви зняли на п'яту-сьому добу. Всі троакарні рани загоїлися первинним натягом.

У структурі прооперованих утворень було 9 (11,11%) вагітних зі зрілими кістозними тератомами, 15 (20,83) – з муцинозними цистаденомами, 30 (41,67%) – з серозними цистаденомами, 3 (4,17%) – з персистуючими функціональними кістами, 7 (9,72%) – з ендометріюїдною кістою, 3 (4,17%) – з параовариальними кістами, 2 (2,78%) – з цистаденокарциномами.

Висновки

У зв'язку з широким застосуванням допологового ультразвукового обстеження і скринінгу анеуплоїдії діагностика овариальних утворень під час вагітності стає все більш поширеним явищем. Тому вкрай важливо, щоб акушер був фахівцем у галузі діагностики і лікування овариальних утворень під час вагітності. Використання ультразвуку для характеристики злоякісного потенціалу овариальних утворень дає можливість декількох варіантів ведення пацієнтки. Спостереження є варіантом при безсимптомних, доброякісних, без ознак злоякісності утвореннях, виявлених на ультразвуковому зображенні. Пацієнткам з комплексними утвореннями з ризиком злоякісності до або після пологів можна запропонувати спостереження як прийнятний варіант.

Рішення про те, щоб відкласти хірургічне лікування комплексного утворення до або після пологів, має базуватися на балансі ризиків і вигод, ризику малігнізації і непотрібного хірургічного ризику для матері та плода. Пацієнток, відібраних для спостереження, потрібно проконсультувати про можливість розвитку перекруту, розриву яєчників, потенційної потреби в хірургії у кінці вагітності, а також про потенційну затримку в діагностиці злоякісних новоутворень. Вони мають також знати, що допологові операції можуть виявитися необхідними у випадку симптоматики або особливих змін утворень з часом.

Для тих пацієнток, у яких хірургічне лікування є виправданим, немає рівня I для вибору хірургічного доступу. Рівень II свідчить про те, що лапароскопія і лапаротомія мають подібний ризик ускладнень під час вагітності. Враховуючи переваги, які має лапароскопія порівняно з лапаротомією стосовно болю, перебування у стаціонарі, ризику інфікування і часу на відновлення, лапароскопію потрібно вважати доступним методом за наявності відповідних навичок і підготовки медичного персоналу.