

НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

Научная статья

УДК 618.3-06-08: 618.11-006.2

doi: 10.48612/agmu/2022.17.1.93.96

3.1.4. – Акушерство и гинекология

(медицинские науки)

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

*Роман Владимирович Павлов^{1,2}, Ирина Валерьевна Телегина²,
Сергей Петрович Синчихин², Ольга Игоревна Ашихмина¹

¹Городская клиническая больница № 3 им. С.М. Кирова, Астрахань, Россия

²Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

Аннотация. Рассмотрен редкий случай хирургического лечения эндометриоидной кисты яичника, впервые выявленной во время беременности. Представлена тактика ведения беременности при наличии эндометриоидной кисты яичника больших размеров. Показан положительный исход беременности и возможность родов через естественные родовые пути при проведении хирургического лечения, направленного на удаление опухоли, во время беременности. Особое внимание уделено методам профилактики осложнений беременности в случае проведения хирургического вмешательства.

Ключевые слова: эндометриоз, беременность и роды, эндометриома, аднексэктомия

Для цитирования: Павлов Р. В., Телегина И. В., Синчихин С. П., Ашихмина О. И. Клинический случай хирургического лечения эндометриоза яичников в период беременности // Астраханский медицинский журнал. 2022. Т. 17, № 1. С. 93–96.

OBSERVATION FROM PRACTICE

Original article

CASE OF SURGICAL TREATMENT OVARIAN ENDOMETRIOSIS DURING PREGNANCY

Roman V. Pavlov^{1,2}, Irina V. Telegina², Sergey P. Sinchikhin², Olga I. Ashikhmina²

¹Municipal Clinical Hospital No. 3 named after S.M. Kirov, Astrakhan, Russia

²Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Abstract. The article presents a rare case of surgical treatment of an endometrioid ovarian cyst, first detected during pregnancy. The tactics of pregnancy management in the presence of a large endometrioid ovarian cyst is presented. A positive outcome of pregnancy and the possibility of vaginal delivery after surgical treatment during pregnancy were shown. Particular attention is paid to methods of preventing pregnancy complications in the case of surgical intervention.

Keywords: endometriosis, pregnancy and childbirth, endometrioma, adnexectomy

For citation: Pavlov R. V., Telegina I. V., Sinchikhin S. P., Ashikhmina O. I. Case of surgical treatment ovarian endometriosis during pregnancy. Astrakhan Medical Journal. 2022; 17 (1): 93–96. (In Russ.).

Введение. В настоящее время изучению особенностей течения беременности и родов при эндометриозе уделяется не вполне достаточное внимание. Вместе с тем в научной литературе указано, что среди осложнений эндометриоидной болезни, в том числе в гестационном периоде, могут встречаться такие, как гемоперитонеум, перфорация кишечника, вторичный аппендицит, перекрут и разрыв эндометриоидной кисты [1, 2, 3]. Во время беременности изменения эндометриоидных очагов

* © Павлов Р.В., Телегина И. В., Синчихин С. П., Ашихмина О. И., 2022

под гормональным воздействием могут привести к некрозу, перфорации децидуализированных очагов эндометриоза и кровотечению непредсказуемой степени тяжести [4]. Приведены случаи неблагоприятного акушерского и перинатального исхода при указанных осложнениях [5]. При этом ограниченные сведения о жизнеугрожающих осложнениях приводят к их недооценке во время беременности и родов [6, 7]. Кроме того, необходимо сохранять определенную онконастороженность при выявлении опухолевидных образований яичников, которые сочетаются с повышением уровня онкомаркеров, выявленных в сыворотке крови. При этом следует признать, что определение тактики ведения пациенток с эндометриоидными кистами в период беременности остается предметом для дискуссий [8, 9, 10]. Вышеперечисленное обусловило анализ особенностей следующего клинического наблюдения.

Клинический случай. Пациентка С., 29 лет, в плановом порядке поступила в ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 3 им. С.М. Кирова» г. Астрахани (медицинская карта № 2071) по направлению врача женской консультации с диагнозом: «Беременность 18 недель. Опухолевидное образование правого яичника (возможно, эндометриоидная киста)».

Из анамнеза известно, что данная беременность стала пятой, желанной, пациентка находилась в зарегистрированном браке. Ранее были неосложненные вагинальные роды и три искусственных аборта, выполненные методом вакуум-аспирации. За медицинской помощью по поводу хронических экстрагенитальных и гинекологических заболеваний пациентка до настоящей беременности не обращалась.

В период выполнения ультразвукового исследования в сроке 7–8 недель гестации впервые была выявлена опухоль правого яичника, которая визуализировалась как жидкостное образование размерами 93 × 69 мм, с неоднородной и мелкодисперсной взвесью, без видимого кровотока.

Далее было проведено исследование на маркеры онкологических заболеваний яичников, которое показало следующие результаты: СА-125 69 МЕ/мл (нормальные значения: 0–35 МЕ/мл), белок HE4 37,7 пмоль/л (нормальные значения: 0–70 пмоль/л), индекс ROMA 4,3 % (значение индекса ROMA менее 7,4 % свидетельствует о низком риске наличия эпителиального рака яичников) [1].

Учитывая повышение уровня указанных лабораторных показателей, беременная пациентка была проконсультирована специалистами областного клинического онкологического диспансера и регионального перинатального центра, которые рекомендовали провести хирургическое лечение впервые выявленного опухолевидного образования яичника в гинекологическом отделении общего профиля в сроке 16–18 недель беременности.

Данные общего осмотра беременной пациентки с опухолевидным образованием одного из органов малого таза не выявил наличия соматической патологии. Живот был увеличен беременной маткой, соответствующей 19–20 неделям гестационного периода. Сердцебиение плода было ясным и ритмичным.

Проведено гинекологическое исследование. При осмотре с использованием специальных зеркал выяснилось, что слизистая оболочка влагалища и шейки матки не изменены.

При бимануальном влагалищном исследовании отмечено, что тело матки увеличено соответственно указанному сроку беременности, безболезненное во всех отделах, в состоянии нормального тонуса. Придатки слева не определялись, область их была безболезненной. Справа от матки обнаруживалось образование диаметром около 15 см, плотноэластической консистенции, малоподвижное, чувствительное при пальпации. Шейка матки была плотной, длиной 3,5 см, а наружный зев цервикального канала сомкнут. В правом боковом своде влагалища определялся нижний полюс описанного выше опухолевидного образования. Инфильтратов в малом тазу не было обнаружено.

В плановом порядке было проведено оперативное лечение через нижнесрединную лапаротомию, позволяющую осуществить достаточно широкую ревизию не только области малого таза, но и брюшной полости в целом.

При вскрытии брюшной полости была обнаружена беременная матка, увеличенная соответственно 19–20 неделям беременности, с гладкой, блестящей поверхностью розового цвета. Левые придатки визуально и пальпаторно изменены не были. Видоизмененный правый яичник представлял собой опухолевидное образование диаметром 15–16 см, расположенное за маткой, при этом правая маточная труба была распластана на его поверхности. К верхнему полюсу данного образования был подпаян участок большого сальника. Кроме того, оно было плотно связано с задней стенкой матки и листком широкой связки, а нижним полюсом уходило к основанию воронко-тазовой связки справа. Учитывая отсутствие здоровой ткани яичника, было принято решение выполнить адекссэктомию справа. Перед реализацией дальнейших хирургических действий опухолевидное образование было

отделено от органов брюшной полости марлевыми салфетками. При выведении опухолевидного образования из раны оно вскрылось, из него излилось около 200 мл «шоколадного» содержимого, характерного для эндометриодной кисты яичника. Следует отметить, что оперативное вмешательство осложнялось наличием варикозно-расширенных вен в области малого таза и необходимостью достижения надежного хирургического гемостаза. Вместе с тем интраоперационная кровопотеря не превысила 400 мл. Тщательная ревизия брюшной полости показала отсутствие патологии со стороны толстого и тонкого кишечника, печени и большого сальника. Последующее проведение гистологического исследования подтвердило интраоперационный диагноз – «Эндометриодная киста правого яичника».

В послеоперационном периоде была проведена терапия, направленная на пролонгирование беременности, антибактериальная, инфузионная и антианемическая терапия, профилактика тромбоэмболических осложнений. В качестве противомикробного средства был использован цефтриаксон, применение которого во время беременности безопасно. Для нейропротекции плода были выполнены внутривенные инфузии раствора сульфата магния. Профилактика тромбоэмболических осложнений включала в себя использование компрессионного трикотажа в периоперационном периоде, а также применение низкомолекулярных гепаринов. Для предупреждения прерывания беременности назначили микронизированный прогестерон.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Перед выпиской проведено ультразвуковое исследование, результаты которого показали отсутствие нарушений во внутриутробном развитии плода.

Согласно данным электронной информационной системы «Промед», пациентка продолжила дальнейшее диспансерное наблюдение в условиях женской консультации, гестационных осложнений не наблюдалось. Беременность завершилась вторыми срочными родами через естественные родовые пути.

Заключение. Представленный клинический случай позволяет сделать следующие выводы:

1. Учитывая риск возможных осложнений, ассоциированных с эндометриомой яичника, а также принимая во внимание необходимость морфологического исключения онкологической патологии, следует признать, что хирургический подход к лечению опухолевидных образований органов малого таза во время беременности является целесообразным и безопасным.

2. Использование современных методов профилактики осложнений беременности (применение препаратов прогестерона, профилактика тромбоэмболических осложнений, антибактериальная терапия) при хирургическом лечении эндометриоза во время беременности обеспечивает ее благоприятный акушерский и перинатальный исход.

3. Проведение хирургического лечения эндометриодных кист яичников во время беременности не исключает возможности родов через естественные родовые пути.

Список источников

1. Эндометриоз : клинические рекомендации министерства здравоохранения Российской Федерации. М., 2020. 40 с.
2. Коо Y.-J., Kim T.-J., Lee J.-E. Risk of torsion and malignancy by adnexal mass size in pregnant women // *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2011. Vol. 90, no. 4. P. 358–361.
3. Naqvi M., Kaimal A. Adnexal Masses in Pregnancy // *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2015. Vol. 58, no. 1. P. 93–101.
4. Lalani S., Choudhry A.J., Firth B., Bacal V., Walker M., Wen S.W., Singh S., Amath A., Hodge M., Chen I. Endometriosis and adverse maternal, fetal and neonatal outcomes, a systematic review and meta-analysis // *Human Reproduction*. 2018. Vol. 33, no. 10. P. 1854–1865.
5. Farland L. V., Prescott J., Sasamoto N., Tobias D. K., Gaskins A. J., Stuart J. J., Carusi D. A., Chavarro J. E., Horne A. W., Rich-Edwards J. W., Missmer S. A. Endometriosis and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes // *Obstetrics and Gynecology*. 2019. Vol. 134, no. 3. P. 527–536.
6. Oprescu N., Ionescu C., Dragan I. Adnexal masses in pregnancy : perinatal impact // *Romanian Journal of Morphology and Embryology*. 2018. Vol. 59, no. 1. P. 153–158.
7. Zullo F., Spagnolo E., Saccone G., Acunzo M., Xodo S., Ceccaroni M., Berghella V. Endometriosis and obstetrics complications : a systematic review and meta-analysis // *Fertility and Sterility*. 2017. Vol. 108, no. 4. P. 667–672.
8. Адамьян Л. В., Попов А. А., Козаченко А. В. Беременность и доброкачественные опухоли яичников // *Акушерство и гинекология*. 2015. Т. 1, № 4. С. 58–62.
9. Maggiore U. L., Ferrero S., Mangili G., Bergamini A., Inversetti A., Giorgione V., Viganò P., Candiani M. A systematic review on endometriosis during pregnancy : diagnosis, misdiagnosis, complications and out-comes // *Human Reproduction Update*. 2016. Vol. 22, no. 1. P. 70–103.
10. Ваулина Е. Н., Артымуков Н. В., Зотова О. А. Редкие и острые осложнения эндометриоза у беременных // *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2021. Т. 6, № 1. С. 69–76.

References

1. Endometriosis. Clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation. Moscow. 2020, 40 p. (In Russ.).
2. Koo Y.-J., Kim T.-J., Lee J.-E. Risk of torsion and malignancy by adnexal mass size in pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2011; 90 (4): 358–361.
3. Naqvi M., Kaimal A. Adnexal Masses in Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2015; 58 (1): 93–101.
4. Lalani S., Choudhry A. J., Firth B., Bacal V., Walker M., Wen S. W., Singh S., Amath A., Hodge M., Chen I. Endometriosis and adverse maternal, fetal and neonatal outcomes, a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*. 2018; 33(10): 1854–1865.
5. Far-land L. V., Prescott J., Sasamoto N., Tobias D. K., Gaskins A. J., Stuart J. J., Carusi D. A., Chavarro J. E., Horne A. W., Rich-Edwards J. W., Missmer S. A. Endometriosis and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes. *Obstet Gynecol*. 2019; 134 (3): 527–536.
6. Opreacu N., Ionescu C., Dragan I. Adnexal masses in pregnancy: perinatal impact. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*. 2018; 59 (1): 153–158.
7. Zullo F., Spagnolo E., Saccone G., Acunzo M., Xodo S., Ceccaroni M., Berghella V. Endometriosis and obstetrics complications: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2017; 108 (4): 667–672.
8. Adamyan L. V., Popov A. A., Kozachenko A. V. Pregnancy and benign ovarian tumors. *Akusherstvo i Ginekologiya = Obstetrics and Gynecology*. 2015; 1 (4): 58–62. (In Russ.).
9. Maggiore U.L., Ferrero S., Mangili G., Bergamini A., Inversetti A., Giorgione V., Vigano P., Candiani M. A systematic review on endometriosis during pregnancy: diagnosis, misdiagnosis, complications and out-comes. *Human Reproduction Update*. 2016; 22 (1): 70–103.
10. Vaulina E. N., Artymuk N. V., Zotova O. A. Rare and acute complications of endometriosis in pregnant women. *Fundamentalnaya i klinicheskaya medicina = Fundamental and clinical medicine*. 2021; 6 (1): 69–76.

Информация об авторах

Р.В. Павлов, доктор медицинских наук, заведующий гинекологическим отделением, Городская клиническая больница № 3 им. С.М. Кирова; доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета с курсом последипломного образования, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: rwpavlov@mail.ru.

И.В. Телегина, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: ivtelegina@yandex.ru.

С.П. Синчихин, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: doc_sinchihin@mail.ru.

О.И. Ашихмина, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения, Городская клиническая больница № 3 им. С.М. Кирова, Астрахань, Россия, e-mail: 79064551986@list.ru.

Information about the authors

R.V. Pavlov, Dr. Sci. (Med.), Head of the Gynecological Department, Municipal Clinical Hospital No. 3 named after S.M. Kirov; Associate Professor of Department, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: rwpavlov@mail.ru.

I.V. Telegina, Cand. Sci. (Med.), Assistant, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: ivtelegina@yandex.ru.

S.P. Sinchikhin, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: doc_sinchihin@mail.ru.

O.I. Ashikhmina, obstetrician-gynecologist, Municipal Clinical Hospital No. 3 named after S.M. Kirov, Astrakhan, Russia, e-mail: 79064551986@list.ru.*

*Статья поступила в редакцию 08.12.2021; одобрена после рецензирования 05.02.2022; принята к публикации 25.03.2022.

The article was submitted 08.12.2021; approved after reviewing 05.02.2022; accepted for publication 25.03.2022.