

Доопераційне та післяопераційне ведення вагітних з доброякісними кістами яєчників

Р.М. Міцода

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

У статті наведені результати застосування сублінгвальної форми мікронізованого прогестерону в якості протектора вагітності у періопераційний період. Показано, що дана форма прогестерону є ефективною та зручною у застосуванні та покращує прогноз для матері та плода при оперативному лікуванні доброякісних кіст яєчників у вагітних.

Ключові слова: вагітність, кіста яєчника, оперативне лікування.

Ведення вагітних з доброякісними пухлинами яєчників є актуальною проблемою сучасного акушерства [4, 6]. Дана патологія згідно з результатами різних науковців зустрічається з частотою від 1:81 до 1:2328 випадків [2, 7]. Значно зросла кількість виявлення даної патології з широким впровадження огляду вагітних під час ультразвукового дослідження (УЗД) за допомогою вагінального датчика [1, 8].

Лікування кіст великих розмірів полягає в оперативному лікуванні шляхом лапаротомії або ж лапароскопічно [3, 5].

Небезпека поєднання вагітності та кісти полягає у можливості перекруту або розриву останньої [9], що може призвести до ускладнень як для матері, так і для плода.

Мета роботи: оптимізувати періопераційне ведення вагітних з доброякісними кістами яєчників для зменшення кількості мимовільного переривання вагітності у цих жінок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На клінічних базах кафедри охорони материнства та дитинства факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет» проведено 11 оперативних втручань шляхом лапаротомії з приводу доброякісних кіст яєчників під час вагітності.

Середній вік прооперованих склав $24,2 \pm 2,3$ року, а термін вагітності, при якому проводили оперативне лікування, склав $16 \text{ тиж} \pm 1,2$ дня. Усі оперативні втручання проведені під спінальним знеболюванням.

Підготовка до оперативного втручання включала клініко-лабораторне обстеження згідно з клінічними протоколами. З метою дослідження стану вагітності усім жінкам проводили УЗД тазових органів в до- та післяопераційний період, що включали у себе визначення параметрів вагітності згідно з прийнятими методиками відповідно до терміну.

Фармакологічні препарати, що використовують з метою запобігання перериванню вагітності у жінок з кістами яєчників, повинні відповідати певним критеріям, а саме: відсутність тератогенного ефекту, ефективність, мінімальна кількість побічних дій та зручність у використанні.

Сьогодні лікарям доступні такі препарати, що використовують для лікування загрози переривання вагітності, – гініпрал, 25% розчин магнію сульфату (фармакодинамічно комплексний препарат, одним з ефектів якого є токолітична дія), дуфастон, утрожестан, ендометрин, лютеїна.

Як відомо, під час застосування гініпралу можуть розви-

нутися запаморочення, легкий тремор пальців, тривожність, посилене потовиділення, тахікардія, головний біль, нудота, блювання (джерело – інструкція до препарату, підрозділ: побічна дія). Саме тому ми відмовилися від використання даного препарату з метою профілактики переривання вагітності при плановому оперативному лікуванні вагітних з доброякісними кістами яєчників.

При всіх оперативних втручаннях використовували метод спінальної анестезії як найбільш безпечний для плода. Також доконаним фактом є те, що одним з ускладнень даного методу у післяопераційний період є стійкий головний біль, особливо у молодих жінок, через гіпотензію. Саме цей факт змусив нас відмовитися від використання магнію сульфату, одним з основних ефектів якого є гіпотензивний, що може збільшити вираженість болювого синдрому.

Одним з факторів, що забезпечує дію фармакологічного препарату, є шлях його введення. Як відомо, перед оперативним втручанням хворі утримуються від споживання їжі, рідини та застосування ліків. Саме тому ми відмовилися від використання пероральних засобів.

На сьогодні лікарям доступні кілька форм препарату прогестерону з вагінальною формою введення. Однак, на нашу думку, цей шлях є не повністю зручним для використання вагітними до хірургічного втручання та особливо в післяопераційний період.

Саме тому нашу увагу привернула сублінгвальна форма препарату Лютеїна, що містить 50 мг мікронізованого прогестерону (виробник ТОВ «Адамед», Польща). Особливо позитивним, на наш погляд, є зручність використання препарату, а також можливість вагітній самій вживати препарат.

Усі прооперовані нами жінки вживали Лютеїну сублінгвально по 50 мг тричі на день протягом 3 днів до оперативного втручання та 7 днів після нього.

У всіх жінок внутрішньоопераційно проводили експрес-морфологічну діагностику видалених кіст яєчників.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як уже зазначалося, проведено 11 оперативних втручань лапаротомним шляхом з приводу доброякісних кіст яєчників. Оздоровлення полягало у видаленні кісти з внутрішньоопераційною морфологічною діагностикою.

Згідно з отриманими результатами гістологічного дослідження у 8 випадках мала місце наявність серозної кісти, у двох вагітних верифіковано дермоїдні кісти та ще в одному випадку виявлена параоваріальна кіста. Середній діаметр кіст склав $15 \pm 2,3$ см.

Тривалість оперативного втручання склала у середньому $25 \pm 3,5$ хв. У післяопераційний період явищ загрози переривання вагітності не було у жодної з пацієнток.

Гіпертермічні реакції полягали у разових підвищеннях температури тіла до субфебрильних показників.

Усі прооперовані вагітні відзначали зручність шляху введення препарату та його добру переносимість.

ВИСНОВКИ

Таким чином, використання мікронізованого прогестерону у вигляді сублінгвальної форми у дозі 50 мг тричі на день (виробник ТОВ «Адамед», Польща) є ефективним та зручним у застосуванні протектором збереження вагітності у жінок з доброякісними кістами в періопераційний період.

**Периоперационное ведение беременных с доброкачественными кистами яичников
P.M. Мицода**

В статье приведены результаты использования сублингвальной формы микронизированного прогестерона в качестве протектора беременности в периоперационный период. Показано, что данная форма прогестерона является эффективной и удобной для применения и улучшает прогноз как для матери, так и для плода, при оперативном лечении доброкачественных опухолей яичников у беременных.

Ключевые слова: беременность, киста яичника, оперативное лечение.

Перспективи подальших досліджень. Зрозуміло, що така кількість проведених оперативних втручань не поставить остаточну крапку у вирішенні проблеми ведення вагітних з доброякісними кістами яєчників в періопераційний період, але може визначити напрямок вирішення даної проблеми. Невелика кількість оперативних втручань зумовлена незначною частотою даної патології.

**Perioperative conduct of pregnant women with benign ovarian cysts
R.M. Mitsoda**

The results of the use of sublingual form of micronized progesterone as a protector of pregnancy in perioperative period. It is shown that this form of progesterone is effective and easy to use and improves the prognosis for the mother and fetus in surgical treatment of benign ovarian cysts during pregnancy.

Key words: pregnancy, ovarian cyst, surgery.

Сведения об авторе

Мицода Роман Миронович – Кафедра охраны материнства и детства ФПО ГБУЗ «Ужгородский национальный университет», 88000, г. Ужгород, ул. Подгорная, 46; тел.: (050) 529-13-36

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, Volume 110, Issue 6, June 2003, Pages 578–583 Gerardo Zanetta, Eloisa Mariani, Andrea Lissoni, Patrizia Ceruti, Diego Trio, Nicola Strobelt and Silvana Mariani.
2. Behera R. Symptomatic Ovarian Cyst In Pregnancy -Laparoscopic Assisted Ovarian Cystectomy – An Alternative, Qualitative, Feasible, Safe Option. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics. 2012 Volume 16 Number 2.
3. Laparoscopic management of ovarian cysts during second trimester of pregnancy International Journal of Gynecology & Obstetrics, Volume 70, Supplement 1, 2000, Page A114 P. M. Yuen.
4. Management of ovarian cysts in pregnancy: a case report. Eur J Gynaecol Oncol. 2005; 26(6):651–3 (ISSN: 0392-2936) Patacchiola F; Collevicchio N; Di Ferdinando A; Palermo P; Di Stefano L; Mascaretti G Clinical Gynecology and Obstetric-Surgery Department, University of L'Aquila, Italy.
5. Methods of laparoscopic surgery and anesthesia for ovarian cysts in pregnancy The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists, Volume 11, Issue 3, Supplement 1, August 2004, Page S57 M Kitade, J Kumakiri, H Shimanuki, I Kikuchi, H Takeuchi and K Kinoshitoref.
6. Ovarian cysts during pregnancy: dilemmas in diagnosis and management. J Obstet Gynaecol. 11 2005; 25(7):669–75 (ISSN: 0144-3615) El-Shawarby SA; Henderson AF; Mossa MA 12 Department of Obstetrics and Gynaecology, Maidstone Hospital, UK.
7. Ovarian cyst impacted in the pouch of Douglas at 20 weeks' gestation managed by laparoscopic ovarian cystectomy: a case report. Fawzia Sanaullah* and Ashwini K Trehan. Journal of Medical Case Reports 2009, 3:7257 doi:10.1186/1752-1947-3-7257.
8. Should we be examining the ovaries in pregnancy? Prevalence and natural history of adnexal pathology detected at first-trimester sonography. Condous G, Khalid A, Okaro E, Bourne 11 T. Ultrasound Review of Obstetrics and Gynecology [NLM – MEDLINE]. Jul 1 2004.Vol.24, Iss. 1; pg. 62 2
9. Torsion of ovarian cyst during pregnancy: a case report. Vasavi Kolluru*, Rekha Gurumurthy, Venkatasujatha Vellanki and Deshpande Gururaj. Cases Journal 2009, 2:9405 doi:10.1186/1757-1626-2-9405.

Статья поступила в редакцию 28.04.2015