

**ДЕРМОИДНАЯ КИСТА КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ  
НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**З.З. Исакова, Т. Х. Тепеева, М.М. Омурбекова, С.А. Джетигенова**  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Кафедра акушерства и гинекологии № 1  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В данной статье представлен клинический случай течения беременности и родов у пациентки N. в сроке 28 недель, родоразрешенной путем операции кесарева сечения по поводу преждевременной прогрессирующей отслойки нормально расположенной плаценты.

Описана клиническая картина, показания для оперативного родоразрешения, особенности течения операции кесарева сечения, в результате которого была диагностирована двухсторонняя дермоидная киста яичников.

**Ключевые слова:** киста яичника, дермоидная киста, беременность, преждевременная отслойка плаценты, кесарево сечение.

**ДЕРМОИДДИК КИСТА КОШ БОЙЛУУЛУКТУ ЖЕТКИРЕ КӨТӨРБӨӨНҮН  
ФАКТОРУНУН БИРИ КАТАРЫ**

**З.З. Исакова, Т. Х. Тепеева, М.М. Омурбекова, С.А. Джетигенова**  
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
№1 Акушерство жана гинекология кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул макалада нормалду жайгашкан тондун мөөнөтүнөн мурда ажырашынан улам 28 жумалык мөөнөттө кесерлик кесүү жолу менен төрөтүлгөн N. бейтаптын кош бойлуулугунун жана төрөтүнүн жүрүшүнүн клиникалык учуру берилген.

Клиникалык картина, оперативдүү төрөт үчүн көрсөтмө, анын негизинде энелик бездин кистасы диагноздогон эки тараптуу кесердик кесүү операциясынын жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү сүрөттөлгөн.

**Негизги сөздөр:** энелик бездин кистасы, дермоиддик киста, кош бойлуулук, тондун мөөнөтүнөн мурда ажырашы, кесердик кесүү.

**DERMOID CYST AS ONE OF THE FACTORS OF MISCARRIAGE**

**Z. Z. Isakova, T. Kh. Tepееva, M.M. Omurbekova, S.A. Djetigenova**  
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Obstetrics and gynecology department No 1  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary.** The present article shows a clinical case of the course of pregnancy and childbirth in patient N. in the period of 28 weeks, delivered by cesarean section for premature progressive detachment of a normally located placenta.

The clinical picture of the indications for the operative mode of delivery, the features of the course of the cesarean section, as a result of which a bilateral dermoid ovarian cyst was diagnosed, are described.

**Key words:** ovarian cyst, dermoid cyst, pregnancy, premature placental abruption, cesarean section.

**Введение.** Одной из актуальных проблем современной репродуктологии являются доброкачественные новообразования яичников (ДНЯ): доброкачественные опухоли (ДОЯ) и опухолевидные образования яичников (ООЯ), которые занимают второе место среди всех опухолей женских половых органов. Значимость рассматриваемой патологии обусловлена увеличением в последние годы частоты её встречаемости с 11% до 25% [1, 2, 3] и развитием в большинстве случаев в детородном возрасте. Частота возникновения ДНЯ у беременных, по данным разных авторов, колеблется от 0,1 до 5% [4].

Доброкачественные новообразования яичников представляют серьёзную проблему для практикующих врачей-акушеров-гинекологов, что приобретает в настоящее время ещё большую актуальность в связи со сложностью выбора тактики ведения и лечения данной патологии среди беременных.

Сочетание беременности и опухолей яичников повышает риск развития таких осложнений, как перекрут ножки опухоли, нарушение кровоснабжения, разрыв ее капсулы, механическое препятствие в родах [5]. Беременность при наличии опухолей яичников нередко протекает с угрозой прерывания. Решение вопроса о

необходимости хирургического вмешательства при сочетании беременности и опухолевидных образований придатков матки является сложной проблемой, так как оперативное вмешательство при беременности осложняет ее течение: у каждой четвертой женщины беременность прерывается; чаще, чем в популяции, встречается синдром задержки развития плода [5].

В доступной литературе Г.С. Мурзабековой с соавт. [3] описан клинический случай дермоидной кисты размерами 15x10x10, весом 1кг 50 г у беременной в сроке 39 недель, осложнившей течение беременности.

При изучении литературы не было описано ни одного клинического случая наличия двухсторонних дермоидных кист во время беременности, в связи с чем мы посчитали наше наблюдение уникальным и интересным для клинических ординаторов и практических врачей.

### **Клинический случай:**

Беременная Н. 19 лет поступила в приемный блок Городского Перинатального Центра 19.10.17 в 12.55 в связи с появлением небольших кровянистых выделений из половых путей.

Из данных анамнеза наследственность не отягощена, росла и развивалась

соответственно возрасту, вредные привычки отрицает. Из перенесенных заболеваний – ОРВИ. С 14 лет страдает бронхиальной астмой.

**Акушерско-гинекологический анамнез.** Первая менструация наступила в 14 лет. Менструальный цикл - 26 дней, установился через три месяца. Менструации регулярные, безболезненные, длительность 3-4 дня. Гинекологических заболеваний нет. Половая жизнь с 19 лет, брак не зарегистрирован. Муж со слов пациентки здоров. Дата последней менструации 30.03.2017.

Течение данной беременности: 7.07.2017 года была взята на учет по беременности в женской консультации по месту жительства.

По данным объективного осмотра, ультразвукового исследования был поставлен диагноз: Беременность 13 недель. Хорион по передней стенке. При этом патологии со стороны яичников в исследовании обнаружено не было.

Плановые анализы, назначенные при 1 и 2 посещениях гинеколога в пределах нормы.

Первый триместр протекал на фоне раннего гестоза. В сроке 18 недель пациентка перенесла ОРВИ без повышения температуры тела.

Беременность протекала на фоне анемии I степени, получала антианемическую терапию.

Общее состояние пациентки на момент осмотра средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное, телосложение нормостеническое,

кожные покровы чистые, обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 72 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст.

Акушерский статус: Матка в нормальном тонусе, положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд/мин.

Данные влагалищного исследования: Шейка матки осмотрена в зеркалах, зев закрыт, выделения кровянистые, скудные, мажущие.

Предварительный диагноз: беременность 28 недель. Преждевременная непрогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты.

Тактика ведения:

1. Мониторинг за состоянием матери и плода в условиях родильного блока.
2. Профилактика СДР плода (дексаметазон по схеме).
3. Провести контрольное УЗИ для подтверждения диагноза.
4. В случае прогрессирования отслойки плаценты беременность закончить операцией кесарева сечения в экстренном порядке.

Ультразвуковое исследование от 19.10.2017: В полости матки 1 живой плод в головном предлежании, Сердцебиение 136 ударов/мин, шевеление имеется. Пол - девочка. Плацента по передней и боковой стенке матки, толщина 30 мм, бипариетальный размер головки 7,5 см, толщина левого бедренной кости 5,3 см.

Плацента по передней стенке 1 степени зрелости, толщина 3,1 см, по нижнему краю участок отслойки с гематомой размером 6,5х3,5см.

Заключение: Беременность 29 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Учитывая отслойку плаценты на значительном протяжении решено сделать УЗИ 3D.

20.10.17 создан консилиум врачей для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременной.

Общее состояние пациентки спустя сутки после госпитализации без изменений.

Акушерский статус:

Матка возбуждена, положение плода продольное, головное, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 142 уд/мин.

3 D УЗИ: в полости матки один живой плод в головном предлежании с/б+. Бипариетальный размер 7,8 см. ДБ 5,4 см. ОГ 26 см, ОПС 24 см, окружность живота 24 см, окружность головы 26 см. Предполагаемая масса плода 1346 г. Плацента по передней стенке, эхоструктура ее без особенностей, степень зрелости – 0, толщина 3,1 см. Околоплодные воды в норме. ВПР плода не обнаружены. У нижнего края плаценты визуализируется гематома 7,0х4,2 см. Маточно-плацентарный кровоток в норме. Однократное обвитие пуповины.

Заключение: Беременность 28 недель. Преждевременная частичная отслойка нормально расположенной плаценты.

На основании данных анамнеза, данных объективного осмотра, клинических проявлений, заключения

ультразвукового исследования выставлен клинический диагноз:

Беременность 28 недель. Преждевременная прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты. Анемия I степени.

Заключение: учитывая вышеописанный диагноз, решено беременность закончить операцией кесарево сечение в интересах матери и плода.

20.10.17 г произведена операция кесарево сечения. В головном предлежании за подмышечные впадины извлечен живой недоношенный плод женского пола массой 1120 грамм, ростом 33 см, с оценкой по шкале Апгар 5/6 баллов.

Матка выведена в рану произведена перевязка маточных сосудов с целью профилактики возможного кровотечения. Плацента прикреплена по передней стенке с участком отслойки 5,0х6,0 см, отделена, выделена. Матка сократилась, плотная, розового цвета. Разрез на матке ушит двухрядным непрерывным кетгутовым швом, перитонизация пузырно-маточной складкой.

Интраоперационно по обе стороны от матки в области придатков случайно были обнаружены образования - кисты с тонкой стенкой обеих яичников.

Учитывая наличие двусторонних придатковых образований, которые не были ранее диагностированы до оперативного вмешательства и послужили находкой для оперирующих хирургов, решено было произвести операционную паузу и созвать экстренно консилиумом врачей, включая ургентного онколога. Решением консилиума произведена двухсторонняя кистозэктомия с сохранением здоровых

тканей яичников. Произведено вылушивание кист с сохранением здоровых участков. Туалет брюшной полости. Передняя брюшная стенка ушита послойно на глухо, оставлен микроирригатор для контроля.

Общая кровопотеря составила 700 мл. **Макропрепарат:** два тонкостенных образования размерами 7x8 см и 8x9 см, по вскрытию которых в полости обнаружено гнойное содержимое, волосы, ногти, элементы хрящевой ткани. Макропрепарат направлен на гистологическое исследование, получен результат, подтверждающий наличие дермоидных кист яичников.

В послеоперационном периоде с целью профилактики гнойно-септических осложнений назначена антибиотикотерапия, для коррекции анемии назначена антианемическая терапия.

Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка вместе с ребенком переведена на второй этап выхаживания на 7 сутки.

### **Заключение:**

Таким образом клинический случай описывает редкое сочетание двусторонней дермоидной кисты яичника и беременности.

УЗИ во время беременности было произведено только во время первого визита к акушер-гинекологу и взятия пациентки на учет по беременности, когда изменений со стороны придатков не было обнаружено.

Возможно, причиной постановки диагноза только интраоперационно послужило некачественное ультразвуковое исследование в сроках 13-20 недель, когда матка приобрела к моменту исследования крупные размеры, и придатки с маточными трубами сместились за матку, что затруднило их визуализацию.

Данное обстоятельство можно объяснить либо феноменом «опухоли-невидимки», который проявляется тем, что дермоид может сливаться с окружающими тканями, либо несоблюдением протокола исследования.

Возможно, наличие двусторонних образований и послужило причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, ввиду нарушения функций яичников и гормональной недостаточности.

Двусторонние дермоидные кисты – явление редкое, полное поражение тканей яичников может привести к полной кастрации женщины, что служит причиной приема заместительной гормональной терапии.

На основании вышесказанного необходимо подчеркнуть необходимость четкого соблюдения протокола ультразвукового исследования, включая визуализацию области придатков, а также важность качественной ревизии брюшной полости при проведении операции кесарева сечения.

### Литература

1. *Блошинская, И.А. Лапароскопический доступ в лечении опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных / И.А. Блошинская, И.Л. Зверев // Репродуктивное здоровье 2008: мат. 2-го Межд. конгресса по репродуктивной медицине. — М., 2008. — 234 с.*
2. *Метод лечения доброкачественных опухолей яичников у беременных и родильниц / [Л.С. Логутова, А.А. Попов, В.А. Петрухин и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2007. — № 2. — С. 65-67.*
3. *Пестрикова, Т.Ю. Тактика ведения беременных женщин с опухолями и опухолевидными образованиями репродуктивной системы / Т.Ю. Пестрикова, Е.А. Юрасова, И.В. Юрасов // Проблемы репродукции: спец.выпуск. — М., 2007. — С. 123.*
4. *Бахидзе, Е.В. Опухоли яичника у беременных / Е. В. Бахидзе // Журнал акушерства и женских болезней. — 2011. — Т. LX. — № 3. — С. 190-196.*
5. *Оперативная гинекология / под ред. В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина и др. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — С. 298-300.*
6. *Бахидзе Е.В. Опухоли яичника у беременных // Журнал акушерства и женских болезней. -2011. -Т. 60, № 3. -С. 190-196.*