

тат: – 8,9811, что соответствует высокому риску бесплодия. В течение последующих 2 лет беременность не наступила.

Пример 2. Больная К., 34 лет. Планирует беременность. Менструальные с 14 лет, регулярные. Половая жизнь с 17 лет. Ожирением страдает с детства. Не обследовалась, не лечилась. Особенности соматического статуса: артериальная гипертензия. В анамнезе 1 срочные роды, без осложнений. Объективный статус: рост 164 см, вес 102,5 кг, ИМТ – 32,3 кг/м<sup>2</sup>. АД – 140/90 мм рт.ст. Диагноз: Метаболический синдром: Ожирение II ст. Артериальная гипертензия I ст.

Концентрация цистеина  $\tau$  323,72 нмоль/мл, треонина – 169,316 нмоль/мл, гистидина – 61,7024 нмоль/мл, аспартата  $\tau$  40,587 нмоль/мл, орнитина – 36,657 нмоль/мл, триглицериды – 3,61 ммоль/л, лизина – 224,544 нмоль/мл, валина – 209,447 нмоль/мл, фосфоэтаноламина  $\tau$  14,7761 нмоль/мл, липопротеинов высокой плотности – 1,03 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности  $\tau$  2,16 ммоль/л, магния  $\tau$  0,85 ммоль/л, отношение окружность талии/окружность бедер  $\tau$  0,9. При решении дискриминантного уравнения получили результат: –2,3927, что соответствует низкому риску бесплодия. Пациентка забеременела в течение 3 месяцев.

Вывод. Разработанная прогностическая формула позволяет оценивать риск эндокринного бесплодия у женщин с метаболическим синдромом для выработки индивидуальной тактики ведения данного контингента женщин и адекватной организации лечебно-диагностического процесса.

## **ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЯИЧНИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Ганчар Е.П.\* , Гурин А.Л.\* , Костяхин А.Е.\*\* , Евсиевич В.И.\*\* ,  
Парфененко И.В.\*\***

\* УО «Гродненский государственный медицинский университет»

\*\* УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»

Актуальность темы. В последние годы отмечается рост опухолей и опухолевидных образований яичников, причем это патология наиболее часто встречается у женщин репродуктивного возраста, составляя 10-25%, от общего числа опухолей репродуктивной системы. Одной из проблем ведения беременности у женщин с новообразованиями яичников является выбор тактики их лечения. На основании УЗ-диагностики и его мониторинга, часто не представляется возможность дифференцировать доброкачественные опухоли от злокачественных образований, что указывает на необходимость проведения динамических исследований (гистологические исследования, определение онкомаркеров и т.д.). Вместе с тем вопросы тактики обследования, введения беременности, необходимости оперативного лечения истинных опухолей и опухолевидных образований яичников во время беременности остается малоизученным, что и является актуальным для проведения настоящего анализа.

Цель исследования: провести анализ случаев оперативного лечения беременных с новообразованиями яичников.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2013 гг. в Городской клинической больнице №4 г. Гродно оперативно пролечено 22 беременные женщины с новообразованиями яичников. Проведен ретроспективный клиничко-морфологический анализ данных историй болезни и протоколов аутопсий.

Результаты и обсуждение. Средний возраст обследуемых пациенток составил –  $24,5 \pm 3,4$  года. Анализ соматического статуса беременных с опухолями яичников установил высокую частоту экстрагенитальных заболеваний у данных пациенток 81,8%. Превалировали заболевания мочевыделительных путей – 36,4%, заболевания желудочно-кишечного тракта – 27,3%.

В анамнезе у обследованных женщин установлена высокая частота воспалительных заболеваний органов гениталий. Воспалительные процессы шейки матки зарегистрированы у 45,5% пациенток. Воспалительные процессы влагалища имели место более чем у половины – 63,6%. Хронические сальпингоофориты зарегистрированы в анамнезе у 40,9% женщин.

Отягощенность семейного анамнеза наличием различных онкологических заболеваний, отмечена в 13,6% наблюдениях. Обращало внимание высокая частота выявления у пациенток наличия ИППП в анамнезе, в частности – уреоплазмоза, микоплазмоза, хламидиоза, ЦМВ, ВПГ-инфекции, что составило 45,5%. У 15 (68,2%) женщин менструальный цикл установился не сразу (через 2-3 года). Дисменоррея выявлена у 14 (63,6%) пациенток. Ювенильные маточные кровотечения в анамнезе были зафиксированы у 5 (22,7%) женщин. Следовательно, женщины с неблагоприятным преморбидным фоном являются группой риска по возникновению опухолей яичников.

Все пациентки на момент оперативного лечения находились в I триместре беременности (преимущественно в сроке 8-9 недель).

Согласно данным УЗИ и ревизии органов брюшной полости размер опухоли варьировал от 4 до 10 см в наибольшем измерении, составляя в среднем  $6,5 \pm 1,6$  см.

Все операции были произведены лапароскопическим доступом. При проведении хирургического вмешательства 16 (72,7%) беременным была выполнена цистэктомия, 2 (9,1%) – аднексэктомия (в одном случае в связи со злокачественной опухолью, в другом случае из-за перекрута ножки кисты яичника), 4 (18,2%) – резекция яичника. Следовательно, преобладающим оперативным вмешательством при доброкачественных новообразованиях яичников при беременности являлось цистэктомия. Это соответствует наиболее щадящему объему выполнения операции при беременности.

По результатам морфологического исследования из 22 удаленных образований были верифицированы в 19 (86,4%) случаях доброкачественные опухоли, в 2 (9,1%) случаях опухолевидные образования яичников и в 1 (4,6%) – злокачественную опухоль.

Среди удаленных опухолей яичника эпителиальной природы была выявлена высокая частота серозной цистаденомы – 12 (54,6%). В 2 (9,1%) наблюдениях была выявлена муцинозная цистаденома. Из герминогенных опухолей яичников были обнаружены зрелые тератомы (дермоидные кисты) в 5 (22,7%) случаях и дисгерминома (злокачественная опухоль) в 1 (4,6%). Из опухолевидных образований яичников у 2 (9,1%) пациенток были выявлены эндометриоидные кисты.

Наиболее известным маркером для идентификации опухолей яичников считается СА-125. Данный гликопротеин не является истинным опухолевым маркером, т.к. может синтезироваться и нормальными, и злокачественными клетками эпителиального происхождения. Повышение уровня СА-125 может наблюдаться при эпителиальных опухолях негинекологической локализации, различных воспалительных заболеваниях органов брюшной полости, циррозе печени, беременности и эндометриозе. Следует отметить, что исходный уровень СА-125 был определен у всех беременных. Лишь у одной пациентки (с диагностированной злокачественной опухолью – дисгерминомой) значение данного онкомаркера было повышено – 46,6 Ед/мл, у остальных беременных значение данного показателя было в пределах нормы (0-35 Ед/мл), среднее значение  $26,7 \pm 4,3$  Ед/мл.

После операции женщинам назначались антибиотики пенициллинового ряда, спазмолитики, обязательно проводилась гормональная поддержка (препаратами прогестерона). Послеоперационный период протекал без особенностей у большинства беременных – 86,4%, лишь у 2 (9,1%) развилась развернутая клиника угрозы прерывания, у 1 (4,6%) пациентки беременность прервалась.

Выводы. Сочетание беременности с опухолями яичников, от врача требует пристального внимания, с обязательным определением онкомаркеров. Превалирующей операцией при опухолях яичников во время беременности является цистэктомия, что позволяет благоприятно пролонгировать беременность. Большинство опухолей, удаляемых во время беременности, имеют эпителиальную природу.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИЕНОГЕСТА В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА**

*Ганчар Е.П.\* , Костяхин А.Е.\*\* , Гурин А.Л.\* , Мшар И.О.\*\* ,  
Чепига Т.Ч.\*\**

*\* УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*\*\* УЗ «Городская клиническая больница №4 г.Гродно»*

Актуальность. Наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) – широко распространенное заболевание, которое встречается среди 50–60 % девушек-подростков с тазовыми болями, 35–50 % женщин с бесплодием и 70–80 % пациенток с хроническими тазовыми болями.. В настоящее время методы, позволяющие радикально излечивать генитальный эндометриоз, отсутствуют. Наиболее рациональным подходом к лечению НГЭ является комбинированное воздействие, включающее хирургическое вмешательство с максимальным удалением эндомет-