

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-

риодных очагов, последующую гормональную и иммуномодулирующую терапию. Несмотря на большое разнообразие применяемых гормональных препаратов для лечения генитального эндометриоза, только три группы лекарственных средств можно отнести к т. н. специфической терапии данного заболевания. К ним относятся агонисты ГнРГ, антигонадотропины (даназол) и единственный препарат группы прогестагенов – диеногест,

Диеногест является прогестагеном 4-го поколения и объединяет фармакологические свойства группы прогестерона и прогестероноподобных соединений, а также производных 19-нортестостерона. Данный препарат обладает антиандрогенным и антипролиферативным эффектами, относительно умеренным ингибирующим действием на секрецию гонадотропинов, а также сильным прогестагеновым влиянием на эндометрий и высокой биодоступностью при приеме внутрь (> 90 %). Опыт применения диеногеста в Республике Беларусь в настоящее время не столь значителен.

Целью исследования явилась оценка эффективности и переносимости больными НГЭ диеногеста в дозе 2 мг.

Материалы и методы. Представлены результаты наблюдения за 62 больными НГЭ, которые получали терапию диеногестом в течение 6 месяцев. Всем больным диагноз НГЭ был установлен на основании лапароскопии и подтвержден результатами гистологического исследования. Эндометриоидные кисты яичников (эндометриомы) наблюдались у 41 (66,1 %) женщины. Иссечение позадишеечного эндометриоидного инфильтрата методом “shaving” было проведено 16 (25,8 %) больным. Экстрагенитальный эндометриоз (толстая кишка, мочевого пузыря) наблюдался у 3 (4,8 %) больных. НГЭ был впервые выявлен у 45 (72,6 %) больных; заболевание у 17 (27,4%) женщин носило рецидивирующий характер. НГЭ сочетался с другими патологическими процессами органов репродуктивной системы: с аденомиозом – в 19,4 % случаев, с простой гиперплазией эндометрия без атипии – в 24,2 %, миома матки наблюдалась у 16,1 % больных. Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерной программы STATISTICA 10.0.

Результаты и обсуждение. Известно, что основной симптоматикой эндометриоза является болевой синдром. До начала терапии диеногестом дисменорея наблюдалась нами среди 88,7 % больных НГЭ, диспареуния отмечена у 32,3 % женщин, жалобы на тазовые боли, не связанные с менструальным циклом, предъявили 33,8 % пациенток. На фоне шестимесячного курса применения диеногеста наблюдалось статистически значимое уменьшение частоты болевого синдрома ($p < 0,05$). Так, частота дисменореи снизилась в 3,1 раза, тазовой боли – в 2,1 и диспареунии – в 1,8 раза.

Известными и ожидаемыми эффектами применения прогестагенов являются нарушения менструального цикла, проявляющиеся нерегулярными, различными по длительности и обильности кровянистыми выделениями. На фоне применения диеногеста регулярный менстру-

альный цикл сохранился у 14 (22,6 %) пациенток, однако менструации стали значительно более скудными. В исследуемой группе наблюдалась достаточно высокая частота аменореи – у 21 (33,9 %) пациенток. Нарушения менструального цикла по типу “межменструальных” кровянистых выделений отмечены у 23 (37,1 %) женщин, “прорывные кровотечения” – только у 1 (1,7 %). Отмечено, что после начала использования диеногеста менструальный цикл стал менее регулярным, однако частота и интенсивность “межменструальных” кровянистых выделений уменьшались при увеличении длительности терапии.

На фоне лечения наблюдались следующие побочные эффекты: наиболее часто отмечены изменения настроения – 9 (14,5 %), мастодиния – 4 (6,5 %), *аспе vulgaris* – 2 (3,2 %) пациенток. Кроме того, увеличение массы тела наблюдалось у 3 (6,5 %) больных, причем максимальная прибавка составила 2,5 кг, жалобы на головную боль предъявили 2 (3,2 %) пациентки. Вышеперечисленные побочные эффекты были легкими и/или умеренно выраженными и не потребовали досрочного окончания лечения.

На фоне шестимесячного курса терапии ни у одной из 15 больных простой гиперплазией эндометрия без атипии в анамнезе при ультразвуковом исследовании органов малого таза толщина М-эхо не превышала 4 мм.

В группе обследованных больных НГЭ миома матки была обнаружена у 10 пациенток. Вопрос о выборе терапии женщин с миомой матки дискуссионный, т. к. известно, что на рост узлов могут оказывать влияние не только эстрогены, но и прогестагены. Следует отметить, что у всех пациенток, находившихся под наблюдением, при сочетании НГЭ с миомой матки не было отмечено рецидива или роста миоматозных узлов на фоне шестимесячного курса применения диеногеста. Однако вопрос об эффективности данной терапии больных миомой матки несомненно требует дальнейшего изучения и увеличения как числа больных, так и длительности лечения. Аналогичные данные получены при сочетании НГЭ с аденомиозом (12 больных). За время шестимесячного курса лечения диеногестом 2 мг увеличения размера матки не было отмечено ни в одном случае.

Выводы. Диеногест в дозе 2 мг является препаратом специфической терапии эндометриоза, позволяющим достоверно снижать выраженность болевого синдрома, может применяться длительно и рассматривается как препарат выбора для больных с рецидивами заболевания, в сочетании с миомой матки и гиперплазией эндометрия.