

исследования позволило обнаружить генетическую предрасположенность к раку еще у 13 женщин. Только один патогенный вариант BRCA1 с.3756_3759delGTCT был выявлен у 2 пациенток, остальные были идентифицированы в единичных случаях.

У пациенток без мутаций в генах BRCA также отмечались случаи семейного рака, что указывает на необходимость мультигенного тестирования. Результаты исследования подчеркивают важность внедрения простых и доступных ПЦР-тестов для выявления частых мутаций на региональном уровне, а также использования NGS для более сложных случаев.

Выводы. Проведенное исследование демонстрирует высокую частоту мутаций основателя в генах BRCA1 у женщин с овариальной карциномой и полинеоплазией в белорусской популяции. Полученные данные обосновывают необходимость разработки персонализированных программ мониторинга и профилактики для пациенток с наследственной предрасположенностью к раку.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Frequency of BRCA1/BRCA2 mutations in a population-based sample of young breast carcinoma case / K. E. Malone, J. R. Daling, C. Neal [et al.] // Cancer. – 2000.– Vol. 88, iss. 6. – P. 1393-402.
2. Наследственные болезни : национальное руководство / под ред. Е. К. Гинтера, В. П. Пузырева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 464 с.
3. Risks and cancer associations of metachronous and synchronous multiple primary cancers: A 25-year retrospective study / P. Tanjak, B. Suktitipat, N. Vorasan [et al.] // BMC Cancer. – 2021. – Vol. 21, iss. 1. – Art. 1045. – doi: 10.1186/s12885-021-08766-9.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

**Савоневич Е. Л.¹, Бритько Д. А.¹, Гавина Н. Л.², Квач И. М.²,
Семеняко И. А.²**

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. Опухоли и опухолевидные образования яичников выявляют у 2-3% беременных. Проблема оказания им своевременной помощи обусловлена трудностью диагностики – малосимптомное клиническое течение, отсутствие высокоинформативных дифференциально-диагностических тестов, широкая гетерогенность морфологических вариантов новообразований в

яичниках. Хотя по данным литературы подавляющее большинство опухолевых образований в яичниках у беременных являются доброкачественными, необходимо учитывать и возможность развития в яичниках злокачественного новообразования [1]. Сложность диагностики новообразований в яичниках во время беременности обусловлена ограничениями в использовании инструментальных методов диагностики. Без риска для плода можно использовать только ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитнорезонансную томографию (МРТ) без контрастирования и определение в сыворотке крови онкомаркеров. Очевидно, что своевременная и объективная дифференциальная диагностика новообразований в яичниках имеет решающее значение в выборе тактики ведения беременной, которая зависит еще от целого ряда факторов, таких как возраст, репродуктивный и наследственный анамнез, наличие сопутствующей патологии и др. Врач стоит перед выбором проводить хирургическое лечение во время беременности, пытаясь минимизировать риски для плода, или отложить лечение до рождения ребенка.

Цель – изучение течения беременности, исхода родов и возможностей диагностических методов у беременных с новообразованиями в яичниках для оптимизации тактики ведения пациенток.

Методы исследования. В исследование были включены 56 беременных с новообразованиями в яичниках, которые получали медицинскую помощь в 2020-2023 гг. в Гродненском областном клиническом перинатальном центре и Гродненской университетской клинике. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации и диагностической эффективности доступных методов инструментальной и лабораторной диагностики. Пациентки были разделены на 2 группы:

I группа – 23 беременные женщины с опухолями яичников без хирургического лечения;

II группа – 33 беременные женщины с хирургическим лечением опухоли яичников во время беременности или при родоразрешении.

Всем пациенткам проводилось клиническое обследование, гинекологический осмотр, определение онкомаркеров, ультразвуковое исследование. При УЗИ яичников с применением линейного и внутриволнового датчиков проводилась оценка стандартных критериев, качественных признаков кровотока при использовании ЦДК. МРТ органов малого таза выполнялось при отсутствии убедительных данных за доброкачественный характер новообразования в яичнике. Стратификация доброкачественных новообразований яичников проводилась в соответствии с МКБ-Х.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст беременных составил 29 лет (от 19 до 39 лет) и был сопоставим в обеих группах. Опухолевидное образование яичника было диагностировано у всех женщин при плановом УЗИ в сроке до 12 недель гестации. Размер опухолевых образований в яичниках колебался от 15 до 95 мм в диаметре. 9 из 56 женщин (16%) были первобеременными. Первичным бесплодием страдали 3 (5%) женщины из II группы. Кесарево сечение в анамнезе было у 11 (48%) женщин из I группы и у

12 (36%) из II исследуемой группы. У каждой третьей женщины предыдущие беременности заканчивались медицинскими или самопроизвольными абортами в сроке до 12 недель гестации. Анализ данных анамнеза показал, что новообразования яичников у беременных не имеют характерной клинической картины и протекают в большинстве случаев бессимптомно.

УЗИ ОМТ позволяет выявить наличие опухоли, установить ее основные характеристики и оценить вероятность злокачественного характера новообразования. Однако в трети наблюдений результаты стандартного УЗИ не позволяют дифференцировать характер новообразования в яичнике. Использование в такой ситуации повторного УЗИ спустя 2-3 недели позволяет определить дальнейшую тактику ведения беременной. Показания к проведению МРТ во время беременности могут быть определены как ультразвуковые признаки злокачественного либо сомнительного новообразования яичников, сложности или невозможность полностью визуализировать яичники при УЗИ. В нашем исследовании 12 женщинам во втором триместре беременности было выполнено МРТ органов малого таза. Восеми пациенткам было предложено хирургическое лечение. Пять женщин категорически отказались от оперативного лечения до родоразрешения.

Повышение уровня СА 125 в сыворотке крови до 150 Ед/мл может быть обусловлено самой беременностью, особенно в первом триместре. В первом триместре уровень СА 125 был определен у 16 беременных, у только у 10 из них он превышал нормальные величины (от 36 до 125 Ед/мл). Во втором и третьем триместрах повышенный уровень онкомаркера СА 125 имел место у 9 (32%) из 28 пациенток, его значения достигали 236 Ед/мл. У четырех пациенток с эндометриомами яичника уровень СА 125 был повышен в течение всей беременности. Повышенный уровень НЕ4 был выявлен у 2 из 15 обследованных беременных, в том числе у пациентки со зрелой тератомой.

Частота акушерских осложнений у беременных обеих групп была сопоставима. Из 56 беременных с новообразованиями в яичнике только 2 были прооперированы во время беременности. В большинстве случаев (n=30) опухоль яичника удаляли во время родоразрешения. Преждевременные оперативные роды были только в 2 (3,5%) случаях из I группы на сроке 30 и 36 недель. Из 33 женщин II группы в 30 случаях удаление опухоли яичника было выполнено при оперативном родоразрешении при доношенной беременности. 25 пациенткам была проведена цистэктомия/резекция яичников, 5 женщинам – односторонняя аднексэктомия. В одном случае цистэктомия была выполнена спустя 6 месяцев после родов в связи с признаками увеличения размеров кисты яичника и появлением болевого синдрома.

Эпителиальные опухоли яичника были диагностированы в 82% случаев, в остальных – герминогенные опухоли. Только у одной пациентки новообразование в яичнике имело злокачественный характер роста – пограничная серозная цистаденома. В одном случае в сроке 18 недель гестации была диагностирована пограничная опухоль яичника. После лапароскопической цистэктомии слева беременность пролонгировали. Таким образом, гистологическое исследование

подтвердило оправданность хирургического лечения во время родоразрешения в большинстве случаев.

Выводы. Результаты проведенного исследования подтвердили благоприятные исходы выжидательной тактики при обнаружении опухоли яичников во время беременности. Использование УЗИ с ЦДК, онкомаркёров СА125, HE4, МРТ позволяет в большинстве случаев воздержаться от хирургического лечения до родоразрешения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Adnexal masses encountered during cesarean delivery / E. Baser, S. Erkilinc, S. Esin [et al.] // Int J Gynecol Obstet. – 2013. – Vol. 123, iss. 2. – P. 124-126. – doi: 10.1016/j.ijgo.2013.06.015.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРАТЕГИЙ СОВЛАДАНИЯ С БЕСПЛОДИЕМ И УРОВНЯ ТРЕВОГИ У ЖЕНЩИН

Салмина А. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Бесплодие является не только медицинской, но и масштабной социально-психологической проблемой, затрагивающей, по статистическим данным, миллионы пар репродуктивного возраста во всем мире [1]. Его правомерно классифицировать как хронический стрессор, характеризующийся неопределенностью, длительностью, высокой финансовой и эмоциональной стоимостью лечения, а также циклами надежды и разочарования. Психологическое бремя бесплодия сопоставимо с бременем таких заболеваний, как онкология или ВИЧ, и проявляется в высоких уровнях тревоги, депрессии, эмоционального выгорания и снижения качества жизни. В условиях этого хронического стресса центральную роль в процессе психологической адаптации играют стратегии совладания (копинг-стратегии) – когнитивные и поведенческие усилия, которые человек прилагает для управления специфическими внешними и внутренними требованиями, оцениваемыми как чрезмерные.

В течение долгого времени исследования копинга при бесплодии опирались на общие модели стресса, такие как теория Лазаруса и Фолкмана, анализируя стратегии, сфокусированные на проблеме или на эмоциях. Однако специфика бесплодия требует более релевантного подхода. Эволюционный прорыв в этой области связан с работами Брандта и его коллег, которые предложили рассматривать совладание через призму дихотомии **ассимиляции**