

Клинико-сонологические особенности при опухолеподобных образованиях яичников у женщин репродуктивного возраста

О.С. Шаповал

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Цель исследования: изучить особенности клинического течения доброкачественных опухолеподобных образований яичников, роль сонологической диагностики в установлении диагноза опухолевидного образования яичника.

Материалы и методы. Обследовано 134 пациентки с опухолевидными образованиями яичников, контрольная группа – 50 женщин гинекологически и соматически здоровых.

Результаты исследования. В 55,22% случаев кистоподобные образования яичников выявляются в позднем репродуктивном возрасте, у 69,93% протекают на фоне сопутствующей гинекологической патологии. Клинически у 60,44% больных отмечен болевой синдром, у 35,07% – нарушения менструального цикла, у 4,49% – отмечается стертая клиническая картина. 46% кист не диагностируются во время специализированного гинекологического осмотра. Сонологически у пациенток с кистами яичников определяется патология миометрия, эндометрия, изменения со стороны контралатерального яичника.

Заключение. Отсутствие характерной клинической картины, данных гинекологического и сонологического исследования приводят к гиподиагностике опухолеподобных образований яичников, развитию хронизации и рецидивов процесса, что сопровождается снижением репродуктивного потенциала. Применение УЗИ в 100% позволяет определить наличие опухолевидного образования яичника и у 51,49% пациенток удается типировать характер образования.

Ключевые слова: опухолеподобные образования яичников, репродуктивный возраст, УЗИ.

Развитие и широкое внедрение в практику современных методов диагностики, применение инновационных микрохирургических методик, а также препаратов, как стимулирующих функцию репродуктивной системы, так и создающих временную медикаментозную менопаузу, позволило по-новому взглянуть на проблему опухолеподобных образований яичников. Пограничные состояния в акушерско-гинекологической практике всегда являлись дискуссионными. На сегодняшний день нет единой точки зрения относительно тактики ведения пациенток с опухолеподобными образованиями яичников. Существуют сторонники агрессивного оперативного лечения, особенно при рецидиве процесса [9–12], часть клиницистов проводят противовоспалительную, этиологически необоснованную, терапию, нередко больные занимаются самолечением с применением фитотерапии и биодобавок. Отсутствие концепции индивидуализации лечебно-диагностического алгоритма у пациенток с доброкачественными опухолеподобными заболеваниями яичников приводит к хронизации процесса, возникновению рецидивов и развитию сопутствующих гиперпролиферативных процессов [2, 3]. Стертость клинической картины, недооценка врачом возможных отдаленных последствий, недостаточное использование современных методов диагностики приводят к снижению терапевтических мероприятий и как следствие к снижению репродуктивного потенциала конкретной пациентки и женского населения в целом [7, 8].

Цель исследования: изучение особенностей клинического течения доброкачественных опухолевидных образований яичников, роль сонологической диагностики в установлении диагноза опухолевидного образования яичника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 3555 историй болезни пациенток, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении городской больницы № 7 г. Запорожья за период 2009–2014 гг. При этом частота выявления опухолеподобных образований яичников составила 5,82%. Для проведения углубленного анализа особенностей клинической картины опухолевидных образований яичников методом слепого отбора было отобрано 134 истории болезни женщин с доброкачественной патологией яичников. Контрольную группу составило 50 женщин без гинекологической и соматической патологии, обратившихся в лечебное учреждение по вопросам выбора контрацепции. Полученные данные были обработаны с помощью пакета статистических программ STATISTICA (StatSoft Statistica v.6.0).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По возрастному аспекту исследуемые группы были репрезентативны. Так, в основную группу вошли 134 пациентки репродуктивного возраста от 18 до 49 лет, средний возраст которых составил $34,83 \pm 0,82$ года. В контрольной группе средний возраст составлял $33,3 \pm 0,75$ года. Согласно классификации ВОЗ (1990) группу больных раннего репродуктивного возраста (с 16 до 35 лет) сформировали 60 женщин (44,78%), позднего репродуктивного (с 35 до 49 лет) – 74 человека (55,22%) из основной группы.

При поступлении в стационар ведущее место в структуре жалоб занимал болевой синдром – у 81 пациентки (60,44%), при этом боль носила ноющий, тянущий характер различной степени интенсивности, нередко с иррадиацией в поясничную область, бедро. Клиники «острого» живота не отмечалось. Второй по частоте жалобой были различные нарушения менструального цикла (35,07%). Так, кровотечение отмечали 65,96% пациенток, аменорею – 34,04%. Межменструальные кровотечения в анамнезе имели 19 пациенток (40,43%), у 15 женщин (31,91%) болевой синдром сопровождался различными нарушениями менструального цикла. У 4,49% больных наблюдалось асимптомное течение заболевания.

Нельзя не отметить, что лишь у 30,08% поступивших в стационар доброкачественное опухолевидное образование яичников проходило в качестве самостоятельной нозологической единицы, в 69,92% случаев отмечалось его сочетание с гинекологической патологией. Структура гинекологической заболеваемости представлена на рис. 1.

Как видно из представленных данных, практически у 60% пациенток кисты яичников протекают на фоне воспалительных процессов, у 16,13% отмечаются различные нарушения менструального цикла, у 21,53% имеет место гиперпролифератив-

ная патология мио- и эндометрия. Полученные данные могут свидетельствовать об общности некоторых этиопатогенетических звеньев и должны лечь в основу разработки индивидуального алгоритма лечебной тактики с использованием и противовоспалительной, и иммуномодулирующей терапии, и препаратов, регулирующих процессы пролиферации и апоптоза клеток.

Нельзя не отметить, что 79,7% поступивших имели отягощенный соматический анамнез, структура которого представлена на рис. 2.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у 47% женщин с опухолеподобными образованиями яичников имеются нарушения в системе органов кровообращения, у 31% – отмечается патология пищеварительного тракта, что может свидетельствовать о сопутствующей иммуноэндотелиальной дисфункции и необходимости проведения соответствующих лечебно-диагностических мероприятий.

Анализ особенностей менструальной функции показал, что средний возраст начала менархе составлял $13,52 \pm 0,13$ года с возрастным минимумом 11 лет и максимумом 18 лет. Полученные данные достоверно не отличались в основной и контрольной группах. У 79,7% пациенток основной группы отмечен регулярный менструальный цикл продолжительностью от 21 до 35 дней. При этом средняя продолжительность менструального цикла составляла $27,18 \pm 1,72$ дня. У 27 больных (20,13%) отмечался нерегулярный менструальный цикл.

Различные нарушения менструального цикла были диагностированы у 60 пациенток (44,78%). Нарушения периодичности наступления кровотечения в виде олигоменореи отмечались у 17 больных (28,33%), эпизоды метроррагии – у 9 (15%). У 50 женщин (37,31%) имела место альгодисменорея. По количеству теряемой крови группа женщин с нормальной кровопотерей составила 66 человек (49,25%). В структуре менструальных нарушений симптом гиперменореи составил 40,92%, гипоменореи – 8,33%.

При проведении гинекологического исследования увеличение размеров матки наблюдалось у 56 человек (41,04%). При оценке гинекологического статуса у женщин с опухолевидным образованием яичника обращали на себя внимание изменения со стороны контрлатеральных, условно «здоровых», придатков в виде болезненности, тяжести – 47 случаев (35,07%), что свидетельствует о сопутствующем воспалительном процессе. Со стороны пораженного органа образование определялось в 78 случаях (58,21%), при этом болезненность образования отмечалась у 73 человек (54,48%). Таким образом, при проведении гинекологического исследования лишь у 58,21% пациенток определяется наличие самого образования, что свидетельствует о достаточно высоком бессимптомном течении процесса, который без дополнительных методов исследования в стационаре не всегда удается диагностировать.

При проведении ультразвукового исследования (УЗИ) оценивали состояние матки и придатков. Полученные результаты обследования пациенток с опухолевидными образованиями яичников были сопоставлены с результатами обследования

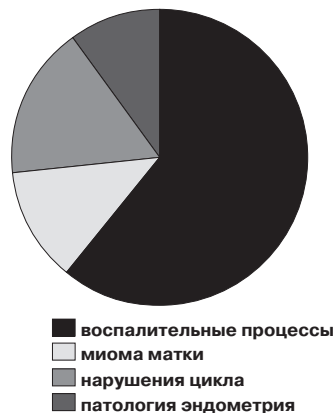


Рис. 1. Структура гинекологической заболеваемости

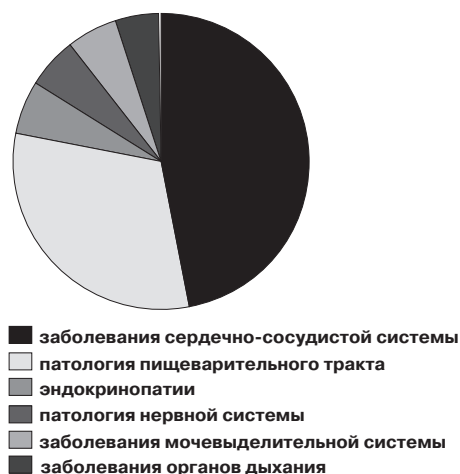


Рис. 2. Структура соматической патологии

пациенток контрольной группы. Данные, полученные при сонологическом исследовании матки, представлены в табл. 1.

Анализ результатов сонологического исследования обеих групп выявил достоверное увеличение линейных размеров матки по сравнению с группой контроля: длины в 1,21 раза ($p < 0,05$), ширины – в 1,01 раза ($p < 0,05$), толщины – в 1,2 раза ($p < 0,05$). Таким образом, у 56 пациенток основной группы (42,11%) на основании данных сонологического исследования (увеличение размеров матки, определение наличия фиброматозных узлов на фоне нормальных или увеличенных линейных размеров матки) на фоне опухолевидного образования яичника диагностировали миому матки. При исследовании эхоструктуры матки у 8 пациенток основной группы (6,02%) определяли эхопозитивные включения в миометрии, что расценивалось

Таблица 1

Эхографические параметры матки в обследуемых группах (M±m, мм)

Параметры	Основная группа (n=133)	Контрольная группа (n=50)
Длина матки	56,6±1,1*	51,58±0,48*
Ширина матки	52,96±1,07*	46,42±0,62*
Толщина матки	42,97±1,07*	35,08±0,54*
Минимальные размеры матки	43×26×38	35×28×46
Максимальные размеры матки	92×86×94	55×44×59
Минимальная толщина М-эхо	1	5
Максимальная толщина М-эхо	22,7	9
Среднее значение М-эхо	8,4±3,07	6,12±0,75

* Различия статистически значимы при $p < 0,05$.

Таблица 2

Эхографические характеристики М-эхо в группе женщин с опухолевидными образованиями яичников

Параметры	Абсолютное число (n)	Относительное число (%)
Наличие включений различной эхоплотности	16	16
Наличие деформации	3	3
Неровность контура	16	16
Нечеткость контура	13	13

Таблица 3

Эхографические параметры контрлатеральных яичников в обследуемых группах (M±m, мм)

Показатель	Основная группа (n=133)	Контрольная группа (n=50)
Длина, мм	32,3±0,53*	30,32±0,17*
Ширина, мм	24,55±0,49*	28,14±0,13*
Толщина, мм	17,95±0,33*	16,72±0,17*
Объем, см ³	8,01±0,41	7,44±0,67

* Различия статистически значимы при p<0,05.

Таблица 4

Эхографические параметры яичников с опухолевидным образованием (M±m, мм)

Показатель	Основная группа (n=133)	Контрольная группа (n=50)
Длина, мм	49,29±1,09*	30,32±0,17*
Ширина, мм	39,16±1,12*	28,14±0,13*
Толщина, мм	28,53±1,09*	16,72±0,17*
Объем, см ³	36,52±3,12*	7,44±0,67*

* Различия статистически значимы при p<0,05.

как проявление эндометриоза, в группе контроля наблюдали однородную толщину и эхоструктуру матки. Несмотря на то, что причиной госпитализации в гинекологический стационар гиперпластические процессы эндометрия являлись лишь у 9,68% пациенток основной группы, сонологически патологию эндометрия выявляли намного чаще. При установлении диагноза эндометриальной гиперплазии учитывали не только толщину М-эхо, которая у 95% пациенток не превышала допустимые значения, но и такие характеристики, как наличие включений, ровность и четкость контура, наличие деформаций.

Полученные данные об исследуемых характеристиках М-эхо представлены в табл. 2.

Полученные данные свидетельствуют о том, что диагностированную патологию эндометрия, нередко только на основании данных УЗИ, у женщин с функциональными кистами необходимо рассматривать не только как следствие гиперэстрогении, но и как функциональную гиперплазию эндометрия на фоне воспалительных процессов [1]. В таком случае и опухолеподобное образование яичника, и фоновый процесс эндометрия могут быть расценены как ответная реакция измененного рецепторного аппарата эндометрия и яичников на микробную инвазию. Именно поэтому представляется важным осуществление полноценной, этиологически обоснованной противовоспалительной терапии. При достижении же реактивации рецепторного аппарата дальнейшее восстановление гормонального гомеостаза будет происходить более полноценно. В случае возникновения частых рецидивов воспалительного процесса на фоне дисгормонемии происходит изменение гистоструктуры яичников и фолликулярного аппарата, создавая предпосылки для развития в будущем поликистоза яичников [5].

Пациенткам обеих групп при сонологическом обследовании проводили исследование эхоструктуры яичников. При выявлении опухолевидных образований оценивали их размеры, расположение, форму, толщину капсулы, наличие включений, плотность. В группе контроля достоверных отличий в эхографических параметрах правого и левого яичников выявлено не было. Поэтому сравнение между группами проводили с пра-

вым яичником группы контроля как наиболее функционально активным [4, 6].

Проведенный анализ выявил достоверные различия между эхографическими параметрами контрлатеральных яичников пациенток обеих групп (p<0,05) как по длине, так и по ширине и толщине. При этом несмотря на превышение объема контрлатерального яичника у пациенток с опухолеподобным образованием в 1,08 раза по сравнению с контролем, достоверного отличия выявлено не было.

Значительное эхографическое увеличение линейных размеров яичника и его объема отмечалось у женщин с опухолеподобным образованием придатков на стороне размещения кисты (табл. 4).

При УЗИ яичников у пациенток с опухолеподобным образованием по сравнению с группой контроля было выявлено достоверное увеличение длины яичника на стороне расположения кисты – в 1,62 раза (p<0,05), ширины – в 1,4 раза (p>0,05), толщины – в 1,71 раза (p<0,05). Показатели объема также достоверно превышали аналогичный в исследуемой группе в 4,91 раза (p<0,05).

При УЗИ состояния яичников было выявлено, что диаметр опухолевидного образования составлял от 24 мм до 72,7 мм. При этом, согласно сонологическим критериям, образование расценивалось как функциональное при следующих характеристиках: образование округлой или овальной формы размерами свыше 24 мм, однокамерное, с тонкими стенками, анэхогенное с возможными включениями различной эхогенности [4, 6]. Образования располагались выше дна матки, сбоку либо кзади от нее. Внутренняя поверхность кисты была гладкая, без разрастаний, толщина капсулы образования не превышала 4 мм. Кисты приводили к увеличению яичника, занимая практически весь его объем. Так, практически полное отсутствие здоровой ткани яичника отмечалось у 19 пациенток (14,18%). У данной группы больных эхографически яичник был представлен объемным образованием. В оставшихся 114 случаях (85,82%) при проведении сонологического исследования визуализировались здоровые ткани яичника.

Выявлено, что опухолеподобные образования (функцио-

нальные кисты и эндометриомы) с одинаковой частотой поражают оба яичника (правый – 49,62%, левый – 50,38% случаев). Фолликулярные кисты были диагностированы у 35 пациенток (26,12%) и представляли собой однокамерное анэхогенное образование диаметром 24–72,7 мм с тонкими стенками. В 20,9% случаев (28 женщин) диагностировались кисты желтого тела. Диагноз эндометриомы яичника был выставлен в 3,73% случаев (5 человек). У 13,53% больных в структуре опухолеподобного образования сонологически визуализировались гиперэхогенные включения. У оставшихся 48,51% больных (65 человек) в заключении УЗИ четко не был озвучен характер опухолеподобного образования, а в диагнозе звучало «кистозное изменение яичника». Последнее могло быть недооценено врачом акушером-гинекологом при выборе лечебной тактики и в дальнейшем привести к хронизации и рецидиву процесса.

Воспалительный процесс в придатках матки зачастую сопровождается экссудацией в просвет трубы и накоплением в ней воспалительной жидкости, что приводит к формированию гидросальпинкса. Так, среди обследованных пациенток односторонний гидросальпинкс был выявлен у 6 человек (4,48%), двусторонний – у 4 (2,99%).

Таким образом, у пациенток с опухолеподобными образованиями яичников при проведении УЗИ определяется увеличение линейных размеров матки по сравнению с группой контроля: длины в 1,21 раза ($p < 0,05$), ширины – в 1,01 раза ($p > 0,05$), толщины – в 1,2 раза ($p > 0,05$). В 42,11% случаев имеет место сочетанная патология в виде миомы матки, в 6,02% – сочетание с эндометриозом, в 16% – сочетание с гиперпластическими процессами эндометрия, что в 1,96 раза чаще, чем выявлено анамнестически. При опухолеподобных образованиях яичников отмечается увеличение среднего объема яичника на контрлатеральной стороне в 1,08 раза. Также отмечается значительное увеличение длины яичника на стороне расположения кисты – в 1,62 раза ($p < 0,05$), ширины – в 1,4 раза ($p < 0,05$), толщины – в 1,71 раза ($p < 0,05$). Средний объем кистоподобного образования увеличен в 4,91 раз. При этом у 14,18% больных отмечается практически полное отсутствие здоровой ткани яичника. Лишь у 51,49% больных удается конкретизировать характер опухолевидного образования (фолликулярные кисты – 26,12%, кисты желтого тела – 20,9%, эндометриомы – 3,73%). У оставшихся 48,51% больных характер образования четко не озвучи-

вается. На фоне воспалительного процесса в группе пациенток с кистами яичников у 7,46% диагностируются гидросальпинксы как проявление сопутствующего воспалительного процесса.

ВЫВОДЫ

1. Опухолоподобное образование яичника диагностируется в любом возрасте, однако в 55,22% – в позднем репродуктивном (35–49 лет). Женщины раннего репродуктивного возраста (16–35 года) с опухолевидными образованиями яичников потенциально составляют в будущем группу пациенток со сниженным овариальным резервом.

2. У госпитализирующихся в гинекологическое отделение пациенток самостоятельным диагнозом опухолевидное образование яичника является лишь у 30,07% больных, у 69,93% диагностируется в сочетании с сопутствующей гинекологической патологией.

3. Специфических жалоб при опухолеподобных образованиях яичника нет, однако в 60,44% случаев больные отмечают наличие болевого синдрома, что должно быть дифференцировано от острой хирургической и гинекологической патологии, острого воспалительного процесса в придатках матки. Нарушения менструального цикла, как и при патологии эндометрия, могут возникать у 35,07% больных, что важно для установления правильного диагноза и выработки лечебно-реабилитационного алгоритма. 4,49% кист остаются «немыми» и протекают со стертой клинической картиной.

4. При проведении гинекологического осмотра выявление объемного образования имеет место у 58,21% пациенток, а болезненность придатков – у 54,48%. Сопутствующий воспалительный процесс со стороны контрлатеральных придатков отмечается в 35,07% случаев. Таким образом, до 46% кист ускользают от внимания во время специализированного гинекологического осмотра соответственно пациентка остается без полноценного лечения.

5. При проведении сонологического исследования киста яичника диагностируется в 100% случаев, но определение типа опухолеподобного образования (фолликулярная киста, киста желтого тела, эндометриома) происходит в 51,49% случаев. Таким образом, 48,51% пациенток далее ведут с диагнозом кистозного изменения яичников без осуществления лечебных мероприятий в полном объеме.

Клініко-сонологічні особливості при пухлиноподібних утвореннях яєчників у жінок репродуктивного віку О. С. Шаповал

Мета дослідження: вивчити особливості клінічного перебігу доброякісних пухлиноподібних утворень яєчників, роль сонологічної діагностики у встановленні діагнозу пухлиноподібного утворення яєчника.

Матеріали та методи. Обстежено 134 пацієнтки з пухлиноподібними утвореннями яєчників, контрольна група – 50 жінок гінекологічно та соматично здорових.

Результати. У 55,22% випадків кистоподібні утворення яєчників виявляються в пізньому репродуктивному віці, в 69,93% перебігають на тлі супутньої гінекологічної патології. Клінічно у 60,44% хворих наявний болювий синдром, у 35,07% – порушення менструального циклу, у 4,49% відзначається стерта клінічна картина. 46% кист не діагностуються під час спеціалізованого гінекологічного огляду. Сонологічно у пациенток з кистами яєчників визначається патологія міометрія, ендометрія, зміни з боку контрлатерального яєчника.

Заключення. Відсутність характерної клінічної картини, даних гінекологічного та сонологічного дослідження призводить до гіподіагностики пухлиноподібних утворень яєчників, розвитку хронізації і рецидивів процесу, що супроводжується зниженням репродуктивного потенціалу. Застосування УЗД в 100% дозволяє визначити наявність пухлиноподібного утворення яєчника, у 51,49% пацієнток вдається діагностувати характер утворення.

Ключові слова: пухлиноподібні утворення яєчників, репродуктивний вік, УЗД.

Clinical and sonological features in tumor-like formations of ovaries in women of reproductive age O. Shapoval

The Aim: to study clinical features of benign tumor-like formations of ovaries, the role of sonological diagnostics in the diagnosis of ovarian tumor formation.

Materials and Methods: the study involved 134 patients with ovarian tumor formation, the control group – 50 women gynecological and somatically healthy.

Results: 55,22% of cystiform formation of ovaries detected in late reproductive age, to 69,93% occur with concurrent gynecologic pathology. Clinically, 60,44% of patients had pain, 35,07% – menstrual disorders, 4,49% erased clinical picture. 46% of cysts were not diagnosed during the specialized gynecological examination. In patients with ovarian cysts ultrasound determined pathology of the myometrium, endometrium, changes in the contralateral ovary.

Conclusion: the lack of characteristic clinical picture, results of gynecological and sonological studies leads to underdiagnosis of tumor-like formations of ovaries, development of chronicity and recurrence of the process, which is accompanied by a decrease in reproductive potential. Application of ultrasound in 100% helps to determine the presence of ovarian tumor formation, and in 51,49% of patients types the character of formation.

Key words: ovarian tumor-like formations, reproductive age, ultrasound.

Сведения об авторах

Шаповал Ольга Сергеевна – ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69096, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20. E-mail: shapoval_olga@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вдовиченко Ю.П. Воспалительные заболевания органов малого таза – комплексный подход для эффективной терапии / Ю.П. Вдовиченко, Е.Н. Голчук // Здоровье женщины. – 2012. – № 4 (70). – С. 102–108.
2. Вовк І.Б. Сучасні принципи діагностики та лікування жінок репродуктивного віку з пухлиноподібними ураженнями яєчників / І.Б. Вовк, В.К. Кондратюк // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 2 (27). – С. 88–93.
3. Вовк І.Б. Пухлиноподібні ураження яєчників: етіологія, патогенез, діагностика та лікування / І.Б. Вовк, Г.В. Чубей, В.К. Кондратюк та інш. // Здоровье женщины. – 2013, № 2 (78). – С. 11–15.
4. Гажонова В.Е. Соноэластография в диагностике образований яичников /В.Е. Гажонова, С.О. Чуркина, Е.Б. Савинова и др. // Кремлевская медицина. – 2009. – № 3. – С. 31–37.
5. Герасимова Т.В. Оптимізація діагностики та лікування функціональних кіст яєчників / Т.В. Герасимова // Медицинские аспекты здоровья женщины. – № 5 (80). – 2014. – С. 65–73.
6. Демидов В.Н. Кисты придатков матки и доброкачественные опухоли яичников / В.Н. Демидов, А.И. Рус, Л.В. Адамян // Практическое пособие. – Вып.2. Эхография органов малого таза у женщин. – М., 2006. – С. 5–27.
7. Колесник А.В. Клинические аспекты нарушения репродуктивной функции при сочетанной маточной патологии / А.В. Колесник // Здоровье женщины. – 2012. – № 7 (73). – С. 142–143.
8. Кулаков В.И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / В.И. Кулаков, Р.Г. Гатаулина, Г.Т. Сухих // М.: Трианда Х, 2005. – 21 с.
9. Онкологическая гинекология / А.Н. Рыбалка, В.А. Заболотнов. – Симферополь, 2006. – 616 с.
10. Рыбалка А.Н. Профилактика и ведение осложненных функциональных кист яичников / А.Н. Рыбалка, Я.А. Егорова // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 1 (40). – С. 11–13.
11. Diane M. Ultrasound and Assessment of Ovarian Cancer Risk / M. Diane Twickler, E. Moschos // AJR – 2010. – February. – 194. – P. 322–329.
12. Szamatowicz M. Endometriosis – is the best way of infertility treatment? / M. Szamatowicz // IFFS. – 2007. – Abstract Book. – FC 1505. – P. 80.

Статья поступила в редакцию 14.01.2016

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

РАЗВИТИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ МОЖНО ПРЕДСКАЗАТЬ ЗА НЕДЕЛЮ

Исследовательская группа из немецкого Университета Шарите (Charite University) разработала способ определения вероятности развития преэклампсии.

Преэклампсия - осложнение беременности, развивающееся у 2-5% женщин в последнем триместре. Она может стать причиной развития серьезных проблем со здоровьем как у будущей матери, так и у ребенка, а в некоторых случаях привести к летальному исходу.

Штефан Верлорен (Stefan Verlohren) и его коллеги разработали специальный тест, позволяющий

предсказать возникновение преэклампсии в течение недели после его проведения. Он основан на определении соотношения концентраций белка sLIt-1 и плацентарного фактора роста (PlGF) в сыворотке крови. Каждый из этих белков участвует в развитии преэклампсии, отмечают авторы, а изменение их концентраций указывает на вероятность возникновения этого осложнения беременности еще до появления первых симптомов.

Авторы уже протестировали новый тест на 1000 женщинах, риск развития преэклампсии у которых

был повышен. В том случае, если соотношение концентраций sLIt-1 к PlGF было меньше 38, риск развития преэклампсии в течение недели был минимален. Если же этот показатель превышал 38, то вероятность возникновения этого осложнения беременности существенно возрастала.

Ученые объясняют, что новый тест позволит своевременно выявить риск развития заболевания и предотвратить возникновение нежелательных осложнений как для матери, так и для ребенка.

Источник: <http://medportal.ru>