

При фиброме яичников у трети обследованных пациенток содержание СА-125 и лептина превышало дискриминационные значения (СА-125 –  $45,2 \pm 3,7$  ЕД/мл; лептин –  $40,1 \pm 2,8$  нг/мл).

При гранулезоклеточных опухолях уровни комплекса маркеров находились в пределах референсных значений.

Таким образом, комплексное определение концентраций биологических маркеров может быть использовано в клинической практике для дифференциальной диагностики опухолевидных образований и эпителиальных опухолей яичников.

Определение данного комплекса маркеров для новообразований яичников других гистологических типов малоинформативно.

## **ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ МАРКЕРОВ СА 125 И СА 19,9 У БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПОГРАНИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ**

**Покуль Л. В.,  
Чугунова Н. А.**

Краснодарский клинический онкологический диспансер  
ФГУ «Новороссийский медицинский центр» ФМБА России

Большая распространенность опухолей яичников обуславливает большую заинтересованность врачей в улучшении результатов лечения.

Цель исследования состояла в изучении возможности сохранения и восстановления менструальной и фертильной функции женщин репродуктивного возраста, перенесших органосохраняющие операции на придатках матки по поводу пограничных опухолей яичников с диагностической ориентацией на показатели опухолеассоциированных маркеров СА 125 и СА 19,9.

В исследование за период с 2008 по 2010 год включено 387 женщин, из них 198 больных – с пограничными опухолями яичников. Возраст пациенток варьировал от 25 до 45 лет. Объем проведенного оперативного лечения ограничивался односторонней аднексэктомией, резекцией противоположного яичника, биопсией сальника и париетальной брюшины, взятием смывов из брюшной полости. Все пациенты были разделены на три группы по нозологическим формам опухолей: I группа (n = 103) – больные с серозными пограничными опухолями яичников; II группа (n = 95) – пациентки с муцинозными пограничными опухолями яичников; III группа (n = 189) – группа сравнения – женщины с доброкачественными серозными и муцинозными опухолями яичников (цистаденомы, папиллярные цистаденофибромы). Иммунологический контроль опухолеассоциированных маркеров СА 125 и 19,9 проведен методом твердофазного (гетерогенного) иммуноферментного анализа Г. Фримель (1987). Математическую обработку осуществляли с использованием программ Statistica 6.0 и BioStat Professional 5.25.

У пациенток I группы (с пограничными серозными опухолями) уровень маркера СА 125 был повышен и составил в среднем  $74,3 \pm 0,439$  ЕД/мл ( $\sigma = 4,46$ ). Показатели патологической секреции СА 19,9 в среднем составили  $47,16 \pm 0,231$  ЕД/мл ( $\sigma = 2,35$ ). Во II группе (муцинозные опухоли яичников) среднее значение содержания СА 125 обнаружено на границе  $57,8 \pm 0,349$  ЕД/мл ( $\sigma = 3,40$ ). При этом концентрация опухолевого маркера плазмы крови СА 19,9 находилась в пределах  $67,6 \pm 0,374$  ЕД/мл ( $\sigma = 3,64$ ). В I группе средний уровень маркера СА 125 значительно выше, чем во II группе ( $t = 29,4$ ;  $p < 0,001$ ), при этом и число пациентов с повышенным содержанием СА 125 в этой группе достоверно больше (при  $\phi^* = 5,88$   $p \leq 0,001$ ).

В группе сравнения повышение уровня опухолевого маркера СА 125 по сравнению с нормальными показателями зарегистрировано у 30,2% женщин (n = 57) при среднем значении  $46,8 \pm 0,478$  ЕД/мл, что достоверно ниже, чем в группах наблюдения (при  $t = 31,1$  и  $\phi^* = 9,1$   $p < 0,001$ ). Повышенные показатели маркера СА 19,9 отмечены только у 20,1% пациентов (n = 38) при среднем значении  $36,74 \pm 0,519$  ЕД/мл ( $\sigma = 3,202$ ), что также достоверно ниже, чем у пациентов с серозными и муцинозными опухолями (при  $t = 34,34$  и  $\phi^* = 12,34$   $p < 0,001$ ).

Через 3 месяца после операции в I группе у 74,8% больных (n = 77) уровень маркера СА 125 не выходил за пределы референсных значений ( $15 \pm 0,385$  ЕД/мл), что является вариантом нормы. У 25,2% женщин (n = 26) наблюдался рост концентрации маркера и рецидивы заболевания. Маркер СА 19,9 в этой подгруппе имел уровень в пределах нормы ( $M = 23 \pm 0,238$  ЕД/мл) у 72,8%

пациентов ( $n = 75$ ). Рост содержания маркера отмечен у 27,2% больных ( $n = 28$ ), что в совокупности с показателями СА 125 и другими диагностическими критериями расценивалось как рецидив заболевания.

Во II группе уровень СА 125 составлял  $17 \pm 0,417$  Ед/мл у 89,0% обследованных ( $n = 85$ ). В 11,0% случаев наблюдался его незначительный рост, что обусловило необходимость дальнейшего обследования пациенток. Показатель СА 19,9 колебался на уровне 27 Ед/мл ( $M = 27 \pm 0,0184$ ) у 74,4% больных ( $n = 71$ ), но у 25,3% женщин, прошедших курс лечения ( $n = 24$ ), наблюдался рост показателя с явными проявлениями рецидива заболевания. В группе сравнения концентрации обоих маркеров находились в зоне нормальных значений и их рост не выявлен.

Менструальная функция восстановилась у 99,9% обследованных в сроки от 2 до 6 месяцев после проведенного оперативного лечения. Нарушения менструального цикла были зарегистрированы в I группе в 34,0% случаев ( $n = 35$ ), во II группе – в 32,6% ( $n = 31$ ), в III группе – в 15,9% ( $n = 30$ ),

что статистически отличается от двух исследуемых групп (при  $\Phi^* = 8,06$   $p \leq 0,001$ ). В группах беременность наступила в 34 и 24 случаях (33,0 и 24,0% соответственно). Пожелали ее сохранить в I группе – 12 женщин, во II – 4. Бесплодие различного генеза, потребовавшее дальнейшего лечения, выявлено у 6 пациенток I и 10 – II группы. В группе сравнения беременность наступила у 67 женщин (35,4%), 47 из них затем наблюдались в акушерских клиниках. По данному параметру репродуктивного здоровья полученные показатели не различаются статистически.

Анализ уровня СА 125 и СА 19,9 в группе больных с пограничными опухолями после проведенного хирургического лечения свидетельствует о положительном лечебном воздействии. Динамика восстановления менструально-фертильной функции пациенток, включенных в исследование, подтверждает возможности расширенного внедрения органосохраняющих методов лечения у больных с пограничными опухолями яичников. Оценка уровня секреции СА 125 и СА 19,9 необходима при условии проведенного щадящего хирургического лечения внутренних гениталий.

## **ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Талаев А. М.,  
Талаева Е. М.**

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова»  
Минздравсоцразвития России

Проблема первичного хронического пиелонефрита у беременных является весьма актуальной. Его частота у этой категории составляет более 12%, и в последние годы наблюдается тенденция к ее увеличению. Беременность вызывает обострение заболевания у каждой третьей женщины. Первичный хронический пиелонефрит (без сопутствующей урологической патологии) оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода. У 40–45% беременных с первичным хроническим пиелонефритом развивается гестационная артериальная гипертензия со значительными гемодинамическими нарушениями. Она является основной причиной материнской смертности и перинатальной патологии.

В связи с этим особую важность приобретает выявление особенностей почечной гемодинамики у беременных с первичным хроническим пиело-

нефритом ещё до развития у них клинической картины артериальной гипертензии. Разработка прогностических гемодинамических критериев этого тяжёлого осложнения поможет рано распознать развивающуюся патологию и проводить адекватную профилактическую терапию.

Цель исследования – изучить особенности почечной гемодинамики и разработать прогностические критерии развития гестационной артериальной гипертензии у женщин с хроническим пиелонефритом.

Проведено компьютерное реографическое исследование почечной гемодинамики на аппарате «Рео-Спектр-2» фирмы «Нейрософт» (Россия) по тетраполярной методике у 304 беременных с хроническим пиелонефритом в сроки 16–20, 28–32 недели гестации и перед родами. Контрольная группа – 36 здоровых беременных.