

**Антипова Юлия Евгеньевна**

студентка

**Ефремова Мария Геннадьевна**

ассистент

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный

медицинский университет

им. академика И.П. Павлова» Минздрава России

г. Рязань, Рязанская область

DOI 10.21661/r-464016

## **ТЕРАТОМА И БЕРЕМЕННОСТЬ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

***Аннотация:** опухоли и опухолевидные образования яичников являются часто встречающейся патологией и составляют 19–25% среди всех опухолей женских половых органов. Большинство опухолей яичников являются доброкачественными и составляют 70–80%. Среди них наиболее часто встречаются эпителиальные образования 22,86% и зрелые тератомы 15,7% (Фофонова И.Ю., 2009). Тератома яичника – это один из видов герминогенных опухолей. Этиология связана с аномальным эмбриогенезом, в течение которого происходит хромосомный сбой. В результате из полипотентного эпителия формируются тератомы (Ben-David U., Benvenisty N., 2011). По данным В.Н. Чайки, зрелые тератомы составляют 10–30%, а по результатам исследований других авторов до 70,8% всех доброкачественных образований яичников.*

***Ключевые слова:** тератома, беременность, герминогенная опухоль, «немая» опухоль, репродуктивная функция, наследственность, диагностика.*

Беременная П., 24 лет, поступила самостоятельно в родильный дом №4 22.10.16 в 11:00 с диагнозом: преждевременный разрыв плодных оболочек при беременности I, 40–41 нед. Р I. Другие уточненные аномалии тазовых органов (зрелая тератома правого яичника). Избыточный рост плода. Плацентарные нарушения. При поступлении предъявляла жалобы на жидкие выделения из половых путей с 9:30 в объеме до 200 мл.

Из анамнеза: на учете с 8 нед. беременности. В первой половине беременности – угрожающий аборт, кольпит. Во второй половине анемия I ст., кольпит. УЗИ I (18.06.2015). Размеры плода соответствуют 12–13 неделям беременности. Зрелая тератома правого яичника (22 x 23 x 21). УЗИ II (06.07.2016) Беременность 19–20 недель по фетометрии и динамике УЗИ. Зрелая тератома правого яичника (22 x 23 x 23 мм). УЗИ III (13.09.2016) Срок беременности по фетометрии и динамике УЗИ 29–30 недель. Зрелая тератома правого яичника (24 x 23 x 23 мм). НМПК I ст. За время беременности общая прибавка в весе составила 23 кг.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, головной боли нет, зрение ясное. ОЖ 109, ВДМ 39. Предполагаемый вес плода  $4200 \pm 100$ . Матка соответствует 40 нед. Матка возбудима, расслабляется, при пальпации безболезненная. Регулярная родовая деятельность с 11–30. Положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 в мин. Шевеления плода ощущает хорошо. Размеры таза в пределах нормы. В 12–15 по данным КТГ длительные эпизоды децелераций до 80 ударов.

В асептических условиях проведено влагалищное исследование: наружные половые органы развиты по женскому типу. Шейка эрозирована. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки кзади, плотная, длина до 2 см, цервикальный канал пропускает 1 п/п за внутренний зев. Плодный пузырь отсутствует, текут зеленые околоплодные воды. Предлежит головка над плоскостью входа в малый таз. Емкость таза удовлетворительная CD = 13, CV-11.

Учитывая срок беременности 40–41 нед., прогрессирующее течение плацентарных нарушений, избыточный рост плода, отягощенный гинекологический анамнез, решено родоразрешить женщину путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. 22.10.2016 была произведена операция кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. Извлечен живой доношенный мальчик массой 4630 г, ростом 58 см, с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов. Придатки осмотрены: тератома правого яичника 2,5 x 2,5 см. Вылущена. Ложе ушито. Общая кровопотеря 800,0 мл. Послеоперационный период протекал без особенностей. Заживление швов первичным натяжением. УЗИ при выписке без

особенностей. В удовлетворительном состоянии была выписана на 6 суток после операции под наблюдение врача женской консультации.

В большинстве случаев опухоль растет бессимптомно. Не случайно она получила характерное название – «немая» опухоль (Rogers E.M., Allen L., 2014). В связи с этим тератомы являются осложнением беременности, угрожающим не только здоровью и репродуктивной функции женщины, но и жизни ребенка. С целью профилактики необходимо проводить специальную диагностику и осуществить диспансеризацию девушек, имеющих: отягощенную наследственность, нарушение МЦ, раннее начало половой жизни и наличие аборт в анамнезе с последующим распределением на группы здоровья (Мустафина Г.Г., Алексеева Т.А., 2009). В дифференциальной диагностике опухолей целесообразно использование УЗИ с применением цветного доплеровского картирования, информативность которого достигает 95,0%.