

## **Выводы.**

1. Первичная панкреатическая лимфома может быть потенциально излечимым заболеванием даже на поздних стадиях.
2. Точная морфоиммуногистохимическая верификация должна выполняться во всех случаях очаговых изменений в ПЖ, включая и местнораспространенные, нерезектабельные опухоли.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бабичева, Л.Г. Экстранодальные неходжкинские лимфомы центральной нервной системы, яичка и поджелудочной железы / Л.Г. Бабичева // Современная онкология. – 2015. – №17(4-5). – С. 7-21.
2. Маев, И.В. Первичная панкреатическая лимфома / И.В. Маев и соавт. // РЖГГК. – 2008. – Т.8, №3. – С. 48-61.
3. Dawson, I.M. Primary malignant lymphoid tumors of the intestinal tract. Report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis / I.M. Dawson [et al.] // Br. J. Surg.– 1961. – Vol.49. – P.80-89.
4. Mercle, E.M. Imaging findings in pancreatic lymphoma: differential aspects / E.M. Mercle [et al.] // Am. J. Roentgenol. – 2000. – Vol.174. – P.671-675.
5. Primary Pancreatic Follicle Center-Derived Lymphoma Masquerading as Carcinoma / Alexander R.E. [et al.] // Gastroenterology & Hepatology. – 2011. – Vol.7:12. – P. 834-838.

## **КОМПЛЕКСНАЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА АДЕНОМИОЗА И ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ**

*Гутикова Л.В.<sup>1</sup>, Величко М.Г.<sup>2</sup>, Павловская М.А.<sup>1</sup>*

*Гродненский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,  
Гродненский государственный аграрный университет<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Эндометриоз занимает одну из лидирующих позиций из гинекологических болезней женщин фертильного возраста, приводя к развитию хронических тазовых болей, бесплодию, снижению качества жизни [1,2]. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике заболевания, эффективность только одного из применяемых методов до сих пор является невысокой.

**Цель.** Комплексная инструментальная оценка аденомиоза и эндометриоза яичников.

**Методы исследования.** Основой настоящего исследования явились клинические наблюдения и данные обследования, выполненные у 120 больных генитальным эндометриозом. В зависимости от установленного диагноза больные были разделены на 2 группы: в 1-ую группу отнесены 70 больных с аденомиозом, во 2-ую группу вошли 50 больных с эндометриозом яичников. В 3-й

(контрольной) группе обследованы 30 практически здоровых женщин. Для диагностики эндометроза использовались общеклиническое обследование, ультрасонография, гистеросальпингография, лапароскопия, гистероскопия, рутинных биохимических показателей. Все 50 больных с диагнозом эндометриоз яичников (2-я группа) были подвергнуты оперативному лечению лапароскопическим методом.

**Результаты и их обсуждение.** Клинический анализ основной группы показал, что их возраст колебался от 18 до 40 лет, при том средний возраст больных в 1-ой группе составил  $31 \pm 0,6$  года, во 2-ой группе -  $25 \pm 0,7$  лет. Длительность болевого синдрома в этих группах отмечена от 4 до 7 лет, в среднем  $2,3 \pm 1,7$  года.

У 65 (92,9%) женщин размеры матки соответствовали 5-6 неделям беременности до менструации и уменьшались до нормы после неё и редко у 5 (7,1%) больных - увеличение матки до 7-12 недель беременности перед менструацией и уменьшением её до 5-7 недель после неё. Изменение консистенции и болезненности матки находилось в прямой зависимости от степени распространения процесса.

При ультразвуковом исследовании для диагностики аденомиоза использовались общепринятые ультразвуковые критерии заболевания. У 65 (92,9%) больных размеры матки в 1-й день менструации колебались от  $68 \times 38 \times 42$  мм до  $85 \times 51 \times 56$  мм. Увеличение её происходило в основном за счёт передне-заднего размера, форма приближалась к сферическо-шаровидной. Наблюдалось утолщение и «разрыхление» её стенок, а также был выявлен весьма характерный признак, как неоднородность эхо-структуры миометрия и иногда в его толще определялись точечные гипоэхогенные структуры. К 7-у дню менструального цикла размеры матки чаще соответствовали норме, миометрий приобретал гомогенный характер. Обнаруженные изменения позволили отнести всё это к аденомиозу I и частично II степени распространения процесса.

У 5 (7,1%) обследованных женщин в 1-й день менструального цикла отмечалось значительное увеличение размеров матки от  $90 \times 66 \times 58$  мм до  $121 \times 77 \times 65$  мм, что соответствовало размерам матки при 7-12 неделях беременности при влагалищном исследовании. К 7-у дню менструального цикла неоднородные эхоструктуры в миометрии исчезали, отмечалось уменьшение размеров матки от  $71 \times 50 \times 56$  мм до  $80 \times 60 \times 67$  мм (при влагалищном исследовании соответствовала 5-7 неделям беременности). Это позволило отнести эндометриоз к II-III степеням распространения.

При гистероскопическом исследовании аденомиоза, проведённого у 30 обследуемых женщин также ориентировались на общепринятые гистероскопические критерии заболевания. В результате отмечено: неравномерность контуров полости матки, «скалистый», петлистый рисунок стенок, наличие крипт. У 12 (40,0%) пациенток в области боковых стенок и дна матки выявились различной величины и формы тёмно-красные или тёмно-

синюшные устья эндометриоидных ходов. У 7 (23,3%) обследованных больных устьями эндометриоидных отверстий была занята значительная поверхность матки (симптом «пчелиных сот»).

Зависимости степени распространения процесса от площади поражения внутренней поверхности матки нам обнаружить не удалось.

Гистеросальпингография у 20 пациенток показала, что у 13 (65,0%) больных маточные трубы проходимы, а у 7 (35,0%) - непроходимость маточных труб. Неровные контуры полости матки (неправильной треугольной формы) отмечались у 9 пациенток, а симптом «законтурных теней» различной величины (от 0,2 до 0,5 см) и формы (извитой, треугольной) - у 5. У 12 пациенток неравномерное распределение контраста при излитии из маточных труб в полость малого таза позволило предположить наличие спаечного процесса.

У больных 2-ой группы при бимануальном исследовании до оперативного вмешательства выявлены кисты яичников, болезненность при их пальпации, а также в области позадиматочного пространства, ограничено подвижны, спаяны с окружающими органами, плотной или тугоэластичной консистенции, иногда с неровной поверхностью. Перед менструацией размеры их несколько увеличивались, болезненность нарастала. Односторонние кисты яичников обнаружены у 35 (70,0%), двухсторонние у 15 (30,0%). Отмечен спаечный процесс в малом тазу.

УЗИ проведено всем обследованным пациенткам из 2-ой группы.

В большинстве случаев кисты локализовались сбоку от матки или позади неё. У 42 (84,0%) больных киста была несмещаемой, у 8 (16,0%) - при надавливании датчиком поддавалась смещению. Они представляли собой круглые или овоидные образования от 0,8 до 12,0 см, причём наиболее часто у 45 (90,0%) больных были размеры от 2,5 до 7,0 см. При таких размерах кисты у 34 (68,0%) пациенток выявлялся характерный двойной контур с заметным внутренним слоем повышенной эхогенности толщиной 0,1-0,15 см, при средней эхогенности с толщиной капсулы от 0,2 до 0,5 см. Повышенная эхогенность отмечена у 17 (34,0%), средняя эхогенность - у 25 (50,0%) больных и анэхогенная эндометриоидная киста яичников обнаружена у 1 (2,0%). У 28 (56,0%) содержимое кисты было однородным в виде мелкодисперсной несмещаемой взвеси. У 7 (14,0%) больных выявлены плотные пристеночные гиперэхогенные включения размером от 0,0 до 3,0 см, овальной формы, однородной структуры.

Обследование в динамике позволило выявить уменьшение размеров кисты к 7-у дню по сравнению с 1-м днём менструального цикла.

Лапароскопия позволила поставить диагноз всем больным со 2-ой группы. При этом были обнаружены кисты диаметром от 2 до 6 см с плотной белесоватой капсулой тёмно-синего цвета, места багрового цвета, спаянные с боковой поверхностью матки, маточной трубой. Содержимое кист было шоколадного цвета, густое, дёгтеобразное, а также синюшные образования размерами до 0,5x0,5 см (иногда скопления более тёмных включений общим размером до 3-х

см, располагавшиеся на поверхности яичника).

В комплекс обследования больных генитальным эндометриозом были включены лабораторные исследования. Анализ лабораторных показателей крови и мочи не выявил патологических изменений. В клиническом анализе крови у 14 (20,0%) больных из 1-ой группы и у 7 (14,0%) из 2-ой группы обследованных женщин обнаружен незначительный лейкоцитоз без сдвига лейкоцитарной формулы влево, показатели СОЭ имели тенденцию к увеличению в последние дни менструального цикла.

#### **Выводы.**

1. Комплексное обследование пациентов (общеклиническое, ультрасонографическое, гистеросальпингографическое, лапароскопическое, гистероскопическое) – основа диагностики эндометриоза.

2. Инструментальные критерии диагностики наружного и внутреннего генитального эндометриоза дают возможность определить степень распространения процесса и своевременно начать терапию.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Диагностика эндометриоза / Л.В. Адамян [и др.] // Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2012. – С. 409-451.

2. Логинова, О.Н. Клинические особенности наружного генитального эндометриоза / О.Н. Логинова, М.М. Сонова // Акушерство. Гинекология. Репродукция. – 2011. – № 6. – С. 28-29.

## **СОДЕРЖАНИЕ НЕЙРОМЕДИАТОРОВ, ИХ ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ И МЕТАБОЛИТОВ В НЕКОТОРЫХ ОТДЕЛАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

*Гуща В.К.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Алкоголизм – глобальная проблема современного общества. Ежегодно от непосредственного употребления алкоголя, последствий его негативного воздействия на организм, ДТП, преступлений, совершенных лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения, умирает огромное количество людей [1].

По данным Национального статистического комитета Республики Беларусь на начало 2018 года число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом алкоголизма и алкогольного психоза составляет 18239 человек [2]. Следует отметить, что существует категория лиц, злоупотребляющих алкоголем, но не состоящих на учете.

В настоящее время можно говорить о преимущественном прерывистом