

Е. Н. Кириллова<sup>1</sup>, В. А. Шостак<sup>2</sup>, С. А. Павлюкова<sup>1</sup>,  
Я. Б. Станкевич<sup>2</sup>, Е. А. Сентюрова<sup>2</sup>, Л. С. Ладутько<sup>2</sup>

## ТЕКАЛЮТЕИНОВЫЕ КИСТЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,<sup>1</sup>  
УЗ «5 городская клиническая больница»<sup>2</sup>

Текалютеиновые кисты яичников являются доброкачественной и достаточно редкой патологией, развивающейся во время беременности. В статье представлены клинические случаи крупных текалютеиновых кист, возникших во время беременности, впервые выявленных во втором триместре гестации, с различными исходами — осложненный спонтанным разрывом одной из камер в послеоперационном периоде и с благоприятным исходом и спонтанной редукцией новообразований после родоразрешения. В ходе динамического наблюдения отмечалось прогрессивное увеличение размеров новообразований яичников с достижением максимального объема к моменту родоразрешения в сроке гестации 37–38 недель в первом случае, и увеличение овариальных образований во втором триместре с последующей стабилизацией объема к 32–33 неделям гестации, при котором выполнено родоразрешение по экстренным акушерским показаниям. Послеоперационный период в первом клиническом наблюдении осложнился спонтанным разрывом кисты с развитием внутрибрюшного кровотечения в первые сутки послеродового периода, что повлекло необходимость релапаротомии и выполнения аднексэктомии. В то время как во втором клиническом случае послеоперационный период протекал без осложнений, через месяц на контрольном ультразвуковом исследовании отмечен динамический регресс яичниковых образований.

**Ключевые слова:** текалютеиновые кисты, беременность, ультразвуковая диагностика.

Е. Н. Kirillova, V. A. Shostak, S. A. Pavlukova, Y. B. Stankevich,  
E. A. Sentyurova, L. S. Ladutko

## THECALUTEIN CYSTS DURING PREGNANCY: CLINICAL CASES

Thecalutein cysts are benign and quite rare pathology in pregnancy. The article presents clinical cases of large thecalutein cysts that occurred during pregnancy, first identified in the second trimester of gestation with different outcomes — complicated by spontaneous rupture of the ovary in the postoperative period and with a favorable outcome and spontaneous reduction of cysts after delivery. During dynamic follow-up, there was a progressive increase in the size of the neoplasm, with the maximum volume reached by the time of delivery at 37–38 weeks gestation in the first case, and an increase in ovarian formations in the second trimester, followed by volume stabilization by 32 weeks of gestation, at the time delivery was performed, in the second case. The postoperative period in the first clinical case was complicated by spontaneous cyst rupture with the development of intraabdominal bleeding on the first day of the postpartum period, which necessitated relaparotomy and adnexectomy. While in the second clinical case, the postoperative period was uneventful, a month later, a regression of ovarian formations was identified by control ultrasound examination.

**Key words:** thecalutein cysts, pregnancy, ultrasound diagnostics.

Опухоли и опухолевидные образования яичников занимают второе место в структуре всех новообразований женских половых органов, однако у беременных женщин диагностируются не более чем в 5 % случаев [1, 6]. Тем не менее, выявление опухолей яичников во время беременности требует тщательного обследования и установления характера данных новообразований, так как во многих случаях это определяет дальнейшую тактику ведения.

Большинство выявляемых новообразований являются функциональными и представлены фолликулярными кистами и кистами желтого тела, чаще всего диагностируемыми в I триместре и до 70 % из них спонтанно регрессирующими ко II триместру беременности. Опухоли, которые не регрессируют во время беременности, также чаще носят доброкачественный характер (например, тератомы), но требуют обсуждения необходимости оперативного вмешательства со срочным гистологическим исследованием и сроков его проведения. Однако, необходимо помнить, что достаточно редко при беременности может развиваться *hyperreactio luteinalis* – состояние, которое характеризуется выраженным увеличением яичников за счет лютеинизированных фолликулярных кист и гипертрофии их внутреннего слоя. Считается, что состояние называемое лютеиновой гиперреакцией, вызвано повышенным уровнем лютеинизирующего гормона/ $\beta$ -хорионического гонадотропина ( $\beta$ -ХГЧ) или чрезмерной овариальной стромальной чувствительностью к  $\beta$ -ХГЧ [6]. Чаще это состояние ассоциировано с гестационной трофобластической болезнью, гиперстимуляцией яичников при проведении экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) или вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), многоплодной беременностью или плацентомегалией. Однако недооценка возможности развития такого состояния при спонтанной одноплодной беременности и чрезмерная онкологическая настороженность могут привести к неоправданному хирургическому вмешательству, осложненному течению беременности, снижению фертильности и недостаточности функции яичников в последующем [4, 5].

Согласно данным литературы текалютеиновые кисты обычно возникают в зрелом репродуктивном возрасте, чаще в возрасте

30–40 лет, преимущественно у многорожавших женщин. Клиническое течение, как правило, бессимптомное, увеличение яичников обычно диагностируется во время ультразвукового исследования или при кесаревом сечении. Однако при развитии осложнений – разрывах кист, перекрутах яичников, кровоизлияниях – возникает болевой синдром, иногда с клинической картиной «острого живота». В клинической картине у 25 % беременных могут также отмечаться признаки вирилизации (гирсутизм, акне, клиторомегалия, темпоральная алопеция, «огрубение» голоса), которые усиливаются во второй половине беременности. При этом отмечается увеличение уровня тестостерона и других андрогенов в сыворотке крови по сравнению с аналогичным показателем в норме, так как гистологически эти кисты состоят из клеток теки, в некоторых случаях частично из клеток гранулезы, которые продуцируют андрогены. У 70 % новорожденных девочек, рожденных матерями с признаками вирилизации, могут отмечаться аналогичные проявления. Описаны также случаи развития тиреотоксикоза во время беременности, что связано со стимулирующим эффектом ХГЧ на ткань щитовидной железы, имеющее место преимущественно в первом триместре, однако при развитии тека-лютеиновых кист данное состояние может прогрессировать во втором и третьем триместре, обуславливая присоединение такой акушерской патологии как преэклампсия, преждевременные роды [2, 6].

В послеродовом периоде текалютеиновые кисты регрессируют самостоятельно через несколько месяцев. Хирургическое лечение не требуется, за исключением возникновения осложнений (разрыв, перекрут яичника). Описаны также случаи консервативного ведения текалютеиновых кист с тонкоигльной пункцией камер наибольшего диаметра под ультразвуковой навигацией для верификации диагноза и профилактики перекрута или спонтанного разрыва яичника [3]. Но так как это состояние редкое, врачами, впервые столкнувшимися с этой ситуацией, ввиду онкологической настороженности может быть произведено неоправданное удаление яичников при данной патологии. Учитывая актуальность проблемы, приводим описание собственных наблюдений текалютеиновых кист больших размеров при спонтанной беременности и использовании ВРТ.

## Материал и методы

### Клинический случай 1

Пациентка Б., 34 лет, госпитализирована для родоразрешения в сроке гестации 36–37 недель (256 дней) по направлению врача женской консультации. Из анамнеза установлено: Менструальная функция установилась в 13 лет, менструации регулярные, через 32 дня, продолжительностью 3–4 дня. Гинекологический анамнез отягощен наличием новообразования левого яичника, осложненного перекрутом придатков матки в 2002 г., с оперативным лечением в объеме аднексэктомия слева; а также первичным бесплодием эндокринного генеза (в связи с синдромом поликистозных яичников), лечение которого проводилось с использованием ЭКО. Данная беременность вторая, первая закончилась медикаментозным прерыванием в связи с неразвивающейся беременностью в сроке 5–6 недель после применения ЭКО без осложнений. Настоящая беременность также наступила в результате ЭКО (в криопротоколе произведен эмбриотрансфер с имплантацией двух эмбрионов) с развитием дихориальной диамниотической двойни. В течение гестации отмечалась анемия легкой степени и вагинит во втором триместре гестации, а также угроза преждевременных родов и истмико-цервикальная недостаточность в сроке 28–29 недель с коррекцией акушерским пессарием.

В первом триместре выполнено скрининговое ультразвуковое исследование (УЗИ), при котором установлен срок гестации 12 недель 6 дней, врожденные аномалии плодов не установлены, матка и правый яичник не изменены. В сроке гестации 19 недель 3 дня отмечено значительное увеличение правого яичника, который был представлен кистозным образованием размерами 122×56×39 мм (объемом 138 см<sup>3</sup>), с последующим увеличением размеров яичника и кистозных полостей в 27 недель гестации до 160×100×88 мм (объем 737 см<sup>3</sup>) соответственно. В связи с вышеизложенным, пациентке проведена магнитно-резонансная томография малого таза, на котором верифицировано многокамерное кистозно-солидное образование правого яичника, с участками ограниченной диффузии, которое распространяется в брюшную полость до пе-

чени, сканированное целиком только в коронарных срезах, размерами 180×70×120 мм (объем 830 см<sup>3</sup>). С целью дифференциальной диагностики пациентке выполнено исследование онкомаркеров СА-125 и раково-эмбрионального антигена, которые составили 70,46 Ед/мл и 0,836 нг/мл соответственно. Консультирована врачом онкологом. Установлен диагноз: Текалютеиновая киста правого яичника, рекомендовано пролонгирование беременности, родоразрешение операцией кесарева сечения в сроки согласно акушерской ситуации с резекцией яичника и срочным гистологическим исследованием.

Учитывая многоплодную беременность, наличие новообразования правого яичника, длительное бесплодие, ЭКО, для родоразрешения госпитализирована в сроке гестации 36–37 недель. Перед родоразрешением выполнено полное клиническое и инструментальное обследование. При УЗИ исследовании установлено персистирование новообразования правого яичника, который представлен многокамерным кистозным образованием размерами 182×88×144 мм (1245 см<sup>3</sup>) с низкоскоростным кровотоком в перегородках, большинство полостей с анэхогенным компонентом, некоторые полости с гиперэхогенным компонентом, аваскулярные при цветном доплеровском картировании. Заключение: Дихориальная диамниотическая двойня (1-й плод соответствует 35 неделям 4 дням, 2-й плод – 37 неделям 2 дням), нарушений фето-плацентарного кровотока не установлено. Новообразование правого яичника по типу тека-лютеиновой кисты. Онкомаркер Са-125 составил 40,87 Ед/мл (рисунк 1).

В сроке гестации 260 дней (37–38 недель) выполнено elective кесарево сечение: извлечен живой доношенный ребенок женского пола массой 2670 длина 47 см (Апгар 8/8 баллов) и живой доношенный ребенок женского пола массой 2240 длина 48 см (Апгар 8/8 баллов). При ревизии органов малого таза и брюшной полости установлено: петли сигмовидной кишки припаяны на всем протяжении к задней поверхности матки и левому параметрию, левые придатки отсутствуют. Правый яичник представлен многокамерным образованием синюшно-багрового цвета размерами 20×10×18 см с камерами от 2 до 7 см и се-



## □ Случай из практики



Рисунок 1. Трансабдоминальное УЗИ. Увеличенный правый яичник с множественными тонкими перегородками и кистозными полостями в 36–37 недель гестации



Рисунок 2. Интраоперационный вид постгравидарной матки после кесарева сечения с наличием значительно увеличенного правого яичника с множественными кистозными полостями (тека-лютеиновая киста)

розным содержимым, достигающее нижнего края печени, в плотных спайках с петлями кишечника, большим сальником, париетальной брюшиной (рисунок 2).

Учитывая возраст женщины, наличие обширного спаечного процесса, анатомические изменения правого яичника, отсутствие изменений органов брюшной полости, свидетельствующих о канцероматозе, интраоперационно принято

решение выполнить висцероадгезиолизис, мобилизацию петель тонкого и толстого кишечника, частичную резекцию сальника в пределах спаечного процесса, резекцию правого яичника со срочным гистологическим исследованием. Брюшная полость дренирована. Общая кровопотеря во время операции составила 800 мл. Гистологическое исследование биоптата яичника – текалютеиновая киста.

В динамике послеоперационного наблюдения в отделении интенсивной терапии через 8 часов отмечено снижение гемоглобина до 86 г/л, гематокрит 25 %, тромбоциты  $306 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $27,8 \times 10^9$ /л, С-реактивный белок 22,6 мг/л, альбумин 22,05 г/л, Д-димер 30 мкг/мл.

Объективно перитонеальные симптомы отсутствуют, живот мягкий, чувствительный при пальпации в области послеоперационной раны. Матка плотная, 16 см выше уровня лонного сочленения. По дренажной трубке около 150 мл серозно-геморрагического отделяемого. Продолжена инфузионная терапия, динамическое наблюдение, выполнено УЗИ органов малого таза и брюшной полости. В динамике в течение двух часов прогрессировали симптомы общей слабости, появилась нестабильность гемодинамических показателей с тенденцией к гипотензии, снижение гемоглобина до 65 г/л, гематокрита до 18 %. При УЗИ органов брюшной полости установлено наличие свободной жидкости в брюшной полости с элементами фибрина. По дренажу выделилось 100 мл темной крови (суммарно 250 мл с момента операции). Поставлен диагноз: Поздний послеоперационный период. Внутривнутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок 2 ст. Новообразование правого яичника (текалютеиновая киста). Спаечный процесс органов малого таза и брюшной полости. Принято решение о релапаротомии, ревизии органов брюшной полости и малого таза, гемотрансфузии; учитывая отсутствие изменений гемостазиограммы и тромбоэластограммы, от введения фибриногена и факторов свертывания крови решено воздержаться. При выполнении релапаротомии установлено в брюшной полости геморрагическое содержимое со сгустками в объеме 800 мл, источник кровотечения – разрыв кистозно-измененного правого яичника в области ворот, размеры которого достигают  $18 \times 10 \times 10$  см, неизменная яичниковая ткань не определяется, область послеоперационного шва на матке состоятельна, матка плотная, в связи с чем принято решение о выполнении аднексэктомии справа в связи с анатомическим расположением разрыва и невозможностью выполнения адекватного гемостаза. Произведена аднексэктомия справа. Общая кровопотеря составила 1730 мл. Морфологи-

ческое исследование подтвердило текалютеиновую трансформацию яичника с множественными кровоизлияниями.

В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка в удовлетворительном состоянии выписана на 10-е сутки после родоразрешения. Учитывая развившееся осложнение – спонтанный разрыв текалютеиновой кисты правого яичника и внутрибрюшное кровотечение, что может быть связано с большими размерами и напряженностью камер, изменением внутрибрюшного давления после родоразрешения, адгезионным процессом в брюшной полости, которые обусловили выполнение аднексэктомии справа – после родоразрешения даны рекомендации о дальнейшей тактике ведения пациентки с пролонгированием лактации и после ее прекращения назначении заместительной гормональной терапии.

#### *Клинический случай № 2*

Пациентка К. 25 лет обратилась в женскую консультацию для постановки на учет по беременности и была направлена в кабинет пренатальной диагностики в сроке 12 недель беременности.

Из анамнеза: менструации с 16 лет, умеренные, безболезненные. Менструальный цикл установился сразу, через 28 дней, по 7 дней. Первая беременность закончилась срочными родами в 38 недель беременности путем кесарева сечения по поводу развившегося панкреатита; родился мальчик весом 3240 г, длиной 51 см с оценкой по Апгар 8/8 баллов. Вторая беременность через два года закончилась срочными родами путем кесарева сечения в сроке 38 недель; родился мальчик весом 3380 г, длиной 53 см с оценкой по Апгар 8/9 баллов. Настоящая беременность третья, планируемая.

В пренатальном центре выполнено УЗИ. Заключение: Срок беременности 11 недель 3 дня. Пороки развития, видимые в данный срок беременности, не выявлены. Как следует из протокола исследования – стенки матки и область придатков без особенностей. Однако четкие размеры яичников не приведены. Таким образом, образования описаны не были.

В сроке 16–17 недель беременности направлена врачом женской консультации на гос-

## □ Случай из практики

питализацию по поводу болей в животе, где выполнены УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Заключение УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения в поджелудочной железе. При УЗИ органов малого таза выявлено, что правый яичник представлен многокамерным образованием  $87 \times 67 \times 74$  мм (объем  $225,5 \text{ см}^3$ ), левый – многокамерным образованием  $62 \times 42 \times 62$  мм (объем  $84,4 \text{ см}^3$ ). Заключение: Беременность 16 недель. Двусторонние кисты яичников. Пациентке выполнено исследование СА-125 –  $28,4 \text{ МЕ/мл}$ . Проведена консультация онкогинеколога. Заключение: Беременность 17 недель. Двусторонние кисты яичников. Учитывая отсутствие данных за наличие злокачественного процесса, рекомендовано наблюдение акушера-гинеколога и родоразрешение согласно акушерской ситуации. После проведения курса спазмолитической терапии в удовлетворительном состоянии выписана домой.

В 19 недель выполнено второе скрининговое исследование в пренатальном центре. Отмечено увеличение размеров яичниковых образований: правый яичник представлен многокамерным образованием, распространяющимся от области перешейка до правого изгиба ободочной кишки, размерами  $233 \times 69 \times 121$  мм (объем  $1017,4 \text{ см}^3$ ); левый яичник представлен многокамерным образованием размерами  $126 \times 110 \times 75$  мм (объем  $543,6 \text{ см}^3$ ). При описании плаценты отмечено снижение ее эхогенности и уменьшение площади плацентарной площадки, толщина плаценты составила 52 мм. Заключение: Беременность 19 недель 6 дней (по генетическому УЗИ I триместра). Беременность 19 недель 0 дней по фетометрии. Риск ранней формы задержки развития плода. Нарушение фетоплацентарного кровотока в артерии пуповины. Двусторонние кисты яичников (текалютеинозные?). Пациентка направлена на госпитализацию, где проведено лечение, направленное на улучшение маточно-плацентарного кровотока. Учитывая значительное увеличение размеров образований, проведена повторная консультация онкогинеколога. Заключение: Беременность 19 недель. Двусторонние текалютеинозные кисты яичников. Консилиумом принято решение воздержаться от оперативного лечения. Пациентка выписана с улучшением с диагнозом: Беременность

19–20 недель. Хроническая фетоплацентарная недостаточность, субкомпенсированная. Двусторонние кисты яичников (текалютеинозные). Сопутствующий диагноз: Оперированная матка. Хронический панкреатит, ремиссия. Хроническая артериальная гипертензия, существовавшая до беременности.

В последующем пациентка наблюдалась в женской консультации с динамическим ультразвуковым контролем за размерами яичников и состоянием плода в пренатальном центре в 23 и 27 недель беременности. В протоколе ультразвукового скрининга в 23 недели роста яичниковых образований не выявлено: правый яичник представлен многокамерным кистозным образованием  $205 \times 94 \times 141$  мм (объем  $1420 \text{ см}^3$ ), левый –  $124 \times 79 \times 79$  мм (объем  $407 \text{ см}^3$ ). При ЦДК отмечены единичные локусы кровотока по периферии и в перегородках. Заключение: Беременность 23 недели 5 дней (по генетическому УЗИ I триместра). Беременность 22 недели 3 дня по фетометрии. Маловесный к сроку гестации плод. Нарушений фетоплацентарного кровотока не выявлено. Двусторонние кисты яичников (текалютеинозные) (рисунок 3).

Следующее ультразвуковое исследование выполнено в 26 недель. Правый яичник  $145 \times 97 \times 112$  мм (объем  $828 \text{ см}^3$ ), левый –  $125 \times 95 \times 103$  мм (объем  $600 \text{ см}^3$ ). При ЦДК отмечены единичные локусы кровотока по периферии и в перегородках. Заключение: Беременность 26 недель (по генетическому УЗИ I триместра). Беременность 23 недели 5 дней по фетометрии. Ранняя задержка развития плода. Нарушений фетоплацентарного кровотока не выявлено. Двусторонние кисты яичников (текалютеинозные). Пациентке предложена госпитализация в стационар, от которой она категорически отказалась.

В 30–31 неделю при очередном динамическом ультразвуковом исследовании отмечено уменьшение размеров образований яичников: правый яичник –  $114 \times 64 \times 75$  мм (объем  $286 \text{ см}^3$ ), левый яичник –  $52 \times 24 \times 38$  мм (объем  $25 \text{ см}^3$ ), выявлено нарушение фетоплацентарного кровотока 2 степени по поводу чего пациентка направлена на госпитализацию. Заключение ультразвукового исследования: Беременность 30 недель 6 дней (по генетическому УЗИ I триместра). Беременность 29 недель по фето-



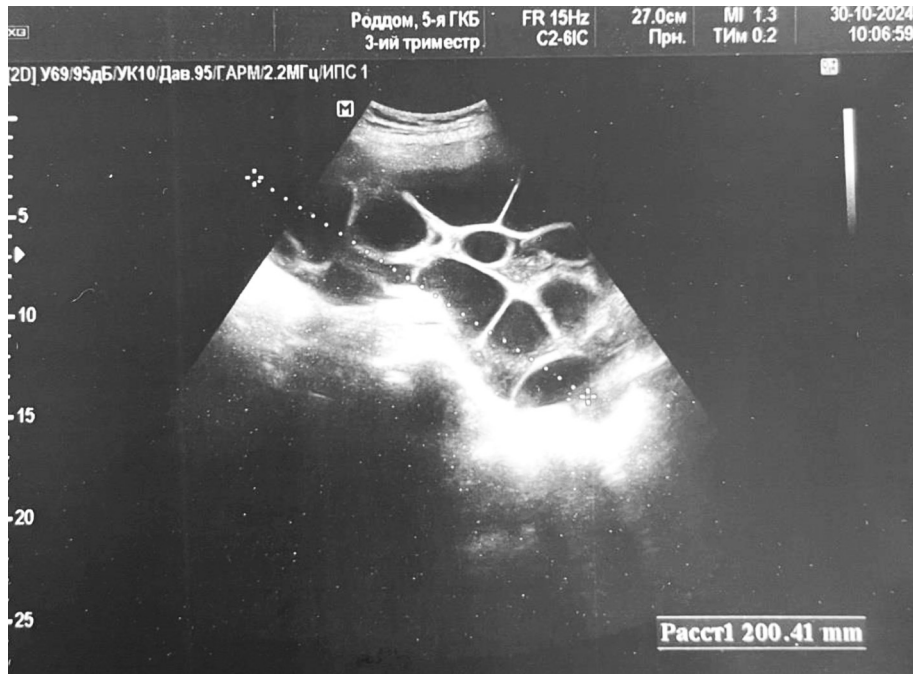


Рисунок 3. Ультразвуковой снимок увеличенного правого яичника в 22–23 недели гестации

метрии. Ранняя задержка развития плода. Нарушение фетоплацентарного кровотока 2 степени. Двусторонние кисты яичников (текалютеиновые). Субамниотическая киста плаценты.

Диагноз при госпитализации: Беременность 218 дней. Хроническая фетоплацентарная недостаточность вторичная, компенсированная. Хроническая гипоксия плода. Отягощенный акушерский анамнез. Оперированная матка. Хроническая артериальная гипертензия, существовавшая до беременности. Хронический панкреатит, ремиссия. Миопия слабой степени. Кисты яичников с двух сторон (текалютеиновые). Проводилась терапия, направленная на улучшение маточно-плацентарного кровотока, профилактика респираторного дистресс-синдрома плода, гипотензивная терапия, профилактика тромбоэмболических осложнений. На фоне проводимого лечения через 9 дней по данным ультразвукового доплерометрического исследования отмечено ухудшение состояния плода – нарушение фетоплацентарного кровотока 2 степени с централизацией кровотока по поводу чего принято решение о досрочном родоразрешении путем операции кесарева сечения с диагнозом: Беременность 227 дней. Хроническая фетоплацентарная недостаточность вторичная, декомпенсированная. Хроническая гипоксия плода. Отягощенный акушерский анамнез. Оперированная матка. Хроническая артериальная гипертен-

зия, существовавшая до беременности. Хронический панкреатит, ремиссия. Миопия слабой степени. Кисты яичников с двух сторон (текалютеиновые).

В ходе оперативного родоразрешения извлечена живая недоношенная девочка массой 1370 г длиной 40 см с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. Признаков вирилизации у ребенка отмечено не было. При ревизии придатков: маточные трубы не изменены, правый яичник размерами 150×80×100 мм, левый яичник – 70×38×40 мм, оба с множественными четко очерченными кистами с прозрачным содержимым без видимых разрастаний. Приводим фотографию макропрепарата, выполненную в ходе оперативного вмешательства (рисунок 4).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Учитывая длительность пребывания пациентки в стационаре с недоношенным ребенком, мы имели возможность осуществлять динамический контроль в послеродовом периоде за состоянием яичников.

На пятые сутки послеродового периода размеры яичников составили: правый яичник – 114×85×99 мм (объем 501,7 см<sup>3</sup>), левый яичник – 71×32×38 мм (объем 45,2 см<sup>3</sup>) (рисунок 5).

Через месяц после родов отмечалось еще более выраженное уменьшение размеров правого и левого яичников, которые составили



Рисунок 4. Интраоперационный вид левого (А) и правого (Б) яичников с наличием многокамерных кист



Рисунок 5. Снимки УЗИ левого (А) и правого (Б) яичников с наличием многокамерных кист в послеоперационном периоде (5-е сутки)

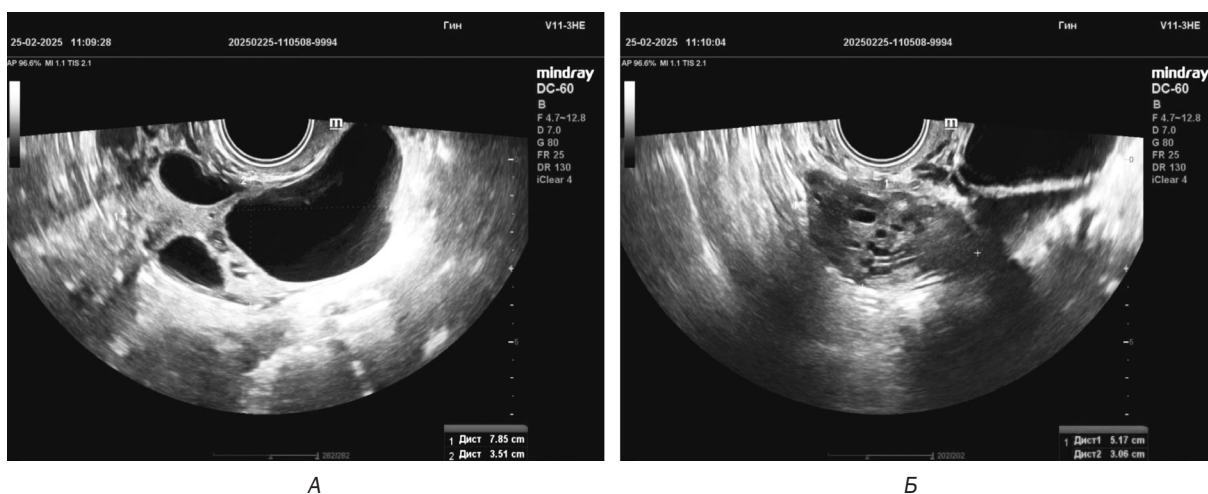


Рисунок 6. Снимки УЗИ левого (А) и правого (Б) яичников через 1 месяц после родов



105×44×91 (объем 215 см<sup>3</sup>) с анэхогенными включениями 40 и 57 мм в диаметре и 51×30×39 мм (объем 33 см<sup>3</sup>) соответственно (рисунок 6).

Через 1,5 месяца пациентка выписана домой с ребенком в удовлетворительном состоянии. Назначено контрольное УЗИ органов малого таза через 2 месяца.

**Обсуждение.** Hyperreactio luteinalis относится к редким состояниям, возникающим во время беременности и характеризуется выраженным увеличением яичников за счет лютеинизированных фолликулярных кист. Согласно данным литературы такая реакция яичников на повышение уровня ХГЧ или в результате чрезмерной чувствительности к ХГЧ отмечается у пациенток при использовании ВРТ, синдроме гиперстимуляции яичников (СГЯ), многоплодной беременности, патологической беременности, которая развивается с формированием пузырного заноса, множественных аномалий плода, в том числе и у плодов с триплоидией, сопровождающейся частичным пузырным заносом. Двусторонние, реже односторонние кисты яичников в этих случаях уже выявляются на начальных сроках беременности. Типичная ультразвуковая картина «колеса со спицами» наиболее часто требует дифференциального диагноза между hyperreactio luteinalis и СГЯ после применения ВРТ. СГЯ практически всегда развивается у пациенток после индукции овуляции и крайне редко развивается спонтанно у пациенток с синдромом поликистозных яичников или при пузырном заносе. При этом СГЯ у женщины как правило сопровождается гиповолемией, асцитом, олигурией и нарушением водно-электролитного баланса, признаки вирилизации отсутствуют [2, 4].

Анализ наших случаев показал, что текалютеиновые кисты чаще развиваются после первого триместра у пациенток как при спонтанной беременности, так и при ЭКО, протекают с быстрым и выраженным увеличением размеров яичников при отсутствии какой-либо клинической симптоматики. Часто на этом этапе приходится проводить дифференциальную диагностику со злокачественным процессом. Ультразвуковыми признаками, позволяющими предполагать доброкачественный характер процесса, являются: наличие множественных полостей, разделенных тонкими бессосудисты-

ми перегородками, напоминающими спицы колеса (признак «колеса со спицами»), ровный внутренний контур кистозных полостей, отсутствие солидного компонента, расположение сосудистого рисунка, характерного для васкуляризации ткани яичника [2, 5]. Использование опухолевых маркеров во время беременности является дилеммой, так как уровни многих из них значительно варьируют и не являются специфическими. Возможна оценка таких биомаркеров как СА-125 при сомнительных признаках hyperreactio luteinalis и подозрении на злокачественный характер образования при согласовании с онкологом. В обоих наших случаях онкомаркер СА-125 несколько превышал норму, но отсутствовало значительное повышение, характерное для злокачественного процесса.

Необходимо также учитывать, что текалютеиновые кисты могут достигать значительных размеров, что может приводить к серьезным осложнениям, таким как апоплексия яичника или перекрут придатков, обуславливая развитие «острого» живота и необходимости оперативного лечения, при котором ввиду значительных морфологических изменений яичников не всегда есть возможность сохранения овариальной ткани [3].

Таким образом, осведомленность врачей о возможности развития hyperreactio luteinalis при спонтанной и нормально протекающей беременности, знание ультразвуковых диагностических критериев этого состояния, внимательное отношение к анамнезу пациентки (отсутствие изменений в яичниках до беременности), повышение ХГЧ в крови, позволяют его четко дифференцировать от злокачественного новообразования и избегать ятрогенных вмешательств во время беременности и родов, осуществляя динамический контроль в послеродовом периоде за регрессом этого состояния.

### Литература

1. Abdel-Aleem, H., Al-Hussaini T., Karoush S. Hyperreactio Luteinalis: associated with singleton pregnancy // J. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 20. – P. 315–317.
2. Haimov-Kochman, R., Yanni N., Yagel S., Amsalem H., Lavy Y., Hurvits A. Spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome and hyperreactio luteinalis are entities in continuum // J. Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2004. – Vol. 24(6). – P. 675–678.

3. Kurakula, S., Muralidharan V., Chengappa Appane-ravanda L. et al. Rupture of bilateral theca lutein cysts during pregnancy: a case report // Cureus. – 2022. – Vol. 14(9). – P. e29758. – doi: 10.7759/cureus.29758.

4. Malinowski, A. K., Sen J., Sermer M. Hyperreactio Luteinalis: Maternal and Fetal Effect // J. Obstet. Gynecol. Can. – 2015. – Vol. 37(8). – P. 715–723.

5. Skandhan, A. K., Ravi V. Hyperreactio Luteinalis: an often mistaken diagnosis // Indian J. Radiol. Imaging. – 2014. – Vol. 24(1). – P. 84–86.

6. Watkins, J. C., Lebok P., Young R. H. Hyperreactio Luteinalis (Multiple Luteinized Follicle Cysts): A Report of 10 Cases / Int J Gynecol Pathol. – 2021. – Vol. 40(5). – P. 427–434. – doi: 10.1097/PGP.0000000000000746.

## References

1. Abdel-Aleem, H., Al-Hussaini T., Karoush S. Hyper-reactio Luteinalis: associated with singleton pregnancy // J. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 20. – P. 315–317.

2. Haimov-Kochman, R., Yanni N., Yagel S., Amsalem H., Lavy Y., Hurvits A. Spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome and hyperreactio luteinalis are entities in continuum // J. Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2004. – Vol. 24(6). – P. 675–678.

3. Kurakula, S., Muralidharan V., Chengappa Appane-ravanda L. et al. Rupture of bilateral theca lutein cysts during pregnancy: a case report // Cureus. – 2022. – Vol. 14(9). – P. e29758. – doi: 10.7759/cureus.29758.

4. Malinowski, A. K., Sen J., Sermer M. Hyperreactio Luteinalis: Maternal and Fetal Effect // J. Obstet. Gynecol. Can. – 2015. – Vol. 37(8). – P. 715–723.

5. Skandhan, A. K., Ravi V. Hyperreactio Luteinalis: an often mistaken diagnosis // Indian J. Radiol. Imaging. – 2014. – Vol. 24(1). – P. 84–86.

6. Watkins, J. C., Lebok P., Young R. H. Hyperreactio Luteinalis (Multiple Luteinized Follicle Cysts): A Report of 10 Cases / Int J Gynecol Pathol. – 2021. – Sep 1. – Vol. 40(5). – P. 427–434. – doi: 10.1097/PGP.0000000000000746.

Поступила 12.03.2025 г.