

СОМАТИЧЕСКИЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

З.М. ИКРОМОВА¹

¹ Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: изучить состояние соматического и гинекологического статуса у женщин с доброкачественными опухолями яичников (ДОЯ) и опухолевидными образованиями яичников (ООЯ).

Материал и методы: обследована 321 женщина с ДОЯ и ООЯ. В комплексное обследование были включены традиционные клинические и лабораторные тесты, а также эндоскопические и инструментальные методы исследования.

Результаты: установлено, что в группе больных с ДОЯ ожирение в 3 раза и заболевания щитовидной железы в 7,3 раза чаще диагностируются, чем у женщин контрольной группы. Клиническая характеристика больных с ДОЯ и ООЯ показала, что наиболее частыми проявлениями заболевания явились: нерезкие боли внизу живота или пояснице, различные типы нарушений менструального цикла, бесплодие. Для данных пациенток были характерны: частые детские инфекции, инфекционные и экстрагенитальные заболевания, отягощённый акушерско-гинекологический анамнез.

Заключение: риск развития опухолей яичников велик у женщин с хроническими воспалительными процессами органов гениталий, патологией менструальной функции, гиперпластическими процессами эндо- и миометрия и у перенесших оперативные вмешательства в малом тазу. Женщины этой категории нуждаются в пристальном диспансерном наблюдении и представляют группу риска по развитию опухолей яичников.

Ключевые слова: репродуктивный возраст, доброкачественные образования яичников, опухолевидные образования яичников.

SOMATIC AND GYNECOLOGICAL STATUS OF REPRODUCTIVE-AGE OF WOMEN WITH BENIGN TUMORS AND TUMOR-LIKE FORMATIONS OF THE OVARIES

Z.M. IKROMOVA¹

¹ Tajik National Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Dushanbe, Tajikistan

Objective: To study somatic and gynecological status of women with benign ovarian tumors and tumor-like ovary formations.

Methods: Examined 321 women with benign ovarian tumors and tumor-like ovary formations. The physical examination encompassed traditional clinical and laboratory tests, as well as endoscopic and instrumental methods of investigation.

Results: It is established that in the group of patients with benign ovarian tumors the obesity is 3 times more and thyroid disease is 7.3 diagnosed more often than women in the control group. The clinical characteristics of patients with benign ovarian tumors and tumor-like ovary formations showed, that the most frequent manifestation of the disease were: mild pain in the lower abdomen or lower back, different types of menstrual cycle, infertility. For these patients were characterized by: frequent infant infections, infectious and extragenital diseases, burdened obstetro-gynecological anamnesis.

Conclusions: The risk of developing ovarian tumors are high in women with chronic inflammatory processes of the genital organs, menstrual dysfunctions, hyperplastic processes of endometrium and myometrium, and those who underwent surgical interventions in the pelvis. Women of this category require careful monitoring due to being at risk of developing ovarian formations.

Keywords: Reproductive age, benign ovarian tumor formations, tumor-like ovarian formations.

ВВЕДЕНИЕ

Доброкачественные опухоли яичников являются довольно распространённой патологией среди женщин, и до 11-12%剖腹切 в гинекологических отделениях выполняются по поводу опухолей или их осложнений [1-6]. В большинстве своём опухоли яичников являются доброкачественными и составляют 70-80%, а наиболее часто встречаются эпителиальные образования (22,86%) и зрелые тератомы (15,7%). Значительная часть образований яичников представлена опухолевидными ретенционными образованиями – 70,9% [7]. В последние годы ряд авторов считает, что факторами риска развития доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников является наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний [8-13]. Данная патология приводит к нарушению менструальной,

репродуктивной, сексуальной функций и нередко – к инвалидизации женщины. Эти изменения являются причиной утраты трудоспособности, что обуславливает социальный и экономический аспекты данной патологии [14-17].

Цель исследования

Изучить состояние соматического и гинекологического статуса у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Согласно поставленным целям и задачам изучен соматический и гинекологический статус 321 женщины с доброкаче-

ственными опухолями яичников (ДОЯ) и опухолевидными образованиями яичников (ООЯ). В комплексное обследование были включены традиционные методы клинического и лабораторного обследования. У взятых под наблюдение пациенток тщательно изучался анамнез заболевания, особенности социально-бытовых условий, семейное положение, наследственность, менструальная и генеративная функции и континентальный анамнез.

Статистический анализ полученных данных проведён с помощью прикладной программы «Statistica 6.0» (StatSoft Inc, США). Высчитывались качественные показатели в виде долей (%). Дисперсионный анализ проведён с помощью критерия χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Под наблюдением находились 200 женщин активного репродуктивного возраста (19-40 лет, средний возраст составил $26,6 \pm 0,5$ лет) и 121 женщина позднего репродуктивного возраста (40-50 лет, средний возраст составил $43,4 \pm 0,5$ лет). На первом месте боли внизу живота и в пояснице соответственно в 2,8 и 2,3 раза чаще жаловались пациентки активного и позднего репродуктивного возраста с ООЯ. В то время, как острые боли внизу живота в 3,3 раза больше зарегистрированы у больных активного репродуктивного и у $42,4 \pm 8,6\%$ – позднего детородного возраста с ДОЯ.

Различные типы нарушений менструального цикла (НМЦ) в анамнезе были в 2,2 раза выше у женщин активного детородного возраста с ДОЯ по сравнению с ООЯ. А у пациенток позднего репродуктивного возраста с ООЯ в 1,4 раза выше оказалась частота НМЦ, чем у женщин с ДОЯ. Боли, как правило, не были связаны с менструацией, за исключением пациенток с эндометриоидными кистами. Только у 11 (5,5%) женщин активного и у 18 (14,9%) – позднего репродуктивного возраста с ДОЯ патологический процесс протекал бессимптомно. Бессимптомные опухолевидные образования встречались у каждой четвертой ($24,2 \pm 4,3\%$) женщины активного и у каждой третьей ($30 \pm 5,9\%$) – позднего репродуктивного возраста (табл.).

Из общего количества больных ($n=25$) с эндометриоидными кистами яичников боли различной интенсивности в нижних отделах живота, с иррадиацией в поясничную область, усиливающиеся до и во время менструации, отмечены у 11 (44,0%). Хроническую тазовую боль отмечали 6 (24,0%) женщин; болезненность при половом акте имела место у 8 (32,0%) пациенток.

При осмотре, ожирение различной степени выявлено у каждой четвертой ($n=45$) женщины активного (22,5%) и у каждой третьей ($n=34$) пациентки позднего репродуктивного возраста (28,1%). Дефицит массы тела по частоте был выше у женщин активного детородного возраста – 106 (53%), чем у пациенток позднего репродуктивного возраста – 31 (25,6%).

Изучение менструальной функции женщин репродуктивного возраста показало, что средний возраст менархе в целом не отличался от нормативных показателей и в 94,3% случаев составлял 12-15 лет. При поступлении в стационар, различные типы НМЦ имели место у 148 (74%) женщин активного репродуктивного возраста и у 62 (51,2%) женщин позднего репродуктивного возраста.

Как видно из рисунка 1, самым частым видом нарушений менструального цикла явились ациклические кровотечения – 100 (31,7%), на втором месте по частоте – альгодисменорея 89 (27,7%). У 83 (25,7%) больных имел место гипоменструальный синдром и у 47 (14,9%) – гиперполименорея.

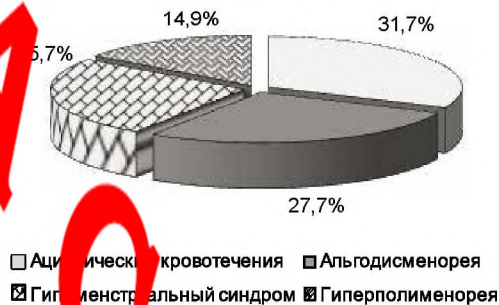


Рис. 1. Частота НМЦ у женщин репродуктивного возраста с ДОЯ и ООЯ

Таблица. Жалобы и клиническая симптоматика у обследованных женщин с ДОЯ и ООЯ

	ДОЯ				p	ООЯ				p
	АРВ		ПРВ			АРВ		ПРВ		
Характер жалоб и симптоматика	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%	
Нерезкие боли внизу живота и в пояснице	23	18,5	5	15,1	$df(1)=0,1 >0,05^*$	51	54,5	9	31,7	$df(1)=6,0 <0,01$
Острые боли внизу живота	52	42,6	14	42,4	$df(1)=0,0 >0,05$	11	11,1	-	-	
Нарушение менструального цикла	36	29,5	9	27,3	$df(1)=0,0 >0,05^*$	13	13,3	23	38,3	$df(1)=13,6 <0,001$
Бессимптомное течение	11	9,0	5	15,1	$df(1)=0,5 <0,05^*$	24	24,2	18	30,0	$df(1)=0,6 >0,05$
Всего	122		33			99		60		

Примечания: p – статистическая значимость различия показателей между группами женщин АРВ и ПРВ (по критерию χ^2 ; * – с поправкой Йетса). АРВ – активный репродуктивный возраст; ПРВ – поздний репродуктивный возраст.

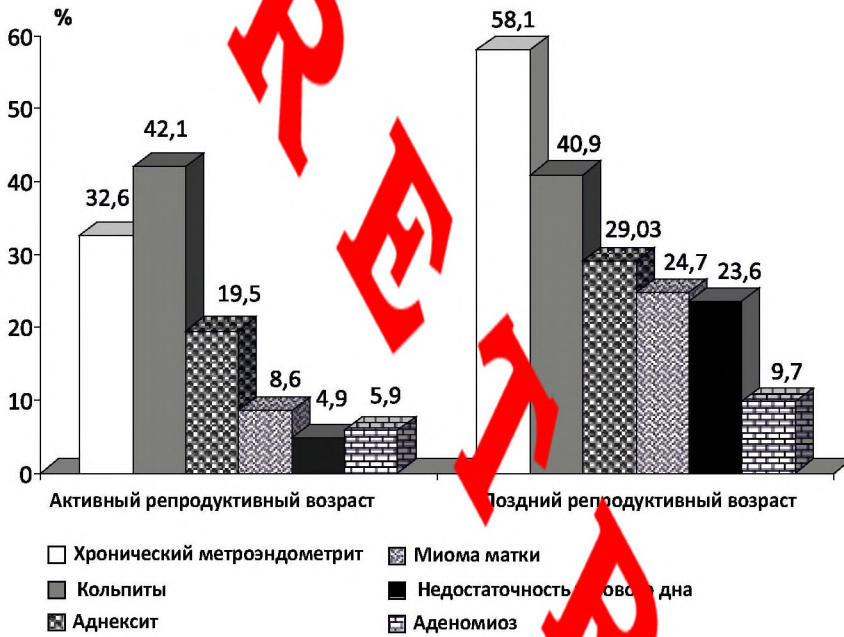


Рис. 2. Сравнительная характеристика сопутствующих гинекологических заболеваний у пациенток активного и позднего репродуктивного возраста с ДОЯ и ООЯ

Результаты сравнительного анализа частоты и характера НМЦ у женщин с ДОЯ и ООЯ показали, что различные типы НМЦ преобладают у пациенток позднего репродуктивного возраста – 71 (59,1%), чем у больных активного детородного возраста – 85 (42,1%). При этом, если у женщин позднего возраста чаще встречаются НМЦ по типу ациклических кровотечений – 27 (22,3%), то у больных активного детородного возраста – альгодисменорея – 39 (19,5%). Гиперполименорея встречалась у каждой десятой – 20 (10%) и у каждой четвертой – 25 (20,6%) пациентки активного и позднего репродуктивного возраста соответственно.

У каждой четвертой пациентки обеих групп диагностирован гипоменструальный синдром – 50 (26%) и 31 (25,6%) соответственно. По данным В.Н. Серова и соавт. (2003) риск возникновения опухолей яичников у женщин с нарушениями менструальной функции выше. При этом у лиц с патологией менструальной функции риск возникновения ООЯ возрастает в 3,4 раза, ДОЯ – в 2,8 раза.

Среди сопутствующих гинекологических заболеваний у женщин с ДОЯ и ООЯ в обеих группах преобладали хронические воспалительные заболевания матки и придатков – 196 (61,5%), хронический эндометрит – 126 (39,2%) и хронический сальпингит – 70 (21,8%), кольпит – 131 (40,8%). Миома матки диагностирована у 42 (13,1%), аденомиоз – у 22 (6,8%) женщин. Основной частой патологией шейки матки была железисто-мышечная гипертрофия – 69 (21,4%); эктопия шейки матки и цервицит диагностированы в 88 (27,4%) случаях. При этом все больные получали только курсы противовоспалительной терапии в течение от 6 месяцев до 2 лет, применяя тепловые процедуры и биогенные стимуляторы. Эти мероприятия, возможно, приводили к увеличению образований в яичниках.

У 23 (6,5%) пациентки в обеих возрастных группах в анамнезе имели место экстренные операции по поводу ДОЯ или ООЯ: цист- или аднекэктомия, или резекция яичника.

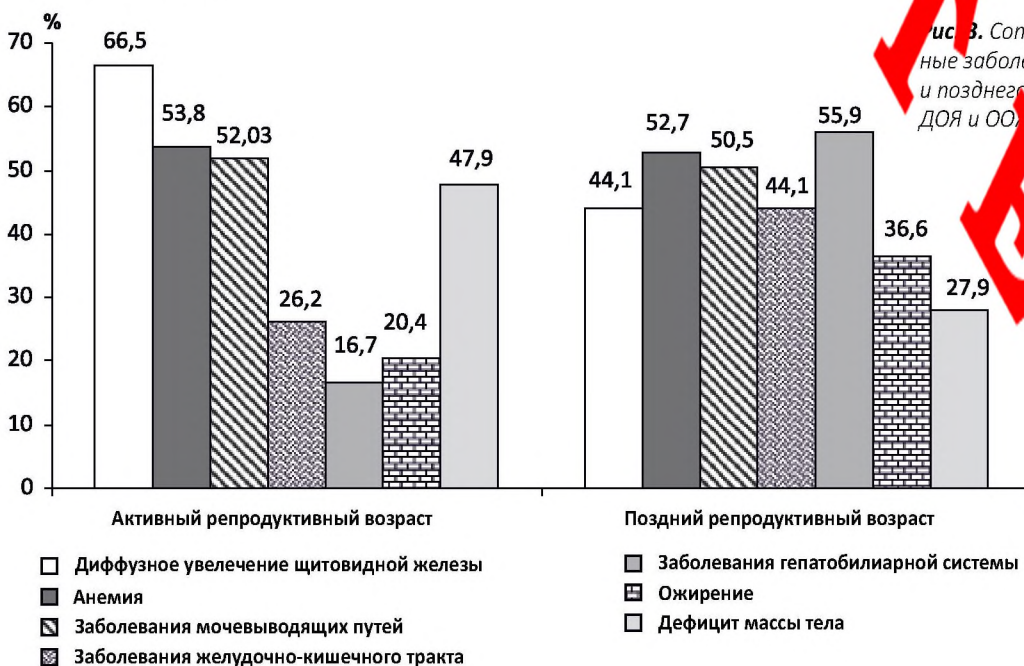


Рис. 3. Сопутствующие экстрагенитальные заболевания у пациенток активного и позднего репродуктивного возраста с ДОЯ и ООЯ

Сравнительный анализ сопутствующих гинекологических заболеваний показал, что наиболее высокая их частота была у пациенток позднего репродуктивного возраста, чем у больных активного детородного возраста (рис. 2). При отсутствии гинекологических заболеваний у женщин отмечается снижение риска развития опухолей яичников.

У обследованных пациенток соматический статус характеризовался высокой частотой экстрагенитальных заболеваний. Часто встречаемым оказался хронический тонзиллит – 115 (36,6%), который обнаруживался в детском возрасте и в период становления менархе.

Перенесённые инфекционные заболевания в обеих возрастных группах были представлены: ОРВИ – 224 (69,7%) пациенток неоднократно, корью – 107 (33,3%), ветряной оспой – 192 (53,8%) и скарлатиной – 173 (53,8%).

В структуре экстрагенитальной патологии (рис. 3) преобладали заболевания щитовидной железы – 188 (58,1%) пациенток, причём у 106 (33,0%) имелось диффузное увеличение щитовидной железы II степени. Анемия различной степени тяжести выявлена у 168 (50,1%) больных, из них в 33 (19,6%) наблюдениях – средней степени (в среднем уровень гемоглобина составил $81,2 \pm 2,4$ г/л) и у 7 (4,2%) больных – тяжёлой степени (средний уровень гемоглобина равнялся $51,3 \pm 4,6$ г/л). Это было связано с длительными кровотечениями при НМЦ и поздним обращением за медицинской помощью.

Заболевания почек и мочевыделительной системы установлены у 51,6% и болезни желудочно-кишечного тракта – у 31,5% женщин. В 42,03% случаях имел место дефицит массы тела. В 25,2% наблюдений больные страдали нарушением об-

менного процесса. Так, в 58,2% случаях имело место ожирение II-III степени. Среди экстрагенитальных заболеваний патология гепатобилиарной системы занимала 6-е место, достигая 28,4%.

При сравнительном анализе сопутствующей экстрагенитальной патологии установлено, что у пациенток активного репродуктивного возраста по частоте преобладали заболевания щитовидной железы (66,5%), анемия различной степени тяжести (53,8%), заболевания мочевыделительной системы (52,3%), заболевания ЖКТ (26,2%), патология гепатобилиарной системы (16,7%).

У больных позднего детородного возраста превалировала патология гепатобилиарной системы (55,9%), анемия различной степени тяжести (52,7%), заболевания мочевыделительной системы (50,5%), а заболевания ЖКТ и диффузное увеличение щитовидной железы встречались с одинаковой частотой (44,1%). Ожирение различной степени выявлено у каждой пятой (20,4%) женщины активного и у каждой третьей (36,6%) пациентки позднего репродуктивного возраста. Дефицит массы тела по частоте был в 1,7 раз чаще выявлен у женщин активного детородного возраста (47,9%), чем у пациенток позднего репродуктивного возраста (27,9%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ сопутствующей экстрагенитальной патологии у женщин при опухолях яичников показал, что её частота вполне обоснованно увеличивается с возрастом больных. При располагающими факторами возникновения ДОЯ в основном являются ожирение и заболевания щитовидной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецова ЕП, Серебренникова КГ, Протопопова ТА. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников. *Вестник национального медикохирургического центра им. Н.И. Пирогова*. 2008;3(1):51-7.
2. Урманчеева АФ, Кутушева ГФ, Ульрих ЕА. *Опухоли яичника (клиника, диагностика и лечение)*. Санкт-Петербург, РФ: «Издательство Н-Л»; 2012. 68 с.
3. Новикова ЕГ, Батталова ГЮ. *Пограничные опухоли яичников*. Москва, РФ: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2007. 152 с.
4. Абузаров РР, Будник ОА. Репродуктивная функция женщин после субтотальной овариоэктомии. *Мать и дитя*. 2007;2:309-10.
5. Azhar E, Seifer DB, Melzer K, Ahmed A, Weedon J, Minkoff H. Knowledge of ovarian reserve and reproductive choices. *J Assist Reprod Genet*. 2015;32(3):409-15.
6. Krishnakumar S. Entry complications in laparoscopic surgery. *J Gynecological Endoscopy and Surgery*. 2009;1:4-11.
7. Ходжамуродова ДА, Хайридинова СС, Нарзуллаева ЗР, Косимова СИ. Синдром поликистозных яичников у женщин с бесплодием, диагностика клинико-гормональных и новых эхографических критериев. *Вестник Авиценны*. 2015;3:47-51.
8. Gremeau AS, Bourdel N, Jardon K, Rabischong B, Mage G. Surgical management of non-epithelial ovarian malignancies: advantages and limitations of laparoscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;172:106-10.
9. Курбанова МХ, Хушвахтова ЭХ, Ашурова ЗА, Набиева ТХ, Рахматуллаев РР. Цитологическая характеристика опухолей и опухолевидных образований у девушек и женщин раннего репродуктивного возраста. *Доклады АН РТ*. 2009;52(5):403-8.

REFERENCES

1. Kuznetsova EP, Serebrennikova KG, Protopopova TA. Clinical-epidemiological characteristics of patients with tumor-like formations and benign ovarian tumors]. *Vestnik natsional'nogo medikokhirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova*. 2008;3(1):51-7.
2. Uрманчеева АF, Кутушева ГF, Ульрих ЕА. *Опухоли яичника (клиника, диагностика и лечение)* [Ovarian tumors (clinics, diagnosis and treatment)]. Saint Petersburg, RF: «Izdatel'stvo N-L»; 2012. 68 p.
3. Novikova EG, Batallova GY. *Pogranichnye opukholi yaichnikov [Borderline ovarian tumors]*. Moscow, RF: OOO «Meditsinskoe informatsionnoe agenstvo»; 2007. 152 p.
4. Abuzyarov RR, Budnik OA. Reproductive function of women after subtotal ovariectomy]. *Mat' i ditya*. 2007;2:309-10.
5. Azhar E, Seifer DB, Melzer K, Ahmed A, Weedon J, Minkoff H. Knowledge of ovarian reserve and reproductive choices. *J Assist Reprod Genet*. 2015;32(3):409-15.
6. Krishnakumar S. Entry complications in laparoscopic surgery. *J Gynecological Endoscopy and Surgery*. 2009;1:4-11.
7. Hojamurodova JA, Hayridinova SS, Narzullaeva ZR, Kosimova SI. Syndrome of polycystic ovary in women with infertility, diagnostic of clinic-hormonal and new ultrasonographic criterias]. *Avicenna Bulletin (Vestnik Avicenny)*. 2015;3:47-51.
8. Gremeau AS, Bourdel N, Jardon K, Rabischong B, Mage G. Surgical management of non-epithelial ovarian malignancies: advantages and limitations of laparoscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;172:106-10.
9. Kurbanova MKh, Khushvakhtova EKh, Ashurova ZA, Nabieva TH, Rahmatullaev PP. Cytological characteristics of tumors and tumor-like formations of young girls and women of early reproductive age]. *Doklady AN RT*. 2009;52(5):403-8.

- Кузнецова ЕП, Серебренникова КГ, Тетелюткина ФК, Халилов РЗ. Значение хирургического этапа в лечении больных с новообразованиями яичников. *Медицинский альманах*. 2010;3:83-6.
- Каримова ЗД, Исмаилова ФТ, Хусанхаджаева МТ. Стратегия и тактика лечения опухолевидных образований яичников в гинекологии. *Акушерство и гинекология*. 2012;5:93-6.
- Ражабова ГБ, Хамидова ЗН. Артериальная гипертензия и поражение почек у женщин фертильного возраста (обзорная статья). *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2016;2:139-46.
- Жильцова ЕЕ. Анализ здоровьесберегающего поведения женщин активного репродуктивного возраста. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2014;3:102-8.
- Мартынов СА. Современные онкомаркеры в дифференциальной диагностике опухолей яичников вне и во время беременности (обзор литературы). *Гинекология*. 2014;16(4):63-7.
- Аксель ЕМ. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы. *Онкогинекология*. 2012;1:18-24.
- Godinjak Z, Bilalović N, Idrizbegović E. Laparoscopic treatment of ovarian dermoid cysts is a safe procedure. *Bosn J Basic Med Sci*. 2011;11(4):245-7.
- Сүлейманова НД. Факторы риска злокачественных новообразований женских половых органов. *Вестник новых медицинских технологий*. 2014;21(1):115.
- of the girls and women of early reproductive age]. *Doklady AN RT*. 2009;52(5):403-8.
- Kuznetsova EP, Serebrennikova KG, Tetelyutina FK, Halilov RZ. Znachenie khirurgicheskogo etapa v lechenii bol'nykh s novoobrazovaniyami yaichnikov [The value of the surgical stage in the treatment of patients with ovarian neoplasms]. *Meditinskiy al'manakh*. 2010;3:83-6.
- Karimova ZD, Ismailova FT, Husanhadjaeva MT. Strategiya i taktika lecheniya opukholevidnykh obrazovaniy yaichnikov v ginekologii [The strategy and tactics of treatment of tumor formations of the ovaries in gynecology]. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2012;5:93-6.
- Razhabova GB, Khamidova ZN. Arterial'naya gipertenziya i porazhenie pochek u zhenshin fertill'nogo vozrasta (obzornaya stat'ya) [Arterial hypertension and damage of kidneys at women of fertile age]. *Nauka molodykh (Eruditio Juvenium)*. 2016;2:139-46.
- Zhil'tsova EE. Analiz zdorov'esberegayushchego povedeniya zhenshin aktivnogo reproduktivnogo vozrasta [Analysis of health saving behaviour of women of active reproductive age]. *Nauka molodykh (Eruditio Juvenium)*. 2014;3:102-8.
- Martynov SA. Sovremennyye onkomarkery v differentsial'noy diagnostike opukholey yaichnikov vne i vo vremya beremennosti (obzor literatury) [Modern oncomarkers in the diagnosis of ovarian tumors outside of and during pregnancy (literature review)]. *Ginekologiya*. 2014;16(4):63-7.
- Aksel EM. Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy zhenskoy polovoy sfery [Statistics of malignant neoplasms of female genital sphere]. *Onkoginekologiya*. 2012;1:18-24.
- Godinjak Z, Bilalović N, Idrizbegović E. Laparoscopic treatment of ovarian dermoid cysts is a safe procedure. *Bosn J Basic Med Sci*. 2011;11(4):245-7.
- Suleymanova ND. Faktory riska zlokachestvennykh novoobrazovaniy zhenskikh polovykh organov [Risk factors of malignant neoplasms of female genital organs]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy*. 2014;21(1):115.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Икромова Зайнаб Мирзоалиевна, заведующая отделением эндовидеохирургии Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали

Конфликт интересов: отсутствует.

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Икромова Зайнаб Мирзоалиевна
заведующая отделением эндовидеохирургии Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии

734025, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Турсунзаде 31
Тел.: (+992) 988 136793
E-mail: ikromovaz@bk.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: ИЗМ
Сбор материала: ИЗМ
Статистическая обработка данных: ИЗМ
Анализ полученных данных: ИЗМ
Подготовка текста: ИЗМ
Редактирование: ИЗМ
Общая ответственность: ИЗМ

Поступила 21.01.2017
Принята в печать 27.04.2017

AUTHOR INFORMATION

Ikromova Zaynab Mirzoalievna, Head of Laparoscopic Surgery Department, Tajik National Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Ikromova Zaynab Mirzoalievna
Head of Laparoscopic Surgery Department,
Tajik National Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

734025, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tursunzade Street 31
Tel.: (+992) 988 136793
E-mail: ikromovaz@bk.ru

Submitted 21.01.2017
Accepted 27.04.2017