

УДК 618.3-06-08:618.1-006.1-089-888

© О. М. Носенко, Л. Л. Васильєва, 2012.

РЕЗУЛЬТАТИ СПОСТЕРЕЖНОЇ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З КІСТАМИ ЖОВТОГО ТІЛА ТА ЕНДОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З ДОБРОЯКІСНИМИ КІСТОЗНИМИ УТВОРЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ

О. М. Носенко, Л. Л. Васильєва

Науково-дослідний інститут медичних проблем сім'ї (директор – професор А. В. Чайка), Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк.

THE RESULTS OF THE OBSERVATIONAL MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH LUTEAL CYSTS AND ENDOSURGICAL TREATMENT OF PREGNANT WOMEN WITH BENIGN OVARIAN CYSTIC FORMATIONS

O. M. Nosenko, L. L. Vasilieva

SUMMARY

The paper presents the results of the study the influence of observational tactics designed for pregnant women with lutein cysts and the postoperative rehabilitation of pregnant women with benign ovarian cystic formations in the state of oxidative and nitrozative homeostasis and the severity of endogenous intoxication.

РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С КИСТАМИ ЖЕЛТОГО ТЕЛА И ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Е. Н. Носенко, Л. Л. Васильєва

РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты изучения влияния разработанной наблюдательной тактики ведения беременных с кистами желтого тела и послеоперационной реабилитации беременных с доброкачественными кистозными образованиями яичников на состояние оксидативного и нитрозативного гомеостаза и выраженность эндогенной интоксикации.

Ключові слова: вагітність, кіста жовтого тіла, доброякісні кистозні утворення яєчників, оксидативний гомеостаз, нітрозативний гомеостаз, ендогенна інтоксикація.

За результатами вивчення стану оксидативного гомеостазу при доброякісних кистозних утвореннях яєчників здійснюється накопичення продуктів вільнорадикального окислення (ВРО) на тлі зниження загальної антиокислювальної активності плазми (ЗАОА) і деяких компонентів антиоксидантної системи [2]. Надлишок вільних радикалів приводить до порушення синтезу ендотеліальною системою оксиду азоту та ендогенної інтоксикації, що під час вагітності може привести до порушень гестації [1, 3-6]. Роботи, присвячені вивченню порушень оксидативного та нітрозативного гомеостазу і вираженості ендогенної інтоксикації та їх корекції при доброякісних кистозних утвореннях яєчників під час вагітності в доступній нам літературі ми не знайшли.

Мета дослідження – дослідити вплив розробленої спостережної тактики вагітних з кістами жовтого тіла та післяопераційної реабілітації вагітних з доброякісними кистозними утвореннями яєчників на стан оксидативного та нітрозативного гомеостазу і вираженість ендогенної інтоксикації.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 125 вагітних групи В, з яких 60 жінкам групи СП, які мали кісти жовтого тіла, проводилася спостережна тактика ведення, 65 групи ЛС, які мали доброякісні кистозні утворення яєчників – ендохірургічне лікування. 30 умовно здорових вагітних з фізіологічним перебігом вагітності контрольної групи КВ2 були без наявності будь-якої ендокринної патології, з нормальною побудовою яєчників.

У групі ЛС було виділено 2 групи: основна група ЛСО – 34 вагітних, які були прооперовані з приводу кистозних утворень яєчників лапароскопічним доступом і отримали розроблений комплекс реабілітаційних заходів; група порівняння ЛСП – 31 вагітна, прооперована з приводу кистозних утворень яєчників лапароскопічним доступом і яка отримала традиційний комплекс реабілітаційних заходів з призначенням знеболень, седативних препаратів і токолітиків. У групі ЛСО, окрім традиційної реабілітації, з першого дня після операції призна-

чали корекцію оксидативного та нітрозативного гомеостазу курсом з 3-5 сеансів безперервного фільтраційного плазмаферезу на препараті «Гемос-ПФ» (НПП «Биотех» МЗО РФ) з перервами між сеансами в 2 дні; введення препарату «Імуноглобулін людини нормальний» виробництва «Биомед им. И.И. Мечникова» (Росія) один раз в 3 дні на курс – 3 внутрішньом'язові ін'єкції; прийомом 4,2% розчину L-аргініну по 25 мл 3 рази на день per os («Тівортін») 20 днів; α -токоферол ацетат в капсулах по 0,2 г 1 раз на добу 20 днів; при зниженому рівні сироваткового прогестерону призначали препарати натурального мікронізованого прогестерону по 100 мг вагінально тричі на добу («Утрожестан», «Ендометрин»).

У групі СПП після виявлення у вагітної кісти жовтого тіла проводили тактику спостереження. У групі СПО після виявлення кісти жовтого тіла призначали корекцію оксидативного та нітрозативного гомеостазу курсом з 3-5 сеансів безперервного фільтраційного плазмаферезу на препараті «Гемос-ПФ» (НПП «Биотех» МЗО РФ) з перервами між сеансами в 2 дні; введення препарату «Імуноглобулін людини нормальний» виробництва «Биомед им. И.И. Мечникова» (Росія) один раз в 3 дні на курс – 3 внутрішньом'язові ін'єкції; прийомом 4,2% розчину L-аргініну по 25 мл 3 рази на день per os («Тівортін») 20 днів; α -токоферол ацетат в капсулах по 0,2 г 1 раз на добу 20 днів; при зниженому рівні сироваткового прогестерону призначали препарати натурального мікронізованого прогестерону по 100 мг вагінально тричі на добу («Утрожестан», «Ендометрин»).

Було проведено визначення ланки показників оксидативного та нітрозативного гомеостазу та вираженості ендогенної інтоксикації у жінок з доброякісними кістозними утвореннями яєчників залежно від тактики ведення в терміні 7-8, 11-12 і 15-16 тижнів вагітності. Вміст у плазмі крові дієнових кон'югат (ДК) ненасичених жирних кислот досліджували методом Z. Placer (1966) у модифікації В.Б. Гаврилова (1983), рівень малонового діальдегіду (МДА) – методом J.A. Knight (1988), перекісного гемолізу еритроцитів (ПГЕ) – методом F.C. Tiager (1968). Резерви антиоксидантної системи крові (АОС) оцінювали за показником ЗАОА плазми методом Г.І. Клебанова (1988), активності супероксиддісмутази (СОД) – методом Fridovich у модифікації О.П. Макаревича (1983), активності каталази (Ка) у сироватці крові – методом М.А. Королук (1988), вміст сироваткового α -токоферолу – методом J. Viery у модифікації Р.Ш. Кисилевич (1973). Для оцінки вираженості ендогенної інтоксикації досліджували концентрацію молекул середньої маси (МСМ) скринінговим методом Н.І. Габриелян (1983) у модифікації А.Н. Ковалевського. Визначення вільного L-аргініну в сироватці крові здійснювали за допомогою аналізатора амінокислот фірми «Botronic» (Німеччина). Проби готували за

методом M. De Wolfe і співавт. Концентрацію нітріт-аніонів (NO₂-) визначали з використанням реактива Грисса-Глосвая (2001).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У вагітних групи ЛСО у терміні 11-12 тижнів вагітності зареєстровано вірогідне збільшення середнього рівня ДК ненасичених жирних кислот порівняно з таким в групі KB2 в 1,16 рази, МДА в еритроцитах крові – в 1,35, ПГЕ – у 1,27 рази, у жінок групи ЛСП – відповідно в 1,17 рази, в 1,34, в 1,26 рази. Видалення кістозних утворень яєчників та проведення розробленого комплексу післяопераційної реабілітації в групі ЛСО привело до того, що в 15-16 тижнів вагітності середні рівні досліджуваних показників вільнорадикального окислення нормалізувалися, при цьому середній рівень ДК знизився в 1,11 ($p_d < 0,01$) рази, МДА – в 1,37 ($p_d < 0,01$), ПГЕ – у 1,18 рази ($p_d < 0,03$).

Видалення кістозних утворень яєчників в групі ЛСП привело до зниження в 15-16 тижнів вагітності ДК в 1,06 ($p_d > 0,05$) рази, МДА – в 1,12 ($p_d > 0,05$), ПГЕ – у 1,07 рази ($p_d > 0,05$), але рівень ДК перевищував такий в групі KB2 в 1,06 ($p < 0,01$) рази, МДА – в 1,17 ($p < 0,01$), ПГЕ – у 1,17 рази ($p < 0,01$). Таким чином, проведення розробленого комплексу післяопераційної реабілітації в групі ЛСО зменшило середній рівень ДК порівняно з таким в групі ЛСП в 1,05 рази ($p < 0,05$), МДА – в 1,21 ($p < 0,01$), ПГЕ – у 1,09 ($p < 0,04$).

Регрес кістозних утворень та проведення розробленої спостережної тактики ведення в групі СПО привело в 11-12 тижнів до зменшення концентрації ДК в 1,09 ($p_d < 0,02$) рази, МДА – в 1,13 ($p_d < 0,01$), ПГЕ – у 1,13 рази ($p_d > 0,05$) та нормалізації цих показників, що зберігалось й при обстеженні в 15-16 тижнів вагітності. У вагітних групи СПП у терміні 11-12 тижнів вагітності, не дивлячись на регрес кістозних утворень, зареєстровано вірогідне збільшення середнього рівня ДК порівняно з таким в групі KB2 в 1,10 рази, МДА – в 1,28, ПГЕ – у 1,24; у терміні 15-16 тижнів вагітності – відповідно в 1,09 рази, в 1,35, в 1,24 рази. Тобто, проведення розробленої спостережної тактики ведення в групі СПО зменшило середній рівень ДК порівняно з таким в групі СПП в 1,05 рази ($p < 0,02$), МДА – в 1,28 ($p < 0,01$), ПГЕ – у 1,15 рази ($p < 0,05$).

При вивченні динаміки показників системи антиоксидантного захисту встановлено, що у вагітних групи ЛСО у терміні 11-12 тижнів вагітності відмічалось порівняно з вагітними групи KB2 зниження в плазмі крові активності Ка в 1,21 рази ($p < 0,01$), активності СОД – в 1,32 ($p < 0,01$), ЗАОА – в 1,14 ($p < 0,01$), в сироватці крові токоферолу- α – в 1,19 ($p < 0,01$), у жінок групи ЛСП – відповідно в 1,20 рази ($p < 0,01$), в 1,29 ($p < 0,01$), в 1,20 рази ($p < 0,01$), в 1,21 рази ($p < 0,01$).

Видалення кістозних утворень яєчників та проведення розробленого комплексу післяопераційної реабілітації в групі ЛСО привело до того, що в 15-16 тижнів вагітності рівні досліджуваних показників антиоксидантного захисту нормалізувалися, при цьому середня активності Ка підвищилась в 1,22 ($p_d < 0,01$) рази, СОД – в 1,29 ($p_d < 0,01$), ЗАОА плазми крові – у 1,10 рази ($p_d < 0,01$), токоферолу- α – у 1,18 рази ($p_d < 0,01$).

Видалення кістозних утворень яєчників в групі ЛСП привело до підвищення в 15-16 тижнів вагітності активності Ка в 1,03 ($p_d > 0,05$) рази, СОД – в 1,08 ($p_d > 0,05$), ЗАОА плазми крові – у 1,07 рази ($p_d < 0,02$), токоферолу- α – у 1,06 рази ($p_d < 0,03$), але активність Ка була менша за таку в групі KB2 в 1,18 ($p_{KB2} < 0,01$) рази, СОД – в 1,23 ($p_{KB2} < 0,01$), ЗАОА – у 1,09 ($p_{KB2} < 0,01$), токоферолу- α – у 1,15 ($p_{KB2} < 0,01$). Тобто, проведення розробленого комплексу післяопераційної реабілітації в групі ЛСО підвищило активності Ка плазми крові порівняно з такою в групі ЛСП в 1,17 рази ($p < 0,01$), активність СОД – в 1,16 ($p < 0,02$), ЗАОА – в 1,05 ($p < 0,04$), вміст токоферолу- α – у 1,13 ($p < 0,01$).

Регрес кістозних утворень та проведення розробленої спостережної тактики ведення в групі СПО привело в 11-12 тижнів до підвищення активності Ка в 1,19 ($p_d < 0,01$) рази, активності СОД – в 1,43 ($p_d < 0,01$), ЗАОА – в 1,14 ($p_d < 0,01$), вміст токоферолу- α – у 1,16 ($p_d < 0,01$) та нормалізації цих показників, що зберігалось й при обстеженні в 15-16 тижнів вагітності.

У вагітних групи СПП у терміні 11-12 тижнів вагітності, не дивлячись на регрес кістозних утворень, зареєстровано зниження середнього рівня активності Ка порівняно з таким в групі KB2 в 1,23 рази ($p < 0,01$), СОД – в 1,32 ($p < 0,01$), ЗАОА – у 1,18 рази ($p < 0,01$), токоферолу- α – у 1,17 рази ($p < 0,01$), у терміні 15-16 тижнів вагітності – відповідно в 1,19 рази ($p < 0,01$), в 1,24 ($p < 0,01$), в 1,09 рази ($p < 0,01$), в 1,14 рази ($p < 0,01$). Тобто, проведення розробленої спостережної тактики ведення в групі СПО підвищило середній рівень активності Ка порівняно з таким в групі СПП в 1,16 рази ($p < 0,01$), активність СОД – в 1,21 ($p < 0,01$), ЗАОА – в 1,07 ($p < 0,03$), вміст токоферолу- α – у 1,13 ($p < 0,01$).

При вивченні показників системи нітрозативного гомеостазу виявлено, що у вагітних групи ЛСО у терміні 11-12 тижнів вагітності відмічалось порівняно з вагітними групи KB2 зниження продукції L-аргініну в 1,26 рази ($p < 0,01$), нітрит-аніону (NO₂-) – в 1,31 ($p < 0,01$), у жінок групи ЛСП – відповідно в 1,22 ($p < 0,01$) і в 1,47 ($p < 0,01$).

Видалення кістозних утворень яєчників та проведення розробленого комплексу післяопераційної реабілітації в групі ЛСО привело до того, що в 15-16 тижнів вагітності рівні досліджуваних показників нітрозативного гомеостазу нормалізувалися, при цьо-

му продукції L-аргініну підвищилась в 1,58 ($p_d < 0,01$), нітрит-аніону (NO₂-) – у 1,34 рази ($p_d < 0,01$). Видалення кістозних утворень яєчників в групі ЛСП привело до підвищення в 15-16 тижнів вагітності продукції L-аргініну в 1,31 ($p_d < 0,01$) рази, нітрит-аніону (NO₂-) – у 1,03 рази ($p_d > 0,05$), але рівень L-аргініну був менший за такий в групі KB2 в 1,17 ($p_{KB2} < 0,01$) рази, нітрит-аніону (NO₂-) – в 1,31 ($p_{KB2} < 0,01$). Тобто, проведення розробленого комплексу післяопераційної реабілітації в групі ЛСО підвищило продукцію L-аргініну порівняно з такою в групі ЛСП в 1,17 рази ($p < 0,01$), нітрит-аніону (NO₂-) – у 1,30 ($p < 0,01$).

Регрес кістозних утворень та проведення розробленої спостережної тактики ведення в групі СПО привело в 11-12 тижнів до підвищення вмісту L-аргініну в 1,27 ($p_d < 0,01$) рази, нітрит-аніонів (NO₂-) – у 1,41 ($p_d < 0,01$) та нормалізації цих показників, що зберігалось й при обстеженні в 15-16 тижнів вагітності. У вагітних групи СПП у терміні 11-12 тижнів вагітності, не дивлячись на регрес кістозних утворень, зареєстровано зниження середнього рівня L-аргініну порівняно з таким в групі KB2 в 1,26 рази ($p < 0,01$), нітрит-аніонів (NO₂-) – у 1,42 рази ($p < 0,01$), у терміні 15-16 тижнів вагітності – відповідно в 1,19 рази ($p < 0,01$), в 1,14 рази ($p < 0,01$). Тобто, проведення розробленої спостережної тактики ведення в групі СПО підвищило продукцію L-аргініну порівняно з таким в групі СПП в 1,16 рази ($p < 0,01$), нітрит-аніонів (NO₂-) – у 1,41 рази ($p < 0,01$).

При дослідженні вираженості ендogenous інтоксикації встановлено, що у вагітних групи ЛСО у терміні 11-12 тижнів вагітності відмічалось порівняно з вагітними групи KB2 підвищення рівня МСМ 238 нм в 1,22 рази ($p < 0,01$), МСМ 254 нм – в 1,34 ($p < 0,01$), МСМ 260 нм – в 1,21 ($p < 0,0009$), МСМ 280 нм – в 1,41 ($p < 0,01$), у жінок групи ЛСП – відповідно в 1,22 рази ($p < 0,01$), в 1,31 ($p < 0,01$), в 1,16 ($p < 0,03$), в 1,45 ($p < 0,01$).

Видалення кістозних утворень яєчників та проведення розробленого комплексу післяопераційної реабілітації в групі ЛСО привело до того, що в 15-16 тижнів вагітності рівні досліджуваних показників ендogenous інтоксикації нормалізувалися, при цьому середній рівень МСМ 238 нм знизився в 1,16 рази ($p_d < 0,01$), МСМ 254 нм – в 1,28 ($p_d < 0,01$), МСМ 260 нм – в 1,17 ($p_d < 0,01$), МСМ 280 нм – в 1,38 ($p_d < 0,01$).

Видалення кістозних утворень яєчників в групі ЛСП привело до зменшення в 15-16 тижнів вагітності вмісту МСМ 238 нм в 1,05 рази ($p_d > 0,05$), МСМ 254 нм – в 1,12 ($p_d < 0,009$), МСМ 260 нм – в 1,02 ($p_d > 0,05$), МСМ 280 нм – в 1,31 ($p_d < 0,01$), але рівень МСМ 238 нм був більший за такий в групі KB2 в 1,15 ($p_{KB2} < 0,01$) рази, МСМ 254 нм – в 1,13 ($p_{KB2} < 0,008$), МСМ 260 нм – у 1,12 ($p_{KB2} < 0,04$), МСМ 280 нм – у 1,06 ($p_{KB2} > 0,05$) рази. Тобто, проведення розробленого комплексу післяопераційної реабілітації в групі ЛСО знизило

вміст МСМ 238 нм порівняно з таким в групі ЛСП в 1,10 рази ($p < 0,003$), МСМ 254 нм – в 1,12 ($p < 0,02$), МСМ 260 нм – в 1,11 ($p < 0,02$), МСМ 280 нм – в 1,08 ($p < 0,03$).

Регрес кістозних утворень та проведення розробленої спостережної тактики ведення в групі СПО привело в 11-12 тижнів до зменшення рівня МСМ 238 нм в 1,11 рази ($p < 0,003$), МСМ 254 нм – в 1,14 ($p < 0,01$), МСМ 260 нм – в 1,07 ($p < 0,05$), МСМ 280 нм – в 1,13 ($p < 0,002$) та нормалізації цих показників, що зберігалось й при обстеженні в 15-16 тижнів вагітності. У вагітних групи СПП у терміні 11-12 тижнів вагітності, не дивлячись на регрес кістозних утворень, зареєстровано підвищення середнього рівня МСМ 238 нм порівняно з таким в групі KB2 в 1,14 рази ($p < 0,01$), МСМ 254 нм – в 1,22 ($p < 0,01$), МСМ 260 нм – у 1,15 ($p < 0,007$), МСМ 280 нм – у 1,26 ($p < 0,01$), у терміні 15-16 тижнів вагітності – відповідно в 1,14 рази ($p < 0,01$), в 1,16 ($p < 0,002$), в 1,13 ($p < 0,003$), в 1,21 ($p < 0,01$). Тобто, проведення розробленої спостережної тактики ведення в групі СПО знизило вміст МСМ 238 нм порівняно з таким в групі СПП в 1,12 рази ($p_{\text{спо-спп}} < 0,0005$), МСМ 254 нм – в 1,11 ($p < 0,005$), МСМ 260 нм – в 1,12 ($p < 0,0003$), МСМ 280 нм – у 1,22 рази ($p < 0,01$).

ВИСНОВКИ

Впровадження розробленого комплексу післяопераційної реабілітації і розробленої

спостережної тактики ведення у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників зменшує порівняно з традиційним накопиченням продуктів вільнорадикального окиснення, підвищує рівень ферментних і неферментних антиоксидантів, продукцію L-аргініну і нітрит-аніонів, знижує вираженість ендогенної інтоксикації

ЛІТЕРАТУРА

1. Клініко-параклінічні прояви прееклампсії залежно від рівня оксиду азоту та його прекурсора L-аргініну в біосубстратах вагітних / С. П. Писарева, В. Б. Ткаченко, С. І. Могілевська [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 4. – С. 196–199.
2. Носенко О. М. Доброякісні кістозні утворення яєчників: епідеміологія, патогенез, діагностика та відновлення репродуктивного здоров'я : автореф. дис... д-ра мед. наук : 14.01.01 / Носенко О. М. ; Нац. мед. академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2008. – 40 с.
3. Arginine flux and nitric oxide production during human pregnancy and postpartum / L. A. Goodrum, G. R. Saade, M. A. Belfort [et al.] // J. Soc. Gynecol. Investig. – 2003. – Vol. 10. – P. 400–405.
4. Fukumura D. The role of nitric oxide in tumour progression / D. Fukumura, S. Kashiwagi, R. K. Jain // Nat. Rev. Cancer. – 2006. – Vol. 6. – P. 521–534.