

А.В. Чайка, О.М. Носенко, Л.Л. Васильєва

**ДОБРОЯКІСНІ КІСТОЗНІ УТВОРЕННЯ
ЯЄЧНИКІВ У ВАГІТНИХ:
ТАКТИКА ВЕДЕННЯ
ТА ЕНДОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ**

Донецьк – 2013

УДК 618.3-06:618.11.006-089.819

ББК Р716.11:Р715.765.2

Ч-15

Ч-15 Чайка А.В. Доброякісні кістозні утворення яєчників у вагітних: Тактика ведення та ендокірургічне лікування (монографія) / А.В. Чайка, О.М. Носенко, Л.Л. Васильєва. – Донецьк, 2013. – 117 с. Іл.

ISBN

У монографії приведені результати науково-дослідної роботи щодо підвищення безпечності та ефективності тактики ведення вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників. Авторами висвітлені особливості перебігу гестаційного періоду та пологів, стану немовлят та долі утворень яєчників у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників при спостережній та хірургічній тактиці ведення, особливості їх гормонального, оксидативного, нітрозативного гомеостазу і вираженості ендогенної інтоксикації, патогенез негативного впливу утворень яєчників на перебіг гестаційного періоду, а також спостережна та ендокірургічна тактика ведення, приведені практичні рекомендації.

Книга призначена для лікарів акушерів-гінекологів, сімейних лікалів та ендоскопічних хірургів.

УДК 618.3-06:618.11.006-089.819

ББК Р716.11:Р715.765.2

Рецензенти:

Е.Б. Яковлева, д.мед.н., проф., професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО Донецького національного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України.

І.З. Гладчук, д.мед.н., проф., професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету МОЗ України.

Монографія затверджена на вченій раді Донецького національного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України 21 грудня 2012 року, протокол № 9.

ISBN

© А.В. Чайка, О.М. Носенко, Л.Л. Васильєва

© Доброякісні кістозні утворення яєчників
у вагітних: тактика ведення
та ендокірургічне лікування, 2013

ВСТУП

За даними різних авторів, утворення яєчників під час вагітності реєструються в 1-4% випадків [1-5]. Більшість цих утворень представлено кістами жовтих тіл вагітності, які зазвичай регресують до 16 тижнів вагітності [6, 7]. Серед найбільш часто персистуючих під час вагітності кістозних утворень яєчників у 45-47,8% випадків зустрічаються зрілі тератоми, у 7,6-28,6% – муцинозні цистаденоми, в 4,3-22% – серозні цистаденоми, у 9,1-21,4% – функціональні кісти, у 7,1-18,2% – ендометріюїдні і в 2,1-7,6% – параоваріальні кісти [1-17]. Від 2,1 до 23% персистуючих під час вагітності кістозних утворень яєчників представлено злоякісними пухлинами [8, 18-22].

До 50-70% персистуючих під час вагітності утворень яєчників не супроводжуються маніфестацією будь-яких клінічних симптомів [11, 18, 23]. Ведення таких безсимптомних утворень яєчників залишається суперечливим [23-25]. Традиційно ці хворі піддавалися лапаротомії та видаленню пухлин у терміні 16-20 тижнів вагітності. Хірургія запобігає таким ускладненням, як перекрут і розрив утворень, а також видаляє перешкоду у вигляді оваріального утворення для розродження через природні пологові шляхи [4, 25, 26]. У той же час хірургія оваріальних утворень під час вагітності може призводити до мимовільного переривання вагітності в ранньому терміні, передчасного розриву навколоплідних оболонок, передчасних пологів і перинатальної смертності [6, 11, 27].

До теперішнього часу питання оперативного лікування вагітних з персистуючими утвореннями яєчників залишаються спірними, недостатньо чітко визначені доцільність проведення оперативного втручання, операційний доступ, термін вагітності, при якому оптимально проводити операцію [28].

Традиційним хірургічним доступом для лікування пухлин яєчників є лапаротомічний. Однак у зв'язку з розвитком нових технологій, широким впровадженням ендоскопічної техніки з'явилися повідомлення про використання лапароскопічного доступу при лікуванні вищевказаної патології під час вагітності [1, 16, 29, 30].

Основними маловивченими проблемними питаннями лапароскопічних втручань є термін вагітності, під час якого доцільно проведення оперативного втручання, точки накладання троакарних портів, перебіг вагітності в післяопераційному періоді та стан новонароджених [26-36].

За результатами вивчення стану оксидативного гомеостазу при доброякісних кістозних утвореннях яєчників здійснюється накопичення продуктів вільнорадикального окислення (ВРО) на тлі зниження загальної ан-

тиокислювальної активності плазми (ЗАОА) і деяких компонентів антиоксидантної системи [37]. Надлишок вільних радикалів приводить до порушення синтезу ендотеліальною системою оксиду азоту та ендогенної інтоксикації [38, 39], що під час вагітності може привести до порушень гестації. Роботи, присвячені вивченню порушень оксидативного та нітрозативного гомеостазу і вираженості ендогенної інтоксикації при доброякісних кістозних утвореннях яєчників під час вагітності в літературі відсутні, як й роботи, присвячені особливостям гормональної функції жовтого тіла та плаценти при даній патології.

Запропоновану авторами монографію присвячено питанням щодо спостережної тактики ведення вагітних з персистуючими утвореннями яєчників та надання їм при необхідності малоінвазивної ендокірургічної допомоги, а також післяопераційних реабілітаційних заходів.

РОЗДІЛ І

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ТА ЕНДОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ КІСТОЗНИХ УТВОРЕНЬ ЯЄЧНИКІВ У ВАГІТНИХ

1.1. Розповсюдженість доброякісних кістозних утворень яєчників під час вагітності та проблеми, пов'язані з їх існуванням

Зареєстрована захворюваність оваріальними утвореннями під час вагітності коливається від 1 на 81 до 1 на 8000 вагітностей [9, 31, 39] або від 1 на 76 до 1 на 2328 пологів [40]. Дослідження, засновані виключно на ультразвуковому виявленні оваріальних утворень [41-44] під час вагітності, показали більш високу поширеність – від 1 випадку на 19 пологів до 1 на 88.

Більшість оваріальних утворень діагностується випадково під час скринінгу першого триместру вагітності при ультразвуковому дослідженні (УЗД) [24, 39]. До широкого застосування раннього антенатального ультразвукового обстеження оваріальні утворення під час вагітності реєструвалися з меншою частотою при фізикальному обстеженні [24].

Відсоток злоякісних оваріальних пухлин під час вагітності, як з низьким злоякісним потенціалом, так і раку яєчників, варіює від 2,15% до 13,5% від загального виявлення оваріальних утворень. Дослідження, присвячені тільки злоякісним пухлинам яєчників [45-49] виявили, захворюваність 0,073-0,11 випадків на 1000 пологів. Ультразвукові дослідження показали нижчий рівень злоякісності, в межах від нуля до 3,6%. За іншими даними загальна частота озлоякіснення оваріальних утворень під час вагітності складає 1-8% [8, 9, 39], або один випадок між на 12 000 і на 47 000 [39]. Злоякісні оваріальні пухлини вважаються другою найбільш поширеною гінекологічною онкологією при вагітності [40].

Проте, озлоякіснення оваріальних утворень є не єдиним ризиком, пов'язаним з пухлинами придатків матки в період вагітності. Оваріальні утворення, які зберігаються в другому триместрі вагітності, схильні до ризику перекруту, розриву, або пологової обструкції.

Традиційне ведення пухлин придатків матки під час вагітності було хірургічним. Однак, хірургічне втручання під час вагітності включає в себе додаткові ризики втрати плода, передчасних переймів, і підвищений ризик розвитку емболії.

Як й у невагітному стані, функціональні кісти є найбільш поширеними оваріальними утвореннями придатків матки в період вагітності. Жовте тіло може зберігатися у другому триместрі і складає 13-17% всіх кістозних оваріальних утворень [34, 50]. Проте, диференціальна діагностика під час вагітності також включає в себе доброякісні утворення, такі як доброякісні кістозні тератоми (7-37% випадків), серозні (5-28%) і муцинозні (3-24%) цистаденоми, ендометріоми (0.8-27%), параоваріальні кісти (<5%), а також лейоміоми (1-2.5%) [8, 9, 12, 13, 34, 50, 51]. Оваріальні злоякісні утворення становить приблизно 1-8% від оваріальних утворень в період вагітності (табл. 1) [8, 9, 12, 39].

Таблиця 1.1

Частота найбільш поширених утворень яєчників під час вагітності

Гістологічний тип оваріального утворення	%
Дермоїдна кістома	25
Кіста жовтого тіла, параоваріальна кіста, функціональна кіста	17
Серозна цистаденома	14
Муцинозна цистаденома	11
Ендометріома	8
Карцинома	2,8
Проліферувальні оваріальні утворення	3
Лейоміома	2

Примітка. Частота приведена з ретроспективних досліджень I. Kumari et al. (2006) [52], R. Moore, W.G. Smith (1999) [13], P. Whitecar et al. (1999) [9], P. Yuen et al. (2004) [51], K.M. Schmeler et al. (2005) [8], Soriano et al. (1999) [34], B. Bromley, B. Benacerraf (1997) [12].

Оваріальні утворення під час вагітності є безсимптомними в 65-80% випадків [40]. Більшість їх діагностується випадково при ультразвуковому скринінгу у першому триместрі [50], вважається, що від 50% до 80% оваріальних утворень виявляються в перших двох триместрах вагітності [40]. Якщо пухлина придатків матки пальпується при обстеженні, УЗД є найкращим методом радіологічного підтвердження через його здатність розрізняти морфологію. Це в кінцевому рахунку дозволяє стратифікацію ризику без шкоди для матері та з безпекою для плода [53]. Кінцевою метою ультразвукової оцінки є допомога лікарю у апріорному визначенні гістологічної структури утворень, що визначає вибір між консервативним лікуванням і хірургічним втручанням.

Ультразвук виявився дуже точним у визначенні злоякісного потенціалу пухлин придатків матки. У дослідженні, проведеному P. Whitecar та ін. (1999) [9], 89 з 91 випадків було діагностовано за допомогою ультразвуку як проста кіста, що було підтверджено при гістології. Хоча 2 з 91 оваріального утворення були розцінені як прості кісти, вони були насправді пухлинами з низьким злоякісним потенціалом, тобто проліферувальними. Усі 6 злоякісних новоутворень в цьому дослідженні були правильно оцінені на підставі комплекс-

ності утворення за даними УЗД [9], Аналогічне дослідження В. Bromley, В. Benacerraf (1997) [12] виявило, що точність УЗД в діагностиці дермоїдної кістоми складає 97%, ендометріоми –80%, простої кісти – 71%. Пізніші ретроспективні дослідження К. Schmeler, W. Mayo-Smith, J. Peipert, S. Weitzen, M. Manuel and M. Gordinier (2005), I. Kumari et al. (2006) [52] мали схожі результати, і, як, й у попередніх дослідженнях, всі випадки оваріального раку були правильно діагностовані при допологовому УЗД.

Деякі з цих досліджень використовували морфологічне дослідження оваріальних утворень для визначення стратифікації ризику озлоякіснення [12, 24, 54]. G.B. Sherard 3rd et al. (2003) [11], В. Bromley and D. Benacerraf (1997) [12], R. Usui et al. (2000) [10], К. Schmeler et al. (2005) [8], L.M. Bernhardt et al. (1999) [44], D.N. Platek et al. (1995) [55] досліджували оваріальні утворення під час вагітності за допомогою УЗД. У цих дослідженнях для сортування в групи високого ризику був використаний початковий розмір оваріальних утворень від 3 до 6 см. Кожен з цих дослідників використовував свою власну форму оцінки ризику, засновану на оцінці комплексності утворень за даними УЗД. Але всі показали, що ультразвукова характеристика комплексності і розмірів утворень яєчників може допомогти в прогнозуванні злоякісних новоутворень. Прогностичними ознаками злоякісності були утворення з перетинками, солідна структура, вузли, папілярні компоненти або середній діаметр більший за 5 см.

J.P. Lerner et al. (1994) [56] характеризував 350 яєчників з утвореннями у вагітних за допомогою модифікованої бальної системи ультразвукового скринінгу. Вони продемонстрували, що загальний бал 3 або більше мав чутливість 96% і специфічність 77% для прогнозування злоякісних новоутворень. Вони також дійшли до висновку, що, чим більше комплексність утворень, тим вище ризик малігнізації.

Недавні дослідження оцінили корисність додавання оцінки доплерівського кровоплину за допомогою сірої шкали УЗД з метою поліпшення чутливості допологової діагностики злоякісних новоутворень.

T.C. Wheeler, A.C. Fleischer [57] обстежили 34 вагітні з комплексними оваріальними утвореннями у другому триместрі вагітності і виявили значне перекриття значень доплерівського кровоплину в доброякісних і злоякісних утвореннях з позитивною прогностичною цінністю 42% і помилково-позитивним результатом в 48%. В оглядовій статті P.D. De Priest and C.P. DeSimone (2003) [58] аналіз 3 досліджень доплерівського кровоплину показав, що доплер не уточнював діагноз порівняно з сонографією за сірою шкалою поодиноці, з аналогічним помилково-позитивним результатом в 49% для прогнозування злоякісних новоутворень. Цей факт робить його поточне використання обмеженим [39]. Є обмежені дані в цей час, що 3D-доплерівське дослідження може допомогти в стратифікації комплексних оваріальних утворень [58].

Інші умови обробки зображень, такі як комп'ютерна томографія (КТ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ) можуть бути корисним доповненням, коли ультразвукове зображення не дає необхідних результатів. КТ забезпечує кращий доступ для виявлення неакушерських чинників болю в животі. Хоча КТ

відносно безпечно під час вагітності, матір та плід отримують поглинуту дозу принаймні 2-4 рада при одному обстеженні [50]. Контрастні речовини можуть проходити через плацентарний бар'єр і їх слід використовувати з обережністю, оскільки їх дія насправді не відома [24, 53]. МРТ, як правило, вважається безпечним під час вагітності. Є дві конкретних ситуацій, в яких МРТ зображення є методом вибору обстеження. МРТ краще виявляє параоваріальні кістозні ураження, які потім можуть вестися консервативно при вагітності [24]. МРТ також може забезпечити кращі характеристики тканини, що дозволяє більш точної оцінки великих утворень, які важко повністю візуалізувати за допомогою ультразвуку. МРТ може також визначити ступінь можливої злоякісності і допомогти в діагностиці гострого процесу шлунково-кишкового тракту, такого як апендицит і запалення кишечника [24]. Проте призначення для обстеження МРТ під час вагітності має бути розумним і використовуватися виключно як роз'яснення до результатів непереконливих даних УЗД [12].

Пухлинні маркери повинні використовуватися з обережністю у вагітних із-за великих відмінностей в результатах та інтерпретації цих тестів під час вагітності. Рівні СА-125 підвищені під час вагітності, особливо в першому триместрі [59], і визначення їх має обмежену роль, допомагаючи відрізнити доброякісні і злоякісні пухлини під час вагітності [52]. Насправді, рівень СА-125 може сягати в першому триместрі 1250 ОД/мл. Це підвищення починається між 30-м і 40-м днем після останнього менструального періоду, в межах від 35-го до 60-го дня, і починає падати до кінця першого триместру вагітності [60].

Рівні СА-125 можуть також бути підвищеними при інших доброякісних процесах, таких як місячне, лейоміома матки, ендометріоз, хронічні запальні захворювання, при вагітності [39, 61]. Інші пухлинні маркери корисні для стратифікації герміногенної злоякісності: такі, як α -фетопротейн, β -хоріонічний гонадотропін людини, лактатдегідрогеназа, мають обмежене застосування, тому що вони можуть значно змінюватися під час вагітності [50, 59].

Головна цінність визначення пухлинних маркерів під час вагітності заключається в доцільності визначення їх рівнів як індикаторів пухлинного контролю [50]. У результаті низької специфічності пухлинних маркерів, К. Schmeler et al. (2005) [8] висловилися проти лікувальної активності тільки на підставі ізольованих підвищених онкомаркерів, особливо, при безсимптомних оваріальних утвореннях.

Таким чином, більшість утворень яєчників під час вагітності доброякісні, переважна частина яких є кістозними. Основні способи діагностики – УЗД та визначення онкомаркерів. Невирішеними питаннями є оцінка показань для оперативного втручання, розробки належної тактики ведення оваріальних утворень під час вагітності – спостережної або хірургічної, визначення найбільш оптимального хірургічного доступу, лапаротомічного або лапароскопічного, необхідності післяопераційної реабілітації.

1.2. Тактика ведення доброякісних кістозних утворень яєчників під час вагітності

В даний час існують розбіжності між дослідниками щодо тактики ведення оваріальних утворень під час вагітності, при цьому деякі дослідники рекомендують спостереження, інші – хірургічне лікування [8, 39, 50, 62].

Більшість оваріальних утворень, ідентифікованих під час вагітності, спонтанно регресує, і хірургічна агресія не потрібна. Характеристиками, сприятливими для спостереження, є: прості кісти за даними УЗД, діаметр утворень менше за 5-6 см, діагноз, встановлений до 16 тижнів вагітності [24]. Великі за розмірами та комплексні утворення або утворення з більш складною морфологією рідше спонтанно регресують і можуть представляти пухлинний процес [8, 9, 12], а також призвести до ускладнень під час вагітності: перекруту (1-22%), розриву (0-9%), пологової обструкції (2-17 %) [7, 8, 13, 39].

Хірургічне лікування рекомендується, коли є побоювання, що персистуюче або великих розмірів оваріальне утворення представляє підвищений ризик гострого живота, вторинного перекруту або розриву [7, 13, 39]. Крім того, враховуючи, що в 10% випадків персистуючих комплексних утворень яєчників в кінцевому підсумку буде виставлений діагноз злоякісної пухлини, стверджується, що спостереження можуть погіршити результат [9, 39, 63]. Нарешті, дослідники, що підтримують хірургічне лікування, припускають тенденцію до поліпшення стану матері та плода за рахунок використання терміну оперативного втручання в середині вагітності (12-27 тижнів), лапароскопічний доступ при хірургічному лікуванні вагітних з симптомними оваріальними утвореннями або підозрілими на злоякісність або [7, 51, 64]. Зрештою, можливість використання спостереження проти хірургічного втручання має бути пристосованим до фізичних симптомів пацієнтки, а також ступенем турботи про можливість злоякісності утворення.

P. Aggarwal, S. Kehoe (2010) [40] провели метааналіз бази даних Medline (з січня 1984 року по листопад 2009 року) з використанням ключових слів: пухлини яєчників і вагітність, оваріальні утворення і вагітність (межі: людина, жінка, підліток, 19+, англійська). Проаналізовано 10 досліджень, в яких повідомлялося про оваріальні утворення, виявлені під час вагітності, з яких чотири були проспективні і шість ретроспективних (табл. 1.2).

Існували 940 пацієток в 10 дослідженнях. Лише у чотирьох дослідженнях [8, 26, 43, 65] повідомлявся середній гестаційний вік на момент постановки діагнозу оваріального утворення, який варіював від 4 до 41 тижнів. Дані про число випадків, виявлених в кожному триместрі, були доступні в дев'яти з 10 досліджень (всього 809 випадків), окрім [67].

Оваріальні утворення були виявлені в першому триместрі вагітності у 159 (19,6%) жінок, у другому триместрі вагітності – у 75 (9,3%), в третьому триместрі вагітності або при пологах – у 157 (19,4%) хворих, і в післяпологовому періоді – у 15 (1,8%). У чотирьох дослідженнях [8, 26, 43, 44] повідомлено про виявлення оваріальних утворень в першому і другому триместрах разом, це включало 403 пацієнтки (49,8%). При цьому більшість оваріальних утворень була виявлена в першій половині вагітності.

Таблиця 1.2

Характеристика досліджень, в яких повідомлялося про оваріальні утворення, виявлені під час вагітності за даними метааналізу P. Aggarwal, S. Kehoe (2010)

Дослідження, рік	Тривалість, у роках	Число випадків	Поширеність, % злоякісності	Тип дослідження	Характер оваріального утворення
Yen et al. (2009) [26]	15	213	NR, 3,4% злоякісні	Ретроспективний	Оваріальні утворення ≥ 4 см
Balci et al. (2008) [65]	6	36	1/440, 5,8% злоякісні	Ретроспективний	Будь-які оваріальні утворення
Schmeler et al. (2005) [8]	14	59	1/2018, 7,9% злоякісні	Ретроспективний	Оваріальні утворення ≥ 5 см
Condous et al. (2004) [66]	1	161	1/19, 0,62% злоякісні	Проспективний	Прості кісти ≥ 2.5 см, комплексні кісти різного розміру
Zanetta et al. (2003) [2] G. Zanetta, E. Mariani, A. Lissoni, P. Ceruti, D. Trio and N. Strobel et al., A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy, BJOG 110 (2003), pp. 578–583. Abstract View Record in Scopus Cited By in Scopus (40)[41]	4	79	1/84, 3,6% проліферувальні	Проспективний	Оваріальні кісти ≥ 3 см
Bernhard et al. (1999) [44]	5	102	1/42, 0,46% злоякісні	Проспективний	Будь-які оваріальні утворення
Platek et al. (1995) [55]	6.5	31	1/339, не було злоякісних	Ретроспективний	Прості/комплексні утворення ≥ 6 см
Thornton and Wells (1987) [67]	10	131	1/346, 8,6% злоякісні	Ретроспективний	Будь-які оваріальні кісти
Nelson et al. (1986) [42]	2	38	1/88, не було злоякісних	Проспективний	25 кіст ≥ 3 см
Struyk and Treffers (1984) [54]	29	90	1/640, 3,3% злоякісні	Ретроспективний	Пухлини ≥ 5 см

Дані про клінічні симптоми не були доступні лише в одному дослідженні [67]. В інших дослідженнях, що склали 809 жінок, 529 (65,4%) не мали симптомів, біль була зафіксована у 136 (16,8%) та інші симптоми, такі як кровотеча / обструкція / розрив були зареєстровані у 73 (9%) пацієнок. Відсоток перекруту оваріальних утворень в цих дослідженнях варіював від 3% до 27,7%, а сумарний коефіцієнт перекруту склав 8% (всього 65 випадків).

У чотирьох проспективних дослідженнях, оснований на УЗД-даних [41, 42, 43 і 44] в усіх випадках було проведено консервативне спостереження (всього 380 випадків), якщо була відсутня симптоматика, або підозра на малігнізацію. У 264 (69,4%) випадках оваріальні утворення спонтанно регресували, 44 (11,5%) випадки потребували ургентної або планової операції під час вагітності, у той час як інші перебували під наглядом після пологів і в післяпологовому періоді перенесли операцію або аспіраційне дренажування. Тип оперативних втручань варіював від цистектомії до сальпінгоофоректомії в залежності від характеру оваріального утворення.

У 6 ретроспективних дослідженнях [8, 26, 55, 65, 67, 68] з 560 пацієнок, кісти регресували при спостереженні або не потребували хірургічного втручання у 172 (30,7%) випадках, планова операція була зроблена в 178 (31,7%) випадках і ургентна – в 210 (37,5%). Це були як допологові, так і післяпологові операції.

Результати гістологічного дослідження були доступні для 548 оваріальних утворень, видалених під час операції. 17 були проліферувальними пухлинами яєчників (3,1%) і 14 – злоякісними (2,5%): 3 муцинозні цистаденокарциноми, 2 пухлини Бреннера, 2 серозні цистаденокарциноми, 2 ембріональноклітинні карциноми, 2 пухлини ендодермального синуса, 2 ендометріюїдні аденокарциноми, 1 випадок змішаної герміногенної пухлини. Специфічні характеристики, пов'язані з ризиком злоякісності були: комплексна структура, папілярні включення, солідний компонент, неправильної форми капсула або межі, асцит, порушення васкуляризації і збільшення розмірів утворення в динаміці. Найбільш поширеними серед доброякісних пухлин в цих дослідженнях була дермоїдна кістома (190 (34,6%)) і цистаденома (129 (23,5%)).

Неонатальні результати не були описані у всіх дослідженнях, але вказані включали 5 передчасних пологів, 2 мимовільних абортів і 8 медикаментозних переривання вагітності, 4 антенатальних смерті і 7 випадків смерті новонароджених. Був один випадок материнської смертності.

Р. Aggarwal, S. Kehoe (2010) [40] провели також аналіз 17 досліджень, з яких 2 проспективних і 15 ретроспективних, в яких повідомлялося про 1203 випадки хірургічного лікування оваріальних утворень під час вагітності та післяпологовому періоді (табл. 1.3). П'ять з цих досліджень повідомили тільки про злоякісні пухлини під час вагітності.

Із загального числа 925 випадків серед 12 досліджень, середній гестаційний вік на момент постановки діагнозу був зареєстрований в семи і становив від 5 до 42 тижнів. Дані щодо терміну вагітності на момент постановки діагнозу були доступні для 487 пацієнок. У 173 (35,5%) випадках оваріальні утворення були діагностовані в першому триместрі, у 60 (12,3%) – в другому, в

180 (36,9%) – в третьому або під час кесарева розтину і у 65 (13,3%) випадках діагноз був післяпологовим. 15 випадків (3%) були діагностовані у першому і другому триместрі (не зазначено окремо). Таким чином, більшість оваріальних утворень була виявлена в першій половині вагітності. Шість досліджень не повідомляли за триместр, у якому був встановлений діагноз [9, 69-73].

Таблиця 1.3

Характеристика досліджень, в яких повідомлялося про оваріальні утворення, прооперовані під час вагітності за даними метааналізу P. Aggarwal, S. Kehoe (2010) [40]

Дослідження, рік	Тривалість, у роках	Число випадків	Розповсюдженість, % малігнізації	Тип дослідження
Turkcoglu et al. (2009) [74]	7	35	1/291, 8.5	Ретроспективний
Kumari et al. (2006) [52]	5	20	1/813, 10	Проспективний
Rakic et al. (2005) [69]	2	37	NR, 13.5	Проспективний
Lee et al. (2004) [70]	11	89	NR, 5.4	Ретроспективний
Sherard et al. (2003) [11]	12	56	1/667, 13	Ретроспективний
Takeuchi et al. (2002) [71]	11	71	1/76, 9.8	Ретроспективний
Whitecar et al. (1999) [9]	5	130	1/1312, 6.1	Ретроспективний
Ueda and Ueki (1996) [75]	17	106	1/112, 4.5	Ретроспективний
Rahman, 1991 [76]	9	67	1/653, 4.5	Ретроспективний
Sunoo et al. (1990) [77]	6	228	1/163, 0	Ретроспективний
Ashkenazy et al. (1988) [72]	25	38	1/2328, 5.3	Ретроспективний
Hess et al. (1988) [73]	NR	54	1/1300, 5.9	Ретроспективний

Симптоматологія не повідомлялася в одному з досліджень [75]. В інших 11 дослідженнях з 825 пацієток, 653 (79,1%) були безсимптомними, 161 (18,4%) мали гострий біль, 11 (1,2%) мали інші симптоми. Відсоток перекруту не вказувався в двох дослідженнях [71] та [77], але сумарний відсоток перекруту в інших дослідженнях з 632 пацієток склав 14,2% (всього 90 випадків).

Середній гестаційний вік на момент операції було повідомлено в семи дослідженнях, він варіював від 4 до 41 тижнів [11, 52, 70, 71, 74]. Триместр, в якому було виконане оперативне втручання, був вказаний в дев'яти дослідженнях з 803 пацієтками. Операція була проведена в першому триместрі у 158 (19,7%) жінок, в другому триместрі – у 306 (38,1%), в третьому або під час кесаревого розтину – у 268 (33,4%) та у післяпологовому періоді – у 73 (9,1%) випадках.

Гістологічні результати вказані в 944 випадках в 12 дослідженнях, в деяких з них це були двосторонні пухлини. Слід зазначити, що було 20 пухлин низького злоякісного потенціалу (2,1%) та 31 злоякісна пухлина яєчника (3,2%). У їх числі 8 серозних цистаденокарцином, 5 муцинозних цистаденокарцином, 4

невизначених епітеліальних рака, 4 незрілі тератоми, 3 пухлини Бреннера, 3 дисгерміноми, 2 грунulloзoклітинні пухлини, 1 випадок ембріональноклітинного раку і 1 пухлина Сертолі-Лейдига. Найбільш поширеними доброякісними пухлинами були дермоїдна кістома (282 (29,9%)) і цистаденома (214 (22,6%)).

Неонатальні результати були доступні в 9 дослідженнях з 498 пацієнток. Сукупний аналіз показав, що частота передчасних пологів склала 10,4% (52 випадки), аборти – 6% (30 випадків), медикаментозне переривання – 3,6% (18 випадків), 1 антенатальна смерть і 3 неонатальні смерті (дві через аномалії у дитини). Це робить відсоток несприятливих наслідків вагітності 10% без урахування передчасних пологів, де новонароджені вижили. Вагітним проводили хіміотерапію, в одному випадку з хорошим неонатальним результатом.

Таким чином, існує два різновиди тактики ведення вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників – спостережна та хірургічна. Дані за результати перебігу гестаційного періоду, характеру пологів та неонатальні результати у вітчизняній літературі поодинокі, у закордонній літературі також нечисельні та суперечливі, що потребує подальших досліджень.

Спостережна тактика ведення вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників

Спостереження за оваріальними утвореннями під час вагітності проаналізовано в декількох дрібних ретроспективних спостереженнях [8, 39, 50, 54]. Ці дослідження показали хороші результати для матері та плоду, порівняні з попередніми дослідженнями [43, 44]. Доцільність тактики ведення кістозних оваріальних утворень під час вагітності шляхом спостереження підтверджується тим фактом, що до 71% їх зменшуються в розмірах або регресують самостійно. Деякі оваріальні структури з більш складною структурою також самостійно регресують [43, 44].

Консенсус був опублікований Society of Radiologists for Ultrasound в 2010 році і дає вказівки щодо ведення випадково виявлених при УЗД безсимптомних оваріальних утворень у невагітних жінок. Метою цього проекту було визначити, які оваріальні утворення не вимагають або потребують подальшого УЗД в динаміці, чи потребують хірургічного втручання. У цьому консенсусі була запропонована ультразвукові критерії для стратифікації подальшої оцінки. Прості кісти (анехогенні, з гладкою, тонкою стінкою, без перетинок) розмірами до 5-7 см у жінок в пременопаузі або розміром більше 1 см в постменопаузі повинні були передивлятися кожен рік.

Геморагічні кісти (ретикулярна картина внутрішнього М-ехо) за розмірами більше, ніж 5 см в пременопаузі, повинні бути переглянутими через 6-12 тижнів. Геморагічні кісти будь-якого розміру на початку менопаузи (протягом 1-5 років після останньої менструації) повинні бути переглянутими через 6-12 тижнів, однак геморагічні кісти будь-якого розміру в кінці менопаузи (>5 років з моменту останньої менструації) обов'язково потребують хірургічного лікування. Ендометріоїдні кісти (однорідні гіпоехогенні утворення) або дермоїдні кістоми (осередковий або дифузний гіперехогенний компонент), слід

обстежувати щорічно, якщо не видалити хірургічним шляхом у будь-якому віці. Гідросальпінкс і перитонеальні інклюзійні кісти повинні бути переглянутими, якщо мають клінічні прояви. Кісти з тонкостінними перетинками повинні бути переглянутими один раз в 6-12 тижнів або, в разі стабільності, можна обстежувати щорічно до пременопаузи. Тим не менш, хірургічна оцінка повинна бути розглянутою в постменопаузі. Кістозні утворення, що містять вузлики з плинном крові або товсті перетинки (> 3 мм) обов'язково потребують хірургічного лікування в будь-якому віці. Ці рекомендації призначені для невагітних жінок з випадковим знаходженням на УЗД і є резервом хірургічної оцінки для утворень з дійсним ризиком злякисності [62].

Є декілька досліджень, що подібне ведення було б розумним для оваріальних утворень, виявлених у вагітних. K. Schmeler et al. (2005) [8] розглянув 59 вагітних пацієнок у період з 1990 по 2003 роки, які пройшли або хірургічне лікування або спостереження утворень яєчників розмірами понад 5 см і більше під час гестаційного періоду. У ході дослідження 17 пацієнок мали допологову хірургію (15 лапаротомій, 2 лапароскопії), і 42 пацієнтки зазнали спостереження під час вагітності, хірургічне видалення утворень виконувалося під час кесарева розтину або після пологів. Всі 5 злякисних новоутворень (4 злякисні, 1 проліферувальне) були в групі допологової хірургії (5/17 або 29%). Всі пацієнтки з оваріальним раком були діагностовані на I стадії захворювання. Не було жодного злякисного новоутворення в групі спостереження. Слід зазначити, що одна пацієнтка з хірургічною тактикою ведення мала передчасний розриву плодового міхура в 23 тижня вагітності і передчасні пологи в 28 тижнів. Жодні інші несприятливі результати для плода не були відзначені в обох групах пацієнок [8]. K. Schmeler et al. (2005) [8, 62] вказують на подібну частоту ризику злякисності оваріальних утворень, випадково виявлених при УЗД, у невагітних пацієнок з низьким ризиком і вагітних, яка складає менше, ніж 1%.

В одному з попередніх досліджень G. Zanetta et al. (2001) [54] зареєстрували при використанні тактики спостереження повністю або майже повне зникнення 69% простих кіст, 77% кіст у жінок з ендометріюїдною хворобою, і 57% простих кіст з мінімальними комплексними компонентами. Жодних змін не реєстрували при зрілій тератомі або проліферувальних утвореннях. З 31 оваріального утворення, які збереглися після вагітності, 3 були проліферувальними пухлинами, не були зареєстровані жодні інші злякисні пухлини. Ці спостереження, звичайно, робить спостереження життєздатним варіантом для оваріальних утворень з низьким рівнем комплексності, виявленим при УЗД [8, 39, 54].

Великі дослідження G. Zanetta et al. (2001) [54], K. Schmeler et al. (2005) [8] і D.N. Platek et al. [55] показують дуже низьку частоту злякисності (0-3%), навіть при нерегресуючих комплексних утвореннях під час вагітності. Однак, невелике ретроспективне дослідження I. Kumari et al. (2006) [52], дає частоту злякисності понад 10%. Злякисні новоутворення у спостережних [8, 52, 54, 55] були або на ранніх стадіях або з низьким злякисним потенціалом. Ці дослідження показують, що при використанні трансвагінального УЗД для стратифікації ризику і низької ймовірності злякисних пухлин у вагітних, можна використовувати відстрочення хірургії навіть при комплексних утвореннях у безсимптомних вагітних до стану після пологів.

Таким чином, існують поодинокі дослідження в яких аналізуються результати спостережної тактики ведення вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників. У доступній вітчизняній літературі даних за проведення таких досліджень не знайдено. Тому потрібна оцінка можливостей проведення і розробка алгоритму спостережної тактики ведення у цієї категорії вагітних.

Хірургічна тактика ведення вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників

Традиційно операції з приводу оваріальних утворень виконувалися під час вагітності лапаротомним доступом. Тим не менш, останнім часом спостерігаються повідомлення про роль лапароскопії в хірургічному лікуванні оваріальних утворень під час вагітності [51, 7, 64]. Прихильники лапаротомного доступу виказують заклопотаність з приводу лапароскопії, включаючи відсутність даних про наслідки пневмоперитонеуму; можливе введення вуглекислого газу в порожнину матки; можливі пошкодження вагітної матки голкою Вереща, троакаром або хірургічним інструментом; а також ризик фетального ацидозу через материнську конверсію двоокису вуглецю до вуглекислоти [63].

З іншого боку, прихильники лапароскопії підкреслюють зниження післяопераційного болю, менш вживання наркотичних анальгетиків, коротше перебування в лікарні, і менша потреба в тракціях матки, що призводить до менш подразнення матки під час хірургічного втручання. Крім того, лапароскопія призводить до більш швидкого фізичного відновлення і повернення до нормальної діяльності, що дуже важливо під час вагітності через явища гіперкоагуляції [53].

Деякі закордонні оглядові дослідження показали, що лапароскопічне видалення оваріальних утворень під час вагітності є технічно можливим і не повинно більше розглядатися як протипоказання при вагітності. [7, 13, 18, 51, 64, 78, 79], у доступній вітчизняній літературі такі дослідження практично відсутні.

P. Yuen et al. (2004) [51] повідомляють про 67 жінок, які протягом понад 10-річного періоду мали лапароскопічну хірургію з приводу пухлин яєчників в період вагітності. У цій серії, у 2 з 67 (3%) лапароскопій була виконана конверсія на лапаротомію у зв'язку з вираженим злуковим процесом в черевній порожнині. У однієї пацієнтки трапився викидень через 6 тижнів після лапароскопії без будь-яких ідентифікованих чинників. Враховуючи тривалий термін строку її викидня, малоімовірно, що він був вторинним по відношенню до лапароскопічної процедури. У цій серії спостережень більше не спостерігалось жодних ускладнень з боку матері та плода [51].

Французькі дослідники P. Mathevet et al. (2003) et al. [64] повідомили подібний досвід у 46 жінок, які не мали ускладнень, з 47. Одна пацієнтка втратила плід через 4 дні після лапароскопії. Y. Lenglet et al. (2006) [18] повідомили про 26 з 26 пацієнток без ускладнень, пов'язаних з операцією. Нарешті, Ma-Lee Ko et al. (2009) [7] описали 11 пацієнток без ускладнень при лапароскопії під час вагітності.

Крім того, D. Soriano et al. (1999) [34] виконали ретроспективний аналіз порівняння 54 пацієнток, які перенесли лапаротомію, з 34 пацієнтками, що

одержали лапароскопію. Автори виявили 2 випадки вроджених вад розвитку у новонароджених від матерів з лапароскопічним доступом для видалення оваріальних утворень та 1 випадок в групі лапаротомічного доступу. Відсоток викиднів був схожий в обох групах, але був вищим, коли операція була проведена в першому триместрі [34]. У протилежність, невелике дослідження Ma-Lee Ko et al. (2009) [7] показало сприятливі результати для лапароскопії, навіть у першому триместрі.

M. Reedy et al. (1997) [80] опублікували дослідження пацієнтів зі шведського реєстру охорони здоров'я, порівнюючи результати лапаротомії та лапароскопії для лікування оваріальних утворень під час вагітності. За 20-річний проміжок з 1973 по 1993 рік, в цілому були оцінені 2181 лапароскопія і 1522 лапаротомія. У цьому дослідженні не було виявлено жодної різниці у вазі дітей при народженні, гестаційному терміні, затримки зростання, виживання дітей або частоті фетальної мальформації [80]. Крім того, дослідження A. Rizzo (2003) [78] не виявило фетальних або довгострокових ускладнень розвитку або психічних розладів у дітей протягом 7 років від матерів, які мали лапароскопічну хірургію під час вагітності. Крім того, був опублікований опис досвіду використання роботів для хірургії під час вагітності з абдомінальним серкляжем і резекцією феохромоцитомі без будь-яких несприятливих для матері або плода наслідків [81-83].

Ці звіти та спостереження показали переваги лапароскопічної хірургії по відношенню до зниження болю, скороченню перебування в лікарні, ранішій ходьбі, зниженню крововтрати, низький рівень інфікування, що надає переваги порівняно з традиційним відкритим лапаротомним доступом.

Незважаючи на ці дані, що свідчать про аналогічний ризик для плода при лапароскопічному доступі, до сих пір існують суперечки впливу CO₂ при накладанні пневмоперитонеуму на плід. Існують повідомлення про більш ніж 500 лапароскопічних операцій у вагітних пацієнток [84, 85]. З цієї літератури, лише 1 публікація включає в себе повідомлення про несприятливий вплив на плід порівняно з очікуваним при лапаротомії. J. Amos et al. (1996) [86] спостерігали 4 загибелі плоду у 7 жінок, які перенесли лапароскопічну операцію, в порівнянні з відсутністю загибелі плоду в групі з лапаротомічним доступом. Автори припустили, що загибель плоду, можливо, була пов'язана з ацидозом, незважаючи на те, що материнські рівні CO₂ були збережені в рамках стандартних фізіологічних рівнів [86]. На підтримку припущення Amos et al. (1996) [86], ранні моделі тварин продемонстрували відставання між материнським приливним CO₂ і фактичним артеріальним рівнем CO₂ до 1 години [86]. Проте подальші дослідження показали, що плід страждає від даної патології, що призводить до необхідності хірургічного втручання [7, 87-90].

У дослідженні J. Amos et al. (1996) [86] загибель плоду відбувалася при розриві апендиксу та панкреатиті. Крім того, анестезіологічна література містить декілька досліджень, що демонструють важливість моніторингу материнського та приливної CO₂ і кореляції їх зі станом плода [85].

При розгляді доцільності операції при оваріальних утвореннях під час вагітності хірург повинен зважувати як материнський результат, так і стан плода під час виконання оперативного втручання. Вагітні жінки, що перенесли опера-

цію, мають загальний підвищений ризик передчасних пологів (до 22%) у порівнянні з вагітними жінками, що не перенесли операцію, незалежно від оперативного доступу [13]. Крім того, ті, у кого потребуються ургентні хірургічні втручання, наприклад, у випадках розриву або перекруту, зазвичай призводять до високого ризику для плоду в порівнянні із запланованою хірургією [51]. Тим не менше, інші дослідники зробили висновок, що фетальні результати ймовірно пов'язані з етіологією основного захворювання матері, яке призводить до необхідності хірургічного втручання, а не сама хірургія [7, 84, 87, 88].

Лапароскопічне видалення оваріальних утворень слід проводити тільки висококваліфікованими хірургами в країнах з розвинутою лапароскопією і з наявністю гінекологічної онкології. Суспільство американських шлунково-кишкових та ендоскопічних хірургів (The Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons) опублікувало наступні рекомендації для проведення лапароскопії під час вагітності [53]:

- лапароскопія може бути виконана в будь-який термін вагітності, але неургентні випадки мають оптимально бути заплановані на 16-20 тижнів. Ця рекомендація заснована на наданні часу для спонтанної регресії утворень додатків матки, оптимізації візуалізації оваріальних утворень при збільшенні матки, і зниження частоти передчасних пологів, пов'язане з більшим терміном вагітності;
- пацієнтки повинні бути розміщені на лівому чи правому нахилі для зменшення стиснення на порожнисту вену і поліпшення серцевого повернення;
- повинен бути використаний інтраопераційний CO₂ моніторинг капнографії;
- не існує потреби для рутинного контролю газів крові;
- відкрита техніка Hassan є кращим способом початкового лапароскопічного доступу, бо вона пропонує можливість візуалізації входу, хоча використання голки Вереша не є протипоказанням. Хірург може розглянути питання про використання голки Вереша в поєднанні з ультразвуковим контролем;
- троакари повинні бути розміщені не менше 6 см вище дна або в лівому верхньому квадранті;
- інтраопераційний внутрішньочеревний тиск повинен підтримуватися нижче 15 мм рт. ст. в позиції Тределенбурга для забезпечення адекватного венозного повернення і матково-плацентарної достатності;
- на даний момент немає ніяких ознак для необхідності профілактичного токолізу для допологової хірургії.

Таким чином, в даний час відсутні проспективні дослідження, які порівнюють лапаротомний та лапароскопічний доступи, щоб визначити, який підхід краще. Це навряд чи пов'язано з обмеженою кількістю вагітних пацієнток, які потребують операції для видалення оваріальних утворень. Також невирішеними питанням хірургічної тактики ведення вагітних є термін проведення хірургічного втручання, показання для оперативного втручання, необхідність та доцільність проведення специфічної післяопераційної реабілітації.

1.3. Стан оксидативного та нітрозативного гомеостазу у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників та необхідність їх корекції

Звісно, що одним з ключових первинних ініціаторів і промоторів пухлинного росту може бути зміна нормального перебігу вільнорадикального окислення (ВРО) [91, 37] та метаболізму азоту [92].

За результатами вивчення стану оксидативного гомеостазу при кістах та кістомах яєчників здійснюється накопичення продуктів вільнорадикального окислення, у тому числі дієнових кон'югат (ДК) відповідно в 1,23 рази та в 1,35, малонового діальдегіду (МДА) – в 1,53 і 1,84 рази, що приводить до посилення перекисного гемолізу еритроцитів у 1,25 рази та у 1,42 відповідно. При цьому накопичення продуктів ВРО реалізується на тлі зниження загальної антиокислювальної активності плазми (ЗАОА) і деяких компонентів антиоксидантної системи (АОС): ЗАОА при кістах в 1,12 та кістомах в 1,14 рази, каталази (Ка) – в 1,07 і 1,15, супероксиддисмутази (СОД) – в 1,14 і 1,28, токоферолу- α – в 1,06 рази і 1,13 [37]. Надлишок вільних радикалів приводить до порушення синтезу ендотеліальною системою оксиду азоту [38].

Роботи, присвячені вивченню стану систем вільнорадикального окислення та антиоксидантного захисту і вираженості ендогенної інтоксикації при доброякісних кістозних утвореннях яєчників під час вагітності, в доступній нам літературі ми не знайшли.

У останні роки активно випроводяться дослідження ролі системи L-аргінін-NO у розвитку пухлинних процесів [92, 93] та в регуляції фізіологічних процесів при вагітності і розвитку акушерських ускладнень, але їх результати неоднозначні [94, 95].

Монооксид азоту NO є унікальним медіатором міжклітинної взаємодії, який приймає участь в підтримці гомеостатичних параметрів організму у формуванні базального тону судин, поліпшенні реологічних властивостей крові шляхом регуляції процесів агрегації її формених елементів, стабілізації проникності судинної стінки, володіє анти радикальними властивостями. Завдяки малим розмірам та відсутності заряду NO легко долає клітинні мембрани органів і тканин [83]. В організмі NO синтезується клітинами з амінокислоти L-аргініну [38, 96]. Каталізують реакцію синтезу оксиду азоту сімейство ферментів, званих NO-синтази (NOS). NO-синтаза має ряд унікальних властивостей – це самий регульований в біології фермент. В результаті система генерації оксиду азоту являє собою найбільш чутливу систему, що реагує на багато змін, що відбуваються в організмі.

Фізіологічні рівні NO мають цитопротективний ефект, а надлишкові – цитотоксичний. Надлишок NO і NO-похідних реактивних форм азоту викликає окислювальний та нітрозативний стрес, в результаті чого настає пошкодження ДНК (наприклад, нітрозативне дезамінування основ нуклеїнових кислот, перехід і / або трансверсія нуклеїнових кислот, алкілування і поломки ДНК) і інгібування ферментів репарації ДНК (таких як алкілтрансфераза і

ДНК-лігази) через прямі або непрямі механізми [99]. У цьому сенсі, NO може брати участь в індукції генотоксичного ушкодження, а також сприятти ангіогенезу, зростанню пухлинних клітин і інвазії [97]. Таким чином, збільшена та тривала продукція NO відіграє ключову роль в регуляції пухлинного процесу.

З другого боку, при фізіологічних рівнях монооксид азоту володіє унікальною здатністю викликати або блокувати апоптоз – генетично запрограмовану загибель клітин, результатом якої є позбавлення від небажаних клітин, в тому числі і пухлинних. Баланс між проапоптотичними і антиапоптотичними сигнальними механізмами, їх активація або пригнічення за участю NO визначає або захисну дію оксиду азоту на клітини, або ініційований їм перехід клітин в стан апоптозу. Альтерації окисно-відновного статусу і транскрипційні модифікації, індуковані NO в пухлинних клітинах, збільшують клітинну смерть і надають йому антипроліферативні та протипухлинні властивості [92].

Що стосується вагітності, то за даними одних авторів, при гестації синтез NO збільшується [95, 98], за даними інших – він не змінюється [99, 100] або знижується [101]. Вміст вільного L-аргініну в крові при вагітності, за одними даними, зростає [102, 98], за іншими – знижується [103]. Неоднозначно трактується питання щодо ролі системи L-аргінін-NO при різній акушерській патології, наприклад, при прееклампсії. Ряд авторів вважає, що система L-аргінін-NO не причасна до розвитку прееклампсії, так як при цьому синтез NO не змінюється [104] або зростає [105]. Однак, більшість дослідників вважає, що урахувавши зниження вмісту NO в крові [95, 106-108] і наявність позитивного клінічного ефекту донаторів NO [96, 102, 108-110], дисфункція системи L-аргінін-NO є ведучим чинником розвитку прееклампсії.

Таким чином, NO грає важливу роль в регуляції тону судин та матки. Підвищення синтезу NO та NO-синтази під час вагітності сприяє гальмуванню скоротливої діяльності матки зниженню периферичного судинного опору і підтримці адекватного кровоплину у матері та плода. Даних щодо особливостей метаболізму в системі L-аргінін-NO при доброякісних кістозних утвореннях яєчників під час вагітності та необхідності й доцільності їх корекції в доступній нам літературі ми не знайшли, що потребує проведення досліджень з цього питання.

Підсумовуючи усе вищевикладене, можна зробити висновок, що через широке застосування передпологового ультразвукового обстеження і скринінгу анеуплоїдії, діагностика оваріальних утворень під час вагітності стає все більш поширеним явищем. Тому вкрай важливо, щоби акушер був фахівцем в області діагностики і ведення оваріальних утворень під час вагітності. Використання ультразвуку для характеристики злоякісного потенціалу оваріальних утворень дає вагітній можливість декількох варіантів ведення.

РОЗДІЛ 2 РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ СПОСТЕРЕЖНОЇ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З КІСТОЗНИМИ УТВОРЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ

Для оцінки спостережної тактики був проведений аналіз перебігу вагітності у 244 жінок групи С з кістозними утвореннями яєчників, у тому числі 207 вагітних підгрупи СВ, у яких вагітність розвивалася і закінчилася пологами, у 37 підгрупи СЗ, у яких вагітність припинилася та завмерла, у 100 умовно гінекологічно та соматично здорових вагітних групи КВ1.

2.1. Клінічна характеристика вагітних з кістозними утвореннями яєчників, у яких проводилася тактика спостереження

Вік вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників групи С коливався від 19 до 39 і в середньому становив $26,44 \pm 0,36$ років, підгрупи СВ – відповідно від 19 до 39 і $26,40 \pm 0,39$ років, в контролі – від 19 до 39 і $25,68 \pm 0,47$ років. Вірогідних розбіжностей щодо середнього показника віку вагітних, як і вікового розподілу не виявлено (табл. 2.1). 73,66% вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників були у віці від 19 до 28 років, 26,34% – від 28 до 39 років.

Таблиця 2.1

Віковий розподіл обстежених вагітних, n (P±p, %)

Група	Кількість вагітних згідно віковим категоріям	
	19-28 років	понад 28 років
С, n=244	182 (74,59±0,55)	62 (25,41±0,32)
СВ, n=207	156 (75,36±0,55)	51 (24,64±0,32)
КВ1, n=100	75 (75,00±0,87)	25 (25,00±0,50)

Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками не виявлено ($p < 0,05$).

При вивченні клінічних проявів доброякісних кістозних утворень яєчників під час вагітності відмічено, що у 65 (26,64%) жінок спостерігався больовий синдром, а у 179 (73,36%) захворювання мало безсимптомний перебіг.

Характерною рисою больового синдрому при доброякісних кістозних утвореннях яєчників під час вагітності була наявність періодичних, тягучих болів – 56 (22,95%) випадків, у 23 (9,43%) жінок біль посилювався під час фізичного навантаження. 2 (0,89%) вагітні пред'являли скарги тільки на періодичний біль під час фізичного навантаження. 14 (5,74%) вагітних скаржилися на постійний біль, 13 (5,33%) – різкий. Скарги на різкий та постійний біль вагітні мали в основному під час розриву або перекруту утворення.

Серед контингенту вагітних групи С в 1,65 рази частіше, ніж в контролі, зустрічалися жінки, що палять (137 (56,15%) проти 34 (34,00%), $p < 0,0002$), у підгрупі СВ – у 1,62 рази (114 (55,07%), $p < 0,0005$).

У 49 (20,08%) вагітних групи С і у 43 (20,77%) підгрупи СВ з доброякісними кістозними утвореннями яєчників відмічений несприятливий соматичний фон, на якому настала вагітність: відповідно у 13 (5,33%, $p < 0,02$) і у 8 (3,86%, $p < 0,05$) були захворювання шлунково-кишкового тракту, у 10 (4,46%, $p < 0,04$) і у 10 (4,83%, $p < 0,03$) – органів дихання, у 31 (12,70%, $p < 0,0002$) і у 29 (14,01%, $p < 0,0001$) – серцево-судинної системи, у 9 (3,69%, $p > 0,05$) і у 7 (3,38%, $p > 0,05$) – сечовидільних шляхів, у 2 (0,89%, $p > 0,05$) і у 2 (0,97%, $p > 0,05$) – ожиріння.

При вивченні становлення і характеристики менструальної функції виявлено, що середній вік менархе склав у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників групи С $13,06 \pm 0,09$ років ($p < 0,02$), підгрупи СВ – $12,99 \pm 0,09$ років ($p > 0,05$), в контрольній групі – $12,68 \pm 0,13$ років. У 42 (17,21%, $p < 0,0001$) жінок групи С і у 33 (15,94%, $p < 0,0001$) підгрупи СВ вагітність настала на тлі нерегулярного менструального циклу. Але кількість менструальних циклів на рік між групами С, СВ і КВ1 вірогідно не відрізнялася – $12,47 \pm 0,13$ і $12,49 \pm 0,14$ проти $12,73 \pm 0,08$, $p > 0,05$.

У вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників відмічалася більша тривалість як менструальної кровотечі ($5,80 \pm 0,13$ в групі С ($p < 0,008$) і $5,70 \pm 0,07$ в підгрупі СВ ($p < 0,009$) проти $5,32 \pm 0,12$ днів в контролі), так і менструального циклу ($30,30 \pm 0,49$ в групі С ($p < 0,008$) і $30,38 \pm 0,52$ в підгрупі СВ ($p < 0,009$) проти $28,80 \pm 0,19$ днів в контролі).

Наявність болю під час менструації вірогідно не відрізнялася між досліджуваними групами (С – 124 (50,82%), СВ – 106 (51,21%), КВ1 – 40 (40,00%). У вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в анамнезі частіше зустрічалися скудні менструації (С – 25 (10,25%, $p < 0,01$), СВ – 22 (10,63%, $p < 0,008$), КВ1 – 2 (2,00%)), за частотою помірних (С – 161 (65,98%), СВ – 132 (63,77%), КВ1 – 75 (75,00%)) та рясних (С – 58 (23,77%), СВ – 53 (25,60%), КВ1 – 23 (23,00%)) вірогідних відмінностей з контролем не реєструвалося.

Вік початку статевого життя в групі С ($18,59 \pm 0,11$ років) і підгрупі СВ ($18,58 \pm 0,12$ років) перевищував такий в контролі ($17,89 \pm 0,20$, $p < 0,003$).

23 (9,43%, $p_{КВ1} < 0,002$) вагітних групи С і 19 (9,18%, $p_{КВ1} < 0,002$) підгрупи СВ з доброякісними кістозними утвореннями яєчників мали в анамнезі оперативні втручання на придатках матки.

Жінки групи С в 1,31 ($p < 0,004$) і підгрупи СВ в 1,30 ($p < 0,006$) рази рідше використовували в анамнезі контрацепцію, ніж вагітні групи КВ1 ($p < 0,004$),

при цьому в усіх групах перевагу віддавали бар'єрним методам і перерваному статевому акту (табл. 2.2).

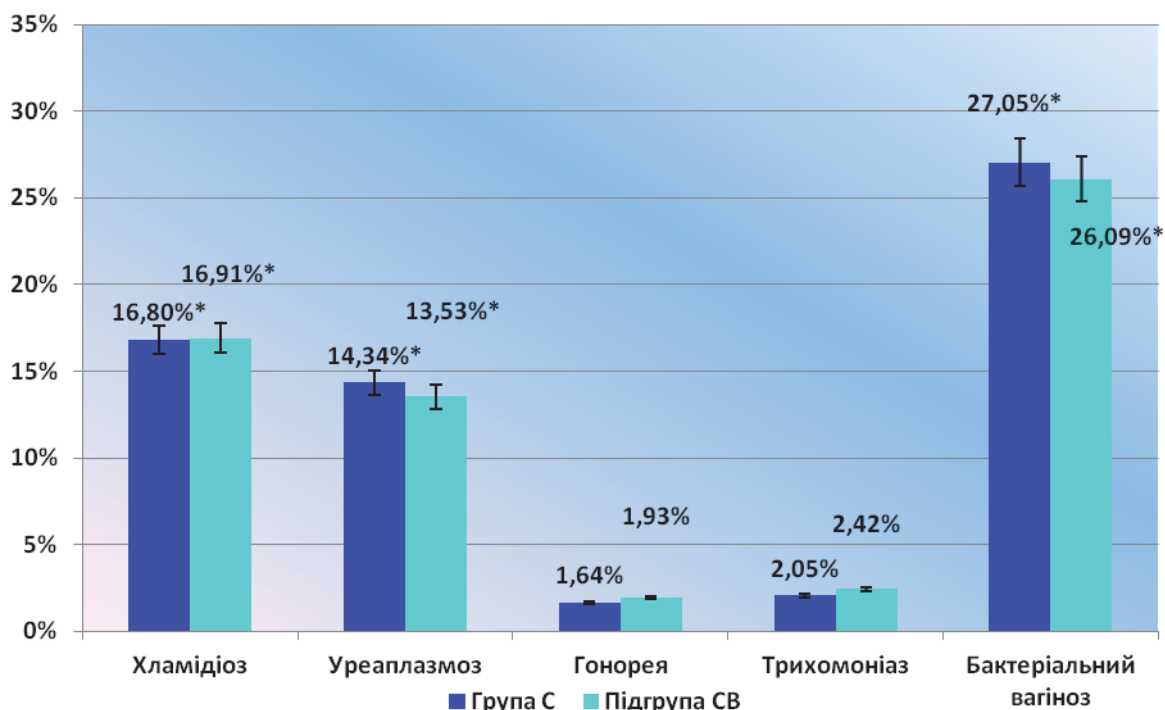
Таблиця 2.2

Контрацептивна поведінка в анамнезі досліджуваних вагітних, n (P±p, %)

Показник	Група		
	С, n=244	СВ, n=207	КВ1, n=100
Використовували контрацепцію	132 (54,10±0,47) ^к	113 (54,59±0,51) ^к	71 (71,00±0,84)
Вид контрацепції:			
• Ритм-метод	8 (3,28±0,12)	7 (3,38±0,13)	2 (2,00±0,14)
• Бар'єрний	86 (35,25±0,38)	74 (35,75±0,42)	41 (41,00±0,64)
• ВМК	14 (5,74±0,15)	13 (6,28±0,17)	5 (5,00±0,22)
• Гормональна	26 (10,66±0,21)	24 (11,59±0,24)	9 (9,00±0,30)
• Перерваний статевий акт	66 (27,05±0,33)	57 (27,54±0,37)	30 (30,00±0,55)

Примітка. ^к – різниця статистично вірогідна відносно показників групи КВ1 (p<0,05).

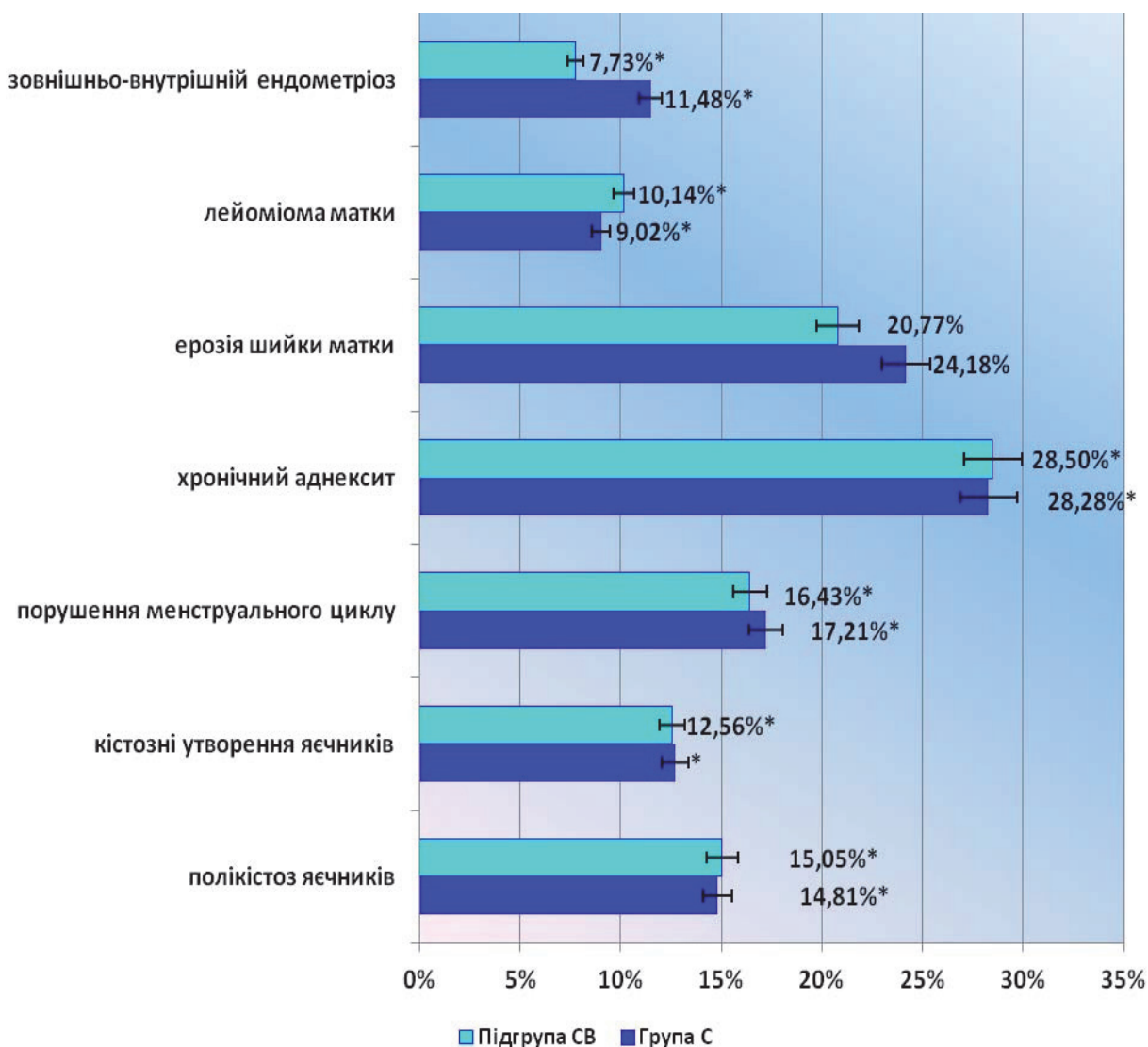
Урогенітальні інфекції або бактеріальний вагіноз в анамнезі перенесли 94 (38,68 %, p<0,0002) вагітних групи С і 76 (36,89, p<0,0002) підгрупи СВ (рис. 2.1). Найчастіше зустрічався бактеріальний вагіноз – у 66 (27,05%) і 54 (26,09%) випадках. У вагітних групи КВ1 урогенітальні інфекції і бактеріальний вагіноз в анамнезі були відсутні.



Примітка. ^к – різниця статистично вірогідна відносно показників групи КВ1 (p<0,05).

Рис. 2.1. Розподіл перенесених раніше урогенітальних інфекцій та бактеріального вагінозу у досліджуваних вагітних групи С і підгрупи СВ

Аналіз гінекологічної захворюваності показав, що вагітні з доброякісними кістозними утвореннями яєчників у 171 (70,08%) випадку у групі С і у 142 (68,60%) – у підгрупі СВ мали в анамнезі різні гінекологічні захворювання, тоді як у групі KB1 24 (24,00%) жінки мали в анамнезі тільки ерозію шийки матки. Кожна третя вагітна групи С і підгрупи СВ в анамнезі хворіла на хронічний аднексит, кожна четверта – на ерозію шийки матки, кожна шоста – на порушення менструального циклу, кожна сьома – на полікістозні яєчники, кожна восьма – на кістозні утворення яєчників, кожна десята – на зовнішньо-внутрішній ендометріоз, кожна одинадцята – на лейоміому матки (рис. 2.2).



Примітка.* – вірогідна статистична різниця з групою KB1, $p < 0,05$.

Рис. 2.2. Розподіл перенесених раніше гінекологічних захворювань у досліджуваних вагітних групи С і підгрупи СВ

При вивченні репродуктивного анамнезу виявлено, що вагітність раніше мали 128 (52,46%) жінок групи С, 106 (51,21%) підгрупи СВ, 60 (60,00%) – групи KB1, $p > 0,05$.

Таблиця 2.3

Репродуктивний анамнез обстежених жінок

Група	Кількість жінок з пологами в анамнезі, n (P±p, %)	Середня кількість пологів, M±m	Кількість жінок зі штучними абортами в анамнезі, n (P±p, %)	Середня кількість штучних абортів, M±m	Кількість жінок з мимовільними абортами в анамнезі, n (P±p, %)	Середня кількість мимовільних абортів, M±m
C, n=244	71 (29,10±0,35)	0,32±0,03 ^к	97 (39,75±0,40)	0,59±0,06	20 (8,20±0,18)	0,05±0,02
CB, n=207	63 (30,43±0,38)	0,33±0,03 ^к	77 (37,20±0,42)	0,53±0,06 ^к	19 (9,18±0,21)	0,06±0,02
KB1, n=100	38 (38,00±0,62)	0,51±0,07	40 (40,00±0,63)	0,55±0,08	3 (3,00±0,17)	0,03±0,02

Примітка. Статистично вірогідної різниці між розподілом показників не виявлено (p<0,05).

Таблиця 2.4

Паритет даної вагітності у обстежених жінок, n (P, %)

Група	Паритет даної вагітності					
	Перша	Друга	Третя	Четверта	П'ята	Шоста й більше
C, n=244	116 (47,54)	60 (24,59)	51 (20,90)	8 (3,28) ^к	7 (2,87)	2 (0,82)
CB, n=207	101 (48,79)	47 (22,71)	47 (22,71)	7 (3,38) ^к	4 (1,93)	1 (0,48)
KB1, n=100	39 (39,00)	27 (27,00)	21 (21,00)	11 (11,00)	2 (2,00)	0 (0,00)

Примітка. ^к – різниця статистично вірогідна відносно показників групи KB1 (p<0,05).

Кількість попередніх вагітностей у жінок групи С і підгрупи СВ варіювала від 0 до 9, KB1 – від 0 до 4 і в середньому відповідно склала $0,95 \pm 0,08$, $0,90 \pm 0,08$ і $1,09 \pm 0,11$, $p > 0,05$.

Репродуктивний анамнез досліджуваних жінок за розподілом і середньою кількістю пологів, штучних абортів, мимовільних абортів не мав вірогідних розбіжностей (табл. 2.3).

Термін звернення до лікаря з приводу даної вагітності вірогідно між групами С, СВ і KB1 не відрізнявся і склав $5,78 \pm 0,13$, $5,71 \pm 0,12$ і $6,08 \pm 0,23$ тижня.

Дана вагітність у жінок групи С і підгрупи СВ була у кожній другій жінки першою, у кожній четвертій – другою, у кожній п'ятій – третьою, у кожній чотирнадцятій – четвертою й більше (табл. 2.4). У кожних двох жінок з трьох групи KB1 дана вагітність була першою, у кожній третій – другою, у кожній п'ятій – третьою, у кожній десятій – четвертою й більше. Тобто, розподіл паритету вагітностей практично вірогідно не відрізнявся між досліджуваними групами. Лише кількість вагітних з четвертою вагітністю в групі С і СВ була менше за таку в групі KB1 в 3,35 рази, $p < 0,005$.

Отже, досліджувані групи С, СВ і KB1 були гомогенними за середнім віком, віковим розподілом, характером репродуктивного анамнезу за розподілом і середньою кількістю пологів, штучних абортів, мимовільних абортів, паритетом даної вагітності, що дозволяє порівнювати особливості перебігу та кінця гестаційного періоду у вагітних з доброякісними утвореннями яєчників, у котрих проводилася тактика спостереження, та у жінок контрольної групи.

Кістозні утворення яєчників під час вагітності вірогідно частіше зустрічаються у жінок, котрі палять (56,15%), мають несприятливий соматичний фон (20,08%), нерегулярний менструальний цикл (17,21%), пізній початок статевого життя ($p < 0,003$), оперативні втручання на придатках матки (9,43%), урогенітальні інфекції або бактеріальний вагіноз в анамнезі (38,68%), хронічний аднексит (28,28%), полікістозні яєчники (14,81%), кістозні утворення яєчників (12,70%), зовнішньо-внутрішній ендометріоз (11,48%), лейоміому матки (9,02%).

Доброякісні кістозні утворення яєчників під час вагітності у 73,36% випадків мають безсимптомний перебіг і виявляються тільки при ультразвуковому дослідженні.

2.2. Особливості перебігу та кінця гестаційного періоду у вагітних з кістозними утвореннями яєчників, у котрих проводилася тактика спостереження

При спостереженні за досліджуваними 244 вагітними з кістозними утвореннями яєчників встановлено, що у 37 (15,16%) жінок плід завмер на різних термінах вагітності (підгрупа С3) ($p_{KB1} < 0,0001$), у 207 (84,84%) вагітність продовжувала розвиватися (підгрупа СВ). У групі KB1 завмерлих вагітностей не спостерігалось.

При співставленні клініко-анамнестичних даних груп вагітних з кістозними утвореннями яєчників, у котрих вагітність завмерла і у котрих вагітність закінчилася пологамі, не виявлено вірогідної різниці за середнім віком, віковим розподілом, характером репродуктивного анамнезу за розподілом і середньою кількістю пологів, мимовільних абортів, паритетом даної вагітності. Але в підгрупі СЗ в 3,50 рази частіше зустрічалися захворювання шлунково-кишкового тракту ($p < 0,02$) і в 1,53 штучні аборти в анамнезі (56,76% проти 37,20%, $p < 0,03$). Середня кількість штучних абортів на одну жінку в підгрупі СЗ була $0,97 \pm 0,21$ і в 1,83 рази перевищувала таку в підгрупі СВ – $0,53 \pm 0,06$, $p < 0,05$.

Як видно з табл. 2.5, не виявлено вірогідних відмінностей в підгрупах СЗ і СВ за середнім терміном звернення до лікаря, середнього терміну виявлення кістозного утворення яєчника, середнім діаметром кістозного утворення під час виявлення та кількістю вагітних з середнім діаметром кістозного утворення ≥ 6 см. Кожна друга вагітна як в підгрупі СЗ, так і в підгрупі СВ мала кістозне утворення яєчника ≥ 6 см. Кількість вагітних з рівнем прогестерону нижче за норму відповідно терміну вагітності в групі СЗ була більше за таку в СВ в 2,15 рази ($p < 0,0001$).

Таблиця 2.5

Деякі анамнестичні показники досліджуваних вагітних

Показник	Група вагітних		
	Підгрупа СЗ, n=37	СВ, n=207	КВ1, n=100
Середній термін звернення до лікаря з приводу вагітності, у тижнях вагітності	$5,86 \pm 0,44$	$5,71 \pm 0,12$	$6,08 \pm 0,23$
Середній термін виявлення кістозного утворення яєчника, у тижнях вагітності	$7,70 \pm 0,40$	$7,54 \pm 0,13$	-
Середній діаметр кістозного утворення під час виявлення, у см	$5,85 \pm 0,22$	$6,15 \pm 0,14$	-
Кількість вагітних з діаметром кістозного утворення під час виявлення ≥ 6 см, n ($P \pm p, \%$)	21 (56,76 \pm 1,25)	116 (56,04 \pm 0,52)	
Кількість вагітних з рівнем прогестерону нижче за норму відповідно терміну вагітності, n ($P \pm p, \%$)	33 (89,19 \pm 1,57) СВ, КВ1	86 (41,55 \pm 0,45) СЗ, КВ1	0 (0,00 \pm 0,00)

Примітка. ^{СЗ, СВ, КВ1} – статистично вірогідні відмінності з показниками груп СЗ, СВ, КВ1 ($p < 0,05$).

Сироватковий рівень СА 125, який вимірювався після виявлення кістозного утворення також не мав вірогідної різниці – $26,78 \pm 2,56$ проти $24,34 \pm 1,49$ Од/мл.

Термін припинення вагітності у підгрупі СЗ варіював від 5 до 28 і в середньому склав $9,30 \pm 0,93$ тижнів гестаційного періоду (рис. 2.3).

Найбільша кількість вагітностей (86,49%) у підгрупі СЗ, як видно з рис. 2.4, завмерла в терміні до 12 тижнів.

Після встановлення припинення вагітності у 35 (94,59%) був проведений штучний аборт, у 2 (5,41%) – штучні пологи за медичними показниками, в одному випадку шляхом кесарева розтину. Приводимо цей випадок.

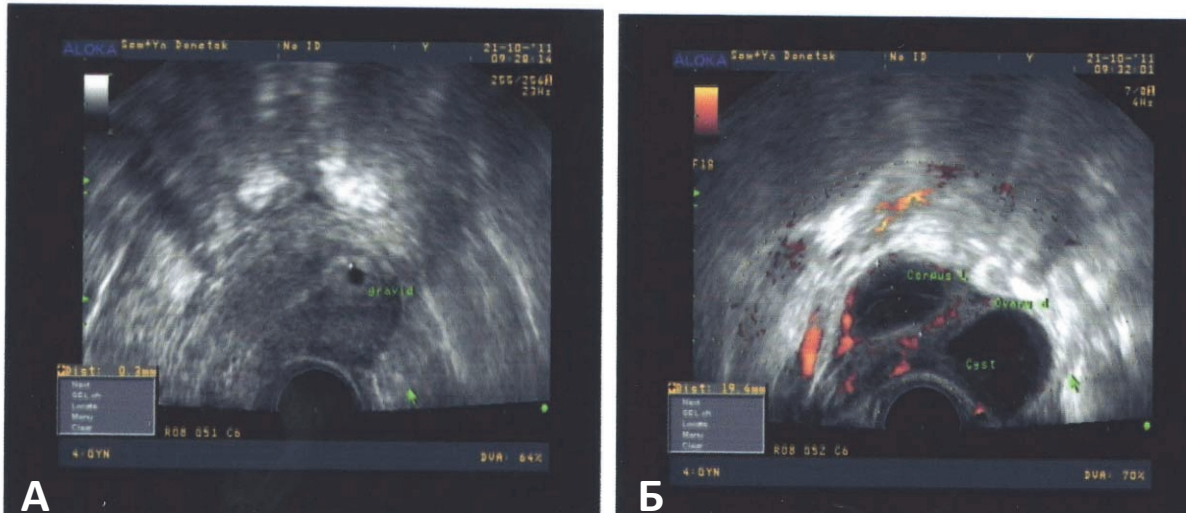


Рис. 2.3. Сонограма. Завмерла вагітність 5 тижнів (А) на тлі кістозно зміненого жовтого тіла та апікально розташованої серозної цистаденоми в правому яєчнику (Б).

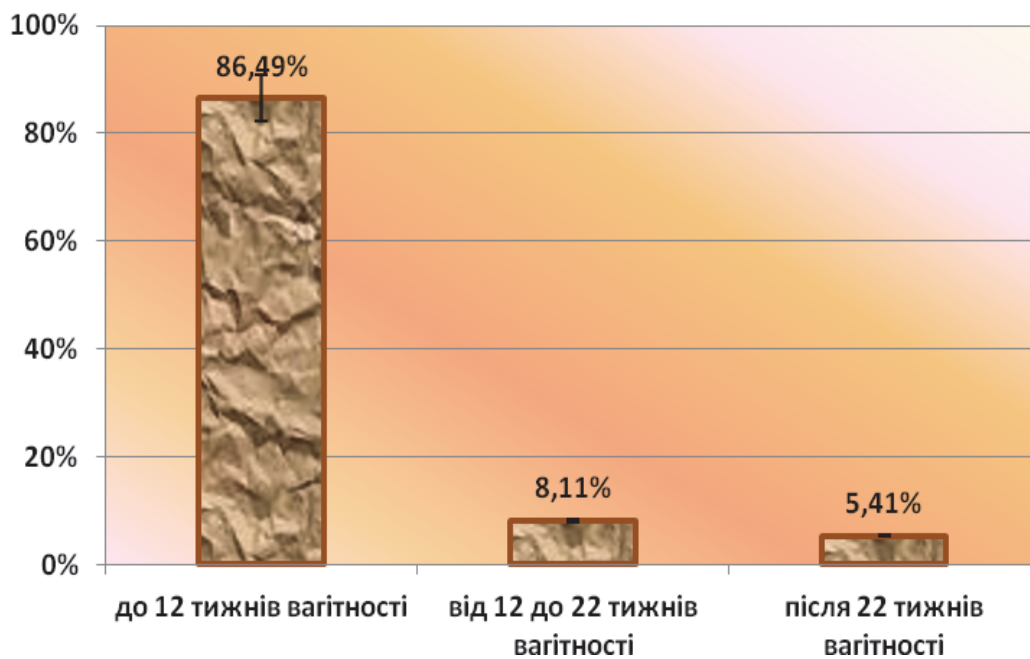


Рис. 2.4. Розподіл терміну замирання вагітності у досліджуваних вагітних групи С3

Вагітна Б., 32 років стала на диспансерний облік в жіночу консультацію з діагнозом: вагітність I, 18 тижнів, хронічний пілонефрит в стадії ремісії.

Скарги при зверненні не пред'являє. Результати лабораторного обстеження в нормі. З анамнезу менструації з 11 років по 3 дні через 28 днів, регулярні, помірні, безболісні. Статеве життя з 18 років. Гінекологічні захворювання в анамнезі заперечує.

При ультразвуковому дослідженні в терміні 21 тиждень вагітності дані фетометрії відповідають терміну вагітності, частота серцевих скорочень плода 148 уд./хвил., рухи активні, звичайні. Плацента по передній

стіни, ступень зрілості 0 по Grannin, товщина 22 мм. Справа від матки візуалюється трьохкамерне утворення з товстою капсулою 108x96 мм, вміст камер неоднорідний, ізоехогенний з гіперехогенними включеннями – тератома правого яєчника. Вміст онкомаркерів в сироватці крові в терміні 21 тиждень вагітності: Ca 125 – 81,62 Од/мл, Ca 19,9 – 0,6 Од/мл.

В терміні вагітності 28-29 тижнів бригадою скорої помочі доставлена в стаціонар ЦМЛ з різкими болями в епігастральній області, скаргами на багаторазове блювання. З діагнозом вагітність I, 28-29 тижнів, гострий панкреатит, хронічний пієлонефрит в стадії загострення, кістома правого яєчника, дерматит, двостороння нижньодольова пневмонія, синдром системної запальної відповіді, перитоніт, виражений інтоксикаційний синдром з водно-електролітними порушеннями, антенатальна загибель плода бригадою санітарної авіації переведена в Донецький регіональний центр охорони материнства та дитинства.

Консультована співробітниками кафедри, суміжними спеціалістами – хірургом, терапевтом, невропатологом, інфекціоністом; обстежена лабораторно. Виставлений діагноз: вагітність I, 28-29 тижнів, антенатальна загибель плода, нагноювальна кіста правого яєчника з перфорацією? Гострий апендицит? Розлитий гнійний перитоніт, синдром системної запальної відповіді, синдром ендогенної інтоксикації. Рекомендовано оперативне лікування в ургентному порядку.

На операції в черевній порожнині виявлено до 3 000 мл гнійного випоту, правий яєчник представлений утворенням до 15 см в діаметрі з гнійним вмістом з двома перфоративними отворами, апендикс вторинно запально змінений, покритий гнійно-фібринозним нальотом. Виконана нижньосерединна лапаротомія, правостороння цистосальпінгооваріоектомія, апендектомія, широке дренивання черевної порожнини.

На дев'яту добу післяопераційного періоду стан хворої погіршився, відмічалось погіршення дихальних розладів, інтоксикація, гарячка, наростання явищ перитоніту. Враховуючи погіршення стану породілі виконана релапаротомія. На операції при входженні в черевну порожнину евітерація, вилів розтятого міжпелетельного абсцесу. Матка дрябла, сірого кольору, покрита гнійно-фібринозним нальотом. Виконана надпівхова ампутація матки з лівою матковою трубою, резекція сальника, контрапертурне широке дренивання черевної порожнини. Післяопераційна рана загоїлася вторинним натягом. Виписана з клініки в задовільному стані на 43-ю добу.

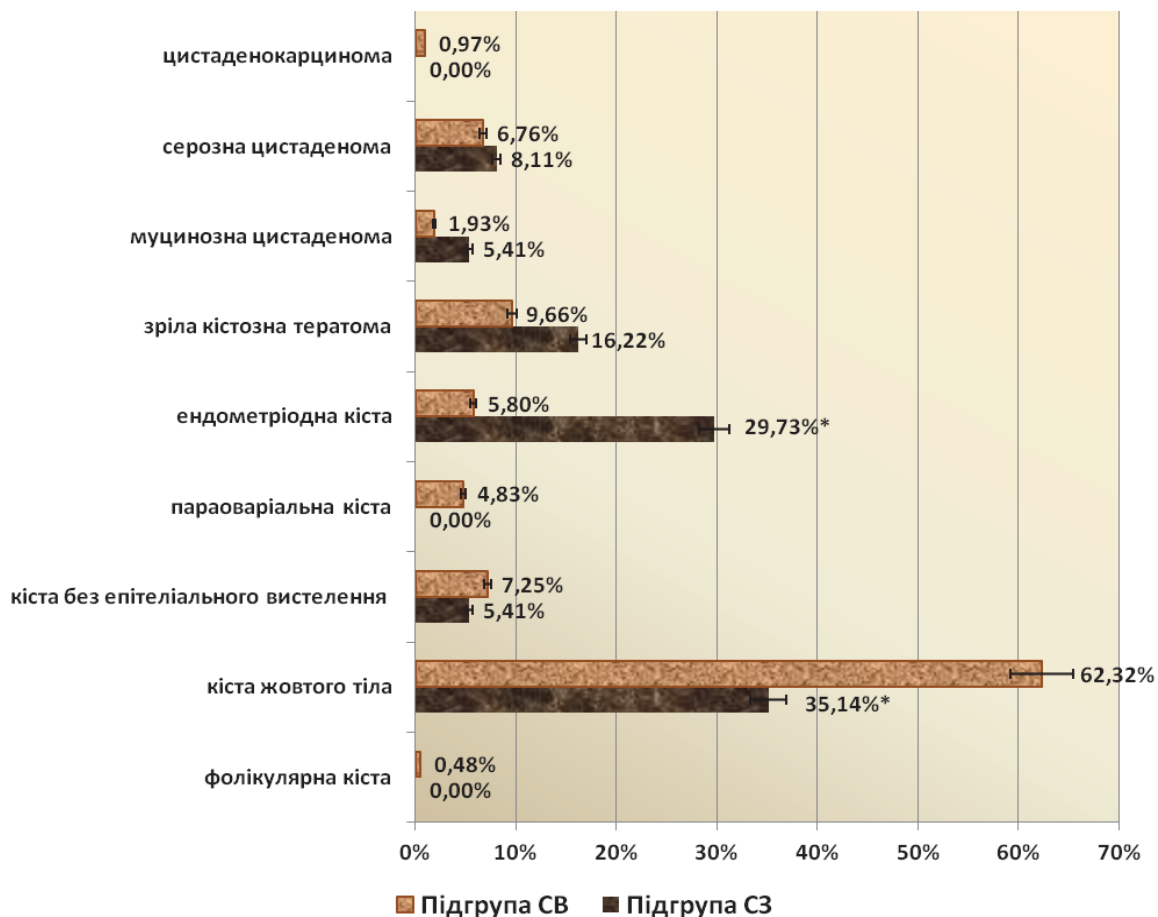
Заключний діагноз: Вагітність I, 28-29 тижнів. Антенатальна загибель плода. Нагноювальна тератома правого яєчника з перфорацією. Вторинний гострий апендицит. Розлитий гнійний перитоніт. Синдром системної запальної відповіді. Синдром ендогенної інтоксикації. Пологи I, передчасні, патологічні мертвим плодом. Нижньосерединна лапаротомія. Кесарів розтин в нижньому сегменті. Правостороння цистосальпінгооваріоектомія. Апендектомія. Лаваж і широке дренивання черевної порожнини. Міжпелетельний абсцес. Розлитий перитоніт. надпівхова ампутація матки з лівою матковою трубою, резекція сальника, контрапертурне широке дренивання черевної порожнини.

За даними протоколу патологоанатомічного дослідження плода та посліду виявлено гостру плацентарну недостатність, в плаценті різке повнокрів'я зі стазами, зменшення ємкості міжворсинчатого простору, запальні зміни в тканинах плода і плаценті не знайдені. Дані розтину і гістологічного дослідження секційного матеріалу дозволили вважати, що чинником внутрішньоутробної загибелі плода стала гостра плацентарна недостатність, яка була обумовлена інтоксикацією матері.

Протягом 2 місяців після завершення вагітності у пацієток підгрупи СЗ у 13 (35,14%) випадків настав регрес кістозних утворень яєчників. За даними попередніх проведених ультразвукових досліджень і, враховуючи повний регрес після припинення вагітності, ці утворення були розцінені як кісти жовтого тіла.

24 (64,86%) пацієтки підгрупи СЗ після завершення вагітності були прооперовані з приводу кістозних утворень яєчників. За даними гістологічного дослідження операційних матеріалів, в підгрупі СЗ у 11 (29,73%) жінок вагітність завмерла на фоні ендометріодної кісти яєчника, у 2 (5,41%) – кісти без епітеліального вистелення, у 6 (16,22%) – зрілої кістозної тератоми, у 2 (5,41%) – муцинозної цистаденоми, у 3 (8,11%) – серозної цистаденоми.

При співставленні розподілу гістоstrukturних різновидів кістозних утворень яєчників в підгрупах СЗ і СВ встановлено, що серед вагітних з кістозними утвореннями яєчників, у котрих вагітність завмерла, у 5,13 рази ($p < 0,0001$) частіше зустрічалися ендометріодні кісти, а серед вагітних, у котрих вагітність закінчилася пологам, в 1,77 частіше ($p < 0,002$) реєструвалися кісти жовтого тіла (рис. 2.5). Як видно з рис. 2.5, інших вірогідних розбіжностей в розподілі гістоstrukturних різновидів кістозних утворень яєчників в підгрупах СЗ і СВ не виявлено.



Примітка. * - різниця статистично вірогідна відносно показника групи СВ, $p < 0,05$.

Рис. 2.5. Розподіл гістоstrukturних різновидів кістозних утворень яєчників в підгрупах СЗ і СВ.

При аналізі перебігу гестаційного періоду у досліджуваних вагітних (табл. 2.6) виявлено, що за частотою таких ускладнень, як кольпіт, анемія, багатоводдя, затримка росту плода, набряки, артеріальна гіпертензія та прееклампсія групи С, СВ і КВ1 були однорідні.

Такі ускладнення, як загроза переривання вагітності зустрічалася у жінок групи С в 17,22 рази ($p < 0,0001$) і підгрупи СВ в 11,36 ($p < 0,0001$) частіше, ніж в групі КВ1, плацентарна дисфункція – відповідно в 9,56 ($p < 0,0001$) і в 5,31 ($p < 0,0001$). Таким чином найбільш характерними ускладненнями вагітності у жінок з доброякісними кістозними утвореннями яєчників є загроза переривання вагітності та плацентарна дисфункція.

Дані пологи у жінок групи С і підгрупи СВ були у семи випадках з десяти першими, у кожній третій жінки – другими, у кожній шестидесятій – третіми (табл. 2.7).

Дані пологи у породіль групи КВ1 були у семи жінок з десяти першими, у кожній третій породіллі – другими, у кожній двадцятій – третіми. Тобто, розподіл паритету пологів вірогідно відрізнявся між групами С і СВ ($p < 0,0004$) з групою КВ1 тільки по наявності третіх пологів – їх в групах С і СВ було відповідно менше в 3,05 ($p < 0,01$) і 3,45 рази ($p < 0,0005$).

Термін вагітності під час пологів складав в групі С $38,52 \pm 0,12$ тижнів, СВ – $38,63 \pm 0,11$, КВ1 – $38,77 \pm 0,13$ і вірогідно між групами не відрізнявся. Також не було вірогідних розбіжностей між досліджуваними групами за частотою термінових, передчасних, запізнілих, нормальних та ускладнених пологів (табл. 2.8)

Розподіл факторів, які ускладнювали пологи у досліджуваних жінок, був однорідним (табл. 2.9).

Новонароджені від матерів з доброякісними кістозними утвореннями яєчників мали вірогідно меншу масу тіла при народженні в групі С і підгрупі СВ в 1,04 рази, ($p < 0,02$), ніж в контролі (табл. 2.10). У групі С було 11 (5,26%, $p < 0,02$) і підгрупі СВ 9 (4,35%, $p < 0,04$) немовлят масою нижче за 2 500 г (табл. 2.11). Кількість новонароджених масою понад 4 000 г була менше за таку в контролі у групі С в 3,83 ($p < 0,004$) і підгрупі СВ – в 3,79 ($p < 0,004$) рази.

За оцінкою за шкалою Апгар та її розподілом, кількістю випадків перинатальних втрат та вроджених вад розвитку обстежені групи статистично вірогідно не відрізнялися (див. табл. 2.10, табл. 2.12).

При аналізі долі кістозних утворень яєчників у досліджуваних жінок підгрупи СВ було встановлено, що під час гестаційного періоду у 121 (49,59%) вагітної спостерігався регрес кісти яєчника і у 22 (9,02%) випадках було виконано хірургічне видалення кістозного утворення яєчника, у 25 (10,25%) – його хірургічне видалення під час кесарева розтину, а у 40 (16,39%) жінок спостерігалася персистенція утворення після пологів (рис. 2.6).

Серед 121 (49,59%) вагітної, у котрих під час гестаційного періоду спостерігався регрес кісти яєчника, у 102 (84,30%) випадках регрес відбувся в терміні до 12 тижнів вагітності, у 19 (15,70%) – після 12 тижнів вагітності (рис. 2.7). Враховуючі дані ультразвукового дослідження, усі кістозні утворення були розцінені як кісти жовтого тіла.

Таблиця 2.6

Ускладнення вагітності у обстежених жінок, n (P±p, %)

Група	Ускладнення вагітності									
	загроза переривання вагітності	кольпіт	анемія	багатоводдя	плацентарна дисфункція	затримка росту плода	набряки	артеріальна гіпертензія	пreeклампсія	
C, n=244	84 (34,43±0,38) ^к	31 (12,70±0,23)	63 (25,82±0,33)	14 (5,74±0,15)	70 (28,69±0,34) ^к	5 (2,05±0,09)	31 (12,70±0,23)	12 (4,92±0,14)	0 (0,00±0,00)	
CB, n=207	47 (22,71±0,33) ^к	23 (11,11±0,23)	54 (26,09±0,36)	14 (6,76±0,18)	33 (15,94±0,28) ^к	5 (2,42±0,11)	29 (14,01±0,26)	10 (4,83±0,15)	0 (0,00±0,00)	
KB1, n=100	2 (2,00±0,24)	6 (6,00±0,25)	17 (17,00±0,41)	3 (3,00±0,17)	3 (3,00±0,17)	0 (0,00±0,00)	11 (11,00±0,33)	4 (4,00±0,20)	0 (0,00±0,00)	

Таблиця 2.7

Паритет даних пологів у обстежених жінок, n (P, %)

Група	Паритет пологів		
	Перші	Другі	Треті
C, n=244	171 (70,08)	68 (27,87)	4 (1,64) ^к
CB, n=207	144 (69,57)	60 (28,99)	3 (1,45) ^к
KB1, n=100	61 (61,00)	29 (22,00)	10 (5,00)

Таблиця 2.8

Характер перебігу пологів у обстежених жінок, n (P±p, %)

Група	Характер перебігу пологів		
	Передчасні пологи	Запізнені пологи	Нормальні пологи
C, n=244	17 (8,13±0,20)	0 (0,00±0,00)	142 (67,94±0,57)
CB, n=207	15 (7,25±0,19)	0 (0,00±0,00)	142 (68,60±0,58)
KB1, n=100	4 (4,00±0,20)	0 (0,00±0,00)	77 (77,00±0,88)

Примітка. ^к – статистично вірогідна різниця з відповідним показником групи KB1 (p>0,05).

Таблиця 2.9

Розподіл факторів, які ускладнювали пологи у досліджуваних жінок, n (P±p, %)

Фактори, які ускладнюють пологи	C, n=244	CB, n=207	KB1, n=100
Дефект дольки плаценти	21 (10,05±0,22)	10 (14,71±0,47)	5 (5,00±0,22)
Обрив оболонок	12 (5,74±0,17)	2 (2,94±0,21)	3 (3,00±0,17)
Прееклампсія	8 (3,83±0,14)	1 (1,47±0,15)	0 (0,00±0,00)
Слабкість пологової діяльності	24 (11,48±0,23)	14 (20,59±0,15)	7 (7,00±0,27)
Кровотеча	1 (0,48±0,05)	2 (2,94±0,21)	0 (0,00±0,00)
Патологічне передлежання плода	12 (5,74±0,17)	3 (4,41±0,26)	5 (5,00±0,22)
Дистрес плода	18 (8,61±0,20)	7 (10,29±0,39)	5 (5,00±0,22)
Розриви м'яких тканин пологових шляхів	70 (28,69±0,34)	70 (33,82±2,07)	25 (25,00±0,90)
Розрив промежини III ст.	1 (0,48±0,05)	1 (1,47±0,15)	0 (0,00±0,00)

Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками не встановлено, (p>0,05).

Таблиця 2.10

Оцінка стану новонароджених у досліджуваних жінок

Група	Середня маса новонародженого, M±m, г	Оцінка за шкалою Апгар на 5-й хвилині, M±m, бали	Перинатальні втрати, n (P±p, %)	Вроджені вади розвитку, n (P±p, %)
C, n=244	3365,98±28,83 ^к	7,18±0,12	2 (0,82±0,06)	0 (0,00±0,00)
CB, n=207	3386,28±27,87 ^к	7,25±0,12	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)
KB1, n=100	3505,40±39,73	7,43±0,15	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)

Примітка. ^к – різниця статистично вірогідна відносно показників в групі KB1 (p<0,05).

Таблиця 2.11

Розподіл маси новонароджених у досліджуваних жінок, n (P±p, %)

Група	<2500 г	2500 г ≤ маса ≤ 4000 г	≥4000 г
C, n=244	11 (5,26±0,16) ^к	192 (91,87±0,66)	6 (2,87±0,12) ^к
CB, n=207	9 (4,35±0,15) ^к	192 (92,75±0,67)	6 (2,90±0,12) ^к
KB1, n=100	0 (0,00±0,00)	89 (89,00±0,94)	11 (11,00±0,33)

Примітка. ^к – різниця статистично вірогідна відносно показників в групі KB1 (p<0,05).

Таблиця 2.12

Розподіл оцінки стану новонароджених у досліджуваних жінок, n (P±p, %)

Група	1-4 бали	5-6 балів	7-8 балів	9-10 балів
C, n=244	6 (2,87±0,12)	34 (16,27±0,28)	147 (70,33±0,58)	19 (9,09±0,21)
CB, n=207	6 (2,90±0,12)	34 (16,43±0,28)	147 (71,01±0,59)	19 (9,18±0,21)
KB1, n=100	2 (2,00±0,14)	11 (11,00±0,33)	74 (74,00±0,86)	13 (13,00±0,36)

Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками не виявлено (p>0,05).

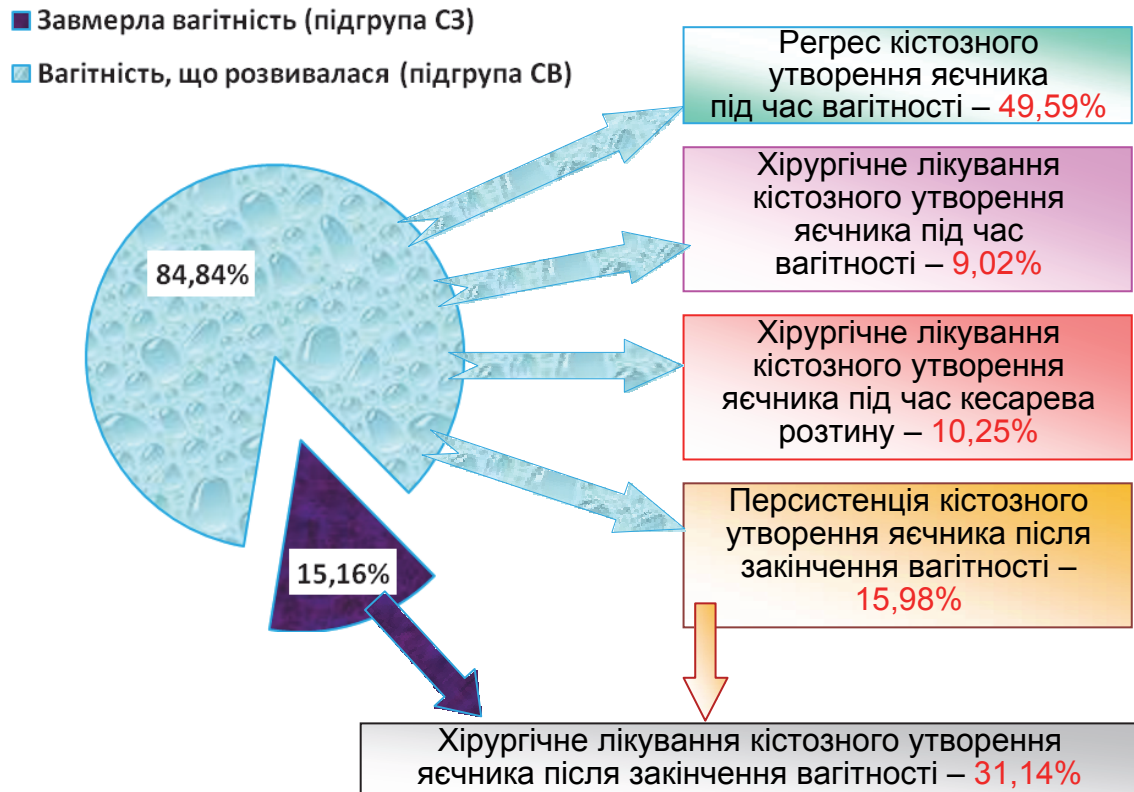


Рис. 2.6. Розподіл в залежності від долі вагітності та кістозних утворень яєчників у досліджуваних вагітних при спостережній тактиці.

Серед 22 (9,02%) вагітних групи С, котрим було виконано хірургічне видалення кістозного утворення яєчника під час вагітності, показниками для оперативного втручання були:

- розрив утворення у 3 (1,23%) жінок (у 2 випадках – ендометріоми, у 1 – кіста жовтого тіла);
- перекрут у 12 (4,92%) (у 1 випадку – фолікулярної кісти, у 2 – параоваріальної кісти, у 5 – зрілої кістозної тератоми, у 2 – муцинозної цистаденоми, у 2 – серозної цистаденоми);
- ріст та великі розміри кістозного утворення у 2 (0,82%) (серозна цистаденома діаметром 16 см і муциозна цистаденома діаметром 20 см);
- підозра на малігнізацію внаслідок комплексної, багатокамерної структури з потовщеними перетинками за даними ультразвукового дослідження і рівня онкомаркерів, вищих за референсні показники, у 5 (2,05%) (у 1 випадку – ендометріома яєчника, у 1 – зріла кістозна тератома, у 1 – муциозна цистаденома, у 2 – аденокарцинома яєчника).

Взагалі в групі вагітних групи С, котрим була обрана спостережна тактика ведення, але було виконано хірургічне видалення кістозного утворення яєчника під час вагітності, переважну більшість утворень складала зрілі кістозні тератоми (27,27%) та муцинозні цистаденоми (18,18%) (рис. 2.8).

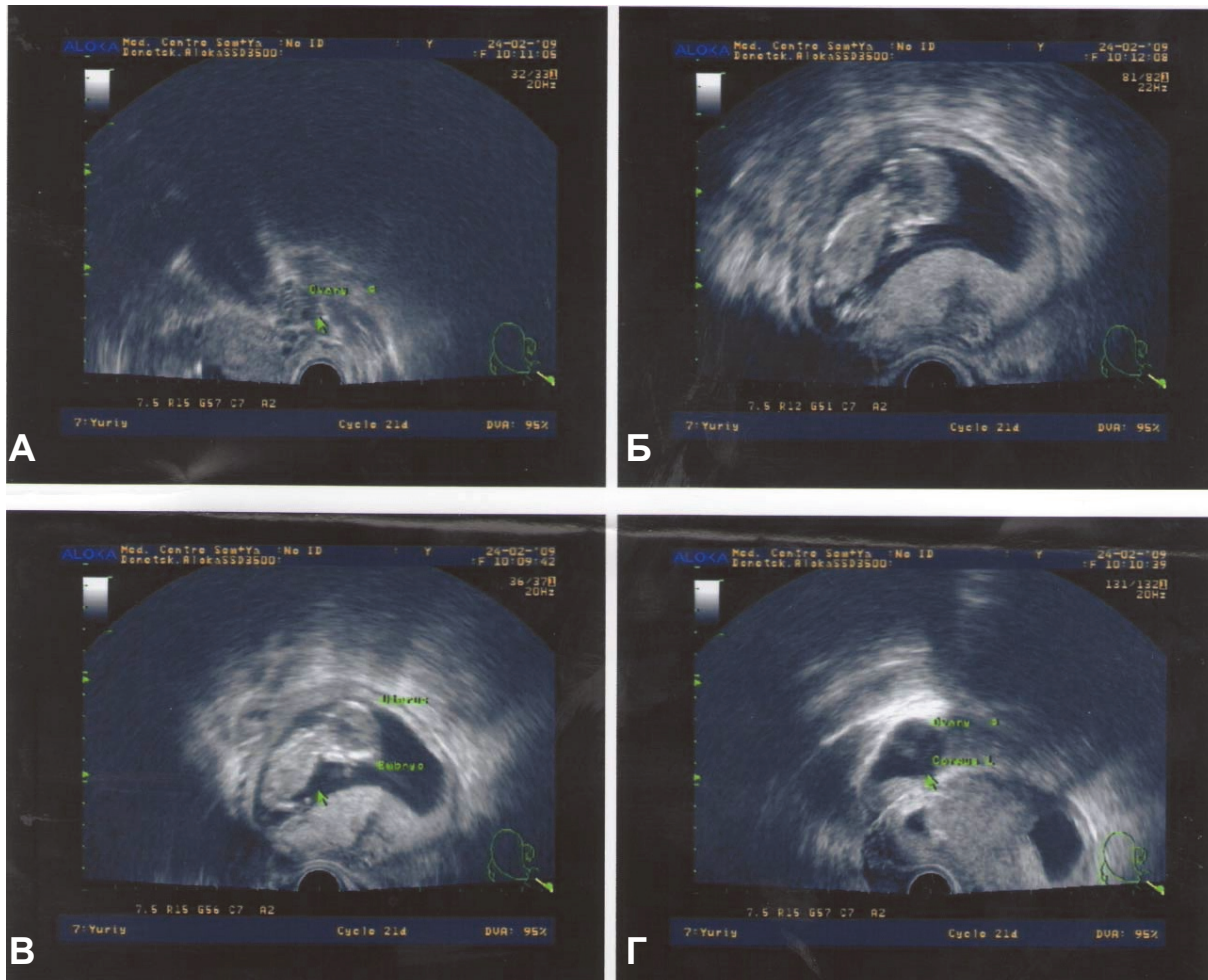


Рис. 2.7. Сонограма пацієнтки Ч. з вагітністю 12 тижнів і регресом кісти жовтого тіла, у якої при зверненні до лікаря в 6 тижнів вагітності була діагностована кіста жовтого тіла розмірами 75×64 мм у правому яєчнику і проводилася спостережна тактика.

- А. – Лівий яєчник розмірами 24×28 мм, звичайної ехоструктури.
- Б.В. – У порожнині матки 1 плідне яйце з ембріоном. КТР – 71 мм, СБ+. Хоріон по передній стінці матки, товщиною 16 мм. По передній стінці матки незначний гіпертонус.
- Г. – Правий яєчник розмірами 48×44 мм, у ньому включення середньої ехогенності розмірами 27×27 мм – регресуюча кіста жовтого тіла.

Серед 25 (10,25%) вагітних групи С, котрим було виконано хірургічне видалення кістозного утворення яєчника під час кесарева розтину, показниками для оперативного розродження були акушерські чинники:

- слабкість пологової діяльності – у 11 (44,00%) випадках;
- аномалії передлежання плода – у 7 (28,00%);
- дистрес плода – у 7 (28,00%).

У цій групі переважну більшість утворень складала кісти без епітеліального вистелення (32,00%), зрілі кістозні тератоми (24,00%) та ендометріюїдні кісти (8,00%) (рис. 2.9).

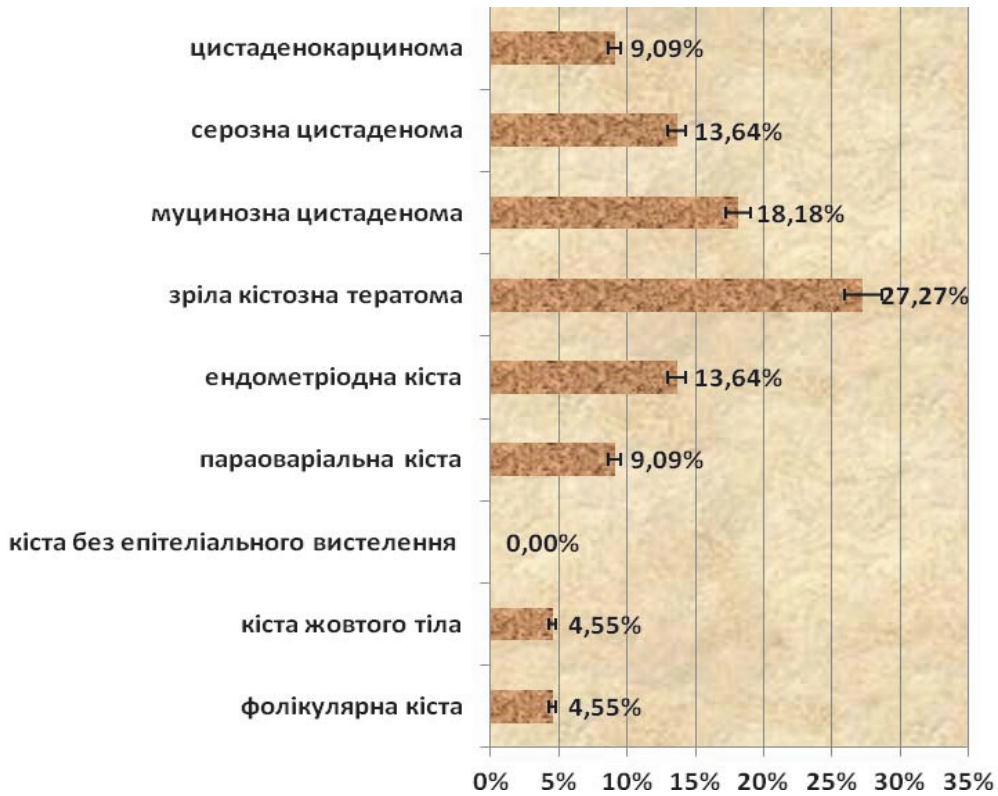


Рис. 2.8. Гістоструктурний спектр кістозних утворень яєчників в групі вагітних, котрим була обрана спостережна тактика ведення, але було виконано хірургічне видалення кістозного утворення яєчника під час вагітності (n=22).

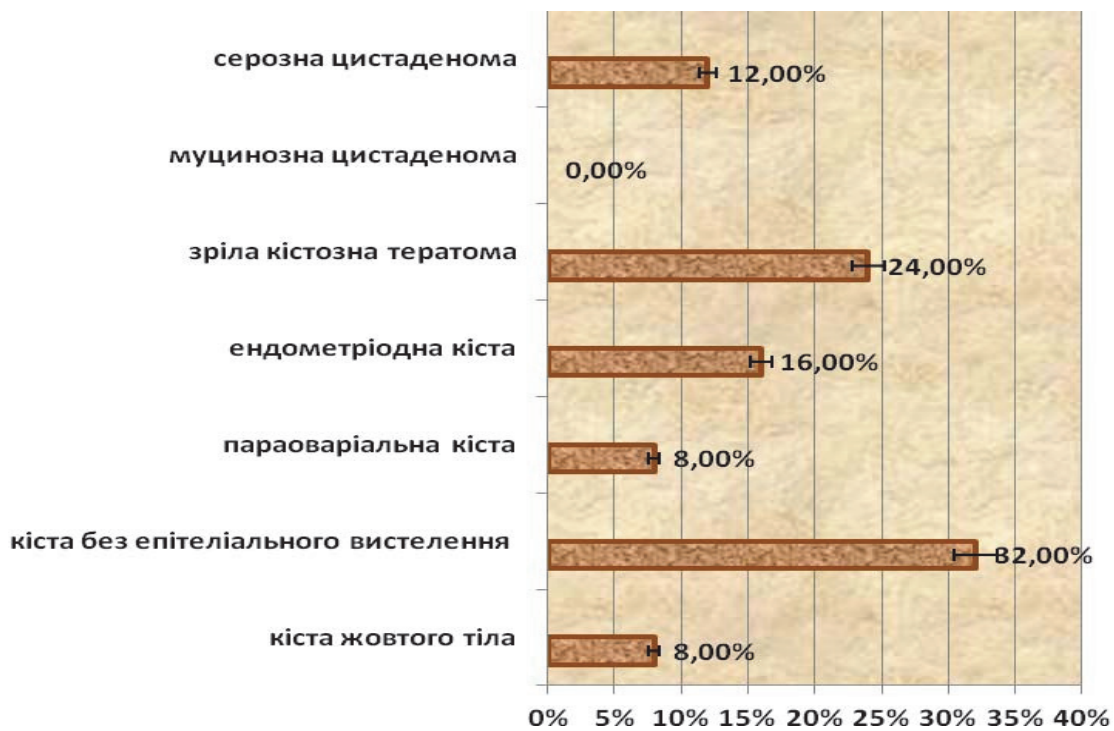


Рис. 2.9. Гістоструктурний спектр кістозних утворень яєчників в групі вагітних, котрим була обрана спостережна тактика ведення, хірургічне видалення кістозного утворення яєчника було виконано під час кесарева розтину (n=25).

Серед 40 (16,39%) вагітних групи С, котрим було виконано хірургічне видалення кістозного утворення яєчника після пологів, за даними гістологічного дослідження операційних матеріалів переважали серозні цистаденоми (20,51%) та зрілі кістозні тератоми (20,51%) (рис. 2.10). З 8 випадків серозних цистаденом в 3 (7,50%) утворення були з наявністю папілярних розростань, в 2 (5,00%) були представлені проліферувальними цистаденомами.

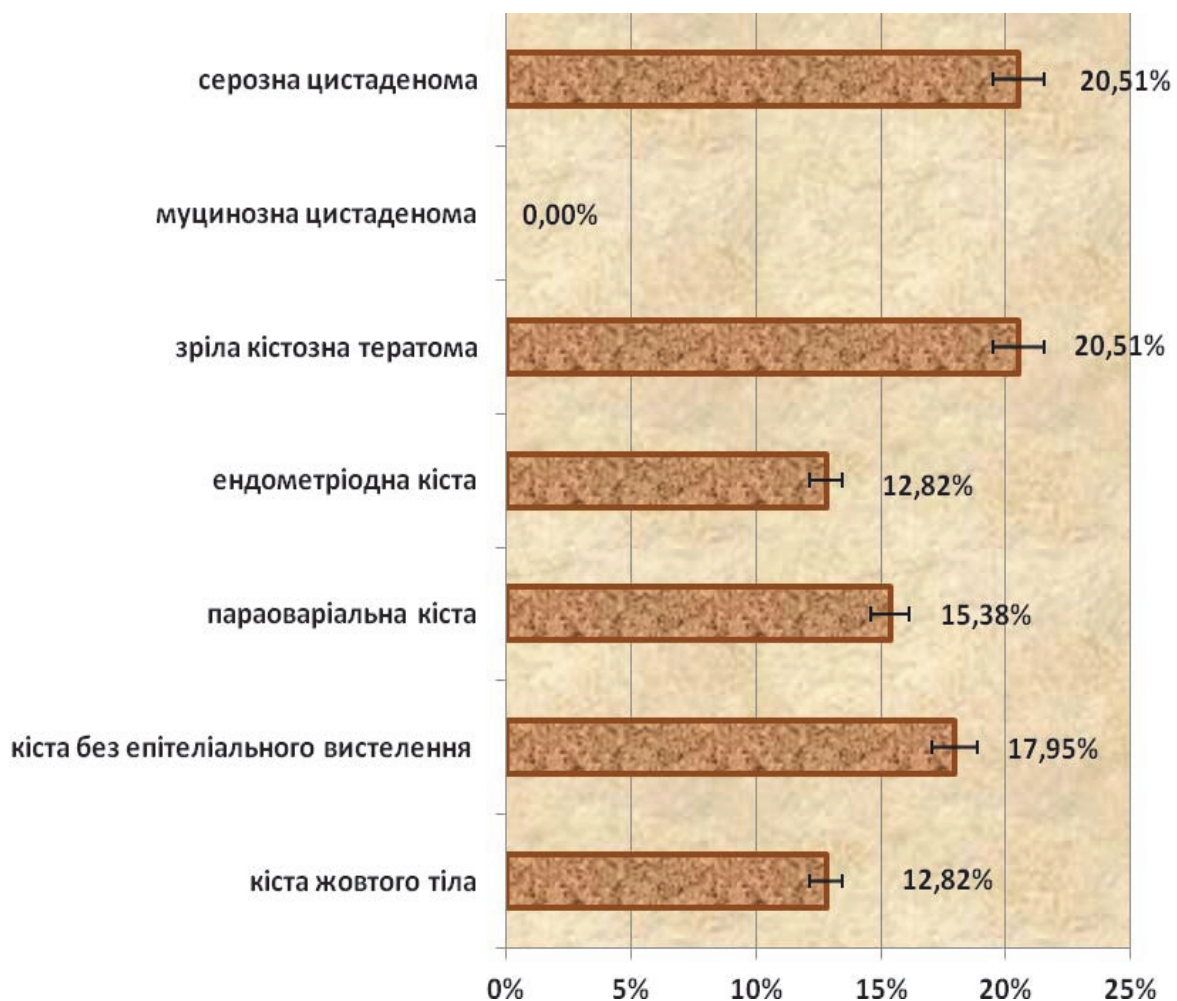


Рис. 2.10. Гістоструктурний спектр кістозних утворень яєчників в групі вагітних, котрим була обрана спостережна тактика ведення, і хірургічне видалення кістозного утворення яєчника було виконано після пологів (n=40).

Узагальнюючи отримані дані, щодо гістоструктурних типів кістозних утворень яєчників у досліджуваних вагітних, яким застосовувалася спостережна тактика ведення, можна зробити висновок, що у цієї когорти жінок найчастіше зустрічалися кісти жовтого тіла (58,20%), зрілі кістозні тератоми (10,66%) і ендометріодні кісти (9,43%) (рис. 2.11).

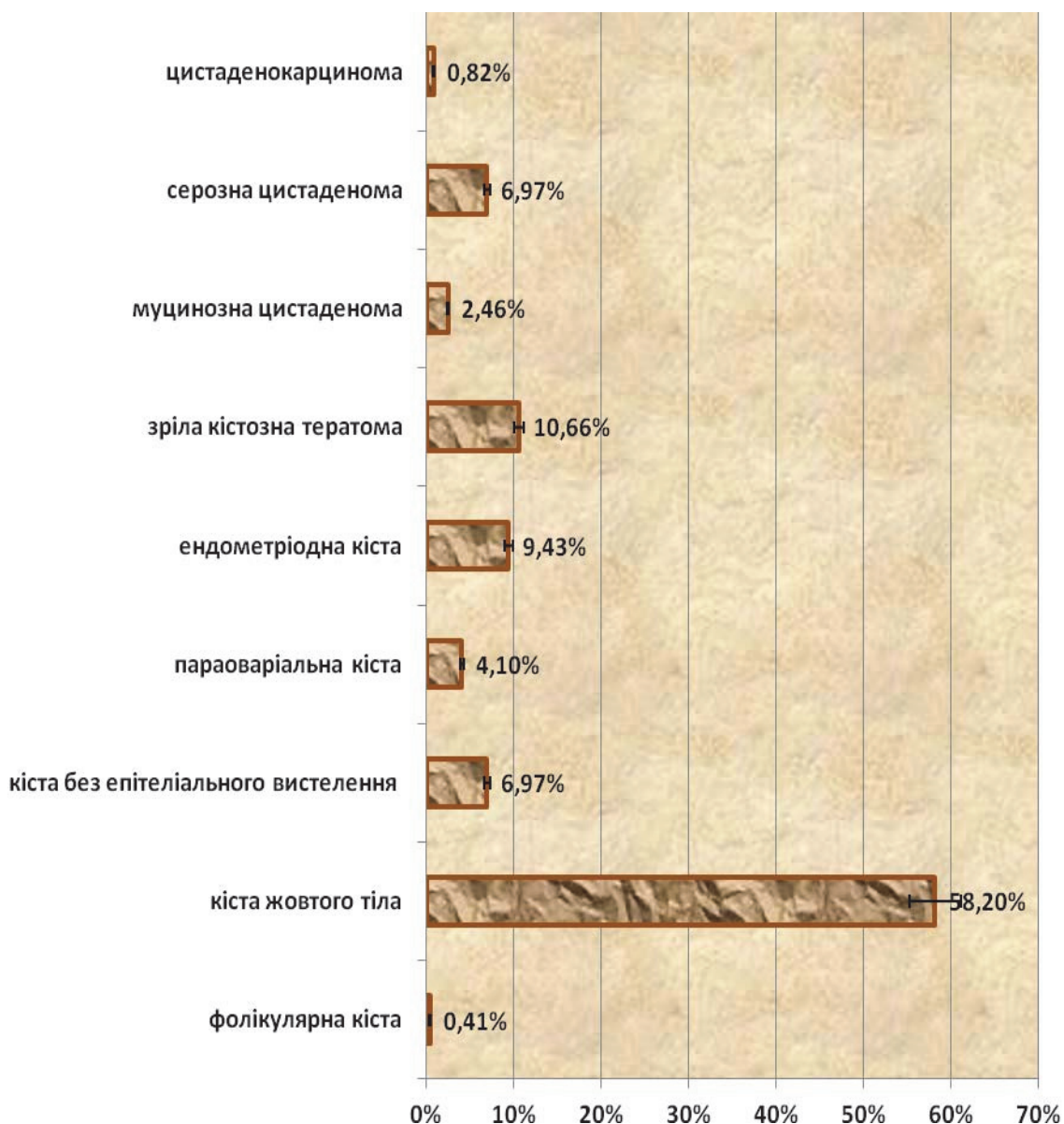


Рис. 2.11. Гістоструктурний спектр кістозних утворень яєчників в групі вагітних, котрим була обрана спостережна тактика ведення (n=244).

Як видно з табл. 2.13, вірогідно найменший середній діаметр кістозного утворення яєчників спостерігався в підгрупі з персистенцією утворення протягом вагітності і хірургією після пологів ($4,86 \pm 0,13$ см), найбільший – в підгрупі вагітних з хірургією кістозних утворень яєчників під час вагітності ($8,86 \pm 0,75$ см). 21 (95,45%) вагітна в підгрупі з хірургією кістозних утворень яєчників під час вагітності мали діаметр кістозного утворення ≥ 6 см, тоді як в підгрупі з хірургією після пологів – 5 (12,82%).

У підгрупі із завмерлою вагітністю, з хірургією кістозних утворень яєчників під час кесарева розтину і в підгрупі з регресом кістозних утворень яєчників під час вагітності кількість жінок з діаметром кістозного утворення ≥ 6 см вірогідно не відрізнялася.

Таблиця 2.13

Розподіл обстежених вагітних за розміром кістозних утворень і рівнем сироваткового прогестерону

Група вагітних	Середній діаметр кістозного утворення під час виявлення, $M \pm m$, у см	Кількість вагітних з діаметром кістозного утворення ≥ 6 см, n ($P \pm p, \%$)	Кількість вагітних з рівнем прогестерону нижче за норму відповідно терміну вагітності, n ($P \pm p, \%$)
Підгрупа із завмерлою вагітністю, $n=37$	$5,85 \pm 0,22^{2,4}$	21 ($56,76 \pm 1,25$) ^{2,4}	33 ($89,19 \pm 1,57$) ^{2,3,4}
Підгрупа вагітних з хірургією кістозних утворень яєчників під час вагітності, $n=22$	$8,86 \pm 0,75^{1,3,4,5}$	21 ($95,45 \pm 2,12$) ^{1,3,4,5}	11 ($50,00 \pm 1,54$) ¹
Підгрупа вагітних з хірургією кістозних утворень яєчників під час кесарева розтину, $n=25$	$6,24 \pm 0,27^{2,4}$	16 ($64,00 \pm 3,92$) ^{2,4}	11 ($44,00 \pm 3,25$) ¹
Підгрупа вагітних з хірургією кістозних утворень яєчників після пологів, $n=39$	$4,86 \pm 0,13^{1,2,3,5}$	5 ($12,82 \pm 0,58$) ^{1,2,3,5}	19 ($48,72 \pm 1,13$) ¹
Підгрупа вагітних з регресом кістозних утворень яєчників під час вагітності, $n=121$	$6,05 \pm 0,14^{2,4}$	74 ($61,16 \pm 0,65$) ^{2,4}	45 ($37,19 \pm 0,70$) ¹

Примітка. ^{1, 2, 3, 4, 5} – різниця статистично вірогідна відповідно підгрупи із завмерлою вагітністю, підгрупи з хірургією кістозних утворень яєчників під час вагітності, підгрупи з хірургією кістозних утворень яєчників під час кесарева розтину, підгрупи з хірургією кістозних утворень яєчників після пологів, підгрупи з регресом кістозних утворень яєчників під час вагітності ($p < 0,05$).

Кількість вагітних з рівнем сироваткового прогестерону нижче за норму відповідно терміну вагітності була найбільшою у підгрупі із завмерлою вагітністю (33 (89,19%)) і перевищувала таку в підгрупі з хірургією кістозних утворень яєчників під час вагітності – у 1,78 ($p < 0,0009$) рази, у підгрупі з хірургією кістозних утворень яєчників під час кесарева розтину – у 2,03 ($p < 0,0002$), у підгрупі з хірургією кістозних утворень яєчників після пологів – у 1,83 ($p < 0,0002$), у підгрупі з регресом кістозних утворень яєчників під час вагітності – у 2,40 ($p < 0,0001$).

Таким чином, при спостережній тактиці у вагітних з кістозними утвореннями яєчників у 15,16% випадків плід завмирає на різних термінах вагітності, у 84,84% – вагітність продовжує розвиватися.

У разі завмирання вагітності термін її припинення в середньому складає $9,30 \pm 0,93$ тижнів гестаційного періоду. У вагітних з кістозними утвореннями яєчників, у котрих вагітність завмерла і у котрих вагітність закінчилася пологами,

не існує вірогідної різниці за середнім віком, віковим розподілом, характером репродуктивного анамнезу за розподілом і середньою кількістю пологів, мимовільних абортів, паритетом даної вагітності, за середнім терміном звернення до лікаря, середнім терміном виявлення кістозного утворення яєчника, середнім діаметром кістозного утворення під час виявлення та кількістю випадків діаметру кістозного утворення ≥ 6 см, сироватковим рівнем СА 125. У вагітних з кістозними утвореннями яєчників, у яких плід завмирає на різних термінах вагітності, в 3,50 рази частіше зустрічаються захворювання шлунково-кишкового тракту ($p < 0,02$), в 1,53 ($p < 0,03$) – штучні аборти в анамнезі, в 2,15 ($p < 0,0001$) – рівень прогестерону нижче за норму при відповідному терміні вагітності. У 35,14% жінок вагітність завмирає на фоні кіст жовтого тіла, у 29,73% – на фоні ендометріїдної кісти, у 5,41% – кісти без епітеліального вистелення, у 16,22% – зрілої кістозної тератоми, у 5,41% – муцинозної цистаденоми, у 8,11% – серозної цистаденоми.

Перебіг гестаційного періоду у вагітних з кістозними утвореннями яєчників за частотою таких ускладнень, як кольпіт, анемія, багатоводдя, затримка росту плода, набряки, артеріальна гіпертензія та прееклампсія групи не відрізняється від такого у умовно здорових вагітних, але частіше зустрічаються такі ускладнення, як загроза переривання вагітності в 17,22 рази ($p < 0,0001$), плацентарна дисфункція – в 9,56 ($p < 0,0001$). Не існує вірогідних розбіжностей за частотою термінових, передчасних, запізнілих, нормальних та ускладнених пологів, за оцінкою за шкалою Апгар та її розподілом, кількістю випадків перинатальних втрат та вроджених вад розвитку, але новонароджені від матерів з кістозними утвореннями яєчників мають вірогідно меншу масу тіла при народженні в 1,04 рази, ($p < 0,02$), 5,26% ($p < 0,02$) немовлят масу нижче за 2 500 г і кількість новонароджених масою понад 4 000 г реєструється рідше в 3,83 ($p < 0,004$) рази.

При використанні спостережної тактики ведення у 49,59% вагітних під час гестаційного періоду спостерігається регрес кісти яєчника, у 9,02% випадках виконується хірургічне видалення кістозного утворення яєчника під час вагітності, у 10,25% – хірургічне видалення під час кесарева розтину, а у 16,39% жінок спостерігається персистенція утворення після пологів.

При використанні тактики спостереження 9,02% вагітним потрібно проведення оперативного втручання під час гестаційного періоду з приводу розриву утворення (1,23%), перекруту (4,92%); росту та великих розмірів кістозного утворення (0,82%); підозрі на малігнізацію внаслідок комплексної, багатокамерної структури з потовщеними перетинками за даними ультразвукового дослідження і рівня онкомаркерів, вищих за референсні показники (2,05%).

У вагітних, яким застосовується спостережна тактика ведення найчастіше зустрічаються кісти жовтого тіла (58,20%), зрілі кістозні тератоми (10,66%) та ендометріїдні кісти (9,43%).

Кількість вагітних з рівнем сироваткового прогестерону нижче за норму відповідно терміну вагітності найбільша у підгрупі із завмерлою вагітністю (89,19%) і перевищує таку в підгрупі з хірургією кістозних утворень яєчників під час вагітності – у 1,78 ($p < 0,0009$) рази, у підгрупі з хірургією кістозних утворень яєчників під час кесарева розтину – у 2,03 ($p < 0,0002$), у підгрупі з хірургією кістозних утворень яєчників після пологів – у 1,83 ($p < 0,0002$), у підгрупі з регресом кістозних утворень яєчників під час вагітності – у 2,40 ($p < 0,0001$).

РОЗДІЛ 3

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ КІСТОЗНИХ УТВОРЕНЬ ЯЄЧНИКІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ТА ЛАПАРОТОМІЧНОГО ДОСТУПІВ

У Донецькому регіональному центрі по охороні материнства та дитинства за період з 1998 по 2011 роки прооперовано 127 вагітних з приводу кістозних утворень яєчників, з яких 85 (66,93%) із застосуванням лапароскопічного доступу, 42 (33,07%) – лапаротомічного, $p < 0,0001$. Термін вагітності, у який проводилося оперативне втручання, варіював від 6 до 32 тижнів (рис. 3.1) і в середньому при лапароскопічному доступі склав $11,87 \pm 0,30$ тижнів, при лапаротомічному – $14,43 \pm 0,64$, $p < 0,0006$.

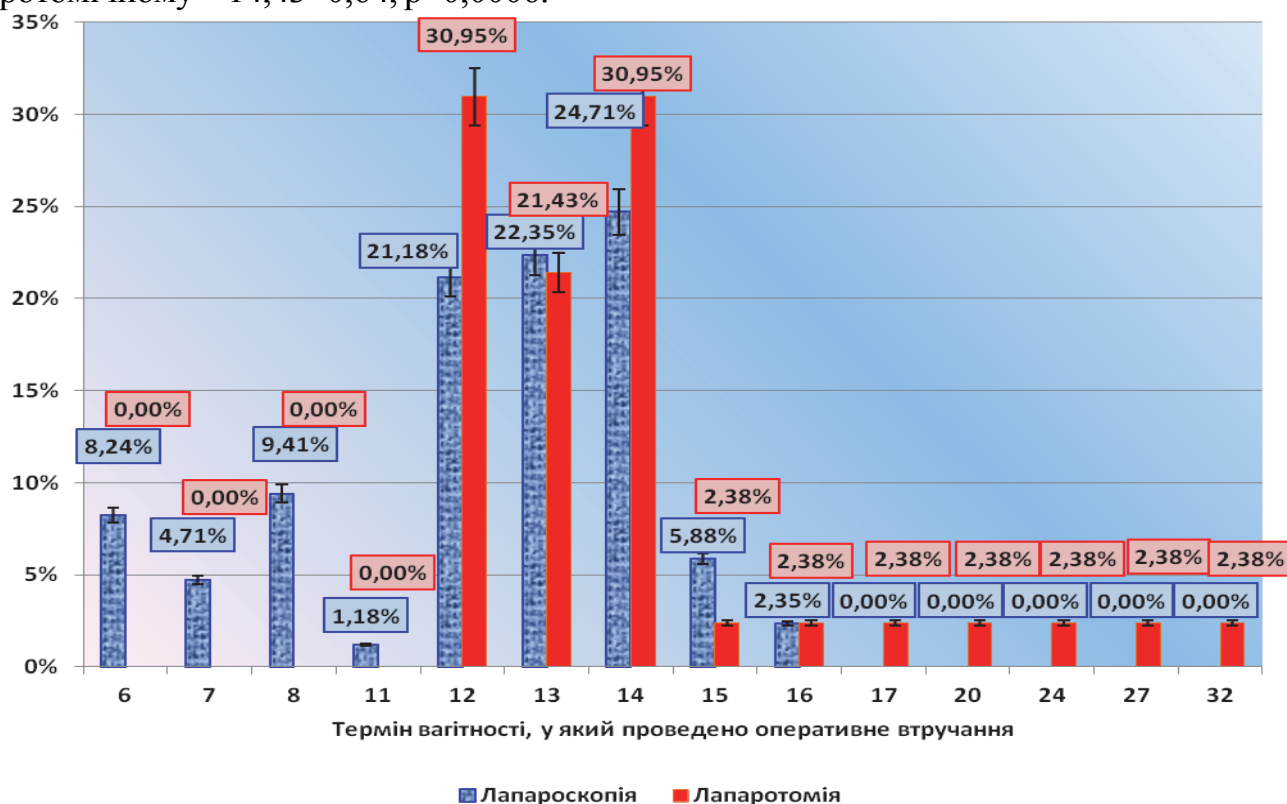
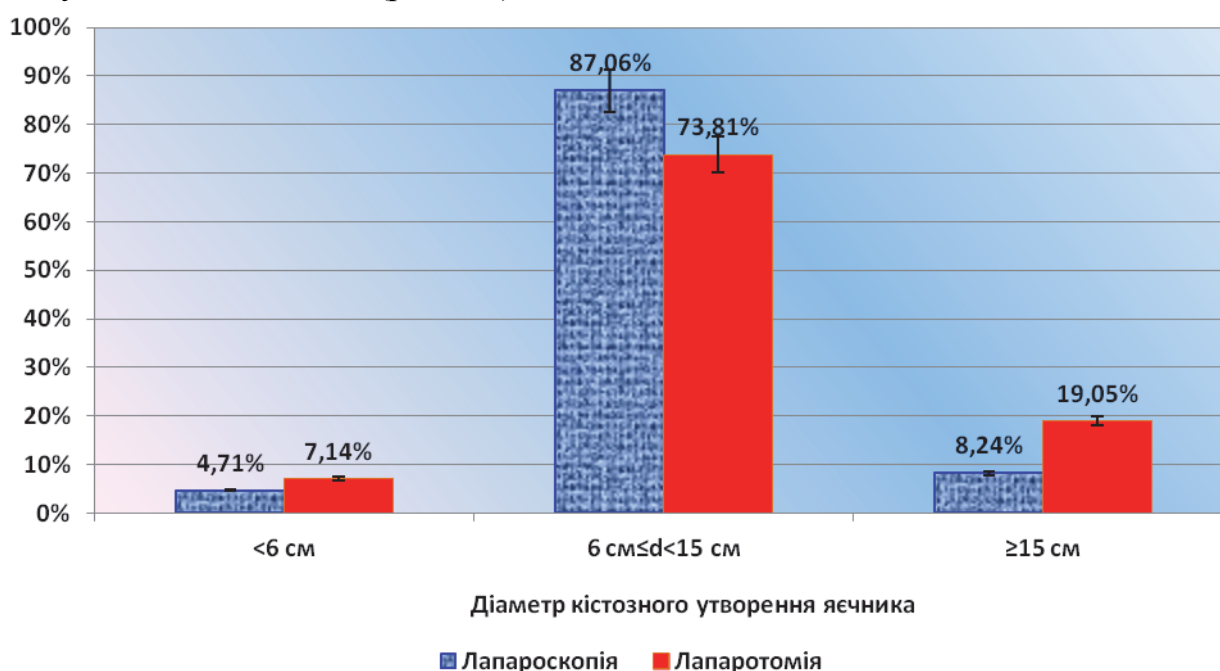


Рис. 3.1. Розподіл прооперованих жінок в залежності від терміну вагітності, у який виконувалося оперативне втручання з приводу кістозних утворень яєчників.

Як видно з рис. 3.1, основна маса вагітних як при лапаротомічному (37 (88,10%)), так і при лапароскопічному (65 (76,47%), $p>0,05$) доступі була прооперована у термін вагітності від 12 до 16 тижнів. Серед 127 вагітних з кістозними утвореннями яєчників до 12 тижнів гестації усі жінки були прооперовані лапароскопічним доступом – 20 (15,75%), $p<0,0001$; тоді як після 16 тижнів гестації, усі лапаротомічним – 5 (3,94%), $p<0,01$.

Діаметр кістозних утворень яєчників, з приводу яких були прооперовані вагітні, варіював від 4 до 30 см і склав в середньому у жінок, прооперованих лапароскопічним доступом, – $9,49\pm 0,60$ см, лапаротомічним – $9,79\pm 0,98$ см, $p>0,05$. Вірогідних відмінностей за розподілом розмірів кістозних утворень, з приводу яких вагітні були прооперовані лапароскопічним і лапаротомічним доступом не відмічалось (рис. 3.2).

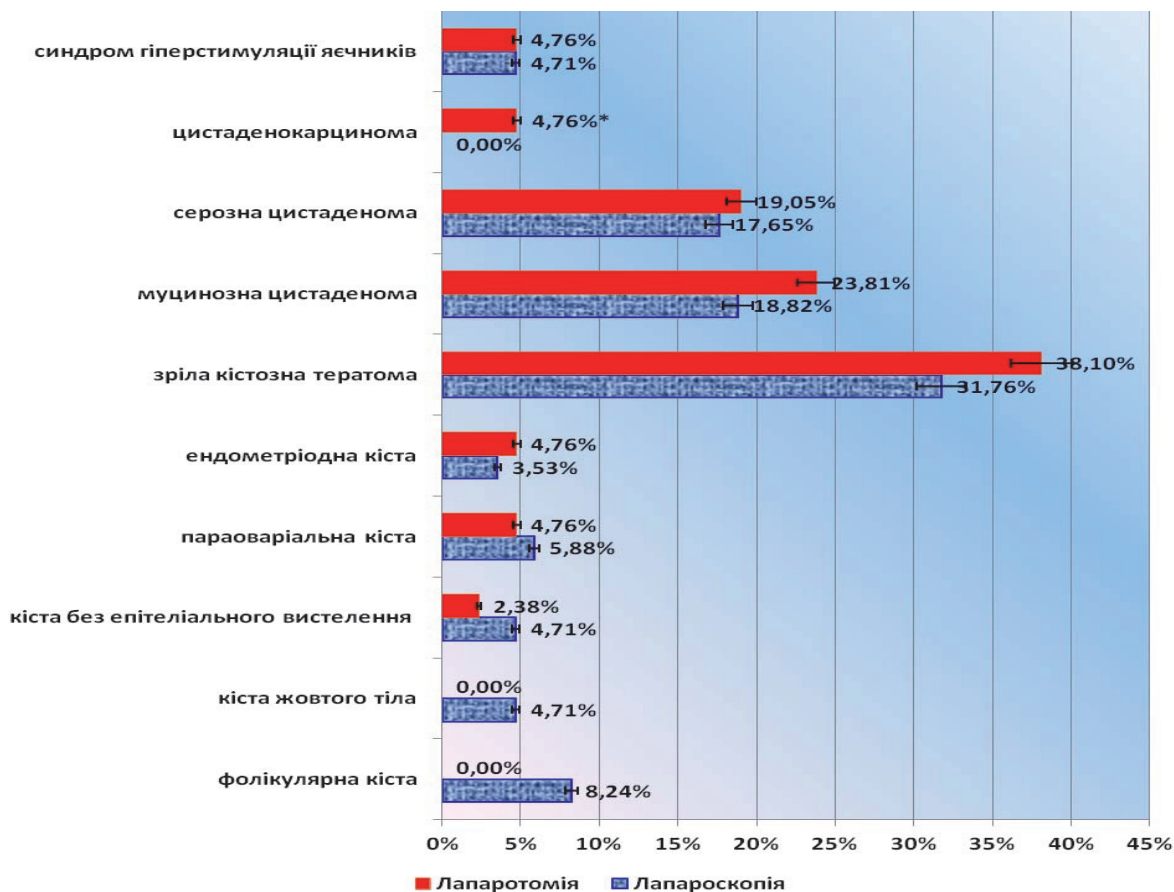


Примітка. Вірогідних статистичних відмінностей між показниками не виявлено, $p>0,05$.

Рис. 3.2. Розподіл вагітних, прооперованих лапароскопічним і лапаротомічним доступом з приводу кістозних утворень яєчників, у залежності від діаметру видаленого кістозного утворення.

Не зареєстровано вірогідних відмінностей щодо розподілу вагітних, прооперованих лапароскопічним і лапаротомічним доступом з приводу кістозних утворень яєчників, у залежності від гістоструктури видаленого кістозного утворення (рис. 3.3), за винятком цистаденокарцином яєчників: лапароскопічним – 0 (0,00%) вагітних, лапаротомічним – 2 (4,76%), $p<0,05$.

У 1 (2,38%) випадку була виконана конверсія з лапароскопії на лапаротомію у зв'язку з терміном вагітності 17-18 тижнів і злуковим процесом в малому тазі навколо ендометріюїдної кісти розмірами до 8×8 см (рис. 3.4 – рис. 3.8).



Примітка. * – статистично вірогідні відмінності між показниками у вагітних прооперованих лапаротомічним і лапароскопічним доступом, $p < 0,05$.

Рис. 3.3. Розподіл вагітних, прооперованих лапароскопічним і лапаротомічним доступом з приводу кістозних утворень яєчників, у залежності від гістоструктури видаленого кістозного утворення.

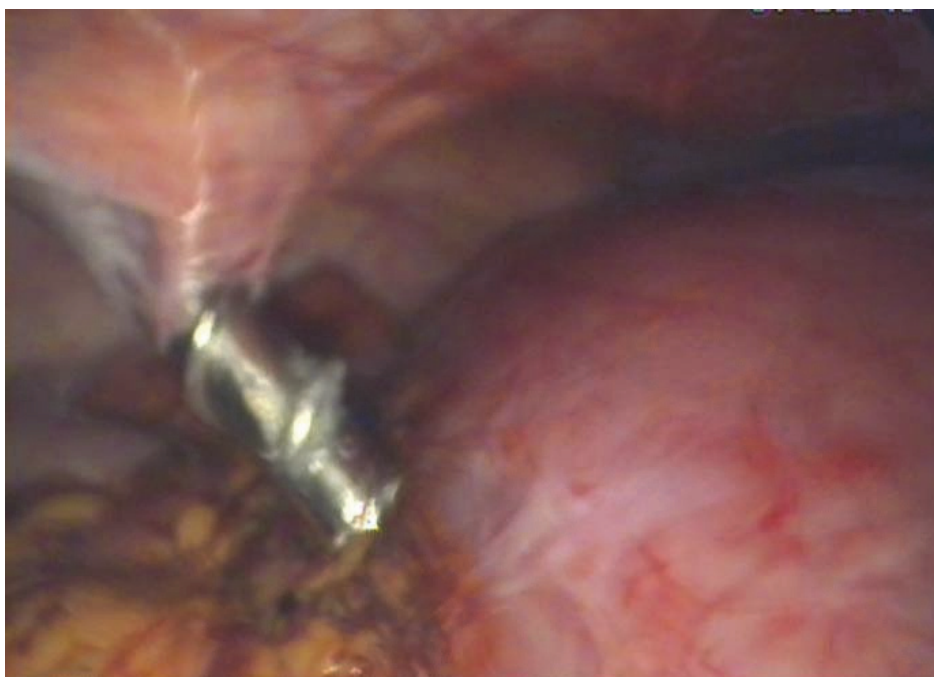


Рис. 3.4. Лапароскопія. Введення лівого 5-мм троакару у пацієнтки з вагітністю 17-18 тижнів і ендометріодною кістою правого яєчника.



Рис. 3.5. Endometriotic implants on the anterior abdominal wall in a patient with 17-18 weeks of pregnancy and an endometriotic cyst of the right ovary.

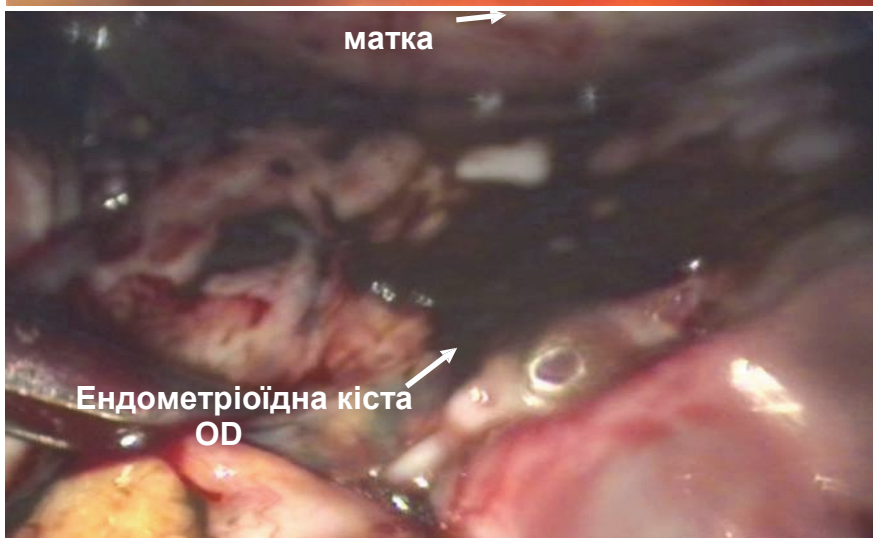


Рис. 3.6. Endometriotic cyst of the right ovary in a patient with 17-18 weeks of pregnancy.

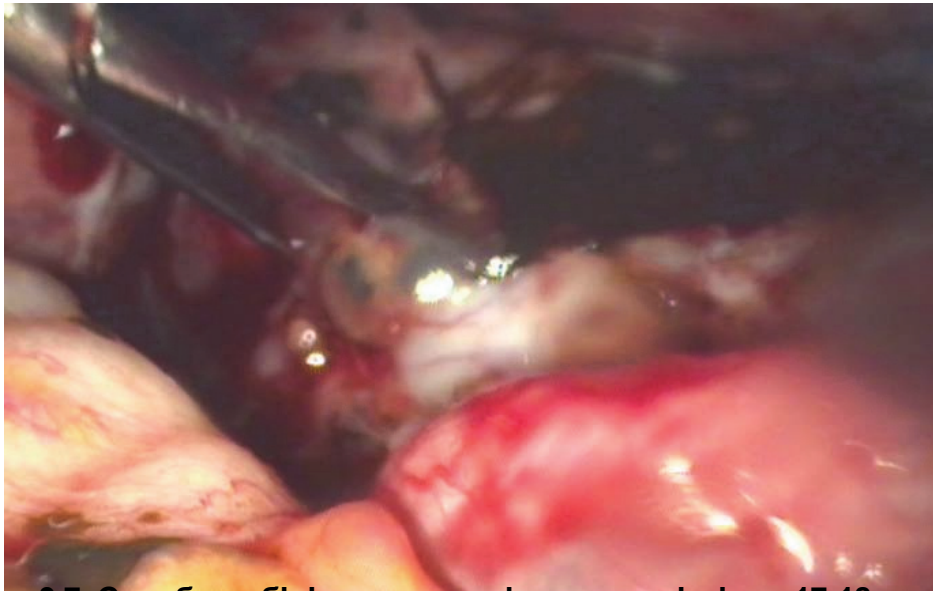


Рис. 3.7. Спроба мобілізувати у пацієнтки з вагітністю 17-18 тижнів ендометріюїдну кісту правого яєчника.

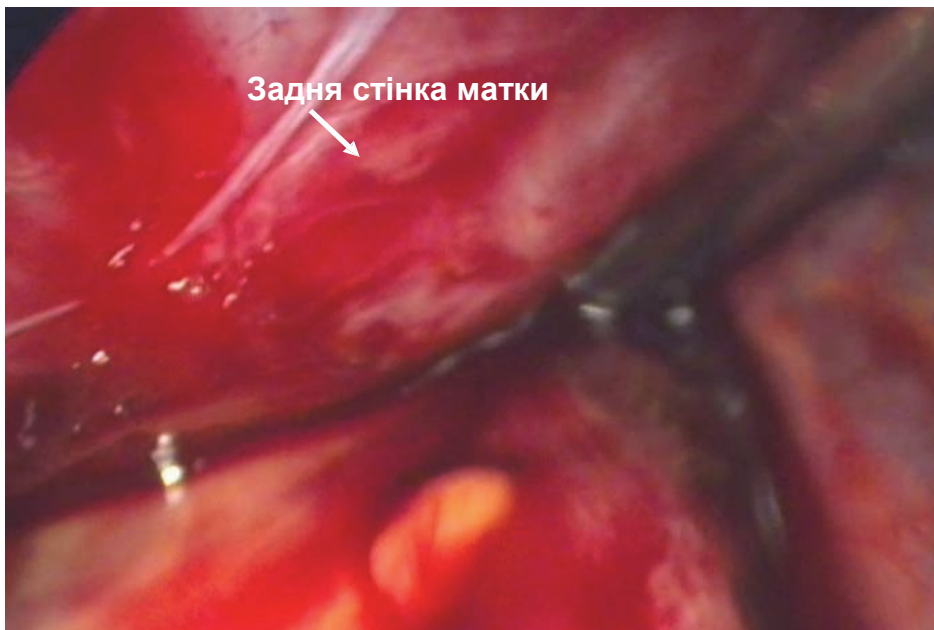


Рис. 3.8. Підвищена кровоточивість задньої стінки матки при спробі мобілізувати ендометріюїдну кісту, у зв'язку з чим здійснена конверсія на лапаротомію.

Для порівняння результатів оперативного лікування кістозних утворень яєчників лапароскопічним і лапаротомічним доступом під час вагітності було проведено аналіз результатів операцій, перебігу вагітності і пологів, стану новонароджених у жінок групи ЛТ (37 вагітних, котрі були прооперовані з приводу доброякісних кістозних утворень яєчників лапаротомічним доступом у терміні 12-16 тижнів вагітності і отримали традиційний комплекс реабілітацій-

них заходів), ЛСП (31 вагітна, котра була прооперована з приводу доброякісних кістозних утворень яєчників лапароскопічним доступом в терміні 12-16 тижнів вагітності і отримала традиційний комплекс реабілітаційних заходів), KB2 (30 умовно гінекологічно і соматично здорових вагітних).

3.1. Клінічна характеристика груп вагітних, які були прооперовані з приводу кістозних утворень яєчників лапаротомічним і лапароскопічним доступом і отримали традиційний комплекс реабілітаційних заходів

Вік вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників групи ЛТ в середньому становив $26,03 \pm 0,39$ років, групи ЛСП – $25,68 \pm 0,64$ років, в контролі – $25,77 \pm 0,69$ років, $p > 0,05$. Вік не перевищував 28 років у групі ЛТ у 77 (75,49%), ЛСП – у 25 (80,65%), KB2 – у 20 (66,67%), $p > 0,05$.

Больовий синдром відмічався у 23 (62,16%) вагітних групи ЛТ і у 16 (51,61%) групи ЛСП, відповідно у 14 (37,84%) і у 15 (48,39%) доброякісні кістозні утворення яєчників мали безсимптомний перебіг (табл. 3.1).

Найчастіше біль носив тягнучий (ЛТ – 18 (48,65%) і ЛС – 10 (32,26%), $p > 0,05$), періодичний характер (14 (37,84%) і 9 (29,03%), $p > 0,05$) і з'являвся при фізичному навантаженні (14 (37,84%) і 11 (35,48%), $p > 0,05$).

Палили у групі ЛТ 19 (51,35%) жінок, у групі ЛСП – 17 (58,84%), у групі KB2 – 10 (33,33%), $p > 0,05$.

За розподілом екстрагенітальної патології вірогідних відмінностей в групах ЛТ і ЛСП не встановлено (табл. 3.2).

Групи ЛТ і ЛСП були гомогенними за віком менархе, кількістю менструальних циклів на рік, тривалістю менструації та менструального циклу (табл. 3.5). При порівняльному аналізі з показниками контролю, встановлено, що вік менархе у групі ЛТ був більше за такий в групі KB2 у 1,06 ($p < 0,02$) рази, у групі ЛСП також у 1,06 ($p < 0,02$), кількість менструальних циклів на рік в обох групах менша в 1,10 ($p_{\text{ЛТ-KB2}} < 0,007$ і $p_{\text{ЛСП-KB2}} < 0,02$) рази, тривалість менструації у жінок групи ЛТ перевищувала таку в контролі в 1,12 ($p < 0,02$) рази, групи ЛСП – в 1,11 ($p < 0,02$) рази

Групи ЛТ і ЛСП були однорідними за розподілом регулярних, нерегулярних, болісних, скудних, помірних та рясних менструацій (табл. 3.5). При порівнянні характеру менструацій в анамнезі у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників порівняно з контролем, виявлено що кількість жінок з нерегулярними менструаціями у групах ЛТ 5 (13,51%, $p < 0,04$) і ЛСП 3 (9,68%, $p < 0,0001$) вірогідно відрізнялася від показників групи KB2 (0 (0,00%)).

Вік початку статевого життя в групі ЛТ ($18,78 \pm 0,32$ років) і групі ЛСП ($18,93 \pm 0,35$ років) перевищував такий в контролі ($17,83 \pm 0,26$ років) в 1,05 ($p < 0,03$) та 1,06 ($p < 0,02$) разів.

Таблиця 3.1

Характер больового синдрому у досліджуваних вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників, n (P±p,%)

Група	Характер больового синдрому					
	Наявність болів	Тягучий біль	Різкий біль	Постійний біль	Біль при фізичному навантаженні	Періодичний біль
ЛТ, n=37	23 (62,16±1,31)	18 (48,65±1,16)	5 (13,51±0,61)	9 (24,32±0,82)	14 (37,84±1,02)	14 (37,84±1,02)
ЛСП, n=31	16 (51,61±1,31)	10 (32,26±1,04)	7 (22,58±0,87)	6 (19,35±0,80)	11 (35,48±1,09)	9 (29,03±0,98)

Таблиця 3.2

Екстрагенітальна захворюваність у досліджуваних вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників, n (P±p,%)

Група	Наявність екстрагенітальної захворюваності	Захворювання шлунково-кишкового тракту	Захворювання органів дихання	Захворювання серцево-судинної системи	Захворювання сечовидільної системи	Ожиріння
ЛТ, n=37	5 (13,51±0,61)	2 (5,41±0,39)	1 (2,70±0,27)	2 (5,41±0,39)	1 (2,70±0,27)	0 (0,00±0,00)
ЛСП, n=31	8 (25,81±0,93)	6 (19,35±0,80)	4 (12,90±0,66)	1 (3,23±0,33)	3 (9,68±0,57)	0 (0,00±0,00)

Примітка для табл. 3.1-3.2. Статистично вірогідної різниці між показниками не виявлено, p>0,05.

Таблиця 3.3

Характер менструальної функції у досліджуваних вагітних

Група	Вік менархе, M±m, у роках	Кількість менструальних циклів на рік, n (P±p,%)	Тривалість менструації, M±m, у днях	Тривалість менструального циклу, M±m, у днях
ЛТ, n=37	13,22±0,19 ^к	11,80±0,40 ^к	5,97±0,25 ^к	35,35±4,21
ЛСП, n=31	13,16±0,18 ^к	11,80±0,46 ^к	5,90±0,18 ^к	35,90±4,96
KB2, n=30	12,47±0,22	13,00±0,12	5,33±0,14	28,17±0,29

Таблиця 3.4

Характер менструації у досліджуваних вагітних, n (P±p,%)

Група	Регулярні	Нерегулярні	Болісні	Скрудні	Помірні	Рясні
ЛТ, n=37	32 (86,49±1,54)	5 (13,51±0,61) ^к	13 (35,14±0,99)	0 (0,00±0,00)	29 (78,38±1,47)	8 (21,62±0,77)
ЛСП, n=31	28 (90,32±1,73)	3 (9,68±0,57) ^к	17 (54,84±1,35)	0 (0,00±0,00)	28 (90,32±1,73)	3 (9,68±0,57)
KB2, n=30	30 (100,00±1,85)	0 (0,00±0,00)	12 (40,00±1,17)	1 (3,33±0,34)	23 (76,67±1,62)	6 (20,00±0,83)

Примітки для табл. 3.3.-3.4:

- ^к – статистично вірогідна різниця з показниками групи KB2, p<0,05.
- Статистично вірогідної різниці між показниками ЛТ і ЛСП не виявлено, p>0,05.

Таблиця 3.5

Контрацептивна поведінка в анамнезі досліджуваних вагітних, n (P±p, %)

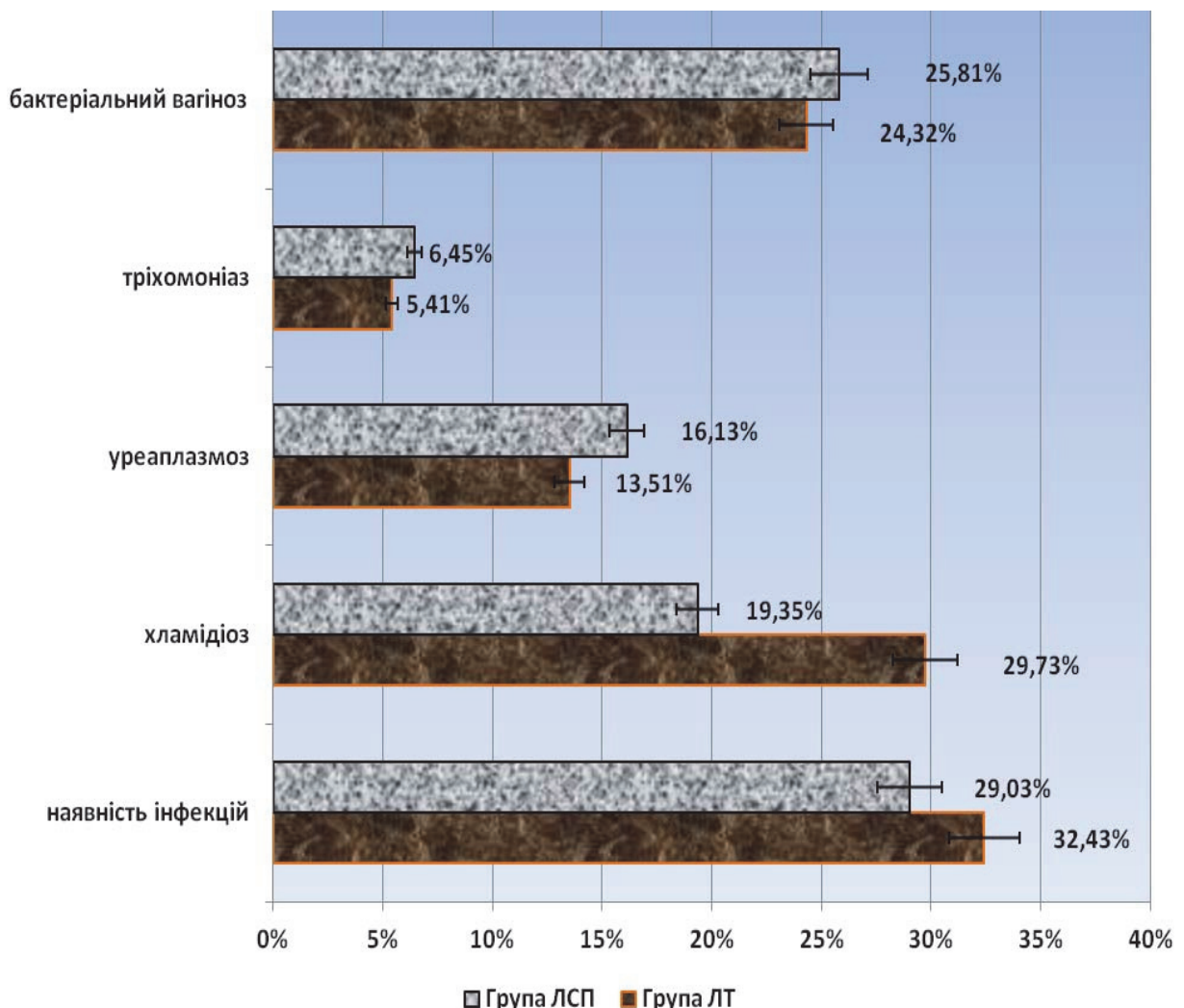
Група	Використовували контрацепцію	Вид контрацепції				
		Ритм-метод	Бар'єрний	ВМК	Перерваний статевий акт	Гормональна
ЛТ, n=37	24 (64,86±1,34) ^к	0 (0,00±0,00)	14 (37,84±1,02)	3 (8,11±0,47)	10 (27,03±0,87)	6 (16,22±0,67) ^к
ЛСП, n=31	22 (70,97±1,53) ^к	1 (3,23±0,33)	12 (38,71±1,13)	4 (12,90±0,66)	11 (35,48±1,09)	7 (22,58±0,87) ^к
KB2, n=30	28 (93,33±1,79)	1 (3,33±0,34)	12 (40,00±1,17)	2 (6,67±0,48)	11 (36,67±1,12)	17 (56,67±1,39)

- Примітки: 1. ^к – статистично вірогідна різниця з показниками групи KB2, p<0,05;
 2. Статистично вірогідної різниці між показниками ЛТ і ЛСП не виявлено, p>0,05;
 3. Деякі жінки використовували декілька методів контрацепції.

2 (5,41%, $p_{KB2} > 0,05$) вагітних групи ЛТ і 4 (12,90%, $p_{KB2} < 0,0001$) підгрупи ЛСП з доброякісними кістозними утвореннями яєчників мали в анамнезі оперативні втручання на придатках матки, $p_{ЛТ-ЛСП} > 0,05$.

Групи ЛТ і ЛСП були гомогенними за частотою використання та видом контрацепції (табл. 3.5). Жінки групи ЛТ в 1,44 ($p < 0,01$) і групи ЛСП в 1,32 ($p < 0,004$) рази рідше використовували в анамнезі контрацепцію, ніж вагітні групи KB2. Як видно з табл. 3.5, в групах ЛТ і ЛСП перевагу віддавали бар'єрним методам і перерваному статевому акту, у групі KB2 – гормональній і бар'єрній контрацепції.

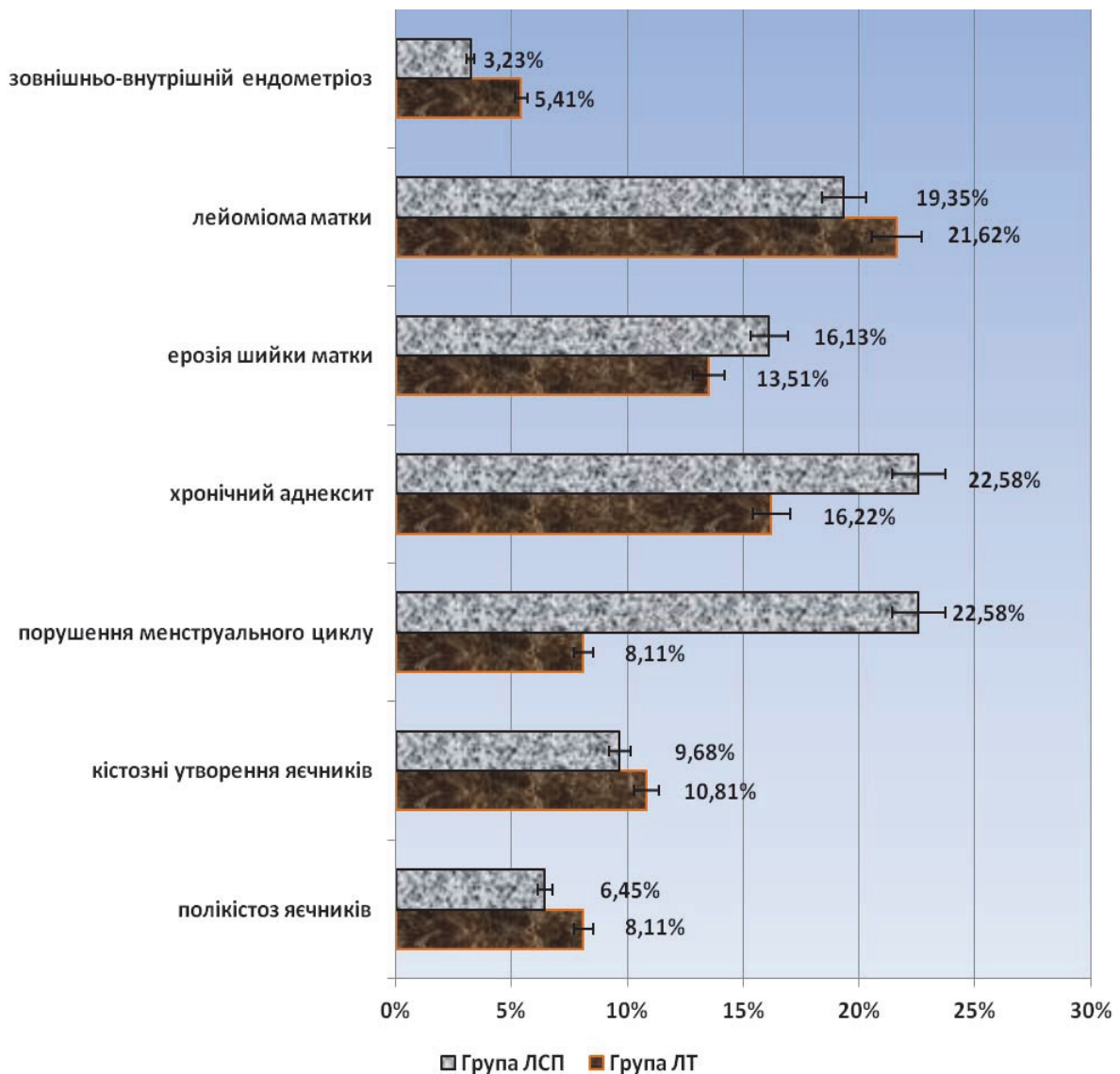
Урогенітальні інфекції або бактеріальний вагіноз в анамнезі перенесли 12 (32,43%, $p_{KB2} < 0,0006$) вагітних групи ЛТ і 9 (29,03%, $p_{KB2} < 0,0001$) підгрупи СВ (рис. 3.9). Найчастіше зустрічалися хламідіоз і бактеріальний вагіноз. У вагітних групи KB2 урогенітальні інфекції і бактеріальний вагіноз в анамнезі були відсутні.



Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками ЛТ і ЛСП не виявлено, $p > 0,05$.

Рис. 3.9. Розподіл перенесених раніше урогенітальних інфекцій та бактеріального вагінозу у досліджуваних вагітних групи ЛСП і підгрупи ЛТ.

Гінекологічні захворювання в анамнезі мали 19 (51,85%) вагітних групи ЛТ і 18 (58,06%) групи ЛСП, $p > 0,05$ (рис. 3.10). Розподіл гінекологічних захворювань в обох досліджуваних групах був однорідним. У групі КВ2 7 (23,33%) вагітних мали в анамнезі ерозію шийки матки.



Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками ЛТ і ЛСП не виявлено, $p > 0,05$.

Рис. 3.10. Розподіл перенесених раніше гінекологічних захворювань у досліджуваних вагітних груп ЛСП і ЛТ.

При вивченні репродуктивного анамнезу виявлено, що вагітність раніше мали 22 (59,46%) жінок групи ЛТ, 15 (48,39%) групи ЛСП, 18 (60,00%) групи КВ2; середня кількість попередніх вагітностей відповідно склала $1,11 \pm 0,20$, $1,16 \pm 0,22$ і $1,10 \pm 0,21$, $p > 0,05$. Досліджувані групи ЛТ і ЛС були гомогенними за частотою наявності в анамнезі вагітностей, за розподілом і середньою кількістю вагітностей, пологів, штучних і мимовільних абортів, паритетів даної вагітності (табл. 3.6, табл. 3.7).

Таблиця 3.6

Репродуктивний анамнез обстежених жінок

Група	Кількість жінок з пологами в анамнезі, n (P±p, %)	Середня кількість пологів, M±m	Кількість жінок зі штучними абортами в анамнезі, n (P±p, %)	Середня кількість штучних абортів, M±m	Кількість жінок із мимовільними абортами в анамнезі, n (P±p, %)	Середня кількість мимовільних абортів, M±m
ЛТ, n=37	12 (32,43±0,95)	0,32±0,08	18 (48,65±1,16)	0,70±0,13	3 (8,11±0,47)	0,08±0,05
ЛСП, n=31	8 (25,81±0,93)	0,29±0,08	10 (32,26±1,04)	0,35±0,10	4 (12,90±0,66)	0,16±0,08
KB2, n=30	12 (40,00±1,17)	0,53±0,14	12 (40,00±1,17)	0,57±0,15	0 (0,00±0,00)	0,00±0,00

Примітка. Статистично вірогідної різниці між розподілом показників не виявлено (p>0,05).

Таблиця 3.7

Паритет даної вагітності у обстежених жінок, n (P, %)

Група	Паритет даної вагітності					
	Перша	Друга	Третя	Четверта	П'ята	Шоста й більше
ЛТ, n=37	15 (40,54)	10 (27,03)	7 (18,92)	3 (8,11)	2 (5,41)	0 (0,00)
ЛСП, n=31	14 (45,16)	4 (12,90)	8 (25,81)	4 (12,90)	1 (3,23)	0 (0,00)
KB2, n=30	12 (40,00)	8 (26,67)	6 (20,00)	3 (10,00)	1 (3,33)	0 (3,33)

Примітка. Статистично вірогідної різниці між розподілом показників не виявлено (p>0,05).

Термін виявлення доброякісного кістозного утворення під час вагітності вірогідно між досліджуваними групами не відрізнявся і склав в групі ЛТ $7,49 \pm 0,33$, ЛСП – $7,29 \pm 0,33$ тижня. Термін оперативного втручання варіював від 12 до 16 тижнів вагітності, також між досліджуваними групами не відрізнявся і склав в групі ЛТ $13,14 \pm 0,17$, ЛСП – $13,52 \pm 0,21$ тижня.

Хірургічне лікування в плановому порядку в групі ЛТ було виконано у 30 (81,08%) вагітних, в ургентному – у 7 (18,92%), у групі ЛСП – відповідно у 23 (74,19%, $p > 0,05$) і 8 (25,81%, $p > 0,05$).

Основними показаннями в обох групах були: підозра на малігнізацію внаслідок комплексної або багатокамерної структури з потовщеними перетинками за даними УЗД або підвищений рівень СА 125, а також перекут утворення. За розподілом показань щодо оперативного втручання вірогідних відмінностей у групах ЛТ і ЛСП не виявлено (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Основні показання щодо оперативного лікування досліджуваних вагітних з приводу доброякісних кістозних утворень яєчників, n (P±p,%)

Показання щодо оперативного лікування	Група	
	ЛТ, n=37	ЛСП, n=31
Розрив утворення	1 ($2,70 \pm 0,27$)	1 ($3,23 \pm 0,33$)
Перекут утворення	6 ($16,22 \pm 0,67$)	7 ($22,58 \pm 0,87$)
Збільшення розмірів утворення	3 ($8,11 \pm 0,47$)	4 ($12,90 \pm 0,66$)
Гігантські розміри утворення (≥ 15 см)	5 ($13,51 \pm 0,61$)	2 ($6,45 \pm 0,46$)
Підозра на малігнізацію внаслідок комплексної або багатокамерної структури з потовщеними перетинками за даними УЗД	12 ($32,43 \pm 0,95$)	10 ($32,26 \pm 1,04$)
Рівень СА 125 > 35 Од/мл	10 ($27,03 \pm 0,87$)	6 ($19,35 \pm 0,80$)

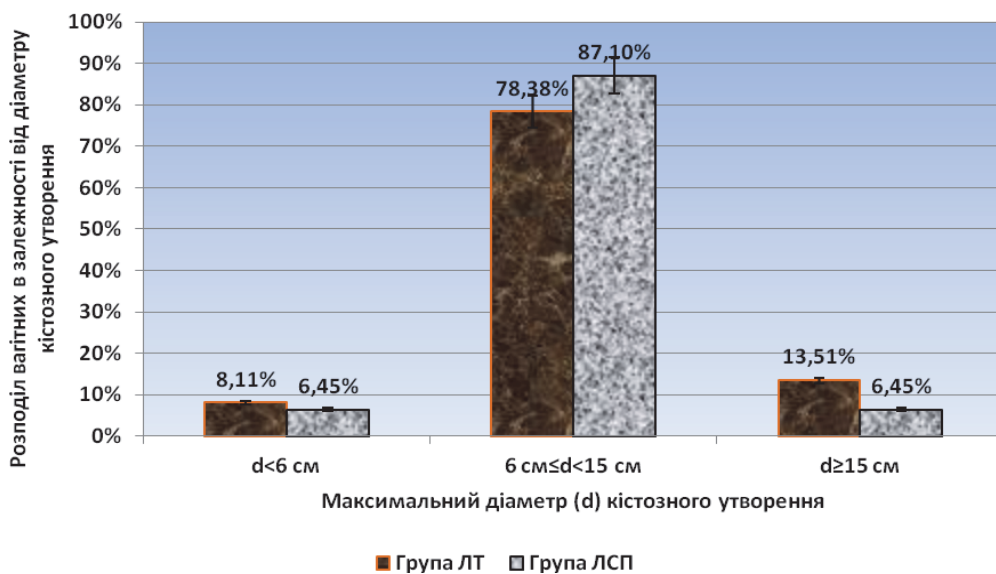
Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками не виявлено ($p > 0,05$).

Середній максимальний діаметр прооперованих кістозних утворень у групі ЛТ склав $9,19 \pm 0,94$ см, ЛСП – $8,84 \pm 0,91$ см, $p > 0,05$. Вірогідних відмінностей щодо розподілу прооперованих кістозних утворень яєчників за розмірами між досліджуваними групами ЛТ і ЛСП не встановлено (рис. 3.11).

У вагітних груп ЛТ і ЛСП не встановлено вірогідних відмінностей за розподілом гістоструктурних типів прооперованих утворень (рис. 3.12).

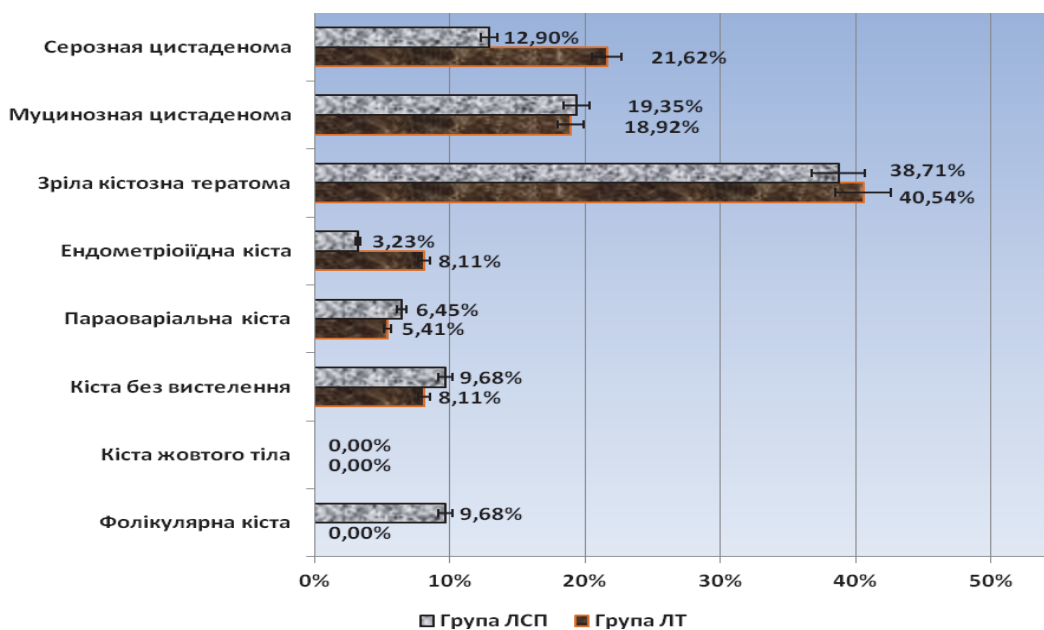
Як видно з рис. 3.12, найбільша кількість прооперованих утворень в обох групах була представлена кістомами – зрілими кістозними тератомами, муцинозними та серозними цистаденомами.

Досліджувані групи ЛТ і ЛСП не мали вірогідної різниці за середнім рівнем сироваткового онкомаркери СА 125 – відповідно $37,50 \pm 6,23$ Од/мл і $34,58 \pm 8,61$ Од/мл. Знижений рівень сироваткового прогестерону відповідно терміну вагітності в групі ЛТ мали 17 (45,95%) вагітних, ЛСП – 14 (46,67%), $p > 0,05$.



Примітка. Вірогідних статистичних відмінностей між показниками не виявлено, $p > 0,05$.

Рис. 3.11. Розподіл прооперованих кістозних утворень яєчників за розмірами у вагітних груп ЛТ і ЛСП.



Примітка. Вірогідних статистичних відмінностей між показниками не виявлено, $p > 0,05$.

Рис. 3.12. Розподіл прооперованих кістозних утворень яєчників за гістоструктурним типом у вагітних груп ЛТ і ЛСП.

Таким чином, гомогенність досліджуваних груп ЛТ, ЛСП за всіма переліченими у даному підрозділі показниками дозволяє порівнювати результати хірургічного лікування вагітних з доброякісними утвореннями яєчників із застосуванням лапаротомічного і лапароскопічного доступів.

3.2. Способи оперативного лікування доброякісних кістозних утворень яєчників під час вагітності

Хірургічне лікування вагітних з приводу доброякісних кістозних утворень яєчників проводилося із застосуванням в групі ЛТ лапаротомічного доступу, в групах ЛСП і ЛСО – лапароскопічного.

Лапаротомічний доступ після попередньої обробки передньої черевної стінки виконували в основному за допомогою надлобкового поперечного розрізу по Пфанненштилю, при гігантських розмірах утворення – за допомогою поперечного інтеріліакального розрізу по Черні. Вільний від зрощень яєчник при піднімали і загортали його ніжку широкою марлевою петлею, при необхідності виводили в рану позаочеревинно. При виконанні *цистектомії* скальпелем надсікали яєчник над утворенням, тупим та гострим шляхом вилущували утворення, гемостаз ранової поверхні здійснювали біполярним коагулятором. При виконанні *цистоваріоектмії* на ніжку утворення, яка складалася з власної і підвішуючої зв'язок, брижі яєчника, накладали затискачі, відсікали яєчник з утворенням, куску ніжки лігували вікрілом. При виконанні *цистосальнігооваріоектмії* на ніжку утворення, яка складалася з власної і підвішуючої зв'язок, брижі яєчника, маткової труби, накладали затискачі, відсікали яєчник з утворенням і маткову трубу, куску ніжки лігували вікрілом. Здійснювали додатковий гемостаз куски ніжки утворення біполярним коагулятором. Проводили туалет і дренивання черевної порожнини. Пошарово ушивали черевну порожнину.

Основними принципами проведення лапароскопічних втручань у вагітних з наявністю доброякісних кістозних утворень яєчників, були наступні: входження в черевну порожнину проводилось закритим способом – введенням голки Вереща; місце введення центрального троакара визначалося терміном вагітності та місцезнаходженням дна матки; при проведенні операції створювався мінімально можливий кут нахилу операційного стола у положення Тределенбурга і підтримувати рівень внутрішньочеревного тиску не вище 15 мм рт.ст., що в сукупності попереджає порушення фетоплацентарного кровообігу, розвиток ацидозу та гіпоксії у плода; використання точної хірургічної енергії (біполярної електричної у режимі різання та коагуляції) дозволяло контролювати зону впливу і попереджати енергетичну травму плаценти і плода; обов'язковий огляд під час операції контрлатерального яєчника; максимальне збереження здорової тканини яєчника при видаленні доброякісних кістозних утворень сприяло попередженню переривання та припинення вагітності.

При проведенні оперативного втручання лапароскопічним доступом використовувалася техніка накладення чотирьох троакарних портів і біполярний струм у режимі різання та коагуляції.

При проведенні *цистектомії* проводилося:

- накладання пневмоперитонеуму;
- введення центрального троакара і оптичної системи в черевну порожнину; відеовізуалізація органів малого тазу і черевної порожнини (рис. 3.13);
- введення бокових і надлобкового троакарів (рис. 3.14-3.16);
- захоплення яєчника з утворенням затискачем (рис. 3.17);
- попередня коагуляція яєчника в місці, в якому передбачається розсікання його тканини над утворенням (рис. 3.18);

- розсікання тканини яєчника над утворенням (рис. 3.19);
- видалення вмісту утворення пристроєм для ендоскопічної аспірації; виділення та видалення утворення з яєчника (рис. 3.20);
- гемостаз ранової поверхні яєчника (рис. 3.21);
- видалення вилущеного утворення з черевної порожнини пристроєм для захвату та вилучення тканин або пристроєм для ендоскопічної аспірації діаметром 14 мм (рис. 3.22);
- туалет черевної порожнини; накладання гідроперитонеуму; дренивання черевної порожнини (рис. 3.23);
- виведення троакарів;
- зашивання троакарних ран.



Рис. 3.13. Відеовізуалізація органів малого тазу: муцинозна кістома лівого яєчника у пацієнтки з вагітністю 13-14 тижнів.



Рис. 3.14. Введення лівого бокового троакару у вагітної пацієнтки з муцинозною цистаденомою лівого яєчника.



Рис. 3.15. Введення надлобкового троакару у вагітної пацієнтки з муцинозною цистаденомою лівого яєчника.

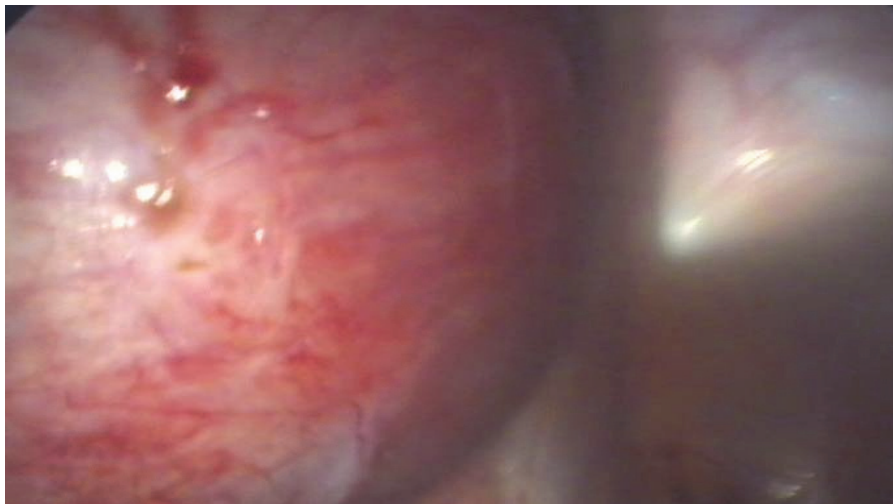


Рис. 3.16. Введення лівого бокового троакару у вагітної пацієнтки з муцинозною цистаденомою лівого яєчника.

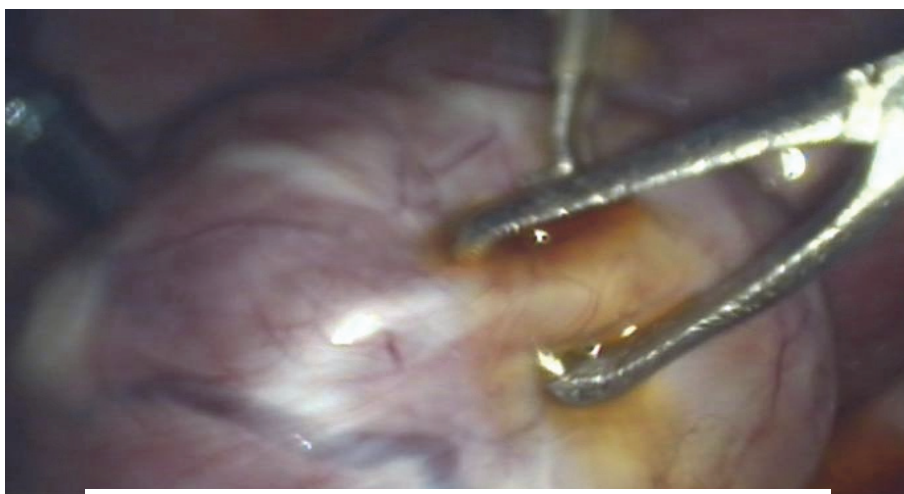


Рис. 3.17. Захоплення затискачем лівого яєчника з муцинозною кістомою у пацієнтки з вагітністю 13-14 тижнів.

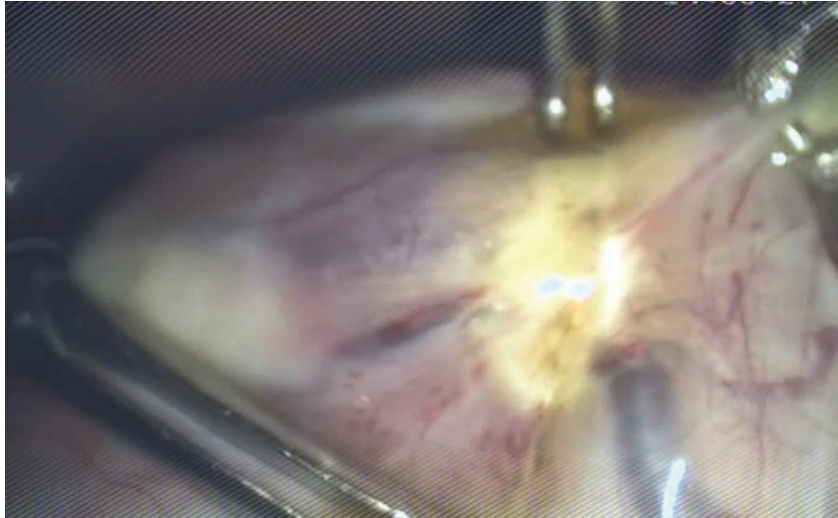


Рис. 3.18. Попередня коагуляція яєчника з муцинозною кістомою у пацієнтки з вагітністю 13-14 тижнів в місці передбачуваного розсікання яєчника.

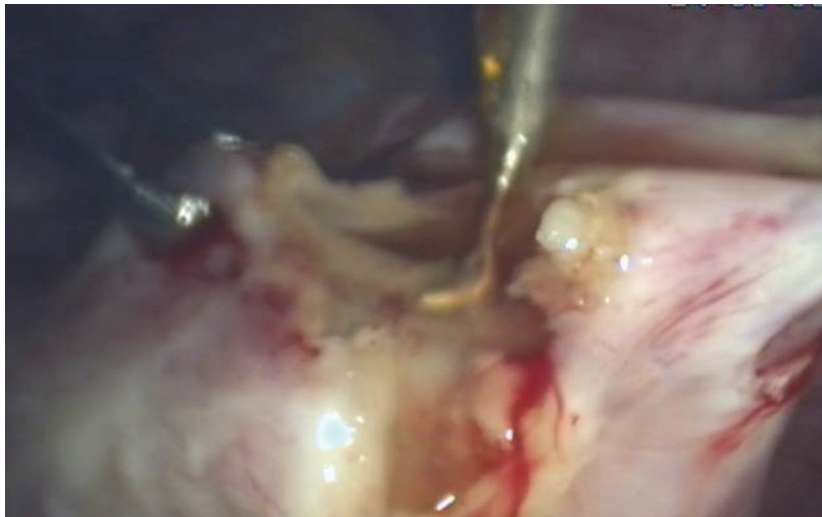


Рис. 3.19. Розсікання тканини яєчника над муцинозною кістомою у пацієнтки з вагітністю 13-14 тижнів.

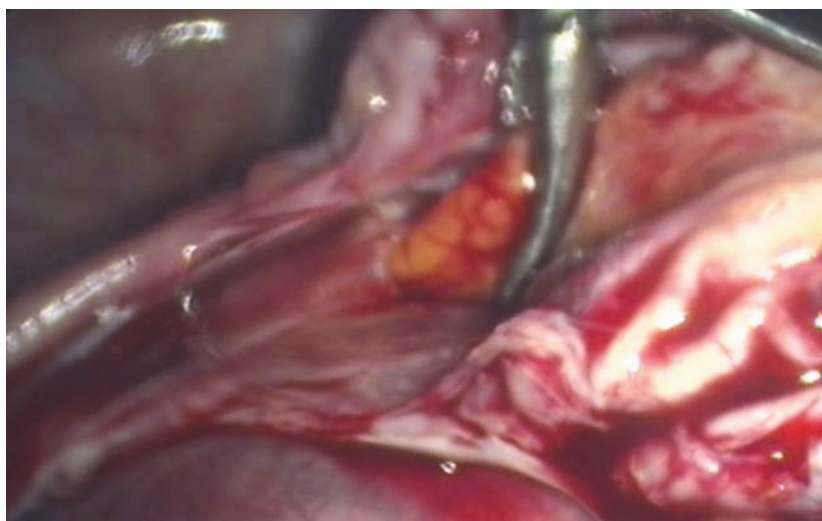


Рис. 3.20. Вилущування капсули муцинозної кістому з лівого яєчника у пацієнтки з вагітністю 13-14 тижнів.

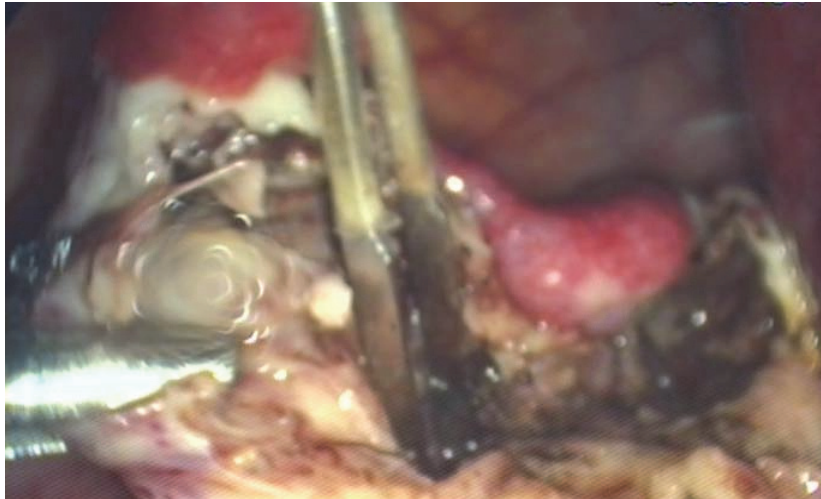


Рис. 3.21. Біполярний коагуляційний гемостаз ложа кістоми у пацієнтки з вагітністю 13-14 тижнів.

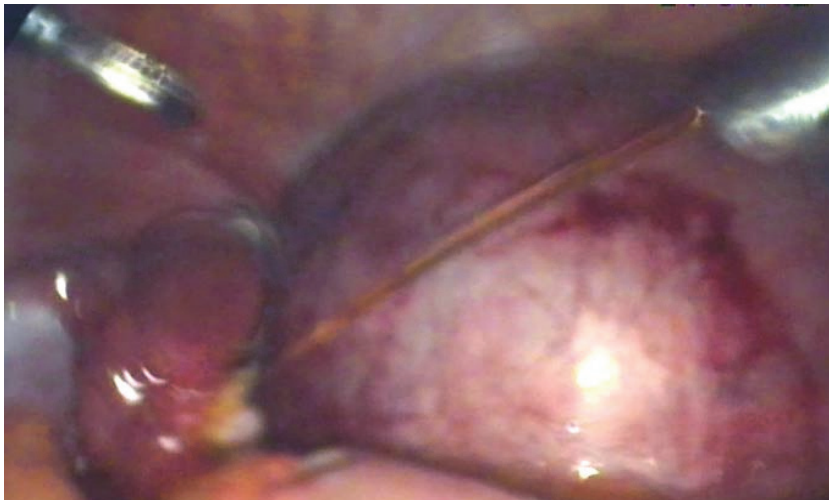


Рис. 3.22. Туалет черевної порожнини та накладання гідроперитонеуму після ендоскопічної цистектомії у пацієнтки з вагітністю 13-14 тижнів.

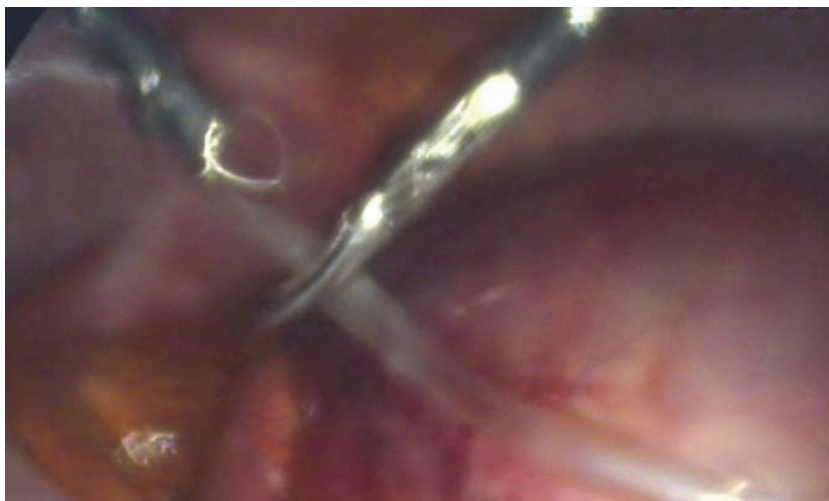


Рис. 3.23. Дренування черевної порожнини через лівий боковий троакар у пацієнтки з вагітністю 13-14 тижнів після видалення муцинозної цистаденоми.

У разі необхідності виконання *цистоваріоектомії* або *цисосальпінгооваріоектомії* додатково до викладеного вище пошаговому алгоритму цистектомії після захоплення яєчника з утворенням затискачем проводили коагуляцію і розсікання відповідно або власної зв'язки яєчника, брижі яєчника та зв'язки, що підвішує яєчник, або власної зв'язки яєчника, маткової труби, брижі яєчника та маткової труби та зв'язки, що підвішує яєчник; видалення видалених тканин з черевної порожнини пристроєм для захвату та вилучення тканин або пристроєм для ендоскопічної аспірації діаметром 14.

У разі перекруту кістозних утворень яєчників дотримувалися наступної тактики. При нетугому, неповному перекруті, без ознак значного порушення кровообігу в яєчнику, при нерізко вираженій набряклості тканин виконувалася деторсія та цистектомія. При гострому, тугому, багатократному перекруті з явищами значного погіршення кровообігу в яєчнику і вираженого утруднення венозного відтоку та, внаслідок цього, набряку тканин з наявністю крововиливів и появою некротичних змін виконували цистоваріоектомію або цисосальпінгооваріоектомію.

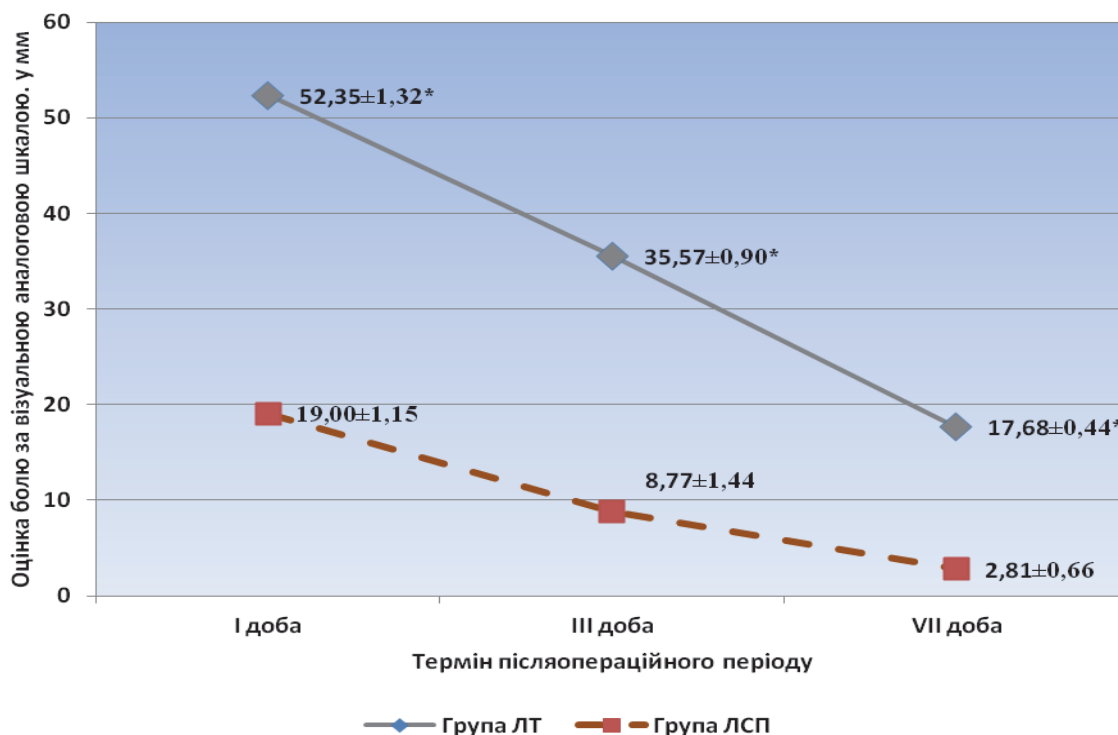
В обох досліджуваних групах ЛТ і ЛСП з метою профілактики інфекції інтраопераційно внутрішньовенно вводили антибіотики, при необхідності в післяопераційному періоді додатково призначали їх ще 5 діб. Перші 3 доби здійснювали знеболення наркотичними анальгетиками та седацію. Перші 5 діб в післяопераційному періоді вводили токолітики, при зниженому рівні сироваткового прогестерону – препарати натурального прогестерону.

3.3. Порівняльний аналіз результатів хірургічного лікування доброякісних кістозних утворень яєчників під час вагітності із застосуванням лапароскопічного і лапаротомічного доступів

Тривалість оперативного втручання з приводу кістозних утворень яєчників при лапаротомічному доступі у вагітних групи ЛТ склала в середньому $56,22 \pm 1,28$ хвилин і перевищувала таку при лапароскопічному доступі ($35,90 \pm 1,39$ хвилин) в групі ЛСП у 1,57 рази ($p < 0,0001$).

Об'єм крововтрати при оперативному втручанні у вагітних групи ЛТ дорівнював в середньому $155,70 \pm 6,88$ мл і перевищував такий в групі ЛСП ($39,50 \pm 2,31$ мл) у 3,94 рази ($p < 0,0001$).

Оцінка больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою показала (рис. 3.24), що в першу добу післяопераційного періоду у вагітних групи ЛТ порівняно з жінками групи ЛСП біль по ходу післяопераційних швів був сильніший у 2,76 рази ($p < 0,0001$), на третю – у 4,06 ($p < 0,0001$), на сьому – у 6,29 ($p < 0,0001$).



Примітка. * – вірогідна різниця з показниками групи ЛСП, $p < 0,05$.

Рис. 3.24. Оцінка больового синдрому у вагітних після видалення кістозних утворень яєчників за візуальною аналоговою шкалою.

Аналіз перебігу гестаційного періоду у прооперованих показав, що у 32 (86,49%) випадках у групі ЛТ і у 27 (87,10%) у групі ЛСП вагітність продовжувала після операції розвиватися до терміну пологів ($p > 0,05$), а у 5 (13,51%) жінок в терміні від 15 до 30 тижнів в групі ЛТ і у 4 (12,90%) в терміні від 17 до 22 тижнів в групі ЛСП вагітність завмерла ($p > 0,05$). Середній термін припинення вагітності у групі ЛТ склав $20,20 \pm 0,95$, у групі ЛСП – $18,75 \pm 0,40$ тижнів ($p > 0,05$), середній термін між проведенням оперативного втручання та припиненням вагітності – відповідно $7,20 \pm 0,95$ і $5,50 \pm 0,56$ тижнів, $p > 0,05$. У групі KB2 завмерлих вагітностей не спостерігалось.

При аналізі перебігу гестаційного періоду у досліджуваних вагітних (табл. 3.9) виявлено, що за частотою таких ускладнень, як кольпіт, анемія, багатоводдя, затримка росту плода, набряки, артеріальна гіпертензія та преєклампсія групи ЛТ, ЛСП і KB2 були однорідні. Такі ускладнення, як загроза переривання вагітності зустрічалась у жінок групи ЛТ в 9,74 рази ($p < 0,003$) і групі ЛСП в 10,65 ($p < 0,002$) частіше, ніж в групі KB2, плацентарна дисфункція – відповідно в 8,93 ($p < 0,001$) і в 8,65 ($p < 0,003$).

Не виявлено статистично вірогідної різниці між розподілом паритету пологів у досліджуваних вагітних (табл. 3.10). Дані пологи у жінок груп ЛТ і ЛСП були у семи випадках з десяти першими, у кожній третій жінки групи ЛТ і кожній четвертій групи ЛСП – другими. Дані пологи у породіль групи KB2 були у трьох жінок з п'яти першими, у кожній третій породіллі – другими, у кожній десятій – третіми.

Таблиця 3.9

Ускладнення вагітності у обстежених жінок, n (P±p, %)

Група	Ускладнення вагітності									
	загроза переривання вагітності	кольпіт	анемія	багатоводдя	плацентарна дисфункція	затримка росту плода	набряки	артеріальна гіпертензія	пreeклампсія	
ЛТ, n=37	12 (32,43±0,95) ^к	9 (24,32±0,82)	5 (13,51±0,61)	3 (8,11±0,47)	11 (29,73±0,91) ^к	1 (2,70±0,27)	8 (21,62±0,77)	1 (2,70±0,27)	0 (0,00±0,00)	
ЛСП, n=31	11 (35,48±1,09) ^к	6 (19,35±0,80)	3 (9,68±0,57)	0 (0,00±0,00)	8 (28,81±0,93) ^к	0 (0,00±0,00)	6 (19,35±0,80)	2 (6,45±0,46)	0 (0,00±0,00)	
KB2, n=30	1 (3,33 ±0,34)	6 (20,00±0,83)	4 (13,33±0,68)	1 (3,33±0,34)	1 (3,33± 0,00)	0 (0,00±0,00)	2 (6,67±0,48)	1 (3,33±0,34)	0 (0,00±0,00)	

Примітки: 1.^к – статистично вірогідна різниця з відповідним показником групи KB2 (p<0,05);

2. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛТ і ЛСП не встановлено (p>0,05).

Таблиця 3.10

Паритет даних пологів у обстежених жінок, n (P, %)

Група	Паритет пологів			
	Перші	Другі	Треті	Четверті й більші
ЛТ, n=33	22 (66,67)	11 (33,33)	0 (0,00)	0 (0,00)
ЛСП, n=27	20 (74,07)	7 (25,93)	0 (0,00)	0 (0,00)
KB2, n=30	18 (60,00)	9 (30,00)	3 (10,00)	0 (0,00)

Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками не встановлено (p>0,05).

Термін вагітності під час пологів складав в групі ЛТ $38,48 \pm 0,35$ тижнів, ЛСП – $38,89 \pm 0,18$, КВ2 – $38,73 \pm 0,17$ і вірогідно між групами не відрізнявся. Також не було вірогідних розбіжностей між досліджуваними групами за частотою термінових, передчасних, запізнених, нормальних та ускладнених пологів (табл. 3.11).

Розподіл факторів, які ускладнювали пологи у досліджуваних жінок, також був гомогенним (табл. 3.12).

Таблиця 3.11

Характер перебігу пологів у обстежених жінок, n (P±r, %)

Група	Термінові пологи	Передчасні пологи	Запізнені пологи	Нормальні пологи	Ускладнені пологи
ЛТ, n=33	31 (96,88±1,71)	2 (6,06±0,44)	0 (0,00±0,00)	20 (62,50±1,37)	13 (39,39±1,11)
ЛСП, n=27	26 (96,30±1,92)	1 (3,70±0,38)	0 (0,00±0,00)	20 (74,07±1,68)	7 (25,93±1,00)
КВ2, n=30	29 (96,67±1,82)	1 (3,33±0,34)	0 (0,00±0,00)	21 (1,55±0,88)	9 (1,02±0,48)

Примітка. ^к – різниця статистично вірогідна відносно показників в групі К1 (p<0,05).

Таблиця 3.12

Розподіл факторів, які ускладнювали пологи у досліджуваних жінок, n (P±r, %)

Фактори, які ускладнюють пологи	ЛТ, n=33	ЛСП, n=27	КВ2, n=30
Дефект дольки плаценти	3 (9,09±0,53)	2 (7,41±0,53)	3 (10,00±0,59)
Обрив оболонки	0 (0,00±0,00)	1 (3,70±0,38)	1 (3,33±0,34)
Прееклампсія	2 (6,06±0,44)	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)
Слабкість пологової діяльності	4 (12,12±0,62)	2 (7,41±0,53)	5 (16,67±0,76)
Кровотеча	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)
Патологічне передлежання плода	3 (9,09±0,53)	0 (0,00±0,00)	2 (6,67±0,48)
Дистрес плода	4 (12,12±0,62)	1 (3,85±0,39)	2 (6,67±0,48)
Розриви м'яких тканин пологових шляхів	7 (21,21±0,81)	6 (22,22±0,92)	7 (23,33±0,90)

Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками не встановлено (p>0,05).

Новонароджені від матерів з прооперованими доброякісними кістозними утвореннями яєчників груп ЛТ і ЛС статистично не відрізнялися за масою (табл. 3.13) та розподілом маси тіла (табл. 3.14) при народженні від таких в контролі. За оцінкою по шкалі Апгар на 5-й хвилині після народження та її розподілом, кількістю випадків перинатальних втрат та вроджених вад розвитку обстежені групи також статистично були гомогенними (див. табл. 3.13, табл. 3.15).

Таблиця 3.13

Оцінка стану новонароджених у досліджуваних жінок

Група	Середня маса новонародженого, $M \pm m$, г	Оцінка за шкалою Апгар на 5-й хвилині, $M \pm m$, бали	Перинатальні втрати, n ($P \pm p$, %)	Вроджені вади розвитку, n ($P \pm p$, %)
ЛТ, n=33	3384,85±82,37	6,97±0,29	1 (3,03±0,31)	0 (0,00±0,00)
ЛСП, n=27	3474,44±72,36	7,67±0,30	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)
KB2, n=30	3434,00±69,84	7,37±0,32	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)

Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками не встановлено ($p > 0,05$).

Таблиця 3.14

Розподіл маси новонароджених у досліджуваних жінок, n ($P \pm p$, %)

Група	<2500 г	2500 г ≤ маса ≤ 4000 г	≥4000 г
ЛТ, n=33	1 (3,03±0,31)	31 (93,94±1,71)	1 (3,03±0,31)
ЛСП, n=27	0 (0,00±0,00)	25 (92,59±1,88)	2 (7,41±0,53)
KB2, n=30	0 (0,00±0,00)	27 (90,00±1,75)	3 (10,00±0,59)

Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками не встановлено ($p > 0,05$).

Таблиця 3.15

Розподіл оцінки стану новонароджених у досліджуваних жінок, n ($P \pm p$, %)

Група	1-4 бали	5-6 балів	7-8 балів	9-10 балів
ЛТ, n=33	1 (3,03±0,31)	10 (30,30±0,97)	18 (54,55±1,30)	3 (9,09±0,53)
ЛСП, n=27	0 (0,00±0,00)	1 (3,70±0,38)	18 (66,67±1,60)	7 (25,93±1,00)
KB2, n=30	1 (3,33±0,34)	3 (10,00±0,59)	20 (66,67±1,51)	7 (23,33±0,90)

Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками не встановлено ($p > 0,05$).

Таким чином, середня тривалість оперативного втручання з приводу кістозних утворень яєчників при лапаротомічному доступі складає $56,22 \pm 1,28$ хвилин і перевищує таку при лапароскопічному ($35,90 \pm 1,39$ хвилин) у 1,57 рази, середній об'єм крововтрати при лапаротомічному доступі дорівнює $155,70 \pm 6,88$ мл і перевищує такий при лапароскопічному ($39,50 \pm 2,31$ мл) у 3,94 рази. При лапаротомічному доступі порівняно з лапароскопічним в першу добу післяопераційного періоду біль по ходу післяопераційних швів сильніший у 2,76 рази, на третю – у 4,06, на сьому – у 6,29.

Після видалення кістозних утворень яєчників вагітність продовжує розвиватися до терміну пологів у 32 (86,49%) випадках при лапаротомічному і у 27 (87,10%) при лапароскопічному доступі ($p>0,05$), припиняється відповідно у 5 (13,51%) жінок і у 4 (12,90%) ($p>0,05$). За середнім терміном припинення вагітності та середнім терміном між проведенням оперативного втручання та припиненням вагітності вірогідних відмінностей при виконанні операції лапаротомічним і лапароскопічним доступом не існує.

Після видалення доброякісних кістозних утворень яєчників під час вагітності лапаротомічним і лапароскопічним доступом не існує вірогідної різниці за частотою таких ускладнень гестаційного періоду, як загроза переривання вагітності, кольпіт, анемія, багатоводдя, плацентарна дисфункція, затримка росту плода, набряки, артеріальна гіпертензія та прееклампсія; за паритетом, частотою термінових, передчасних, запізнілих, нормальних та ускладнених пологів, розподілом факторів, які ускладнюють пологи; за масою, розподілом маси тіла та оцінкою за шкалою Апгар на 5-й хвилині новонароджених.

Перебіг гестаційного періоду у прооперованих вагітних з приводу кістозних утворень яєчників та умовно здорових вагітних відрізняється більшою частотою загрози переривання вагітності у жінок, прооперованих лапаротомічним доступом в 9,74 рази і лапароскопічним – в 10,65, частотою плацентарної дисфункції – відповідно в 8,93 і в 8,65 рази.

РОЗДІЛ 4

РІВЕНЬ ГОРМОНІВ ЖОВТОГО ТІЛА ТА ПЛАЦЕНТИ, СТАН ОКСИДАТИВНОГО ТА НІТРОЗАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ВАГІТНИХ З ДОБРОЯКІСНИМИ КІСТОЗНИМИ УТВОРЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ

Проспективно обстежено 125 вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників групи В, з яких 65 вагітних групи ЛС були прооперовані лапароскопічним доступом і 60 вагітних групи СП проводилася спостережна тактика ведення.

65 прооперованих вагітних лапароскопічним доступом групи ЛС були рандомізовані у 2 групи:

- 34 жінки основної групи ЛСО, які отримали в післяопераційному періоді розроблений комплекс реабілітаційних заходів,
- 31 – з групи порівняння ЛСП – отримали в післяопераційному періоді традиційний комплекс реабілітаційних заходів.

60 вагітних групи СП, яким проводилася спостережна тактика ведення, були також рандомізовані у 2 групи:

- 30 жінок основної групи СПО, які отримали розроблену спостережну тактику ведення,
- 31 групи порівняння СПП, яким проводилася традиційна спостережна тактика ведення.

Контролем були 30 умовно гінекологічно і соматично здорових вагітних групи KB2 і 30 умовно гінекологічно і соматично здорових невагітних жінок репродуктивного віку КН,

Усім проспективно обстеженим жінкам проведено дослідження рівня гормонів жовтого тіла та плаценти у сироватки крові, оксидативного і нітрозативного гомеостазу в терміні 7-8 тижнів вагітності.

4.1. Клінічна характеристика проспективно обстежених вагітних

Середній вік вагітних групи В склав $26,11 \pm 0,45$ років, групи KB2 – $26,23 \pm 0,77$, жінок групи КН – $25,77 \pm 0,69$. Проспективно обстежені групи жінок були гомогенні за віком і розподілом вікових категорій (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Віковий розподіл обстежених вагітних

Група	Середній вік, M±m, у роках	Кількість вагітних згідно віковим категоріям, n (P±p, %)	
		19-28 років	понад 28 років
В, n=125	26,11±0,45	94 (75,20±0,78)	31 (24,80±0,45)
ЛС, n=65	25,62±0,53	49 (75,38±1,68)	16 (24,62±0,96)
ЛСО, n=34	25,76±0,84	24 (70,59±1,46)	10 (29,41±0,94)
ЛСП, n=31	25,45±0,65	25 (80,65±1,63)	6 (19,35±0,80)
СП, n=60	26,65±0,74	45 (75,00±1,58)	15 (25,00±0,94)
СПО, n=30	26,63±1,01	23 (76,67±1,51)	7 (23,33±1,07)
СПП, n=30	26,67±1,12	22 (73,33±1,12)	8 (26,67±0,48)
КН, n=30	25,77±0,69	22 (73,33±1,62)	8 (26,67±0,90)
КВ2, n=30	26,23±0,77	20 (66,67±1,58)	10 (33,33±0,96)

Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками не виявлено ($p < 0,05$).

У 27(21,60%) вагітних групи В, у тому числі, у 15(23,08%) групи ЛС і у 17(28,33%) групи СП доброякісні кістозні утворення яєчників виникли на тлі різноманітних соматичних захворювань (табл. 4.2). Як видно з табл. 4.2, переважали захворювання шлунково-кишкового тракту та серцево-судинної системи. Статистично вірогідної різниці між соматичними захворюваннями у вагітних груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, $p > 0,05$.

При аналізі гінекологічного анамнезу виявлено, що у вагітних групи В вік менархе перевищував такий у групі КН в 1,06 ($p < 0,0001$) і у КВ2 – у 1,05 ($p < 0,009$) рази, середня кількість менструальних циклів на рік була менше відповідно у 1,08 ($p < 0,004$) і 1,07 ($p < 0,002$), середня тривалість менструації більша у 1,15 ($p < 0,0002$) і 1,13 ($p < 0,0002$), середня тривалість менструального циклу більша у 1,18 ($p < 0,007$) і у 1,18 ($p < 0,008$). Але, як видно з табл. 4.3, статистично вірогідної різниці між показниками характеру менструального циклу у вагітних досліджуваних груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не зареєстровано.

У 17(13,60%) вагітних групи В в анамнезі були нерегулярні менструації ($p_{\text{КН}} < 0,04$, $p_{\text{КВ2}} < 0,04$), у тому числі, у 7(10,77%) групи ЛС ($p_{\text{КН}} > 0,05$, $p_{\text{КВ2}} > 0,05$) і 10 (16,67%) групи СП ($p_{\text{КН}} < 0,02$, $p_{\text{КВ2}} < 0,02$). За розподілом менструацій за наявністю больового синдрому і кількістю втрачаємої крові між жінками групи В і груп контролю вірогідної різниці не встановлено (табл. 4.4). Як видно з табл. 4.4, групи ЛСО і ЛСП, СПО і СПП були гомогенними за регулярністю менструацій, наявністю больового синдрому і кількістю втрачаємої крові.

Таблиця 4.2

Екстрагенітальна захворюваність у досліджуваних вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників, n (P±p,%)

Група	Наявність екстрагенітальної захворюваності	Захворювання шлунково-кишкового тракту	Захворювання органів дихання	Захворювання серцево-судинної системи	Захворювання сечовидільної системи	Ожиріння
В, n=125	27 (21,60±0,42) ^{кн, кв2}	21 (16,80±0,37) ^{кн, кв2}	9 (7,20±0,24)	13 (10,40±0,29)	8 (6,40±0,23)	0 (0,00±0,00)
ЛС, n=65	15 (23,08±0,93) ^{кн, кв2}	12 (18,46±0,83) ^{кн, кв2}	5 (7,69±0,54)	5 (7,69±0,54)	5 (7,69±0,54)	0 (0,00±0,00)
ЛСО, n=34	7 (20,59±0,79) ^{кн, кв2}	6 (17,65±0,73) ^{кн, кв2}	1 (2,94±0,30)	4 (11,76±0,60)	2 (5,88±0,42)	0 (0,00±0,00)
ЛСП, n=31	8 (25,81±0,93) ^{кн, кв2}	6 (19,35±0,80) ^{кн, кв2}	4 (12,90±0,66) ^{кн, кв2}	1 (3,23±0,33)	3 (9,68±0,57)	0 (0,00±0,00)
СП, n=60	17 (28,33±0,69) ^{кн, кв2}	9 (15,00±0,50) ^{кн, кв2}	4 (6,67±0,34)	8 (13,33±0,48) ^{кн, кв2}	3 (5,00±0,29)	0 (0,00±0,00)
СПО, n=30	9 (30,00±1,02) ^{кн, кв2}	4 (13,33±0,68) ^{кн, кв2}	2 (6,67±0,48)	5 (16,67±0,76) ^{кн, кв2}	5 (6,67±0,48)	0 (0,00±0,00)
СПП, n=30	5 (26,67±0,96) ^{кн, кв2}	5 (15,57±0,76) ^{кн, кв2}	2 (6,67±0,48)	3 (10,00±0,59) ^{кн, кв2}	1 (3,33±0,34)	0 (0,00±0,00)

Примітки:

1. ^{кн, кв2} – статистично вірогідна різниця з показниками груп Кн, КВ2, p<0,05.

2. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, p>0,05.

Таблиця 4.3

Характер менструальної функції у досліджуваних вагітних

Група	Вік менархе, М±m, у роках	Середня кількість менструальних циклів на рік, n (P±p,%)	Середня тривалість менструації, М±m, у днях	Середня тривалість менструального циклу, М±m, у днях
В, n=125	13,13±0,10 ^{кн, кв2}	12,20±0,22 ^{кн, кв2}	6,01±0,10 ^{кн, кв2}	33,12±1,81 ^{кн, кв2}
ЛС, n=65	13,14±0,12 ^{кн, кв2}	12,02±0,33 ^{кн, кв2}	5,85±0,15 ^{кн, кв2}	35,20±3,33 ^{кн, кв2}
ЛСО, n=34	13,12±0,17 ^{кн, кв2}	12,23±0,47	5,79±0,23	34,56±4,55
ЛСП, n=31	13,16 ±0,18 ^{кн, кв2}	11,80±0,46 ^{кн, кв2}	5,90±0,18 ^{кн, кв2}	35,90±4,96 ^{кн2}
СП, n=60	13,12±0,17 ^{кн, кв2}	12,39±0,29 ^{кн, кв2}	6,18±0,12 ^{кн, кв2}	30,87±1,09 ^{кн, кв2}
СПО, n=30	13,23±0,24 ^{кн, кв2}	12,32± 0,41	6,23±0,16 ^{кн, кв2}	31,03±1,55
СПП, n=30	13,00±0,25 ^{кн}	12,46±0,41	6,13±0,17 ^{кн, кв2}	30,70±1,57
КН, n=30	12,40±0,11	13,13±0,22	5,23±0,17	28,00±0,42
КВ2, n=30	12,47±0,22	13,00±0,12	5,33±0,14	28,17±0,29

Примітки:

1. ^{кн, кв2} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, КВ2, p<0,05.
2. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, p>0,05.

Таблиця 4.4

Характер менструацій у досліджуваних вагітних, n(P±р,%)

Група	Регулярні	Нерегулярні	Болісні	Скудні	Помірні	Рясні
В, n=125	108 (86,40±0,83) ^{КН, КВ2}	17 (13,60±0,33) ^{КН, КВ2}	61 (48,80±0,63)	7 (5,60±0,21)	93 (74,40±0,77)	25 (20,00±0,40)
ЛС, n=65	58 (89,23±1,82)	7 (10,77±0,63)	30 (46,15±1,31)	1 (1,54±0,24)	53 (81,54±1,74)	33 (16,92±0,79)
ЛСО, n=34	30 (88,24±1,63)	4 (11,76±0,60)	13 (38,24±1,07)	1 (2,94±0,30)	25 (73,53±1,49)	8 (23,53±0,84)
ЛСП, n=31	28 (90,32±1,73)	3 (9,68±0,57)	17 (54,84±1,35)	0 (0,00±0,00)	28 (90,32±1,73)	3 (9,68±0,57)
СП, n=60	50 (83,33±1,18) ^{КН, КВ2}	10 (16,67±0,53) ^{КН, КВ2}	31 (51,67±0,93)	6 (10,00±0,41)	40 (66,67±1,06)	14 (23,33±0,63)
СПО, n=30	25 (83,33±1,69) ^{КН, КВ2}	5 (16,67±0,76) ^{КН, КВ2}	16 (53,33±1,35)	3 (10,00±0,59)	20 (66,67±1,51)	7 (23,33±0,90)
СПП, n=30	25 (83,33±9,13) ^{КН, КВ2}	5 (16,67±076) ^{КН, КВ2}	15 (50,00±1,31)	3 (10,00±0,59)	20 (66,67±1,51)	7 (23,33±0,90)
КН, n=30	30 (100,00±1,85)	0 (0,00±0,00)	11 (36,67±1,12)	1 (3,33±0,34)	23 (76,67±1,62)	6 (20,00±0,83)
КВ2, n=30	30 (100,00±1,85)	0 (0,00±0,00)	12 (40,00±1,17)	1 (3,33±0,34)	23 (76,67±1,62)	6 (20,00±0,83)

Примітки:

- ^{КН, КВ2} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, КВ2, p<0,05.
- Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, p>0,05.

Таблиця 4.5

Контрацептивна поведінка в анамнезі досліджуваних вагітних, n (P \pm p, %)

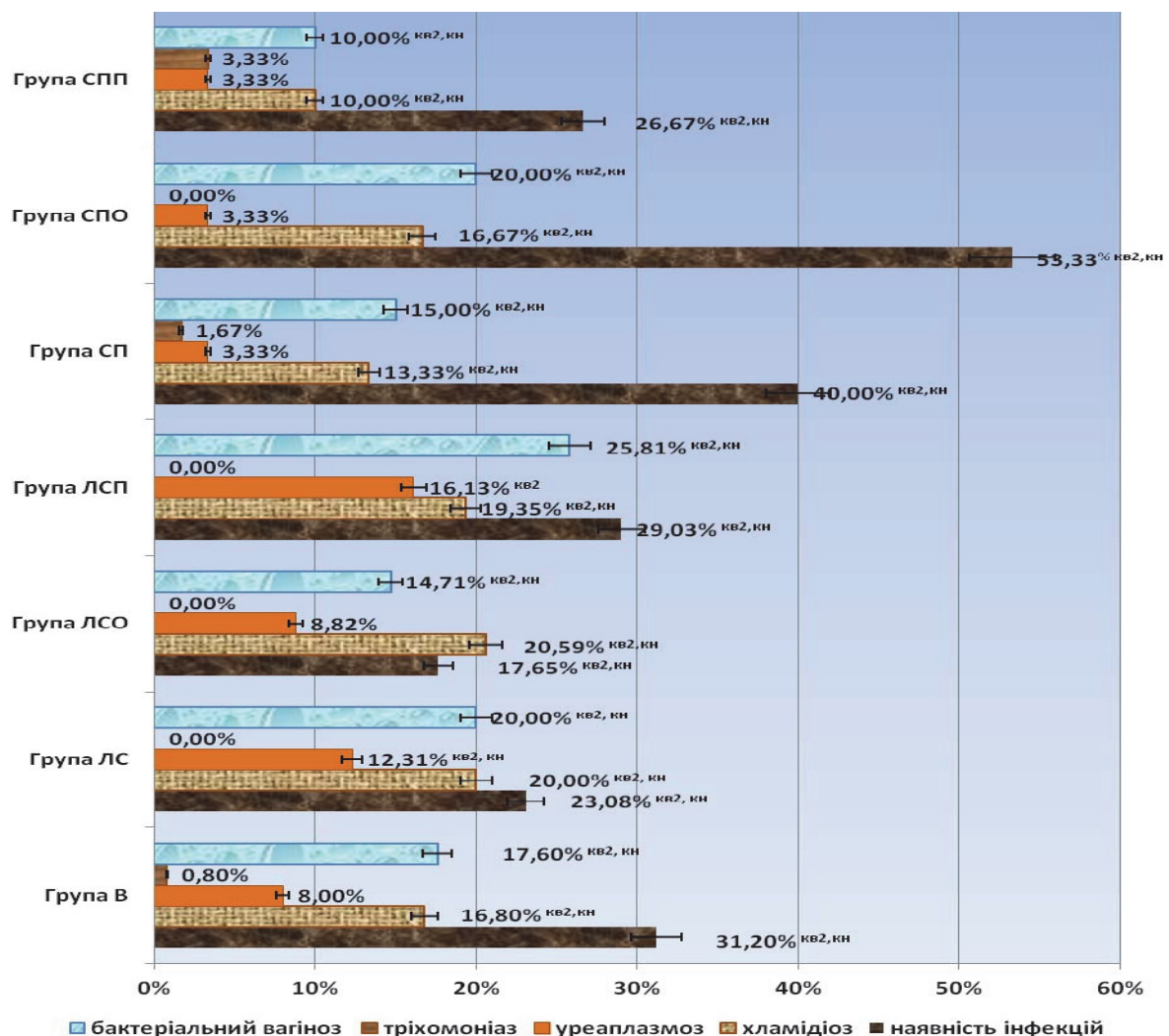
Група	Використовували контрацепцію	Вид контрацепції					
		Ритм-метод	Бар'єрний	ВМК	Перерваний статевий акт	Гормональна	
V, n=125	77 (61,60 \pm 0,70) ^{КН, КВ2}	8 (6,40 \pm 0,23)	44 (35,20 \pm 0,53)	11 (8,80 \pm 0,27)	37 (29,60 \pm 0,49)	32 (25,60 \pm 0,45) ^{КН, КВ2}	
ЛС, n=65	40 (61,54 \pm 1,52) ^{КН, КВ2}	4 (6,15 \pm 0,48)	23 (35,38 \pm 1,15)	5 (7,69 \pm 0,54)	19 (29,23 \pm 1,04)	14 (21,54 \pm 0,90) ^{КН, КВ2}	
ЛСО, n=34	18 (52,94 \pm 1,53) ^{КН, КВ2}	3 (8,82 \pm 0,33)	11 (32,35 \pm 1,13)	1 (2,94 \pm 0,66)	8 (23,53 \pm 1,09)	7 (20,59 \pm 0,87) ^{КН, КВ2}	
ЛСП, n=31	22 (70,97 \pm 1,53) ^{КВ2}	1 (3,23 \pm 0,33)	12 (38,71 \pm 1,13)	4 (12,90 \pm 0,66)	11 (35,48 \pm 1,09)	7 (22,58 \pm 0,87) ^{КВ2}	
СП, n=60	37 (61,67 \pm 1,02) ^{КН, КВ2}	4 (6,67 \pm 0,34)	21 (35,00 \pm 0,77)	6 (10,00 \pm 0,41)	18 (30,00 \pm 0,71)	18 (30,00 \pm 0,71) ^{КН}	
СПО, n=30	16 (53,33 \pm 1,35) ^{КН, КВ2}	3 (10,00 \pm 0,59)	7 (23,33 \pm 0,90)	3 (10,00 \pm 0,59)	9 (30,00 \pm 1,02)	8 (26,67 \pm 0,96) ^{КН, КВ2}	
СПП, n=30	21 (70,0 \pm 1,55) ^{КН, КВ2}	1 (3,33 \pm 0,34)	14 (46,67 \pm 1,27)	3 (10,00 \pm 0,59)	9 (30,00 \pm 1,02)	10 (33,33 \pm 1,07) ^{КН, КВ2}	
КН, n=30	28 (93,33 \pm 1,79)	1 (3,33 \pm 0,34)	12 (40,00 \pm 1,17)	3 (10,00 \pm 0,59)	12 (40,00 \pm 1,17)	17 (56,67 \pm 1,39)	
КВ2, n=30	28 (93,33 \pm 1,79)	1 (3,33 \pm 0,34)	12 (40,00 \pm 1,17)	2 (6,67 \pm 0,48)	11 (36,67 \pm 1,12)	17 (56,67 \pm 1,39)	

Примітки:

- ^{КН, КВ2} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, КВ2, p<0,05.
- Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, p>0,05.
- Деякі жінки використовували декілька методів контрацепції.

Жінки групи В (77(61,60%)) в 1,52 рази рідше використовували методи контрацепції, ніж жінки груп КН ($p < 0,0008$) і КВ2 ($p < 0,0008$) (табл.5.5), і перевагу віддавали бар'єрним методам і перерваному статевому акту. Жінки контрольних груп найчастіше використовували гормональну контрацепцію – у 56,67%. Кількість жінок, які приймали гормональні контрацептиви, у групі В була менша за таку у групах КН і КВ2 в 2,21 рази ($p < 0,001$), у тому числі в групі ЛС – у 2,63 ($p < 0,0007$), у групі СП – у 1,89 ($p < 0,02$). Як видно з табл. 4.5, групи ЛСО і ЛСП, СПО і СПП були однорідними за контрацептивною поведінкою.

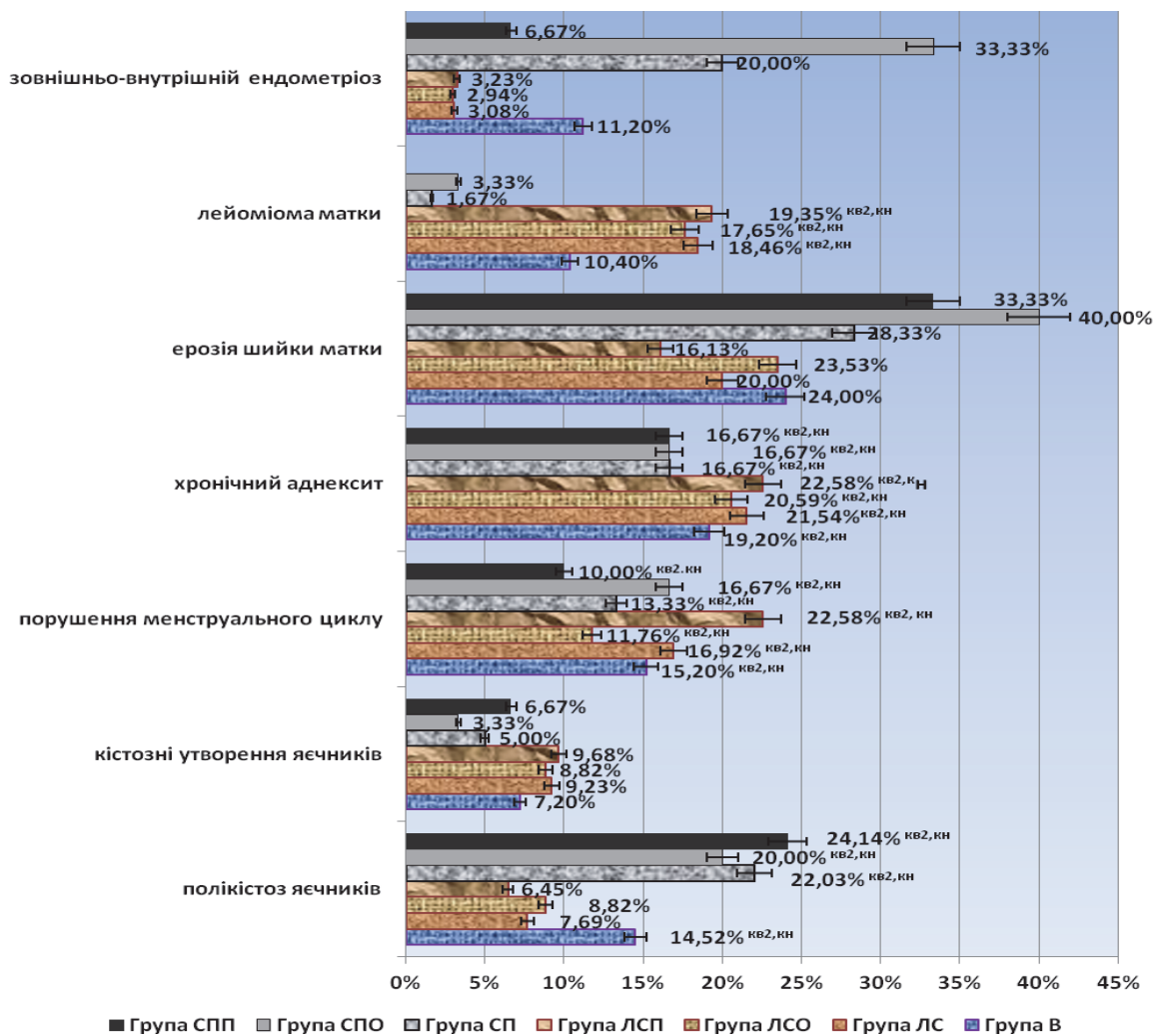
39 (31,20%, $p_{КН} < 0,0004$, $p_{КВ2} < 0,0004$) вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в анамнезі мали уrogenітальні інфекції або вагінальний вагіноз, у тому числі, хламідіоз – у 21(16,80%, $p_{КН} < 0,02$, $p_{КВ2} < 0,02$), уреapлазмоз – у 10(8,00%, $p_{КН} > 0,05$, $p_{КВ2} > 0,05$), трихомоніаз – у 1(0,80%, $p_{КН} > 0,05$, $p_{КВ2} > 0,05$), бактеріальний вагіноз – 22(17,60%, $p_{КН} < 0,02$, $p_{КВ2} < 0,02$) (рис. 4.1). Як видно з рис. 4.1, досліджувані групи ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не мали вірогідних відмінностей за розподілом уrogenітальних інфекцій і бактеріального вагінозу.



Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, $p > 0,05$.

Рис. 4.1. Розподіл перенесених раніше уrogenітальних інфекцій та бактеріального вагінозу у досліджуваних вагітних.

Серед гінекологічних захворювань в анамнезу у вагітних групи В найчастіше спостерігалися хронічний аднексит (24(19,20%), $p_{кн} < 0,001$, $p_{кв2} < 0,001$), порушення менструального циклу (19(15,20%), $p_{кн} < 0,009$, $p_{кв2} < 0,009$), полікістоз яєчників (18(14,52%), $p_{кн} < 0,02$, $p_{кв2} < 0,02$). У пацієток групи ЛС вірогідно частіше порівняно з контролем зустрічалися хронічний аднексит (13(20,00%), $p_{кн} < 0,009$, $p_{кв2} < 0,009$), порушення менструального циклу (14(21,54%), $p_{кн} < 0,006$, $p_{кв2} < 0,006$), лейоміома матки (12(18,46%), $p_{кн} < 0,02$, $p_{кв2} < 0,02$), а у жінок групи СП хронічний аднексит (22(36,67%), $p_{кн} < 0,0001$, $p_{кв2} < 0,0005$), порушення менструального циклу (10(16,67%), $p_{кн} < 0,02$, $p_{кв2} < 0,02$), полікістоз яєчників (13(2,03%), $p_{кн} < 0,006$, $p_{кв2} < 0,005$). Як видно з рис. 4.2, групи ЛСО і ЛСП, СПО і СПП були однорідними за наявністю гінекологічних захворювань в анамнезі.



Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, $p > 0,05$.

Рис. 4.2. Розподіл перенесених раніше гінекологічних захворювань у досліджуваних вагітних.

При аналізі репродуктивного анамнезу проспективно обстежених жінок встановлено відсутність вірогідної різниці між групами в розподілі кількості жінок з пологами, штучними та мимовільними абортами (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

Репродуктивний анамнез обстежених жінок

Група	Кількість жінок з пологами в анамнезі, n (P±p, %)	Середня кількість пологів, M±m	Кількість жінок зі штучними абортами в анамнезі, n (P±p, %)	Середня кількість штучних абортів, M±m	Кількість жінок із мимовільними абортами в анамнезі, n (P±p, %)	Середня кількість мимовільних абортів, M±m
B, n=125	40 (32,00±0,51)	0,37±0,05 ^{кн}	54 (43,20±0,59)	0,70±0,09	12 (9,60±0,28)	0,11±0,03 ^{кн,кв2}
ЛС, n=65	19 (29,23±1,04)	0,34±0,07 ^{кн}	30 (46,15±1,31)	0,77±0,13	7 (10,77±0,63)	0,12±0,05 ^{кн}
ЛСО, n=34	11 (32,35±0,99)	0,38±0,10 ^{кн}	16 (47,06±1,19)	0,82±0,21	3 (8,82±0,52)	0,09±0,05
ЛСП, n=31	8 (25,81±0,93)	0,29±0,08 ^{кн}	4 (12,90±1,22)	0,71±0,17	4 (12,90±0,66)	0,16±0,08 ^{кн}
СП, n=60	21 (35,00±0,77)	0,40±0,07 ^{кн}	24 (40,00±0,82)	0,62±0,13	5 (8,33±0,38)	0,10±0,05 ^{кн,кв2}
СПО, n=30	11 (36,67±1,12)	0,37±0,09 ^{кн}	12 (40,00±1,17)	0,53±0,12	2 (6,67±0,48)	0,07±0,05
СПП, n=30	10 (33,33±1,07)	0,43±0,11	12 (40,00±1,17)	0,70±0,23	3 (10,00±0,59)	0,13±0,08
КН, n=30	15 (50,00±1,31)	0,83±0,18	17 (56,67±1,39)	0,67±0,12	0 (0,00±0,00)	0,00±0,00
КВ2, n=30	12 (40,00±1,17)	0,53±0,14	12 (40,00±1,17)	0,57±0,15	0 (0,00±0,00)	0,00±0,00

Примітки: 1. ^{кн,кв2} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, КВ2, p<0,05.

2. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, p>0,05.

Таблиця 4.7

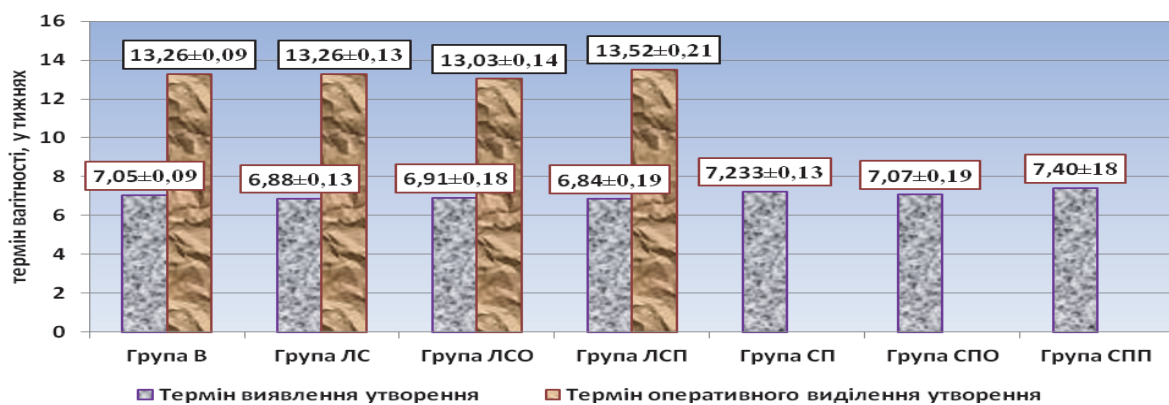
Паритет даної вагітності у обстежених жінок, n (P, %)

Група	Паритет даної вагітності							
	Перша	Друга	Третя	Четверта	П'ята	Шоста й більше		
В, n=125	57 (45,60)	19 (15,20)	34 (27,20)	10 (8,00)	3 (2,40)	2 (1,60)		
ЛС, n=65	28 (43,08)	11 (16,92)	17 (26,15)	6(9,23±)	2 (3,08)	1 (1,54)		
ЛСО, n=34	14 (41,18)	7 (20,59)	9 (26,47)	2 (5,88)	1 (2,94)	1 (2,94)		
ЛСП, n=31	14 (45,16)	4 (12,90)	8 (25,81)	4 (12,90)	1 (3,23)	0 (0,00)		
СП, n=60	29 (48,33)	8 (13,33)	17 (28,33)	4 (6,67)	1 (1,67)	1 (1,67)		
СПО, n=30	15 (50,00)	3 (10,00)	10 (33,33)	2 (6,67)	0 (0,00)	0 (0,00)		
СПП, n=30	14 (46,67)	5 (16,67)	7 (23,33)	2 (6,67)	1 (3,33)	1 (3,33)		
КВ2, n=30	12 (40,00)	8 (26,67)	6 (20,00)	3 (10,00)	1 (3,33)	0 (3,33)		

Примітка. Статистично вірогідної різниці між розподілом показників не виявлено ($p < 0,05$).

Зареєстрована відсутність вірогідної різниці між групами в розподілі паритету даної вагітності (табл. 4.7). У той же час середня кількість пологів у групі В була менша за таку у групі КН у 2,24 рази ($p_{\text{кн}} < 0,02$), у тому числі, у групі ЛС – у 2,44 ($p_{\text{кн}} < 0,01$), у групі СП – у 2,08 ($p_{\text{кн}} < 0,04$). Вірогідні відмінності порівняно з контрольними показниками мала середня кількість мимовільних абортів: у групі В – $0,11 \pm 0,03$ ($p_{\text{кн}} < 0,0008$, $p_{\text{кв2}} < 0,0008$), ЛС – $0,12 \pm 0,05$ ($p_{\text{кн}} < 0,01$, $p_{\text{кв2}} < 0,02$), СП – $0,10 \pm 0,05$ ($p_{\text{кн}} < 0,04$, $p_{\text{кв2}} < 0,04$). Як видно з табл. 4.6, досліджувані групи ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не мали вірогідних відмінностей за середньою кількістю пологів, штучних і мимовільних абортів.

Середній термін виявлення доброякісного кістозного утворення яєчника під час вагітності вірогідно між досліджуваними групами не відрізнявся і склав у групі ЛС $6,88 \pm 0,13$, СП – $7,23 \pm 0,13$ тижня (рис. 4.3).



Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, $p > 0,05$.

Рис. 4.3. Середній термін виявлення і оперативного видалення доброякісного кістозного утворення яєчника під час вагітності.

Середній термін оперативного видалення доброякісного кістозного утворення яєчника варіював від 12 до 16 тижнів вагітності, й також між досліджуваними групами не відрізнявся, і склав в групі ЛСО $13,03 \pm 0,14$, ЛСП – $13,52 \pm 0,21$ тижня (див. рис. 4.3).

Больовий синдром спостерігався у 52(41,60%) вагітних групи В ($p_{\text{кн}} < 0,0001$, $p_{\text{кв2}} < 0,0001$), у тому числі, у групі ЛС – у 36(55,38%, $p_{\text{кн}} < 0,0001$, $p_{\text{кв2}} < 0,0001$), у групі СП – у 16(51,61%, $p_{\text{кн}} < 0,002$, $p_{\text{кв2}} < 0,0006$) (табл. 4.8).

Як видно з табл. 4.8, досліджувані групи ЛСО і ЛСП, СПО і СПП були гомогенними за розподілом больового синдрому.

Хірургічне лікування в плановому порядку в групі ЛСО було виконано у 26(76,47%) вагітних, в ургентному – у 8(23,53%), у групі ЛСП – відповідно у 23(74,19%, $p > 0,05$) і 8(25,81%, $p > 0,05$). За розподілом показань щодо оперативного лікування кістозних утворень яєчників під час вагітності вірогідних відмінностей між групами ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не було. Як видно табл. 5.9, основним показанням для оперативного втручання був високий ризик малігнізації внаслідок комплексної або багатокамерної структури з потовщеними перетинками за даними УЗД – у 26(40,00%) вагітних.

Таблиця 4.8

Характер більшового синдрому у досліджуваних вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників, n (P±p, %)

Група	Характер більшового синдрому						
	Наявність болю	Тягнучий біль	Різкий біль	Постійний біль	Біль при фізичному навантаженні	Періодичний біль	
В, n=125	52 (41,60±0,58) ^{кн, кв2}	44 (35,20±0,53) ^{кн, кв2}	12 (9,60±0,28)	18 (14,40±0,34) ^{кн, кв2}	34 (27,20±0,47) ^{кн, кв2}	35 (28,00±0,47) ^{кн, кв2}	
ЛС, n=65	36 (55,38±1,44) ^{кн, кв2}	29 (44,62±1,29) ^{кн, кв2}	12 (44,62±0,83) ^{кн, кв2}	18 (27,69±1,02) ^{кн, кв2}	26 (40,00±1,22) ^{кн, кв2}	18 (27,69±1,02) ^{кн, кв2}	
ЛСО, n=34	20 (58,82±1,33) ^{кн, кв2}	19 (55,88±1,30) ^{кн, кв2}	5 (14,71±0,67) ^{кн, кв2}	12 (35,29±1,03) ^{кн, кв2}	15 (44,12±1,15) ^{кн, кв2}	9 (26,47±0,89) ^{кн, кв2}	
ЛСП, n=31	16 (51,61±1,31) ^{кн, кв2}	10 (32,26±1,04) ^{кн, кв2}	7 (22,58±0,87) ^{кн, кв2}	6 (19,35±0,80) ^{кн, кв2}	11 (35,48±1,09) ^{кн, кв2}	9 (29,03±0,98) ^{кн, кв2}	
СП, n=60	16 (26,67±0,67) ^{кн, кв2}	15 (25,00±0,65) ^{кн, кв2}	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)	8 (13,33±0,48) ^{кн, кв2}	17 (28,33±0,69) ^{кн, кв2}	
СПО, n=30	6 (20,00±0,83) ^{кн, кв2}	5 (16,67±0,76) ^{кн, кв2}	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)	4 (13,33±0,68) ^{кн, кв2}	6 (20,00±0,83) ^{кн, кв2}	
СПП, n=30	10 (33,33±1,07) ^{кн, кв2}	10 (33,33±1,07) ^{кн, кв2}	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)	4 (13,33±0,68) ^{кн, кв2}	11 (36,67±1,12) ^{кн, кв2}	

Примітки:

1. ^{кн, кв2} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, КВ2, p<0,05.

2. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, p>0,05.

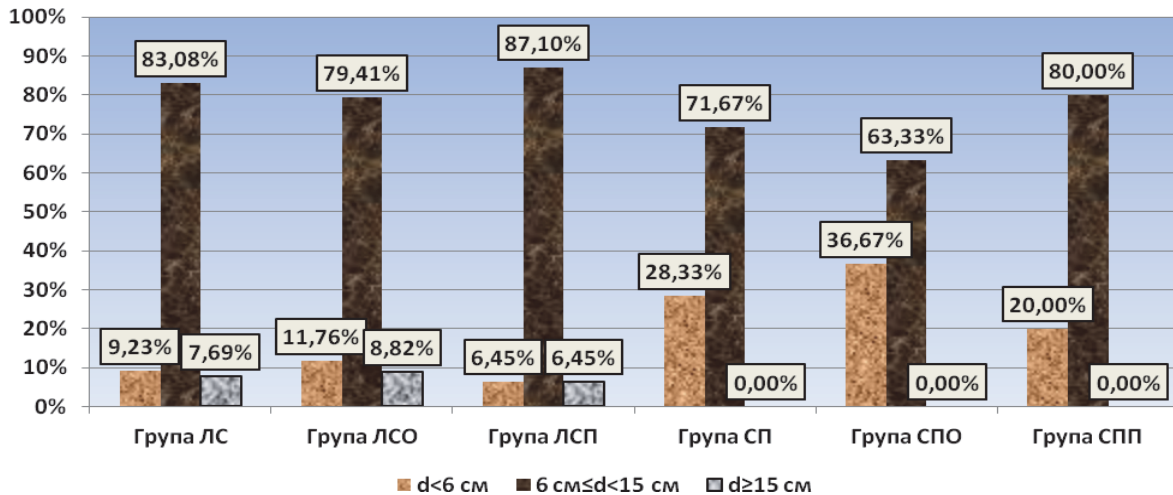
Таблиця 4.9

Основні показання щодо оперативного лікування досліджуваних вагітних з приводу доброякісних кістозних утворень яєчників, n (P±p, %)

Група	Розрив утворення	Перекрут утворення	Збільшення розмірів утворення	Гігантські розміри утворення (≥ 15 см)	Високий ризик малігізації внаслідок ком-плексної або багатокамерної структури з потовщеними перетинками за даними УЗД	Рівень СА 125>35 Од/мл
В, n=125	2 (1,60±0,11)	14 (11,20±0,30)	9 (13,85±0,24)	5 (4,00±0,18)	26 (20,80±0,41)	9 (7,20±0,24)
ЛС, n=65	2 (3,08±0,34)	14 (21,54±0,90)	9 (13,85±0,72)	5 (7,69±0,54)	26 (40,00±1,22)	9 (13,85±0,72)
ЛСО, n=34	1 (2,94±0,30)	7 (20,59±0,79)	5 (14,71±0,67)	3 (8,82±0,52)	16 (47,06±1,19)	3 (8,82±0,52)
ЛСП, n=31	1 (3,23±0,33)	7 (22,58±0,87)	4 (12,90±0,66)	2 (6,45±0,46)	10 (32,26±1,04)	6 (19,35±0,80)

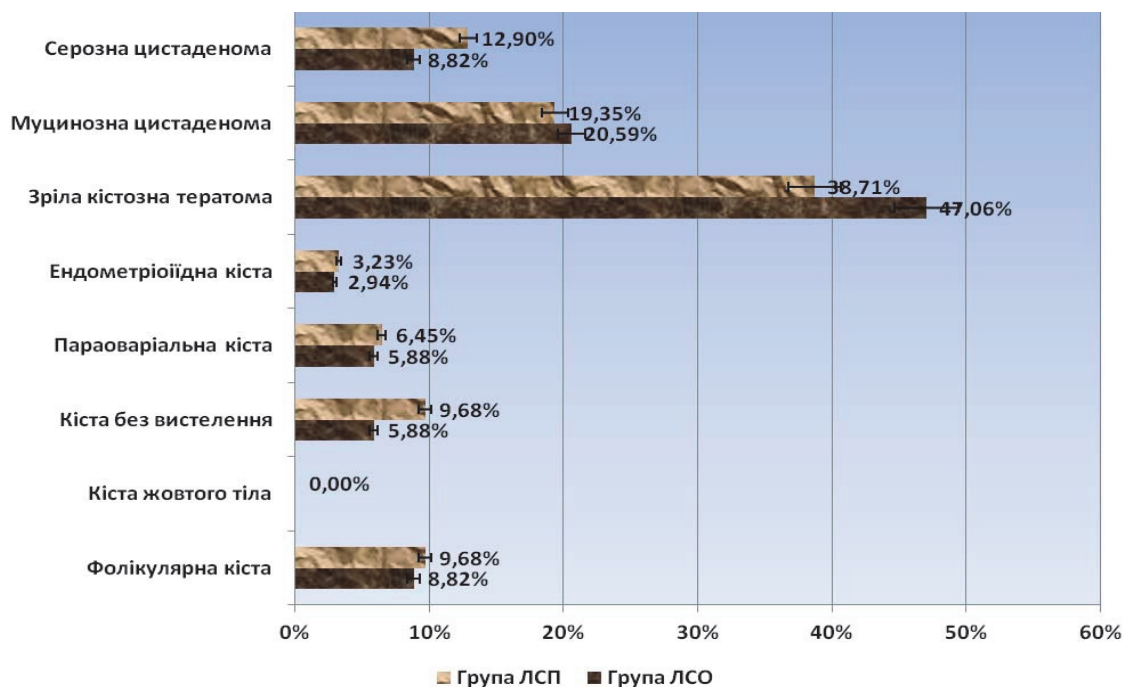
Примітка. Статистично вірогідної різниці між показниками не виявлено (p>0,05).

Середній максимальний діаметр кістозних утворень у групі В склав $7,62 \pm 0,35$ см, ЛС – $8,74 \pm 0,63$ см, ЛСО – $8,65 \pm 0,88$ см, ЛСП – $8,84 \pm 0,91$ см ($p_{\text{ЛСО-ЛСП}} > 0,05$), СП – $6,40 \pm 0,20$ см, СПО – $6,40 \pm 0,31$ см, СПС – $6,40 \pm 0,25$ см ($p_{\text{СПО-СПП}} > 0,05$). Не відмічалось вірогідної різниці між групами ЛСО і ЛСП, СПО і СПП за розподілом кістозних утворень за розміром (рис. 4.4), між групами ЛСО і ЛСП – за даними гістологічного дослідження видалених операційних матеріалів (рис. 4.5).



Примітка. Вірогідних статистичних відмінностей між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, $p > 0,05$.

Рис. 4.4. Розподіл кістозних утворень яєчників за розмірами у досліджуваних вагітних.



Примітка. Вірогідних статистичних відмінностей між показниками груп ЛСО і ЛСП не виявлено, $p > 0,05$.

Рис. 4.5. Розподіл прооперованих доброякісних кістозних утворень яєчників за результатами гістологічного дослідження операційних матеріалів.

Усі вагітні груп СПО і СПП за даними УЗД мали кісти жовтого тіла яєчника.

Досліджувані групи вагітних не мали вірогідної різниці за середнім рівнем сироваткового онкомаркери СА 125 (табл. 4.10), але рівень СА 125 у всіх групах вагітних перевищував такий у групі КН – у групі В у 2,57 рази ($p < 0,0001$), ЛС – у 3,03 ($p < 0,003$), ЛСО – у 3,08 ($p < 0,05$), ЛСП – у 2,97 ($p < 0,003$), СП – у 2,07 ($p < 0,0003$), СПО – у 2,44 ($p < 0,007$), СПП – у 1,71 ($p < 0,0005$), КВ2 – у 1,97 ($p < 0,0001$).

Таблиця 4.10

Рівень сироваткового рівня СА 125 у обстежених жінок

Група	Середній рівень сироваткового СА 125, $M \pm m$, Од/мл
В, n=125	29,88 \pm 4,15 ^{кн}
ЛС, n=65	35,22 \pm 7,47 ^{кн}
ЛСО, n=34	35,80 \pm 12,06 ^{кн}
ЛСП, n=31	34,58 \pm 8,61 ^{кн}
СП, n=60	24,11 \pm 2,98 ^{кн}
СПО, n=30	28,37 \pm 5,65 ^{кн}
СПП, n=30	19,85 \pm 1,71 ^{кн}
КН, n=30	11,64 \pm 1,41 ^{кв2}
КВ2, n=30	22,91 \pm 0,77 ^{кн}

Примітки: 1. ^{кн, кв2} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, КВ2, $p < 0,05$.
2. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, $p > 0,05$.

Таким чином, досліджувані групи вагітних ЛСО і ЛСП, СПО і СПП були гомогенні за середнім віком, віковим розподілом, наявністю та характером болювого синдрому, частотою та розподілом екстрагенітальної патології, віком менархе, кількістю менструальних циклів на рік, характером менструальної функції, віком початку статевого життя, контрацептивною поведінкою, частотою і розподілом урогенітальних інфекцій і гінекологічної захворюваності, характером репродуктивного анамнезу, паритетом даної вагітності, розподілом планових і ургентних втручань, терміном виявлення, оперативного лікування, діаметром і розподілом гістоструктурних типів кістозних утворень, рівнем сироваткового онкомаркери СА 125, що дозволяє порівнювати результати подальших досліджень.

4.2. Рівень гормонів жовтого тіла та плаценти у обстежених вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників

Усі вагітні досліджуваних груп звернулися до лікаря в терміні до 8 тижнів вагітності. У терміні 7-8 тижнів вагітності у всіх них було проведено дослідження рівня прогестерону, вільного естріолу, хоріонічного гонадотропіну, плацентарного лактогену у сироватці периферичної крові (табл. 4.11).

Як видно з табл. 4.11, середній рівень сироваткового прогестерону у групі В був нижчий за такий у групі КВ2 у 1,17 рази ($p < 0,0001$), у групі ЛС – у 1,21 ($p < 0,0001$), у групі СП – у 1,14 ($p < 0,0001$); вільного естріолу – відповідно у 1,18 ($p < 0,005$), у 1,21 ($p < 0,004$) і 1,16 ($p < 0,006$) рази; хоріонічного гонадотропіну – у 1,20 ($p < 0,0002$), у 1,23 ($p < 0,0001$) і 1,16 ($p < 0,004$) рази; плацентарного лактогену – у 1,18 ($p < 0,007$), у 1,20 ($p < 0,005$) і 1,16 ($p < 0,02$).

Таблиця 4.11

Середні рівні гормонів жовтого тіла та плаценти у сироватці периферичної крові у обстежених вагітних у терміні 7-8 тижнів, $M \pm m$

Група	Прогестерон, нг/мл	Вільний естріол, нмоль/л	Хоріонічний гонадотропін, МО/л	Плацентарний лактоген, мкг/мл
В, n=125	22,21±0,72 ^{КВ2}	1,68±0,04 ^{КВ2}	103050±2401 ^{КВ2}	0,158±0,003 ^{КВ2}
ЛС, n=65	21,60±0,98 ^{КВ2}	1,65±0,05 ^{КВ2}	100308±3025 ^{КВ2}	0,156±0,004 ^{КВ2}
ЛСО, n=34	21,89±1,42 ^{КВ2}	1,68±0,07 ^{КВ2}	101395±4521 ^{КВ2}	0,158±0,007 ^{КВ2}
ЛСП, n=31	21,28±1,33 ^{КВ2}	1,62±0,06 ^{КВ2}	99115±4024 ^{КВ2}	0,154±0,005 ^{КВ2}
СП, n=60	22,87±1,05 ^{КВ2}	1,71±0,06 ^{КВ2}	106022±3769 ^{КВ2}	0,161±0,005 ^{КВ2}
СПО, n=30	23,02±1,70 ^{КВ2}	1,70±0,10 ^{КВ2}	105318±5903 ^{КВ2}	0,159±0,007 ^{КВ2}
СПП, n=30	22,72±1,33 ^{КВ2}	1,72±0,08 ^{КВ2}	106725±4863 ^{КВ2}	0,162±0,007 ^{КВ2}
КВ2, n=30	26,06±0,74	1,99±0,10	123493±7216	0,187±0,010

Примітки: 1. ^{КВ2} – статистично вірогідна різниця з показниками групи КВ2, $p < 0,05$.
2. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, $p > 0,05$.

При цьому 52(41,60%) вагітні з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в терміні від 7-8 тижнів вагітності мали рівень сироваткового прогестерону нижчий за референсну межу відповідного терміну вагітності ($p < 0,0001$), 57(45,60%) – в межах референсного інтервалу відповідного терміну вагітності ($p < 0,0001$), а 16(12,80%) – вищий за референсну межу відповідного терміну вагітності ($p < 0,04$) (табл. 4.12).

Якщо у групі ЛС кожна восьма жінка мала рівень сироваткового прогестерону вищий за референсний межу відповідного терміну вагітності ($p > 0,05$), то у групі СП – вірогідно кожна шоста ($p < 0,02$).

Таблиця 4.12

Розподіл рівня прогестерону у обстежених вагітних у терміні 7-8 тижнів відносно референсних меж для відповідного терміну вагітності, Р±р, %

Група	Кількість вагітних з рівнем прогестерону нижче за референсну межу відповідного терміну вагітності	Кількість вагітних в межах референсного інтервалу відповідного терміну вагітності	Кількість вагітних вище за референсну межу відповідного терміну вагітності
В, n=125	52 (41,60±0,58) ^{кв2}	57 (45,60±0,61) ^{кв2}	16 (12,80±0,32)
ЛС, n=65	30 (46,15±1,31) ^{кв2}	30 (46,15±1,31) ^{кв2}	5 (7,69±0,54)
ЛСО, n=34	16 (47,06±1,19) ^{кв2}	16 (47,06±1,19) ^{кв2}	2 (5,88±0,42)
ЛСП, n=31	14 (45,16±1,22) ^{кв2}	14 (45,16±1,22) ^{кв2}	3 (9,68±0,57)
СП, n=60	22 (36,67±0,79) ^{кв2}	27 (45,00±0,87) ^{кв2}	11 (18,33±0,56)
СПО, n=30	12 (40,00±1,17) ^{кв2}	12 (40,00±1,17) ^{кв2}	6 (20,00±0,83)
СПП, n=30	10 (33,33±1,07) ^{кв2}	15 (50,00±1,31) ^{кв2}	5 (16,67±0,76)
КВ2, n=30	0 (0,00±0,00)	30 (100,00±1,85)	0 (0,00±0,00)

Примітки: 1. ^{кв2} – статистично вірогідна різниця з показниками групи КВ2, $p < 0,05$.
2. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, $p > 0,05$.

Як видно з табл. 4.11, 4.12 Групи ЛСО і ЛСП, СПО і СПП у терміні 7-8 тижнів гестаційного періоду були гомогенними за рівнями рівнів досліджуваних гормонів жовтого тіла і плаценти відносно меж їх референсних інтервалів відповідно терміну вагітності.

Таким чином, середній рівень сироваткового прогестерону у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників нижчий за такий у умовно здорових вагітних у 1,17 рази ($p < 0,0001$), вільного естріолу – у 1,18 ($p < 0,005$), хоріонічного гонадотропіну – у 1,20 ($p < 0,0002$), плацентарного лактогену – у 1,18 ($p < 0,007$). 41,60% вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в терміні 7-8 тижнів вагітності мають рівень сироваткового прогестерону нижчий за референсну межу відповідного терміну вагітності ($p < 0,0001$), 45,60% – в межах референсного інтервалу ($p < 0,0001$), 12,80% – вищий за референсну межу ($p < 0,04$).

Гомогенність досліджуваних груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП за рівнем досліджуваних гормонів жовтого тіла і плаценти дозволяє порівнювати результати подальших досліджень.

4.3. Стан оксидативного та нітрозативного гомеостазу та вираженість ендogenousної інтоксикації у обстежених вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників

Фізіологічна вагітність супроводжується помірною інтенсифікацією вільнорадикального окислення, що підтвердили отримані нами дані (табл. 4.13): у 7-8 тижнів вагітності середній рівень ДК ненасичених жирних кислот у групі KB2 перевищував такий в групі КН в 1,07 рази ($p < 0,0009$), МДА в еритроцитах крові – в 1,23 ($p < 0,0001$), ПГЕ – в 1,06 ($p > 0,05$).

Вивчення стану оксидативного гомеостазу у вагітних групи В з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в терміні 7-8 тижнів вагітності виявило накопичення продуктів вільнорадикального окислення порівняно з вагітними групи KB2: збільшення середнього рівня ДК ненасичених жирних кислот в 1,19 рази ($p < 0,0001$), МДА в еритроцитах крові – в 1,33 ($p < 0,0001$), що приводило до посилення ПГЕ у 1,23 рази ($p < 0,0001$), у тому числі: у групі ЛС – ДК в 1,20 ($p < 0,0001$) рази, МДА – в 1,37 ($p < 0,0001$), ПГЕ – у 1,26 рази ($p < 0,0004$); у групі СП – ДК в 1,17 ($p < 0,0001$) рази, МДА – в 1,29 ($p < 0,0001$), ПГЕ – у 1,20 рази ($p < 0,02$). Накопичення МДА перевищувало накопичення ДК у групі В у 1,12 рази ($p < 0,0001$), у групі ЛС – у 1,14 рази ($p < 0,0001$), у групі СП – у 1,10 рази ($p < 0,0001$). Групи ЛСО і ЛСП, СПО і СПП були однорідними за вивчаємими показниками накопичення продуктів вільнорадикального окислення.

Таблиця 4.13

Характеристика деяких показників вільнорадикального окислення у досліджуваних групах, $M \pm m$

Група	ДК, Од/мл	МДА, мкмоль/г білка	ПГЕ, %
В, n=125	2,62±0,03 ^{кн, кв2}	11,50±0,20 ^{кн, кв2}	6,11±0,23 ^{кн, кв2}
ЛС, n=65	2,65±0,04 ^{кн, кв2}	11,87±0,30 ^{кн, кв2}	6,27±0,31 ^{кн, кв2}
ЛСО, n=34	2,66±0,05 ^{кн, кв2}	11,88±0,32 ^{кн, кв2}	6,25±0,38 ^{кн, кв2}
ЛСП, n=31	2,65±0,07 ^{кн, кв2}	11,85±0,52 ^{кн, кв2}	6,29±0,51 ^{кн, кв2}
СП, n=60	2,59±0,04 ^{кн, кв2}	11,11±0,26 ^{кн, кв2}	5,93±0,35 ^{кн, кв2}
СПО, n=30	2,62±0,06 ^{кн, кв2}	11,12±0,31 ^{кн, кв2}	6,13±0,52 ^{кн, кв2}
СПП, n=30	2,56±0,06 ^{кн, кв2}	11,09±0,42 ^{кн, кв2}	5,72±0,49 ^{кн, кв2}
KB2, n=30	2,21±0,03 ^{кн}	8,64±0,20 ^{кн}	4,96±0,17
КН, n=30	2,08±0,02	7,05±0,20	4,66±0,17

Примітки: 1. ^{кн, кв2} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, KB2, $p < 0,05$.
2. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, $p > 0,05$.

При фізіологічній вагітності здійснюється активація ферментних та неферментних компонентів антиоксидантної системи, про що свідчило підвищення активності Ка плазми крові в групі KB2 порівняно з групою КН в 1,07 рази ($p < 0,04$), активності СОД плазми крові – в 1,10 ($p < 0,04$), ЗАОА плазми крові – в 1,02 ($p < 0,05$), токоферолу- α в сироватці крові – в 1,08 ($p < 0,0003$) (табл. 4.14).

Таблиця 4.14

Рівень деяких ферментних і неферментних компонентів антиоксидантної системи у обстежених групах, $M \pm m$

Група	Ка, мкат/л	СОД, Од/мг білка	ЗАОА плазми, %	Віт. Е, мкмоль/л
В, n=125	14,98 \pm 0,27 ^{кн, кв2}	0,089 \pm 0,003 ^{кн, кв2}	43,81 \pm 0,446 ^{кн, кв2}	6,11 \pm 0,06 ^{кн, кв2}
ЛС, n=65	15,06 \pm 0,46 ^{кн, кв2}	0,092 \pm 0,004 ^{кн, кв2}	44,18 \pm 0,70 ^{кн, кв2}	6,04 \pm 0,09 ^{кн, кв2}
ЛСО, n=34	15,02 \pm 0,66 ^{кн, кв2}	0,092 \pm 0,006 ^{кн, кв2}	44,25 \pm 0,94 ^{кн, кв2}	6,08 \pm 0,14 ^{кн, кв2}
ЛСП, n=31	15,10 \pm 0,67 ^{кн, кв2}	0,091 \pm 0,006 ^{кн, кв2}	44,11 \pm 1,07 ^{кн, кв2}	6,01 \pm 0,13 ^{кн, кв2}
СП, n=60	14,90 \pm 0,27 ^{кн, кв2}	0,087 \pm 0,003 ^{кн, кв2}	43,40 \pm 0,534 ^{кн, кв2}	6,19 \pm 0,07 ^{кн, кв2}
СПО, n=30	14,97 \pm 0,48 ^{кн, кв2}	0,083 \pm 0,006 ^{кн, кв2}	43,33 \pm 0,75 ^{кн, кв2}	6,16 \pm 0,11 ^{кн, кв2}
СПП, n=30	14,84 \pm 0,27 ^{кн, кв2}	0,091 \pm 0,003 ^{кн, кв2}	43,47 \pm 0,78 ^{кн, кв2}	6,22 \pm 0,09 ^{кн, кв2}
KB2, n=30	18,27 \pm 0,34 ^{кн}	0,121 \pm 0,003 ^{кн}	51,19 \pm 0,40 ^{кн}	7,15 \pm 0,07 ^{кн}
КН, n=30	17,12 \pm 0,41	0,110 \pm 0,004	50,03 \pm 0,41	6,64 \pm 0,11

Примітки: 1. ^{кн, кв2} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, KB2, $p < 0,05$.
2. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, $p > 0,05$.

У вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників групи В у в терміні 7-8 тижнів вагітності спостерігалось зниження активності досліджуваних показників антиоксидантної системи порівняно з вагітними групи KB2: активності Ка плазми крові – в 1,22 рази ($p < 0,0001$), активності СОД плазми крові – в 1,36 ($p < 0,0001$), ЗАОА плазми крові – в 1,17 ($p < 0,0001$), токоферолу- α в сироватці крові – в 1,17 ($p < 0,0001$); у тому числі, у групі ЛС – Ка в 1,21 ($p < 0,0001$) рази, СОД – в 1,32 ($p < 0,0001$), ЗАОА – у 1,16 рази ($p < 0,0001$), токоферолу- α – в 1,18 ($p < 0,0001$); у групі СП – Ка в 1,23 ($p < 0,0001$) рази, СОД – в 1,39 ($p < 0,0001$), ЗАОА – у 1,18 рази ($p < 0,0001$), токоферолу- α – в 1,16 ($p < 0,0001$). Групи ЛСО і ЛСП, СПО і СПП були гомогенними за вивчаними показниками ферментних і неферментних компонентів антиоксидантної системи вільнорадикального окислення.

При фізіологічній вагітності в терміні 7-8 тижнів вагітності відмічали підвищення продукції вільного L-аргініну і продукції азоту, що проявлялося збільшенням рівня L-аргініну в 1,56 рази ($p < 0,0001$) і підвищенням концентрації нітрит-аніонів (NO₂⁻) в 1,25 ($p < 0,0001$) (табл. 4.15). Дослідження показників

нітрозативного гомеостазу вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників групи В у 7-8 тижнів вагітності порівняно з вагітними групи контролю КВ2 виявило зниження продукції L-аргініну в 1,21 рази ($p < 0,0001$) і нітрит-аніонів (NO_2^-) – в 1,36 ($p < 0,0001$); у тому числі, у групі ЛС – L-аргініну в 1,22 ($p < 0,0001$) і нітрит-аніонів (NO_2^-) – в 1,34 рази ($p < 0,0001$); у групі СП – L-аргініну в 1,21 ($p < 0,0001$) і нітрит-аніонів (NO_2^-) – в 1,09 рази ($p < 0,0001$). Групи ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не мали вірогідних відмінностей за вивчаємими показниками нітрозативного гомеостазу.

Таблиця 4.15

Рівень деяких показників нітрозативного гомеостазу у обстежених групах, $M \pm m$

Група	Вільний L-аргінін, мг/л	Концентрація нітрит-аніонів (NO_2^-), мкмоль/л
В, n=125	28,85±0,34 ^{кн, кв2}	19,59±0,24 ^{кн, кв2}
ЛС, n=65	28,82±0,48 ^{кн, кв2}	19,78±0,36 ^{кн, кв2}
ЛСО, n=34	28,39±0,60 ^{кн, кв2}	20,06±0,56 ^{кв2}
ЛСП, n=31	29,28±0,77 ^{кн, кв2}	19,47±0,44 ^{кн, кв2}
СП, n=60	28,89±0,49 ^{кн, кв2}	19,40±0,30 ^{кн, кв2}
СПО, n=30	29,30±0,63 ^{кн, кв2}	19,64±0,37 ^{кн, кв2}
СПП, n=30	28,47±0,77 ^{кн, кв2}	19,15±0,48 ^{кн, кв2}
КВ2, n=30	35,02±0,37 ^{кн}	26,55±0,28 ^{кн}
КН, n=30	22,44±0,26	21,19±0,24

Примітки: 1. ^{кн, кв2} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, КВ2, $p < 0,05$.
2. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, $p > 0,05$.

При фізіологічній вагітності спостерігалось збільшення усіх досліджуваних фракцій МСМ порівняно з невагітними жінками: МСМ 238 нм – в 1,05 ($p < 0,0001$), МСМ 254 нм – в 1,05 ($p < 0,04$), МСМ 260 нм – в 1,07 ($p < 0,05$), МСМ 280 нм – в 1,09 ($p < 0,005$) (табл. 4.16).

У вагітних групи В з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в терміні 7-8 тижнів вагітності порівняно з вагітними групи контролю КВ2 виявлено підвищення продукції МСМ 238 нм – в 1,17 рази ($p < 0,0001$), МСМ 254 нм – в 1,20 ($p < 0,0001$), МСМ 260 нм – в 1,12 ($p < 0,0001$), МСМ 280 нм – в 1,24 ($p < 0,0001$); у тому числі, у групі ЛС: МСМ 238 нм – в 1,20 рази ($p < 0,0001$), МСМ 254 нм – в 1,22 ($p < 0,0001$), МСМ 260 нм – в 1,15 ($p < 0,0001$), МСМ 280 нм – в 1,27 ($p < 0,0001$); у групі СП: МСМ 238 нм – в 1,14 рази ($p < 0,0001$), МСМ 254 нм – в 1,19 ($p < 0,0001$), МСМ 260 нм – в 1,08 ($p < 0,0001$), МСМ 280 нм – в 1,21 ($p < 0,0001$). Групи ЛСО і ЛСП, СПО і СПП були однорідними за показниками ендогенної інтоксикації.

Таблиця 4.16

**Рівень деяких показників ендогенної інтоксикації
у обстежених групах, $M \pm m$, в Од/мл**

Група	МСМ 238 нм	МСМ 254 нм	МСМ 260 нм	МСМ 280 нм
В, n=125	0,837±0,011 ^{кн, кв2}	0,266±0,004 ^{кн, кв2}	0,237±0,004 ^{кн, кв2}	0,308±0,005 ^{кн, кв2}
ЛС, n=65	0,860±0,016 ^{кн, кв2}	0,269±0,007 ^{кн, кв2}	0,244±0,007 ^{кн, кв2}	0,315±0,009 ^{кн, кв2}
ЛСО, n=34	0,864±0,022 ^{кн, кв2}	0,273±0,012 ^{кн, кв2}	0,248±0,010 ^{кн, кв2}	0,318±0,013 ^{кн, кв2}
ЛСП, n=31	0,856±0,023 ^{кн, кв2}	0,265±0,008 ^{кн, кв2}	0,240±0,009 ^{кн, кв2}	0,312±0,013 ^{кн, кв2}
СП, n=60	0,813±0,016 ^{кн, кв2}	0,264±0,005 ^{кн, кв2}	0,229±0,004 ^{кн, кв2}	0,301±0,005 ^{кн, кв2}
СПО, n=30	0,827±0,022 ^{кн, кв2}	0,266±0,005 ^{кн, кв2}	0,230±0,005 ^{кн, кв2}	0,303±0,007 ^{кн}
СПП, n=30	0,800±0,024 ^{кн, кв2}	0,261±0,008 ^{кн, кв2}	0,228±0,005 ^{кн, кв2}	0,299±0,007 ^{кн, кв2}
КВ2, n=30	0,714±0,005 ^{кн}	0,221±0,003 ^{кн}	0,212±0,004 ^{кн}	0,249±0,004 ^{кн}
КН, n=30	0,680±0,005	0,211±0,003	0,199±0,005	0,229±0,005

Примітки: 1. ^{кн, кв2} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, КВ2, $p < 0,05$.
2. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не виявлено, $p > 0,05$.

Таким чином, фізіологічна вагітність супроводжується на початку другого триместру активацією вільнорадикального окислення (збільшенням рівня ДК ненасичених жирних кислот в 1,07 рази ($p < 0,0009$) і МДА в еритроцитах крові – в 1,23 ($p < 0,0001$)), підвищенням продукції ферментних (активності Ка плазми крові в 1,07 рази ($p < 0,04$), СОД плазми крові – в 1,10 ($p < 0,04$), ЗАОА плазми крові – в 1,02 ($p < 0,05$)) і неферментних (токоферолу- α в сироватці крові – в 1,08 ($p < 0,0003$)) антиоксидантів, збільшенням продукції вільного L-аргініну в 1,56 рази ($p < 0,0001$) і нітрит-аніонів в 1,25 ($p < 0,0001$), інтенсифікацією синтезу МСМ 238 нм – в 1,05 ($p < 0,0001$), МСМ 254 нм – в 1,05 ($p < 0,04$), МСМ 260 нм – в 1,07 ($p < 0,05$), МСМ 280 нм – в 1,09 ($p < 0,005$)).

Вагітність у пацієток з доброякісними кістозними утвореннями яєчників перебігає на тлі накопичення продуктів вільнорадикального окислення (збільшення середнього рівня ДК ненасичених жирних кислот в 1,19 рази ($p < 0,0001$), МДА в еритроцитах крові – в 1,33 ($p < 0,0001$), посилення ППЕ у 1,23 рази ($p < 0,0001$), зниження продукції ферментних (активності в плазмі крові Ка – в 1,22 рази ($p < 0,0001$) і СОД – в 1,36 ($p < 0,0001$)) і неферментних (токоферолу- α в сироватці крові – в 1,17 ($p < 0,0001$)) антиоксидантів, зменшення ЗАОА плазми крові – в 1,17 ($p < 0,0001$), зниження продукції L-аргініну в 1,21 рази ($p < 0,0001$) і нітрит-аніонів (NO_2^-) – в 1,36 ($p < 0,0001$), що супроводжуються розвитком ендогенного токсикозу, який характеризується накопиченням МСМ 238 нм – в 1,05 ($p < 0,0001$), МСМ 254 нм – в 1,05 ($p < 0,04$), МСМ 260 нм – в 1,07 ($p < 0,05$), МСМ 280 нм – в 1,09 ($p < 0,005$). Ендогенний токсикоз у вагітної може приводити до плацентарної дисфункції, загрози переривання або припинення вагітності (рис. 4.6).

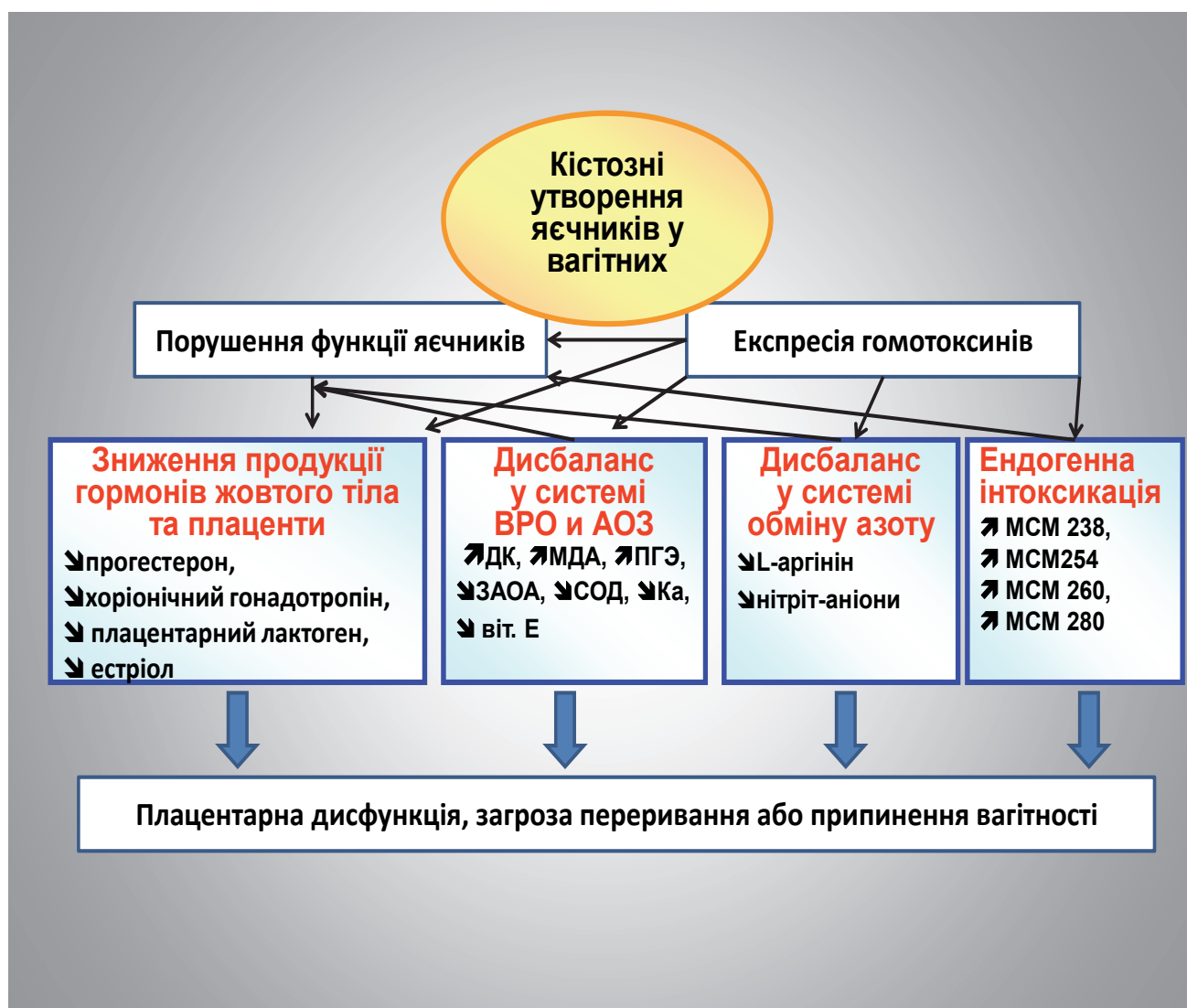


Рис. 4.6 Патогенез гестаційних ускладнень у вагітних з кістозними утвореннями яєчників.

РОЗДІЛ 5

РЕЗУЛЬТАТИ СПОСТЕРЕЖНОЇ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ТА ЕНДОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ВАГІТНИХ З ДОБРОЯКІСНИМИ КІСТОЗНИМИ УТВОРЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ

5.1. Розроблений спосіб спостережної тактики ведення та післяопераційної реабілітації вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників

У групі ЛСП після оперативного втручання проводили традиційну післяопераційну реабілітацію з призначенням знеболення, седативних препаратів і токолітиків. У групі ЛСО окрім традиційної реабілітації з першого дня після операції призначали корекцію оксидативного та нітрозативного гомеостазу курсу 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» («Биомед им. И.И. Мечникова», Росія) один раз в 3 дні на курс – 3 внутрішньом'язові ін'єкції; прийомом розчину L-аргініну по 5 мл 4 рази на день per os («Тівортін*аспартат») 15 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 курсу 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 розчину L-аргініну по 5 мл 4 рази на день per os («Тівортін*аспартат») 15 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»).

Усі перераховані препарати зареєстровані і допущені до застосування на Україні. Дози і режими прийому препаратів відповідали терапевтичним дозам і режимам, рекомендованим фірмами-виробниками.

5.2. Динаміка сироваткових рівнів гормонів жовтого тіла та плаценти під час гестаційного періоду у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в залежності від тактики ведення

Було оцінено рівень сироваткового прогестерону, вільного естріюду, хоріонічного гонадотропіну і плацентарного лактогену в динаміці гестаційного періоду у жінок з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в залежності від тактики ведення в терміні 7-8, 11-12 і 15-16 тижнів вагітності.

При вивченні рівнів сироваткового прогестерону (рис. 5.1) встановлено, що у групах ЛСО і ЛСП, де вагітні не отримували препарати мікронізованого прогестерону до проведення оперативного втручання, його середній рівень був нижчий за такий у групі КВ2 у 7-8 тижнів вагітності відповідно у 1,19 ($p_{\text{ЛСО-КВ2}} < 0,0007$) і 1,22 ($p_{\text{ЛСП-КВ2}} < 0,0001$) рази і в 11-12 тижнів – у 1,11 ($p_{\text{ЛСО-КВ2}} < 0,0002$) і 1,11 ($p_{\text{ЛСП-КВ2}} < 0,0007$).

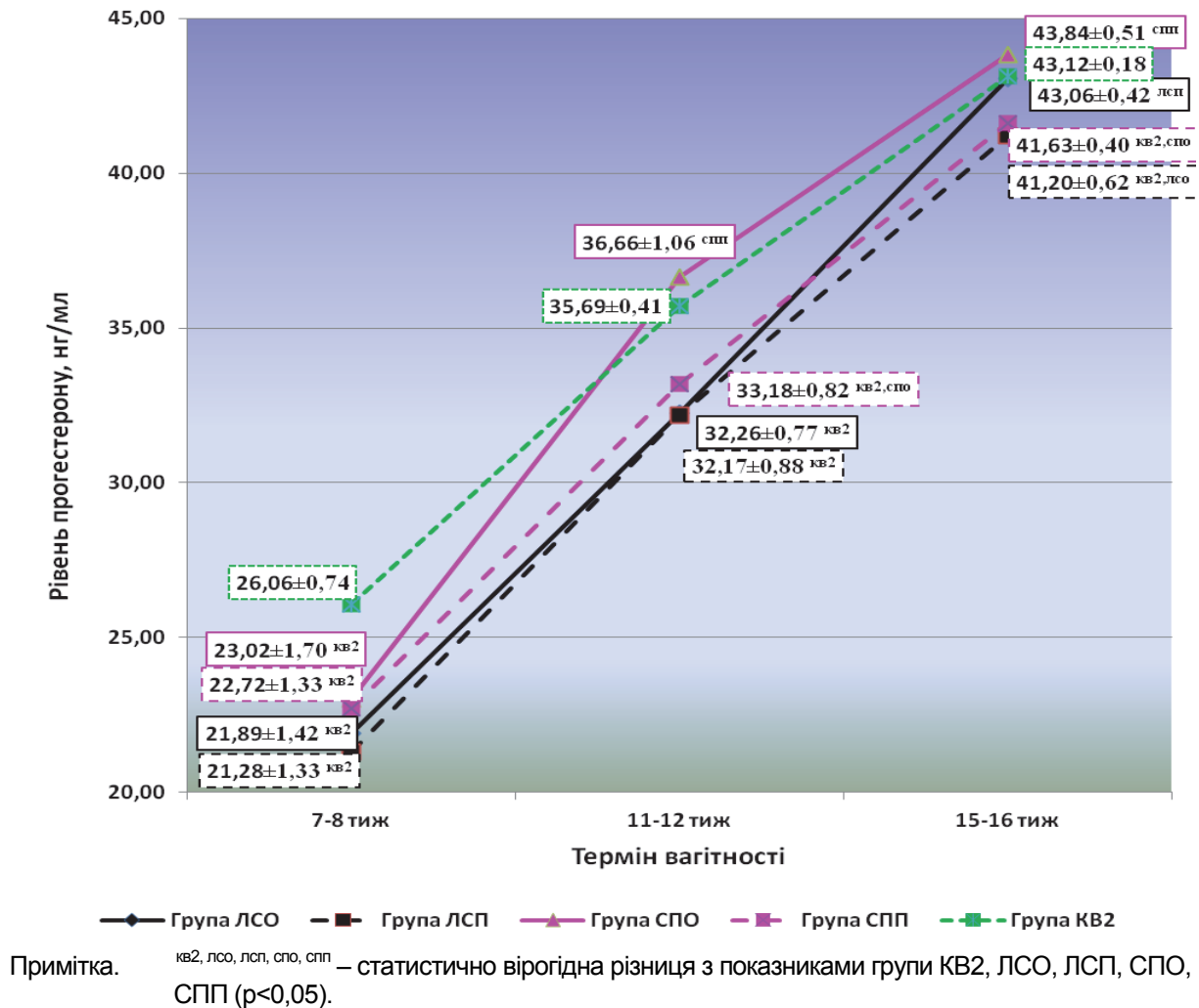


Рис. 5.1. Динаміка сироваткового рівня прогестерону під час гестаційного періоду у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в залежності від тактики ведення.

У групі ЛСО вагітні при наявності зниженого рівня сироваткового прогестерону після оперативного втручання приймали препарати мікронізованого прогестерону, внаслідок чого середній рівень сироваткового прогестерону у 15-16 тижнів вагітності у цій групі вірогідно не відрізнявся від такого в групі контролю KB2. У групі ЛСП вагітні не отримували препарати мікронізованого прогестерону після проведення оперативного втручання, тому в 15-16 тижнів вагітності середній рівень сироваткового прогестерону у цій групі був нижчий за такий у групі KB2 в 1,05 ($p_{\text{лсп-кв2}} < 0,006$) рази і за такий у групі ЛСО – в 1,05 ($p_{\text{лсп-лсо}} < 0,02$) рази.

При аналізі розподілу вагітних в залежності від рівня прогестерону відносно меж відповідного терміну вагітності встановлено (табл. 5.1), що кількість жінок з рівнем сироваткового прогестерону нижче за референсну межу відповідного терміну вагітності у групі ЛСО і ЛСП у терміні 7-8 і 11-12 тижнів вірогідно не змінилася; в терміні 15-16 тижнів в групі ЛСО знизилася в 8,00 рази ($p_d < 0,0001$), у групі ЛСП – в 1,17 ($p_d > 0,05$) і була в групі ЛСО нижче за таку в групі ЛСП в 6,58 ($p_{\text{лсп-лсо}} < 0,0001$) рази.

Кількість жінок з рівнем сироваткового прогестерону в межах референсної норми відповідного терміну вагітності у групі ЛСО і ЛСП у терміні 7-8 і 11-12 тижнів вірогідно не змінилася; в терміні 15-16 тижнів в групі ЛСО підвищилася в 2,04 рази ($p_d < 0,0004$), у групі ЛСП – в 1,25 ($p_d < 0,05$) і була в групі ЛСО вище за таку в групі ЛСП в 1,70 ($p_{\text{лсп-лсо}} < 0,003$) рази.

У групі СПО жінки при встановленні зниженого рівня сироваткового прогестерону приймали препарати мікронізованого прогестерону, у групі СПП вагітні не отримували такі препарати, що привело до того, що середній рівень сироваткового прогестерону (див. табл. 5.1) в терміні 11-12 тижнів у групі СПО вірогідно не відрізнявся від контрольних значень, а у групі СПП був нижчий у 1,08 ($p_{\text{спп-кв2}} < 0,008$) рази: у терміні 15-16 тижнів – у групі СПО вірогідно не відрізнявся від контрольних значень, а у групі СПП був нижчий у 1,04 ($p_{\text{спп-кв2}} < 0,002$) рази. У 11-12 тижнів вагітності середній рівень сироваткового прогестерону у групі СПО був вищий за такий у групі СПП в 1,10 ($p_{\text{спп-спо}} < 0,02$) рази, у 15-16 тижнів – в 1,05 ($p_{\text{спп-спо}} < 0,002$) рази.

Кількість жінок з рівнем сироваткового прогестерону нижче за референсну межу відповідного терміну вагітності в 11-12 тижнів в групі СПО знизилася в 3,00 рази ($p_d < 0,02$), у групі СПП – в 1,11 ($p_d > 0,05$) і була в групі СПО нижче за таку в групі СПП в 2,25 ($p_{\text{спп-спо}} < 0,0001$) рази; в 15-16 тижнів в групі СПО зменшилася в 12,01 рази ($p_d < 0,0006$), у групі СПП – в 1,25 ($p_d > 0,05$) і була у групі СПО нижче за таку в групі СПП в 8,01 ($p_{\text{спп-спо}} < 0,02$) рази.

Кількість жінок з рівнем сироваткового прогестерону в межах референсної норми відповідного терміну вагітності в 11-12 тижнів в групі СПО підвищилася в 1,67 рази ($p_d < 0,04$), у групі СПП – в 1,07 ($p_d > 0,05$) і була в групі СПО більша за таку в групі СПП в 1,25 ($p_{\text{спп-спо}} < 0,0001$) рази; в 15-16 тижнів в групі СПО стала більше в 1,92 рази ($p_d < 0,004$), у групі СПП – в 1,13 ($p_d > 0,05$) і була у групі СПО більша за таку в групі СПП в 1,35 ($p_{\text{спп-спо}} > 0,05$) рази.

Таблиця 5.1
Динаміка розподілу рівня прогестерону у обстежених вагітних в залежності від тактики ведення, Р±р, %

Група	Термін вагітності, у тижнях	Кількість вагітних з рівнем прогестерону нижче за референсну межу відповідного терміну вагітності	Кількість вагітних з рівнем прогестерону в межах референсного інтервалу відповідного терміну вагітності	Кількість вагітних з рівнем прогестерону вище за референсну межу відповідного терміну вагітності
ЛСО, n=34	7-8	16 (47,06±1,19) ^{кв2}	16 (47,06±1,19) ^{кв2}	2 (5,88±0,42)
	11-12	16 (47,06±1,19) ^{кв2}	16 (47,06±1,19) ^{кв2}	2 (5,88±0,42)
	15-16	2 (5,88±0,42) ^{кв2, лсп, д}	29 (87,88±1,65) ^{кв2, лсп, д}	2 (5,88±0,42)
ЛСП, n=31	7-8	14 (45,16±1,22) ^{кв2}	14 (45,16±1,22) ^{кв2}	3 (9,68±0,57)
	11-12	14 (45,16±1,22) ^{кв2}	14 (45,16±1,22) ^{кв2}	3 (9,68±0,57)
	15-16	12 (38,71±1,13) ^{кв2, лсо}	16 (51,61±1,31) ^{кв2, лсо, д}	3 (9,68±0,57)
СПО, n=30	7-8	12 (40,00±1,17) ^{кв2}	12 (40,00±1,17) ^{кв2}	6 (20,00±0,83) ^{кв2}
	11-12	4 (13,33±0,68) ^{кв2, д}	20 (66,67±1,51) ^{кв2, д}	6 (20,00±0,83) ^{кв2}
	15-16	1 (3,33±0,34) ^{спп, д}	23 (76,67±1,62) ^{кв2, д}	6 (20,00±0,83)
СПП, n=30	7-8	10 (33,33±1,07) ^{кв2}	15 (50,00±1,31) ^{кв2}	5 (16,67±0,76) ^{кв2}
	11-12	9 (30,00±1,02) ^{кв2}	16 (53,33±1,35) ^{кв2}	5 (16,67±0,76) ^{кв2}
	15-16	8 (26,67±0,96) ^{кв2, спп}	17 (56,67±1,39) ^{кв2}	5 (16,67±0,76)
КВ2, n=30	7-8	0 (0,00±0,00)	30 (100,00±1,85)	0 (0,00±0,00)
	11-12	0 (0,00±0,00)	30 (100,00±1,85)	0 (0,00±0,00)
	15-16	0 (0,00±0,00)	30 (100,00±1,85)	0 (0,00±0,00)

Примітки:

1. ^{кв}, ^{кв2}, ^{лсо}, ^{лсп}, ^{спп} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, КВ2, ЛСО, ЛСП, СПО, СПП р<0,05.
2. ^д – статистично вірогідна різниця в динаміці з показниками в 7-8 тижнів вагітності, р<0,05.

При аналізі *продукції хоріонічного гонадотропіну* було встановлено, що у групах ЛСО і ЛСП у 7-8 тижнів вагітності його середній рівень був нижчий за такий у групі КВ2 відповідно у 1,22 ($p_{\text{ЛСО-КВ2}} < 0,02$) і 1,25 ($p_{\text{ЛСП-КВ2}} < 0,005$) рази і в 11-12 тижнів – у 1,42 ($p_{\text{ЛСО-КВ2}} < 0,0001$) і 1,46 ($p_{\text{ЛСП-КВ2}} < 0,0001$). У 15-16 тижнів вагітності у групі ЛСО рівень сироваткового хоріонічного гонадотропіну вірогідно не відрізнявся від такого в групі контролю КВ2; у групі ЛСП був нижчий за такий у групі КВ2 в 1,35 ($p_{\text{ЛСП-КВ2}} < 0,0001$) рази і за такий у групі ЛСО – в 1,26 ($p_{\text{ЛСП-ЛСО}} < 0,0001$) рази.

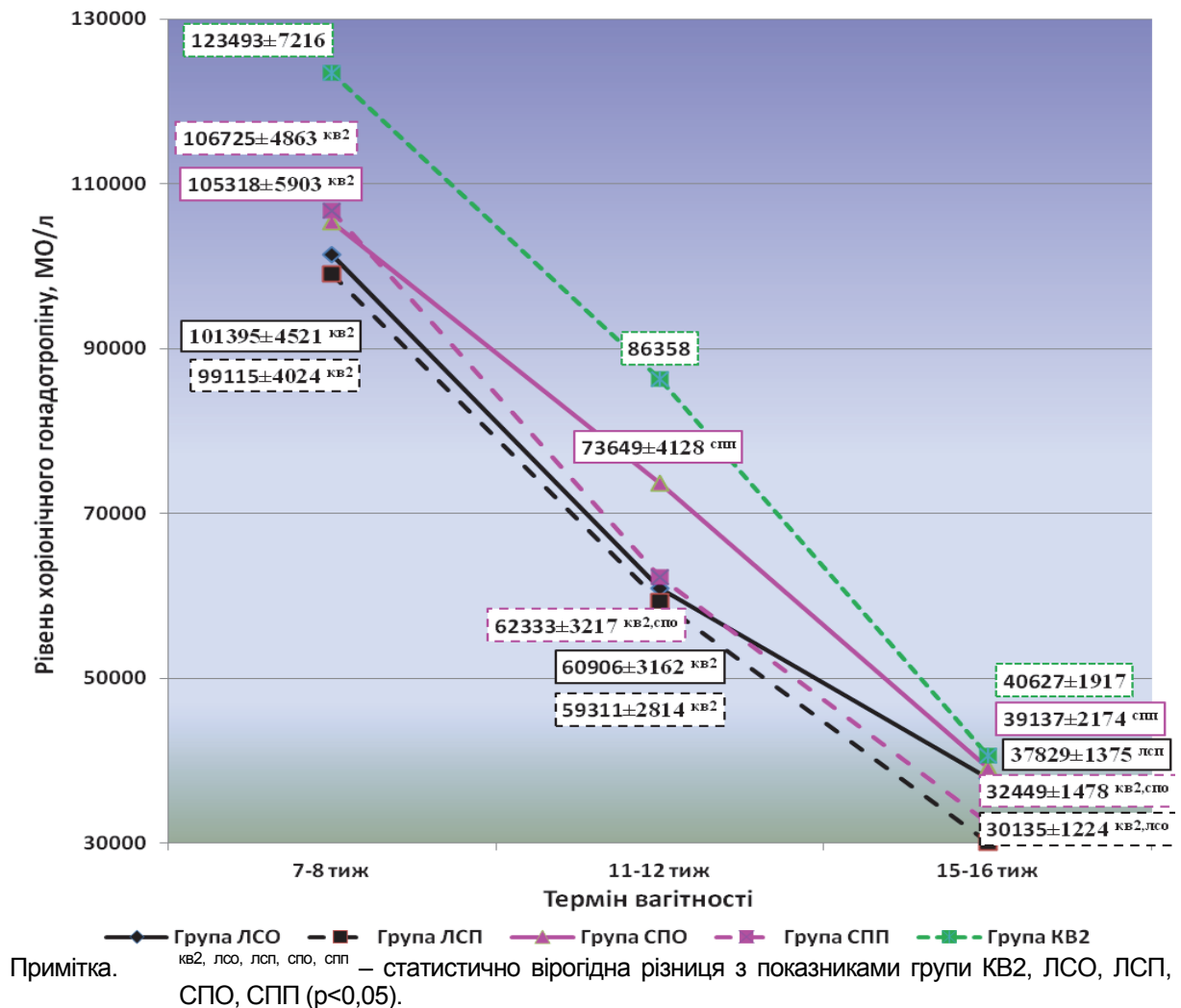
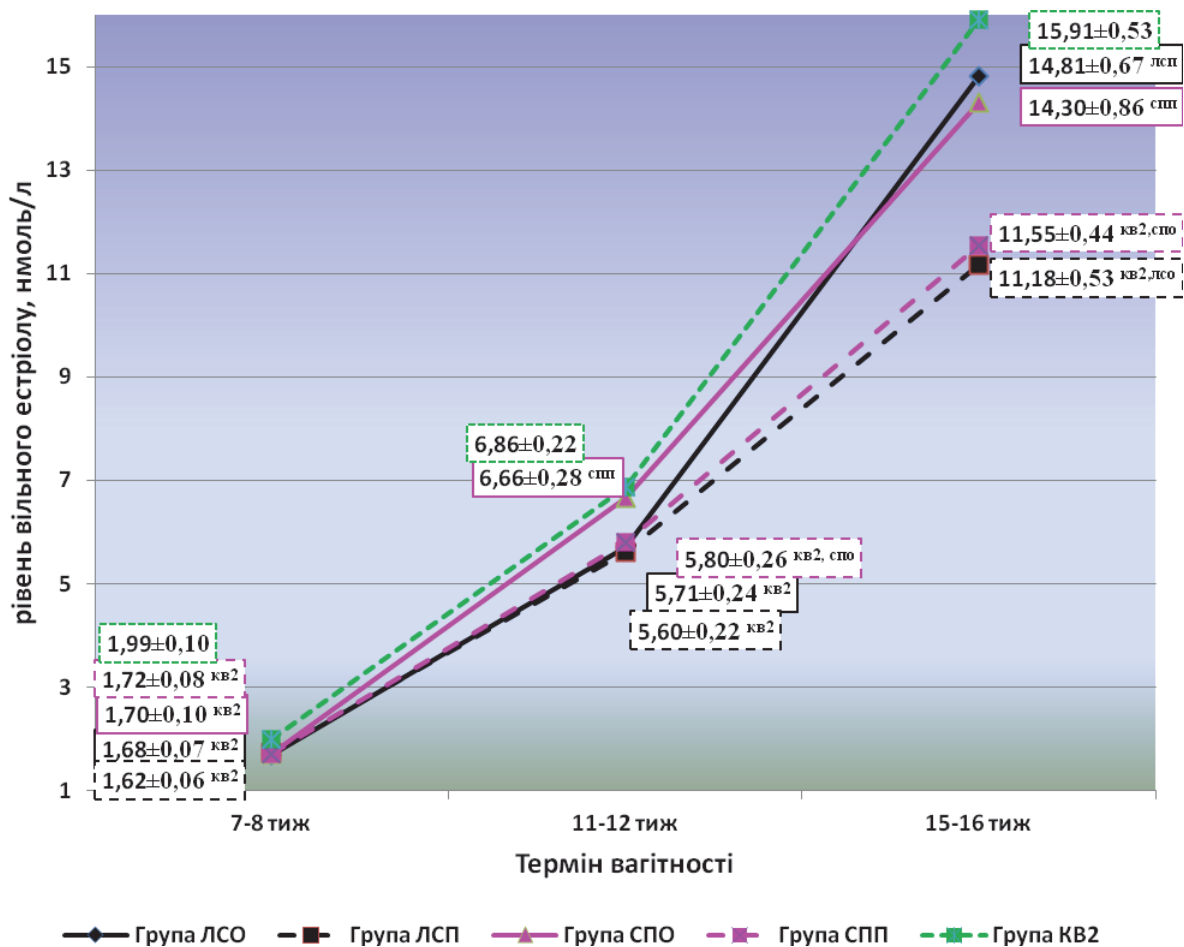


Рис. 5.2. Динаміка сироваткового рівня хоріонічного гонадотропіну під час гестаційного періоду у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в залежності від тактики ведення.

Середній рівень сироваткового хоріонічного гонадотропіну в 7-8 тижнів вагітності у групах СПО і СПП був нижчий за такий у групі КВ2 відповідно у 1,17 ($p_{\text{ЛСО-КВ2}} < 0,05$) і 1,16 ($p_{\text{ЛСП-КВ2}} < 0,05$) рази, в 11-12 тижнів у групі СПО вірогідно не відрізнявся від контрольних значень, а у групі СПП був нижчий у 1,08 ($p_{\text{СПП-КВ2}} < 0,0002$) рази: у 15-16 тижнів – у групі СПО вірогідно не відрізнявся від

контрольних значень, а у групі СПП був нижчий у 1,25 ($p_{\text{СПП-КВ2}} < 0,002$) рази. У 11-12 тижнів вагітності середній рівень хоріонічного гонадотропіну у групі СПО був вищий за такий у групі СПП в 1,18 ($p_{\text{СПП-СПО}} < 0,04$) рази, у 15-16 тижнів – в 1,21 ($p_{\text{СПП-СПО}} < 0,02$) рази.

Дослідження вмісту в сироватці крові *вільного естріолу* (рис. 5.3) показало, що у групах ЛСО і ЛСП середній його рівень був нижчий за такий у групі КВ2 у 7-8 тижнів вагітності відповідно у 1,18 ($p_{\text{ЛСО-КВ2}} < 0,02$) і 1,23 ($p_{\text{ЛСП-КВ2}} < 0,002$) рази і в 11-12 тижнів – у 1,20 ($p_{\text{ЛСО-КВ2}} < 0,0008$) і 1,22 ($p_{\text{ЛСП-КВ2}} < 0,0002$). У 15-16 тижнів вагітності у групі ЛСО рівень сироваткового вільного естріолу вірогідно не відрізнявся від такого в групі КВ2; у групі ЛСП був нижчий за такий у групі КВ2 в 1,42 ($p_{\text{ЛСП-КВ2}} < 0,0001$) рази і за такий у групі ЛСО – в 1,32 ($p_{\text{ЛСП-ЛСО}} < 0,0001$) рази.



Примітка. $_{\text{КВ2, ЛСО, ЛСП, СПО, СПП}}$ – статистично вірогідна різниця з показниками групи КВ2, ЛСО, ЛСП, СПО, СПП ($p < 0,05$).

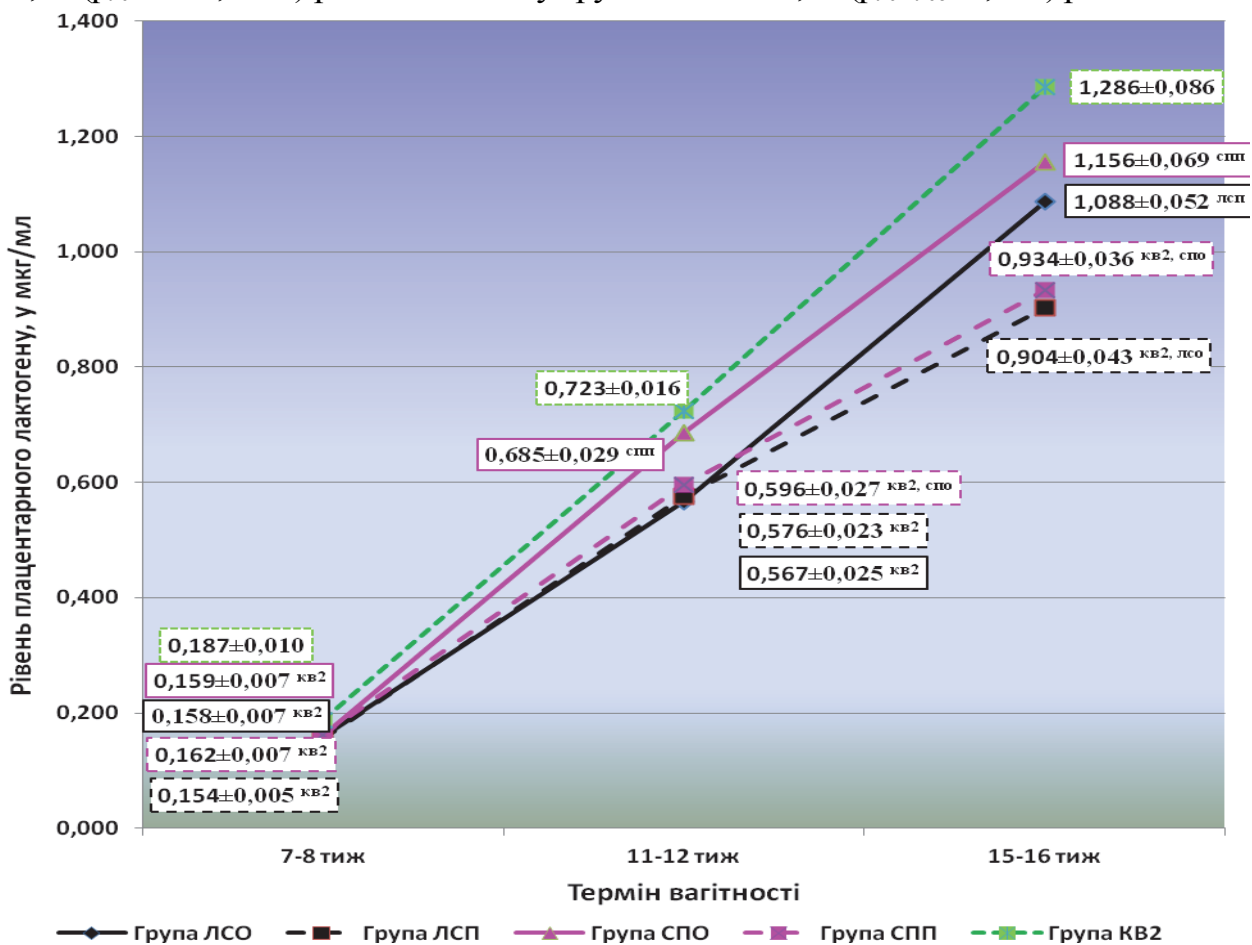
Рис. 5.3. Динаміка сироваткового рівня вільного естріолу під час гестаційного періоду у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в залежності від тактики ведення.

Як видно з рис. 5.3, середній рівень сироваткового вільного естріолу в 7-8 тижнів вагітності у групах СПО і СПП був нижчий за такий у групі КВ2 відповідно у 1,17 ($p_{\text{ЛСО-КВ2}} < 0,04$) і 1,16 ($p_{\text{ЛСП-КВ2}} < 0,04$) рази, в 11-12 тижнів у групі СПО

вірогідно не відрізнявся від контрольних значень, а у групі СПП був нижчий у 1,18 ($p_{\text{СПП-КВ2}} < 0,03$) рази: у 15-16 тижнів – у групі СПО вірогідно не відрізнявся від контрольних значень, а у групі СПП був нижчий у 1,38 ($p_{\text{СПП-КВ2}} < 0,0001$) рази.

У 11-12 тижнів вагітності середній рівень вільного естріолу у групі СПО був вищий за такий у групі СПП в 1,15 ($p_{\text{СПП-СПО}} < 0,03$) рази, у 15-16 тижнів – в 1,24 ($p_{\text{СПП-СПО}} < 0,007$) рази.

При аналізі вмісту *сироваткового плацентарного лактогену* (рис. 5.4) виявлено, що у групах ЛСО і ЛСП його середній рівень був нижчий за такий у групі КВ2 у 7-8 тижнів відповідно у 1,18 ($p_{\text{ЛСО-КВ2}} < 0,02$) і 1,15 ($p_{\text{ЛСП-КВ2}} < 0,003$) рази і в 11-12 тижнів – у 1,28 ($p_{\text{ЛСО-КВ2}} < 0,0001$) і 1,26 ($p_{\text{ЛСП-КВ2}} < 0,0001$). У 15-16 тижнів вагітності у групі ЛСО рівень плацентарного лактогену вірогідно не відрізнявся від такого в групі контролю КВ2; у групі ЛСП був нижчий за такий у групі КВ2 в 1,42 ($p_{\text{ЛСП-КВ2}} < 0,0003$) рази і за такий у групі ЛСО – в 1,20 ($p_{\text{ЛСП-ЛСО}} < 0,008$) рази.



Примітка. КВ2, ЛСО, ЛСП, СПО, СПП – статистично вірогідна різниця з показниками групи КВ2, ЛСО, ЛСП, СПО, СПП ($p < 0,05$).

Рис. 5.4. Динаміка сироваткового рівня плацентарного лактогену під час гестаційного періоду у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в залежності від тактики ведення.

З рис. 5.4 видно, що середній рівень сироваткового плацентарного лактогену в 7-8 тижнів вагітності у групах СПО і СПП був нижчий за такий у групі

КВ2 відповідно у 1,17 ($p_{\text{ЛСО-КВ2}} < 0,03$) і 1,16 ($p_{\text{ЛСП-КВ2}} < 0,04$) рази, в 11-12 тижнів у групі СПО вірогідно не відрізнявся від контрольних значень, а у групі СПП був нижчий у 1,21 ($p_{\text{СПП-КВ2}} < 0,0002$) рази: у 15-16 тижнів – у групі СПО вірогідно не відрізнявся від контрольних значень, а у групі СПП був нижчий у 1,38 ($p_{\text{СПП-КВ2}} < 0,0005$) рази. У 11-12 тижнів вагітності середній рівень плацентарного лактогену у групі СПО був вищий за такий у групі СПП в 1,15 ($p_{\text{СПП-СПО}} < 0,03$) рази, у 15-16 тижнів – в 1,24 ($p_{\text{СПП-СПО}} < 0,007$) рази.

Таким чином, проведення розробленої тактики ведення вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників привело при ендокхірургічному лікуванні до підвищення в 15-16 тижнів вагітності середнього рівня сироваткового прогестерону в 1,05 ($p < 0,02$) рази, хоріонічного гонадотропіну – в 1,26 ($p < 0,0001$); вільного естріолу – в 1,32 ($p < 0,0001$), плацентарного лактогену – в 1,20 ($p < 0,008$) та зниження кількості жінок з рівнем сироваткового прогестерону нижче за референсну межу в 6,58 ($p < 0,0001$) рази і підвищення числа вагітних з рівнем сироваткового прогестерону в межах референсної норми в 1,70 ($p < 0,003$) рази; при спостережній тактиці – відповідно в 1,05 ($p < 0,002$), в 1,21 ($p < 0,02$), в 1,24 ($p < 0,007$), в 1,24 ($p < 0,007$), в 8,01 ($p < 0,02$) і в 1,35 ($p > 0,05$) рази.

5.3. Динаміка рівня показників оксидативного та нітрозативного гомеостазу та вираженості ендогенної інтоксикації під час гестаційного періоду у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в залежності від тактики ведення

Було проведено визначення деяких показників оксидативного та нітрозативного гомеостазу та вираженості ендогенної інтоксикації у жінок з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в залежності від тактики ведення в терміні 7-8, 11-12 і 15-16 тижнів вагітності (табл. 5.2).

Вагітні груп ЛСО і ЛСП були прооперовані після 12 тижнів вагітності, при цьому вагітні основної групи ЛСО отримали розроблений комплекс післяопераційної реабілітації, групи порівняння ЛСП – традиційний. Вагітні основної групи СПО після виявлення кісти жовтого тіла в терміні 7-8 тижнів вагітності отримали розроблений комплекс лікування, вагітним групи порівняння СПП проводилася традиційна спостережна тактика ведення.

У вагітних групи ЛСО у терміні 11-12 тижнів вагітності зареєстровано збільшення середнього рівня ДК ненасичених жирних кислот порівняно з таким в групі КВ2 в 1,16 рази ($p < 0,0001$), МДА в еритроцитах крові – в 1,35 ($p < 0,0001$), ПГЕ – у 1,27 рази ($p < 0,003$), у жінок групи ЛСП – відповідно в 1,17 рази ($p < 0,0001$), в 1,34 ($p < 0,0001$), в 1,26 рази ($p < 0,03$).

Таблиця 5.2

**Динаміка деяких показників вільнорадикального окислення
у досліджуваних групах в залежності від тактики ведення, М±m**

Група	Час обстеження, у тижнях вагітності	ДК, Од/мл	МДА, мкмоль/г білка	ПГЕ, %
ЛСО, n=34	7-8	2,66±0,05 ^{кн, кв2}	11,88±0,32 ^{кн, кв2}	6,25±0,38 ^{кн, кв2}
	11-12	2,74±0,05 ^{кн, кв2}	12,42±0,46 ^{кн, кв2}	6,61±0,39 ^{кн, кв2}
	15-16	2,46±0,04 ^{кн, лсп}	9,06±0,39 ^{кн, лсп}	5,61±0,14 ^{кн, лсп}
ЛСП, n=31	7-8	2,65±0,07 ^{кн, кв2}	11,85±0,52 ^{кн, кв2}	6,29±0,51 ^{кн, кв2}
	11-12	2,75±0,07 ^{кн, кв2}	12,34±0,63 ^{кн, кв2}	6,53±0,52 ^{кн, кв2}
	15-16	2,59±0,05 ^{кн, кв2, лсо}	10,99±0,46 ^{кн, кв2, лсо}	6,12±0,20 ^{кн, кв2, лсо}
СПО, n=30	7-8	2,62±0,06 ^{кн, кв2}	11,12±0,31 ^{кн, кв2}	6,13±0,52 ^{кн, кв2}
	11-12	2,41±0,06 ^{кн, кв2, спп}	9,82±0,33 ^{кн, кв2, спп}	5,43±0,54 ^{кн, кв2}
	15-16	2,47±0,05 ^{кн, спп}	9,91±0,31 ^{кн, спп}	5,64±0,22 ^{кн, спп}
СПП, n=30	7-8	2,56±0,06 ^{кн, кв2}	11,09±0,42 ^{кн, кв2}	5,72±0,49 ^{кн, кв2}
	11-12	2,60±0,06 ^{кн, кв2, спо}	11,72±0,43 ^{кн, кв2, спо}	6,47±0,49 ^{кн, кв2}
	15-16	2,67±0,06 ^{кн, кв2, спо}	12,69±0,31 ^{кн, кв2}	6,50±0,36 ^{кн, кв2, спо}
КВ2, n=30	7-8	2,21±0,03 ^{кн}	8,64±0,20 ^{кн}	4,96±0,17
	11-12	2,36±0,03 ^{кн}	9,18±0,20 ^{кн}	5,20±0,17 ^{кн}
	15-16	2,44±0,02 ^{кн}	9,37±0,19 ^{кн}	5,25±0,17 ^{кн}
КН, n=30	-	2,08±0,02	7,05±0,20	4,66±0,17

Примітки: 1. ^{кн, кв2, лсо, лсп, спо, спп} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, КВ2, ЛСО, ЛСП, СПО, СПП $p < 0,05$.
2. ^д – статистично вірогідна різниця в динаміці з показниками в 7-8 тижнів вагітності, $p < 0,05$.

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 ($p_d < 0,0001$) рази, МДА – в 1,37 ($p_d < 0,0001$), 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 КВ2 в 1,06 ($p_{кв2} < 0,009$) рази, МДА – в 1,17 ($p_{кв2} < 0,003$), ПГЕ – у 1,17 рази ($p_{кв2} < 0,002$). Таким чином, проведення розробленого комплексу післяопераційної реабілітації в групі ЛСО зменшило середній рівень ДК ненасичених жирних кислот порівняно з таким в групі ЛСП в 1,05 рази ($p_{лсо-лсп} < 0,05$), МДА в еритроцитах крові – в 1,21 ($p_{лсо-лсп} < 0,003$), ПГЕ – у 1,09 рази ($p_{лсо-лсп} < 0,04$).

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 ($p_d < 0,006$), 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 збільшення середнього рівня ДК ненасичених жирних кислот порівняно з таким в групі КВ2 в 1,10 рази ($p < 0,0005$), МДА в еритроцитах крові – в 1,28 ($p < 0,0001$), ПГЕ – у 1,24 рази ($p < 0,02$), у терміні 15-16 тижнів вагітності – відповідно в 1,09 рази ($p < 0,002$), в 1,35 ($p < 0,0001$), в 1,24 рази ($p < 0,003$). Тобто, проведення розробленої спостережної тактики ведення в групі СПО зменшило середній рівень ДК ненасичених жирних кислот порівняно з таким в групі СПП в 1,05 рази ($p_{\text{спо-спп}} < 0,02$), МДА в еритроцитах крові – в 1,28 ($p_{\text{спо-спп}} < 0,0001$), ПГЕ – у 1,15 рази ($p_{\text{спо-спп}} < 0,05$).

При вивченні динаміки показників системи антиоксидантного захисту встановлено (табл. 5.3), що у вагітних групи ЛСО у терміні 11-12 тижнів вагітності відмічалось порівняно з вагітними групи КВ2 зниження в плазмі крові активності Ка в 1,21 рази ($p < 0,0001$), активності СОД – в 1,32 ($p < 0,0006$), ЗАОА – в 1,14 ($p < 0,0001$), в сироватці крові токоферолу- α – в 1,19 ($p < 0,0001$), у жінок групи ЛСП – відповідно в 1,20 рази ($p < 0,0002$), в 1,29 ($p < 0,0008$), в 1,20 рази ($p < 0,0001$), в 1,21 рази ($p < 0,0001$).

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 активність Ка підвищилась в 1,22 ($p_d < 0,0003$) рази, СОД – в 1,29 ($p_d < 0,002$), ЗАОА плазми крові – у 1,10 рази ($p_d < 0,0003$), токоферолу- α – у 1,18 рази ($p_d < 0,0001$).

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 КВ2 в 1,18 ($p_{\text{кв2}} < 0,0001$) рази, СОД – в 1,23 ($p_{\text{кв2}} < 0,0007$), ЗАОА – у 1,09 ($p_{\text{кв2}} < 0,0002$), токоферолу- α – у 1,15 ($p_{\text{кв2}} < 0,0001$) рази. Тобто, проведення розробленого комплексу післяопераційної реабілітації в групі ЛСО підвищило активність Ка плазми крові порівняно з такою в групі ЛСП в 1,17 рази ($p_{\text{лсо-лсп}} < 0,001$), активність СОД плазми крові – в 1,16 ($p_{\text{лсо-лсп}} < 0,02$), ЗАОА плазми крові – в 1,05 ($p_{\text{лсо-лсп}} < 0,04$), вміст токоферолу- α в сироватці крові – у 1,13 рази ($p_{\text{лсо-лсп}} < 0,0001$).

Регрес кістозних утворень та проведення розробленої спостережної тактики ведення в групі СПО привело в 11-12 тижнів до підвищення активності Ка плазми крові в 1,19 ($p_d < 0,0001$) рази, активності СОД плазми крові – в 1,43 ($p_d < 0,0001$), ЗАОА плазми крові – в 1,14 ($p_d < 0,0001$), вміст токоферолу- α в сироватці крові – у 1,16 рази ($p_d < 0,0001$) та нормалізації цих показників, що зберігалось й при обстеженні в 15-16 тижнів вагітності.

Таблиця 5.3

Динаміка деяких ферментних і неферментних компонентів антиоксидантної системи в обстежених групах в залежності від тактики ведення, M±m

Група	Час обстеження, у тижнях вагітності	Ка, мкат/л	СОД, Од/мг білка	ЗАОА плазми, %	Віт. Е, мкмоль/л
ЛСО, n=34	7-8	15,02±0,66 ^{кн, кв2}	0,092±0,006 ^{кн, кв2}	44,25±0,94 ^{кн, кв2}	6,08±0,14 ^{кн, кв2}
	11-12	15,19±0,66 ^{кн, кв2}	0,094±0,007 ^{кн, кв2}	45,18±0,96 ^{кн, кв2}	6,29±0,14 ^{кн, кв2}
	15-16	18,48±0,56 ^{лсп}	0,121±0,005 ^{лсп}	49,76±0,69 ^{кн, кв2}	7,43±0,09 ^{лсп}
ЛСП, n=31	7-8	15,10±0,67 ^{кн, кв2}	0,091±0,006 ^{кн, кв2}	44,11±1,07 ^{кн, кв2}	6,01±0,13 ^{кн, кв2}
	11-12	15,25±0,67 ^{кн, кв2}	0,096±0,006 ^{кн, кв2}	44,19±1,07 ^{кн, кв2}	6,20±0,13 ^{кн, кв2}
	15-16	15,75±0,55 ^{кв2, лсп}	0,104±0,005 ^{кв2, лсо}	47,45±0,78 ^{кн, кв2}	6,58±0,12 ^{кн, кв2, лсо}
СПО, n=30	7-8	14,97±0,48 ^{кн, кв2}	0,083±0,006 ^{кн, кв2}	43,33±0,75 ^{кн, кв2}	6,16±0,11 ^{кн, кв2}
	11-12	17,87±0,48 ^{спп}	0,119±0,004 ^{спп}	49,40±0,75 ^{кв2, спп}	7,17±0,08 ^{кн, кв2, спп}
	15-16	18,10±0,49 ^{спп}	0,125±0,004 ^{кн, спп}	50,60±0,69 ^{кв2, спп}	7,47±0,07 ^{кн, спп}
СПП, n=30	7-8	14,84±0,27 ^{кн, кв2}	0,091±0,003 ^{кн, кв2}	43,47±0,78 ^{кн, кв2}	6,22±0,09 ^{кн, кв2}
	11-12	14,99±0,27 ^{кн, кв2, спо}	0,094±0,004 ^{кн, кв2, спо}	43,53±0,78 ^{кн, кв2, спо}	6,40±0,10 ^{кн, кв2, спо}
	15-16	15,61±0,37 ^{кн, кв2, спо}	0,103±0,004 ^{кн, кв2, спо}	47,37±1,15 ^{кн, кв2, спо}	6,63±0,07 ^{кн, кв2, спо}
КВ2, n=30	7-8	18,27±0,34 ^{кн}	0,121±0,003 ^{кн}	51,19±0,40 ^{кн}	7,15±0,07 ^{кн}
	11-12	18,37±0,40 ^{кн}	0,124±0,004 ^{кн}	51,53±0,41 ^{кн}	7,49±0,07 ^{кн}
	15-16	18,61±0,40 ^{кн}	0,128±0,004 ^{кн}	51,70±0,72 ^{кн}	7,55±0,07 ^{кн}
КН, n=30	-	17,12±0,41	0,110±0,004	50,03±0,41	6,64±0,11

Примітки:

- ^{кн, кв2, лсо, лсп, спо, спп} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, КВ2, ЛСО, ЛСП, СПО, СПП, р<0,05.
- ^д – статистично вірогідна різниця в динаміці з показниками в 12 тижнів вагітності, р<0,05.

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 ($p < 0,0001$), СОД – в 1,32 ($p < 0,0001$), ЗАОА – у 1,18 рази ($p < 0,0001$), токоферолу- α – у 1,17 рази ($p < 0,0001$), у терміні 15-16 тижнів вагітності – відповідно в 1,19 рази ($p < 0,0001$), в 1,24 ($p < 0,0001$), в 1,09 рази ($p < 0,003$), в 1,14 рази ($p < 0,0001$). Тобто, проведення розробленої спостережної тактики ведення в групі СПО підвищило середній рівень активності Ка плазми крові порівняно з таким в групі СПП в 1,16 рази ($p_{\text{СПО-СПП}} < 0,0001$), активність СОД плазми крові – в 1,21 ($p_{\text{СПО-СПП}} < 0,0006$), ЗАОА плазми крові – в 1,07 ($p_{\text{СПО-СПП}} < 0,03$), вміст токоферолу- α в сироватці крові – у 1,13 рази ($p_{\text{СПО-СПП}} < 0,0001$).

При вивченні показників системи нітрозативного гомеостазу (табл. 5.4) 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 ($p < 0,0001$), нітрит-аніонів (NO_2^-) – в 1,31 ($p < 0,0001$), у жінок групи ЛСП – відповідно в 1,22 ($p < 0,0001$) і в 1,47 ($p < 0,0001$).

Таблиця 5.4

Динаміка деяких показників нітрозативного гомеостазу у обстежених групах в залежності від тактики ведення, $M \pm m$

Група	Час обстеження, у тижнях вагітності	Вільний L-аргінін, мг/л	Концентрація нітрит-аніонів (NO_2^-), мкмоль/л
ЛСО, n=34	7-8	28,39 \pm 0,60 ^{кн, кв2}	20,06 \pm 0,56 ^{кв2}
	11-12	30,39 \pm 0,60 ^{кн, кв2}	21,82 \pm 0,71 ^{кв2}
	15-16	48,08 \pm 0,43 ^{кн, лсп}	29,21 \pm 0,52 ^{кн, лсп}
ЛСП, n=31	7-8	29,28 \pm 0,77 ^{кн, кв2}	19,47 \pm 0,44 ^{кн, кв2}
	11-12	31,41 \pm 0,77 ^{кн, кв2}	21,73 \pm 0,66 ^{кв2}
	15-16	41,02 \pm 0,42 ^{кн, кв2, лсо}	22,48 \pm 0,72 ^{кн, кв2, лсо}
СПО, n=30	7-8	29,30 \pm 0,63 ^{кн, кв2}	19,64 \pm 0,37 ^{кн, кв2}
	11-12	37,32 \pm 0,63 ^{кн, спп}	27,77 \pm 0,39 ^{кн, спп}
	15-16	47,97 \pm 0,49 ^{кн, спп}	29,74 \pm 0,50 ^{кн, спп}
СПП, n=30	7-8	28,47 \pm 0,77 ^{кн, кв2}	19,15 \pm 0,48 ^{кн, кв2}
	11-12	30,55 \pm 0,77 ^{кн, кв2, спо}	20,15 \pm 0,62 ^{кв2, спп}
	15-16	40,38 \pm 0,48 ^{кн, кв2, спо}	20,90 \pm 0,27 ^{кв2, спо}
KB2, n=30	7-8	35,02 \pm 0,37 ^{кн}	26,55 \pm 0,28 ^{кн}
	11-12	38,41 \pm 0,37 ^{кн}	28,66 \pm 0,28 ^{кн}
	15-16	48,08 \pm 0,36 ^{кн}	29,46 \pm 0,24 ^{кн}
КН, n=30	-	22,44 \pm 0,26	21,19 \pm 0,24

Примітки: 1. ^{кн, кв2, лсо, лсп, спо, спп} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, KB2, ЛСО, ЛСП, СПО, СПП, $p < 0,05$.
2. ^А – статистично вірогідна різниця в динаміці з показниками в 12 тижнів вагітності, $p < 0,05$.

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 цьому продукції L-аргініну підвищилась в 1,58 ($p_d < 0,0001$) рази, нітрит-аніонів (NO_2^-) – у 1,34 рази ($p_d < 0,0001$). Видалення кістозних утворень яєчників в групі ЛСП привело до підвищення в 15-16 тижнів вагітності продукції L-аргініну в 1,31 ($p_d < 0,0001$) рази, нітрит-аніонів (NO_2^-) – у 1,03 рази ($p_d > 0,05$), але рівень L-аргініну була менший за такий в групі KB2 в 1,17 ($p_{\text{KB2}} < 0,0001$) рази, нітрит-аніонів (NO_2^-) – в 1,31 ($p_{\text{KB2}} < 0,0001$) рази. Тобто, проведення розробленого комплексу післяопераційної реабілітації в групі ЛСО підвищило продукцію L-аргініну порівняно з такою в групі ЛСП в 1,17 рази ($p_{\text{ЛСО-ЛСП}} < 0,0001$), нітрит-аніонів (NO_2^-) – у 1,30 рази ($p_{\text{ЛСО-ЛСП}} < 0,0001$).

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 ($p_d < 0,0001$) рази, нітрит-аніонів (NO_2^-) – у 1,41 рази ($p_d < 0,0001$) 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 ($p < 0,0001$), нітрит-аніонів (NO_2^-) – у 1,42 рази ($p < 0,0001$), у терміні 15-16 тижнів вагітності – відповідно в 1,19 рази ($p < 0,0001$), в 1,14 рази ($p < 0,0001$). Тобто, проведення розробленої спостережної тактики ведення в групі СПО підвищило продукцію L-аргініну порівняно з таким в групі СПП в 1,16 рази ($p_{\text{СПО-СПП}} < 0,0001$), нітрит-аніонів (NO_2^-) – у 1,41 рази ($p_{\text{СПО-СПП}} < 0,0001$).

При дослідженні вираженості ендогенної інтоксикації встановлено (табл. 5.5), 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 ($p < 0,0001$), МСМ 254 нм – в 1,34 ($p < 0,0001$), МСМ 260 нм – в 1,21 ($p < 0,0009$), МСМ 280 нм – в 1,41 ($p < 0,0001$), у жінок групи ЛСП – відповідно в 1,22 рази ($p < 0,0001$), в 1,31 ($p < 0,0001$), в 1,16 ($p < 0,03$), в 1,45 ($p < 0,0001$). 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 ендогенної інтоксикації нормалізувалися, при цьому середній рівень МСМ 238 нм знизився в 1,16 рази ($p_d < 0,003$), МСМ 254 нм – в 1,28 ($p_d < 0,0001$), МСМ 260 нм – в 1,17 ($p_d < 0,002$), МСМ 280 нм – в 1,38 ($p_d < 0,0001$).

Як видно з табл. 5.5, видалення кістозних утворень яєчників в групі ЛСП привело до зменшення в 15-16 тижнів вагітності концентрації 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 ($p_d < 0,0001$), але рівень МСМ 238 нм був більший за такий в групі KB2 в 1,15 ($p_{\text{KB2}} < 0,0001$) рази, МСМ 254 нм – в 1,13 ($p_{\text{KB2}} < 0,008$), МСМ 260 нм – у 1,12 ($p_{\text{KB2}} < 0,04$), МСМ 280 нм – у 1,06 ($p_{\text{KB2}} > 0,05$) 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 ($p_{\text{ЛСО-ЛСП}} < 0,003$), МСМ 254 нм – в 1,12 ($p_{\text{ЛСО-ЛСП}} < 0,02$), МСМ 260 нм – в 1,11 ($p_{\text{ЛСО-ЛСП}} < 0,02$), МСМ 280 нм – в 1,08 рази ($p_{\text{ЛСО-ЛСП}} < 0,03$).

Таблиця 5.5

Динаміка деяких показників ендогенної інтоксикації у обстежених групах в залежності від тактики ведення, М±m, в Од/мл

Група	Час обстеження, у тижнях вагітності	МСМ 238 нм	МСМ 254 нм	МСМ 260 нм	МСМ 280 нм
ЛСО, n=34	7-8	0,864±0,022 ^{кн, кв2}	0,273±0,012 ^{кн, кв2}	0,248±0,010 ^{кн, кв2}	0,318±0,013 ^{кн, кв2}
	11-12	0,888±0,020 ^{кн, кв2}	0,296±0,012 ^{кн, кв2}	0,252±0,010 ^{кн, кв2}	0,361±0,012 ^{кн, кв2}
	15-16	0,768±0,017 ^{кн, лсп}	0,231±0,007 ^{кн, лсп}	0,215±0,005 ^{кн, лсп}	0,262±0,006 ^{кн, лсп}
ЛСП, n=31	7-8	0,856±0,023 ^{кн, кв2}	0,265±0,008 ^{кн, кв2}	0,240±0,009 ^{кн, кв2}	0,312±0,013 ^{кн, кв2}
	11-12	0,889±0,023 ^{кн, кв2}	0,289±0,008 ^{кн, кв2}	0,242±0,011 ^{кн, кв2}	0,371±0,013 ^{кн,}
	15-16	0,846±0,018 ^{кн, кв2, лсо}	0,258±0,008 ^{кн, кв2, лсо}	0,238±0,008 ^{кн, кв2, лсо}	0,284±0,007 ^{кн, кв2, лсо}
СПО, n=30	7-8	0,827±0,022 ^{кн, кв2}	0,266±0,005 ^{кн, кв2}	0,230±0,005 ^{кн, кв2}	0,303±0,007 ^{кн}
	11-12	0,744±0,015 ^{кн, спп}	0,234±0,005 ^{кн, спп}	0,214±0,005 ^{кн, спп}	0,268±0,007 ^{кн, спп}
	15-16	0,751±0,015 ^{кн, спп}	0,237±0,005 ^{кн, спп}	0,216±0,004 ^{кн, спп}	0,264±0,004 ^{кн, спп}
СПП, n=30	7-8	0,800±0,024 ^{кн, кв2}	0,261±0,008 ^{кн, кв2}	0,228±0,005 ^{кн, кв2}	0,299±0,007 ^{кн, кв2}
	11-12	0,835±0,021 ^{кн, кв2, спо}	0,269±0,008 ^{кн, кв2, спо}	0,240±0,005 ^{кн, кв2, спо}	0,322±0,007 ^{кн, кв2, спо}
	15-16	0,843±0,020 ^{кн, кв2, спо}	0,264±0,008 ^{кн, кв2, спо}	0,241±0,005 ^{кн, кв2, спо}	0,323±0,010 ^{кн, кв2, спо}
КВ2, n=30	7-8	0,714±0,005 ^{кн}	0,221±0,003 ^{кн}	0,212±0,004 ^{кн}	0,249±0,004 ^{кн}
	11-12	0,730±0,005 ^{кн}	0,221±0,003 ^{кн}	0,209±0,005 ^{кн}	0,256±0,005 ^{кн}
	15-16	0,738±0,008 ^{кн}	0,228±0,003 ^{кн}	0,213±0,005 ^{кн}	0,268±0,005 ^{кн}
КН, n=30	-	0,680±0,005	0,211±0,003	0,199±0,005	0,229±0,005

Примітки:

1. ^{кн, кв2, лсо, лсп, спо, спп} – статистично вірогідна різниця з показниками груп КН, КВ2, ЛСО, ЛСП, СПО, СПП, р<0,05.
2. ^д – статистично вірогідна різниця в динаміці з показниками в 12 тижнів вагітності, р<0,05.

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 ($p_d < 0,003$), МСМ 254 нм – в 1,14 ($p_d < 0,0001$), МСМ 260 нм – в 1,07 ($p_d < 0,05$), МСМ 280 нм – в 1,13 ($p_d < 0,002$) 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 ($p < 0,0001$), МСМ 254 нм – в 1,22 ($p < 0,0001$), МСМ 260 нм – у 1,15 рази ($p < 0,007$), МСМ 280 нм – у 1,26 рази ($p < 0,0001$), у терміні 15-16 тижнів вагітності – відповідно в 1,14 рази ($p < 0,0001$), в 1,16 ($p < 0,002$), в 1,13 рази ($p < 0,003$), в 1,21 рази ($p < 0,0001$). 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 ($p_{\text{спо-спп}} < 0,005$), МСМ 260 нм – в 1,12 ($p_{\text{спо-спп}} < 0,0003$), МСМ 280 нм – у 1,22 рази ($p_{\text{спо-спп}} < 0,0001$).

Таким чином, проведення розробленого комплексу післяопераційної реабілітації у вагітних після видалення кістозного утворення зменшило порівняно з традиційним середній рівень ДК ненасичених жирних кислот в 1,05 рази ($p < 0,05$), МДА в еритроцитах крові – в 1,21 ($p < 0,003$), ПГЕ – у 1,09 ($p < 0,04$); підвищило активність Ка плазми крові в 1,17 рази ($p < 0,001$), активність СОД плазми крові – в 1,16 ($p < 0,02$), ЗАОА плазми крові – в 1,05 ($p < 0,04$), вміст токоферолу- α в сироватці крові – у 1,13 рази ($p < 0,0001$), продукцію L-аргініну в 1,17 рази ($p < 0,0001$), нітрит-аніонів (NO_2^-) – у 1,30 ($p < 0,0001$); знизило вміст МСМ 238 нм 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 ($p < 0,03$).

Проведення розробленої спостережної тактики ведення у вагітних з кістами жовтого тіла зменшило порівняно з традиційною середній рівень ДК ненасичених жирних кислот в 1,05 рази ($p < 0,02$), МДА в еритроцитах крові – в 1,28 ($p < 0,0001$), ПГЕ – у 1,15 ($p < 0,05$); підвищило середній рівень активності Ка плазми крові – в 1,16 рази ($p < 0,0001$), активність СОД плазми крові – в 1,21 ($p < 0,0006$), ЗАОА плазми крові – в 1,07 ($p < 0,03$), вміст токоферолу- α в сироватці крові – у 1,13 ($p < 0,0001$), продукцію L-аргініну – в 1,16 ($p < 0,0001$), нітрит-аніонів (NO_2^-) – у 1,41 ($p < 0,0001$); знизило вміст МСМ 238 нм в 1,12 рази ($p < 0,0005$), МСМ 254 нм – в 1,11 ($p < 0,005$), МСМ 260 нм – в 1,12 ($p < 0,0003$), МСМ 280 нм – у 1,22 ($p < 0,0001$).

5.4. Клінічні результати спостережної тактики та ендокірургічного лікування доброякісних кістозних утворень яєчників під час вагітності в залежності від тактики ведення

Аналіз перебігу гестаційного періоду у прооперованих вагітних показав, що у 34 (100,00%) випадках у групі ЛСО і у 27 (87,10%) у групі ЛСП вагітність продовжувала після операції розвиватися до терміну пологів ($p < 0,04$), а у 4 (12,90%) жінок в групі ЛСП вагітність завмерла в терміні від 17 до 22 тижнів ($p < 0,04$). Середній термін припинення вагітності у групі ЛСП склав $18,75 \pm 0,40$ тижнів, середній термін між проведенням оперативного втручання та припиненням вагітності – $5,50 \pm 0,56$ тижнів. У групі KB2 завмерлих вагітностей не спостерігалось.

Серед вагітних з кістами жовтого тіла у 30 (100,00%) випадках у групі СПО і у 26 (86,87%) у групі СПП вагітність продовжувала розвиватися до терміну пологів ($p < 0,04$), а у 4 (13,33%) жінок в групі СПП вагітність завмерла в терміні від 8 до 14 тижнів ($p < 0,04$). Середній термін припинення вагітності у групі СПП склав $11,50 \pm 0,35$ тижнів.

При аналізі перебігу гестаційного періоду у досліджуваних вагітних (табл. 5.6) виявлено, що за частотою таких ускладнень, як кольпіт, анемія, багатоводдя, затримка росту плода, набряки, артеріальна гіпертензія та пре-еклампсія групи ЛСО і ЛСП, СПО і СПП були однорідні.

Загроза переривання вагітності у групі ЛСО зустрічалася рідше ніж в групі ЛСП в 3,57 рази ($p_{\text{ЛСО-ЛСП}} < 0,006$), у групі СПО ніж СПП – у 2,40 ($p_{\text{СПО-СПП}} < 0,05$), плацентарна дисфункція – відповідно у 3,29 ($p_{\text{ЛСО-ЛСП}} < 0,04$) і 3,33 ($p_{\text{СПО-СПП}} < 0,03$) рази.

Термін вагітності під час пологів складав в групі ЛСО $38,71 \pm 0,31$ тижнів, ЛСП – $38,89 \pm 0,18$, СПО – $38,63 \pm 0,34$, СПП – $38,81 \pm 0,17$, KB2 – $38,73 \pm 0,17$ і вірогідно між групами не відрізнявся.

Не зареєстровано вірогідних розбіжностей між досліджуваними групами за частотою термінових, передчасних, запізнілих, нормальних та ускладнених пологів (табл. 5.7).

Розподіл факторів, які ускладнювали пологи у досліджуваних жінок, також був гомогенним (табл. 5.8).

Новонароджені групи ЛСО мали масу тіла більше за таку в групі ЛСП в 1,10 рази ($p_{\text{ЛСО-ЛСП}} < 0,03$), в групі СПО за таку в групі СПП – в 1,13 рази ($p_{\text{СПО-СПП}} < 0,006$) (табл. 5.9). У групі СПП у 5 (19,23%) породіль немовлята при народженні мали масу тіла менше за 2500 кг, тоді як в групі СПО таких немовлят не було ($p_{\text{СПО-СПП}} < 0,02$) (табл. 5.10).

Новонароджені від матерів груп ЛСО, ЛСП, СПО, СПП і KB2 за оцінкою по шкалі Апгар на 5-й хвилині після народження та її розподілом (табл. 5.11), кількістю випадків перинатальних втрат та вроджених вад розвитку (див. табл. 5.9).

Таблиця 5.6

Ускладнення вагітності у обстежених жінок, n (P±р, %)

Група	Ускладнення вагітності										
	загроза переривання вагітності	анемія	кольпіт	багатовод-дя	плацентарна дисфункція	затримка росту плода	набряки	артеріаль-на гіперте-нзія	прееклам-псія		
ЛСО, n=34	4 (11,76 ±0,60) ^{лсп}	5 (14,71±0,67)	2 (5,88±0,42)	2 (5,88±0,42)	3 (8,82 ±0,52) ^{к,лсп}	0 (0,00 ±0,00)	7 (20,59±0,79)	1 (2,94±0,30)	0 (0,00±0,00)		
ЛСП, n=31	13 (41,94±1,18) ^{к,лсо}	6 (19,35±0,80)	3 (9,68±0,57)	0 (0,00±0,00)	9 (29,03 ±0,98) ^{к,лсо}	2 (6,45±0,46)	6 (19,35±0,80)	2 (6,45±0,46)	0 (0,00±0,00)		
СПО, n=30	5 (16,67 ±0,76) ^{к,спп}	8 (26,67±0,96)	6 (20,00±0,83)	4 (13,33±0,68)	3 (10,00 ±0,59) ^{к,спп}	0 (0,00±0,00)	5 (16,67±0,76)	1 (3,33±0,34)	0 (0,00±0,00)		
СПП, n=30	12 (40,00 ±1,17) ^{к,спп}	10 (33,33±1,07)	5 (16,67±0,76)	0 (0,00±0,00)	10 (33,33 ±1,07) ^{к,спп}	3 (10,00±0,59)	4 (13,33±0,68)	2 (6,67±0,48)	0 (0,00±0,00)		
КВ2, n=30	1 (3,33 ±0,34)	6 (20,00±0,83)	4 (13,33±0,68)	1 (3,33±0,34)	1 (3,33± 0,00)	0 (0,00±0,00)	2 (6,67±0,48)	1 (3,33±0,34)	0 (0,00±0,00)		

Примітки:

1. ^к – статистично вірогідна різниця з відповідним показником групи КВ2 (р<0,05);

2. Статистично вірогідної різниці між показниками груп ЛСО і ЛСП, СПО і СПП не встановлено (р>0,05).

Таблиця 5.7

Характер перебігу пологів у обстежених жінок, n (P±р, %)

Група	Термінові пологи	Передчасні пологи	Запізнені пологи	Нормальні пологи	Ускладнені пологи
ЛСО, n=34	31 (91,18±1,65)	3 (8,82±0,52)	0 (0,00±0,00)	23 (67,65±1,43)	11 (32,35±0,99)
ЛСП, n=31	26 (96,30±1,92)	1 (3,70±0,38)	0 (0,00±0,00)	20 (74,07±1,68)	7 (25,93±1,00)
СПО, n=30	27 (90,00±1,75)	3 (10,00±0,59)	0 (0,00±0,00)	21 (70,00±1,55)	9 (30,00±1,02)
СПП, n=30	25 (96,15±1,95)	1 (3,85±0,39)	0 (0,00±0,00)	17 (65,38±1,61)	9 (34,62±1,17)
КВ2, n=30	29 (96,67±1,82)	1 (3,33±0,34)	0 (0,00±0,00)	21 (1,55±0,88)	9 (1,02±0,48)

Примітка:

Статистично вірогідної різниці між групами не встановлено (р>0,05).

Таблиця 5.8

Розподіл факторів, які ускладнювали пологи у досліджуваних жінок, n (P±p, %)

Група	Фактори, які ускладнюють пологи									
	дефект дольки плаценти	обрив оболонки	пreekлампсія	слабкість пологової діяльності	кровотеча	патологічне передлежання плода	дистрес плода	розриви м'яких тканин пологових шляхів		
ЛСО, n=34	1 (2,94 ±0,30)	1 (2,94 ±0,30)	2 (5,88±0,42)	2 (5,88 ±0,42)	0 (0,00±0,00)	1 (2,94 ±0,30)	2 (5,88 ±0,45)	6 (17,65 ±0,73)		
ЛСП, n=31	2 (7,41 ±0,53)	1 (3,70 ±0,38)	0 (0,00 ±0,00)	2 (7,41 ±0,53)	0 (0,00 ±0,00)	0 (0,00 ±0,00)	1 (3,85 ±0,39)	6 (22,22 ±0,92)		
СПО, n=30	5 (16,67 ±0,76)	2 (6,67 ±0,48)	2 (6,67±0,48)	2 (6,67 ±0,48)	0 (0,00 ±0,00)	2 (6,67 ±0,48)	2 (6,67 ±0,48)	10 (33,33±1,07)		
СПП, n=30	5 (19,23 ±0,88)	4 (15,38±0,78)	1 (3,85±0,39)	5 (19,23±0,88)	0 (0,00 ±0,00)	1 (3,85 ±0,39)	2 (7,69 ±0,55)	5 (19,23 ±0,88)		
KB2, n=30	3 (10,00 ±0,59)	1 (3,33 ±0,34)	0 (0,00 ±0,00)	5 (16,67 ±0,76)	0 (0,00 ±0,00)	2 (6,67 ±0,48)	2 (6,67 ±0,48)	7 (23,33 ±0,90)		

Примітка. Статистично вірогідної різниці між групами не встановлено (p>0,05).

Таблиця 5.9

Оцінка стану новонароджених у досліджуваних жінок

Група	Середня маса новонародженого, M±m, г	Оцінка за шкалою Апгар на 5-й хвилині, M±m, бали	Перинатальні втрати, n (P±p, %)	Вроджені вади розвитку, n (P±p, %)
ЛСО, n=34	3522,94±73,42 ^{лсп}	7,65±0,16	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)
ЛСП, n=31	3203,33±112,01 ^{лсо}	7,67±0,30	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)
СПО, n=30	3530,00±70,33 ^{спп}	7,17±0,23	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)
СПП, n=30	3111,15±116,80 ^{кв2,спп}	7,04±0,43	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)
KB2, n=30	3434,00±69,84	7,37±0,32	0 (0,00±0,00)	0 (0,00±0,00)

Примітка. кв2, лсо, лсп, спп, спп – статистично вірогідна різниця з показниками груп KB2, ЛСО, ЛСП, СПО, СПП, p<0,05.

Таблиця 5.10

Розподіл маси новонароджених у досліджуваних жінок, n (P±p, %)

Група	<2500 г	2500 г ≤ маса ≤ 4000 г	≥4000 г
ЛСО, n=34	1 (2,94±0,30)	30 (88,24±1,63)	3 (8,82±0,52)
ЛСП, n=31	4 (14,81±0,75) ^{KB2}	23 (85,19±1,80)	0 (0,00±0,00)
СПО, n=30	0 (0,00±0,00) ^{СПП}	27 (90,00±1,75)	3 (10,00±0,59)
СПП, n=30	5 (19,23±0,88) ^{СПО}	21 (80,77±1,79)	0 (0,00±0,00)
KB2, n=30	0 (0,00±0,00)	27 (90,00±1,75)	3 (10,00±0,59)

KB2, ЛСО, ЛСП, СПО, СПП – статистично вірогідна різниця з показниками груп KB2, ЛСО, ЛСП, СПО, СПП, p<0,05.

Примітка.

Таблиця 5.11

Розподіл оцінки стану новонароджених у досліджуваних жінок, n (P±p, %)

Група	1-4 бали	5-6 балів	7-8 балів	9-10 балів
ЛСО, n=34	1 (2,94±0,30)	3 (8,82±0,52)	26 (76,47±1,52)	4 (11,76±0,60)
ЛСП, n=31	0 (0,00±0,00)	1 (3,70±0,38)	18 (66,67±1,60)	7 (25,93±1,00)
СПО, n=30	1 (3,33±0,34)	9 (30,00±1,02)	19 (63,33±1,47)	1 (3,33±0,34)
СПП, n=30	0 (0,00±0,00)	4 (15,38±0,78)	17 (65,38±1,61)	5 (19,23±0,88)
KB2, n=30	1 (3,33±0,34)	3 (10,00±0,59)	20 (66,67±1,51)	7 (23,33±0,90)

Статистично вірогідної різниці між групами не встановлено (p>0,05).

Примітка.

Таким чином, застосування розробленого способу післяопераційної реабілітації та способу спостережної тактики ведення вагітних з доброякісними кістозними утвореннями вагітності приводить до зниження кількості випадків припинення вагітності у прооперованих вагітних на 12,90% ($p < 0,04$) і у вагітних при спостережній тактиці ведення на 13,33% ($p < 0,04$), загрози переривання вагітності – відповідно в 3,57 ($p < 0,006$) і у 2,40 ($p < 0,05$), плацентарної дисфункції – у 3,29 ($p < 0,04$) і 3,33 ($p < 0,03$) рази, підвищення маси тіла у новонароджених – в 1,10 ($p < 0,03$) і в 1,13 рази ($p < 0,006$).

Не виявлено вірогідних розбіжностей щодо характеру пологів, ускладненнями пологової діяльності, за масою та оцінкою новонароджених по шкалі Апгар між вагітними з доброякісними кістозними утвореннями при оперативній і спостережній тактиці ведення і вагітними без утворень яєчників.

ВИСНОВКИ

Представлена робота присвячена підвищенню безпечності та ефективності тактики ведення вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників. На підставі вивчення особливостей перебігу гестаційного періоду та пологів, стану немовлят та долі утворень яєчників у вагітних при спостережній та хірургічній тактиці ведення, особливостей їх гормонального, оксидативного, нітрозативного гомеостазу і вираженості ендогенної інтоксикації розроблений патогенез негативного впливу утворень яєчників на перебіг гестаційного періоду, а також спостережна та ендохірургічна тактика ведення, що привело до зменшення ускладнень і випадків припинення вагітності у жінок з доброякісними кістозними утвореннями яєчників.

При спостережній тактиці у вагітних з кістозними утвореннями яєчників в 17,22 рази частіше зустрічається загроза переривання вагітності, в 9,56 – плацентарна дисфункція, у 15,16% випадків плід завмирає на різних термінах вагітності. Новонароджені від матерів з кістозними утвореннями яєчників мають вірогідно меншу масу тіла при народженні в 1,04 рази, 5,26% немовлят – масу нижче за 2 500 г і кількість новонароджених масою понад 4 000 г реєструється рідше в 3,83 рази. При використанні тактики спостереження 9,02% вагітним потрібно проведення оперативного втручання під час гестаційного періоду з приводу розриву утворення (1,23%), перекруту (4,92%); росту та великих розмірів кістозного утворення (0,82%); підозрі на малігнізацію (2,05%). Персистенція доброякісних утворень яєчників під час вагітності підвищує їх проліферативні властивості.

Після видалення кістозних утворень яєчників вагітність продовжує розвиватися до терміну пологів у 86,49% випадках при лапаротомічному і у 87,10% при лапароскопічному доступі, припиняється – відповідно у 13,51% жінок і у 12,90%.

Вибір хірургічного доступу для видалення кістозних утворень яєчників під час вагітності не впливає на ризик та кількість ускладнень під час гестаційного періоду.

В той же час, *середня тривалість оперативного втручання з приводу кістозних утворень яєчників при лапаротомічному доступі вірогідно перевищує таку при лапароскопічному в 1,57 рази; середній об'єм крововтрати – в 3,94; біль сильніший в першу добу післяопераційного періоду – в 2,76 рази, на третю – в 4,06, на сьому – в 6,29; значно менше виражений косметичний ефект.*

У вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників вірогідно знижена функція жовтого тіла та плаценти: у 7-8 тижнів вагітності середній рівень сироваткового прогестерону знижений у 1,17 рази, вільно-

го естріолу – у 1,18, хоріонічного гонадотропіну – у 1,20, плацентарного лактогену – у 1,18. 41,60% жінок в терміні 7-8 тижнів вагітності мають рівень сироваткового прогестерону нижчий за референсну межу відповідного терміну вагітності, 45,60% – в межах референсного інтервалу, 12,80% – вищий за референсну межу.

Вагітність у пацієток з доброякісними кістозними утвореннями яєчників перебігає на тлі накопичення продуктів вільнорадикального окислення: вірогідного збільшення середнього рівня ДК ненасичених жирних кислот в 1,19 рази, МДА в еритроцитах крові – в 1,33, посилення ПГЕ у 1,23 рази; вірогідного зниження продукції ферментних (активності в плазмі крові Ка – в 1,22 рази і СОД – в 1,36) і неферментних (токоферолу- α в сироватці крові – в 1,17) антиоксидантів, зменшення ЗАОА плазми крові – в 1,17; порушення нітрозативного гомеостазу зі зниженням продукції L-аргініну в 1,21 рази і нітрит-аніонів (NO₂-) в 1,36, що супроводжується розвитком ендogenous токсикозу, який характеризується підвищенням сироваткового вмісту МСМ 238 нм в 1,05 рази, МСМ 254 нм – в 1,05, МСМ 260 нм – в 1,07, МСМ 280 нм – в 1,09 ($p < 0,005$).

Проведення розробленої тактики ведення вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників приводить *при ендокхірургічному лікуванні* до підвищення в 15-16 тижнів вагітності середнього рівня сироваткового прогестерону в 1,05 рази, хоріонічного гонадотропіну – в 1,26, вільного естріолу – в 1,32, плацентарного лактогену – в 1,20 та зниження кількості жінок з рівнем сироваткового прогестерону нижче за референсну межу в 6,58 і підвищення числа вагітних з рівнем сироваткового прогестерону в межах референсної норми в 1,70 рази; *при спостережній тактиці* – відповідно в 1,05, в 1,21, в 1,24, в 1,24, в 8,01 і в 1,35 рази ($p > 0,05$).

Впровадження розробленого комплексу післяопераційної реабілітації і розробленої спостережної тактики ведення у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників зменшує порівняно з традиційним середній рівень ДК ненасичених жирних кислот відповідно в 1,05 і в 1,05 рази; МДА в еритроцитах крові – в 1,21 і в 1,28; ПГЕ – в 1,09 і в 1,15; підвищує активність Ка плазми крові в 1,17 і в 1,16 рази; активність СОД плазми крові – в 1,16 і в 1,21; ЗАОА плазми крові – в 1,05 і в 1,07; вміст токоферолу- α в сироватці крові – в 1,13 рази і у 1,13; продукцію L-аргініну в 1,17 рази і в 1,16; нітрит-аніонів (NO₂-) – у 1,30 і в 1,41; знижує вміст МСМ 238 нм в 1,10 рази і в 1,12 рази, МСМ 254 нм – в 1,12 і в 1,11; МСМ 260 нм – в 1,11 і в 1,12 ($p < 0,0003$); МСМ 280 нм – в 1,08 і в 1,22.

Застосування розробленої тактики ведення вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників приводить до зниження кількості випадків:

- припинення вагітності у прооперованих вагітних на 12,90% і у вагітних при спостережній тактиці – на 13,33%;
- загрози переривання вагітності – відповідно в 3,57 і у 2,40 рази;
- плацентарної дисфункції – у 3,29 і 3,33 рази;

а також підвищення маси тіла у новонароджених – в 1,10 і в 1,13 рази.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Спостереження є життєздатним варіантом тактики ведення безсимптомних, доброякісних кістозних утворень яєчників у вагітних без ознак злоякісності, відзначених при ультразвуковому дослідженні і вимірюванні сироваткових онкомаркерів. Для вагітних з комплексними утвореннями яєчників з ризиком злоякісності, розмірами до 6 см і нормальними рівнями онкомаркерів в динаміці також може бути запропонована спостережна тактика ведення як прийнятний варіант до проведення хірургічного видалення утворення під час кесаревого розтину або після пологів.

Рішення про те, щоб відкласти хірургічне лікування комплексного утворення яєчників до моменту пологів або після пологів повинно базуватися на балансі ризиків і вигод, оцінці ризику озлоякіснення проти непотрібного хірургічного ризику для матері та плода.

Вагітні, відібрані для спостереження, повинні бути проконсультовані про можливість розвитку перекруту, розриву утворень яєчників, потенційну потребу в хірургії в кінці вагітності, а також про потенційну затримку в діагностиці злоякісних новоутворень, а також про те, що передпологові операції можуть виявитися необхідними у випадку появи симптоматики або особливих змін утворень з часом.

Для вагітних, у яких хірургічне лікування є виправданим, враховуючи переваги, які має лапароскопія порівняно з лапаротомією по відношенню до інвазивності, післяопераційного болю, перебування в стаціонарі, ризику інфікування і часу на відновлення, лапароскопічний доступ слід враховувати переважним і доцільним при наявності відповідних кваліфікаційних навичок та підготовки операційної бригади.

Час проведення планового оперативного втручання з приводу кістозних утворень яєчників при вагітності визначається:

- терміном формування основних систем і органів плода;
- терміном формування плаценти, яка бере на себе основне ендокринно-метаболічне навантаження по збереженню вагітності замість жовтого тіла яєчника;
- розмірами вагітної матки і можливістю здійснення лапароскопічного доступу; наявністю даних обстеження, які свідчать про високий ризик озлоякіснення.

Оптимальний термін для проведення планового оперативного втручання з приводу кістозних утворень яєчників під час вагітності лапароскопічним доступом – 12-14 тижнів вагітності.

Основні принципи проведення лапароскопічних втручань з приводу кістозних утворень яєчників під час вагітності:

- входження в черевну порожнину закритим (введення голки Вереша) або відкритим (проведення мінілапаротомного розрізу) способом;
- місце введення центрального троакара визначається терміном вагітності і місцезнаходженням дна матки; при терміні гестації понад 16 тижнів рекомендується введення центрального троакара вище рівня пупка;
- при проведенні операції слід створювати мінімальний кут нахилу операційного столу при перекладі пацієнтки в положення Тределенбурга і підтримувати рівень внутрішньочеревного тиску не вище 12-15 мм рт.ст., що в сукупності попереджають порушення фетоплацентарного кровообігу, розвиток ацидозу та гіпоксії у плода;
- застосування чотирьох троакарів при проведенні лапароскопії дозволяє поліпшити умови для безпечного та органозберігального, зручного для хірургів виконання оперативного втручання;
- використання точних хірургічних енергій (біполярної електричної, лазерної, ультразвукової) дозволяє контролювати зону впливу і попереджати енергетичну травму плаценти і плода;
- обов'язковим під час операції є огляд контрлатерального яєчника;
- максимальне збереження здорової тканини яєчника при видаленні доброякісних кістозних утворень сприяє попередженню переривання вагітності;
- лапароскопічний доступ є хірургічним доступом вибору при кістозних утвореннях яєчників у вагітних за умови здійснення оперативного втручання висококваліфікованою ендохірургічною бригадою.

При необхідності проведення ургентних та планових оперативних втручань з приводу кістозних утворень яєчників у терміні після 18 тижнів вагітності слід використовувати лапаротомічний доступ.

Після виявлення у вагітних кіст жовтого тіла і безпосередньо після видалення кістозних утворень яєчників під час вагітності доцільно призначати для корекції оксидативного та нітрозативного гомеостазу, зниження ендогенної інтоксикації та поліпшення функції плаценти:

- курсу з 3-5 сеансів безперервного фільтраційного плазмаферезу з перервами між сеансами в 2 дні;
- введення препарату «Імуноглобулін людини нормальний» один раз в 3 дні на курс – 3 внутрішньом'язові ін'єкції;
- прийом per os розчину L-аргініну («Тівортін*аспартат») по 5 мл 4 рази на день 15 днів;
- α -токоферола ацетату в капсулах по 0,2 г 1 раз на добу 20 днів;
- при зниженому рівні сироваткового прогестерону – препарати натурального мікронізованого прогестерону («Утрожестан», «Ендометрин») по 100 мг вагінально тричі на добу до нормалізації рівня прогестерону і/або зникнення симптомів загрози переривання вагітності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Хирургическое лечение опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных / Л.В. Адамян, Л.Е. Мурашко, З.Р. Зурабиани, О.К. Карибджанов // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней / Под. ред В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М.: Пантори, 2001. – С. 515-517.
2. Chiang G. Imaging of adnexal masses in Pregnancy / Chiang G., Levine D. // J. Ultrasound Med. – 2004. – Vol. 23. – P. 805-819.
3. Chittacharoen A. Adnexal masses in pregnancy / A. Chittacharoen, A. Wangpusayavisut, P. O-Prasertsawat // J. Med. Assoc. Thai. – 2005. – Vol. 88, Suppl. 2. – P. 37-40.
4. Sayin N.C. Pregnancies complicated by adnexal masses: a case series / N.C. Sayin, H.A. Inal, F.G.Varol // Arch. Gynecol. Obstet. – 2008. – Vol. 278, № 6. – P. 573-577.
5. Rosales Aujang E. Giant ovarian cyst and pregnancy. Case report and literature review / E. Rosales Aujang // Ginecol. Obstet. Mex. – 2011. – Vol. 79, № 4. – P. 235-238.
6. Adnexal Masses in Pregnancy / [R.H.M. Hermans, D.-C. Fischer, H.W.H.M. van der Putten et al.] // Oncologie. – 2003. – Vol. 26. – P.167-172.
7. Ko Ma-Lee. Laparoscopic management of complicated adnexal masses in the first trimester of pregnancy / Ma-Lee Ko, T. Lai, S. Chen // Fertil. Steril. – 2009. – Vol. 92. – P. 283-287.
8. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation / [K.M. Schmeler, W.W. Mayo-Smith, J.F. Peipert et al.] // Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 105. – P. 1098-1103.
9. Whitecar P. Adnexal masses in pregnancy: a review of 130 cases undergoing surgical management / P. Whitecar, S. Turner, K. Higby // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 18. – P. 19-24.
10. A retrospective survey of clinical, pathologic, and prognostic features of adnexal masses operated on during pregnancy / [R. Usui, H. Minakami, S. Kosuge et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2000. – Vol. 26. – P. 89-93.
11. Adnexal masses and pregnancy: a 12 year experience / [G.B. Sherard 3rd, C.A. Hodson, H.J. et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2003. – Vol. 189. – P. 358-363.
12. Bromley B. Adnexal masses in pregnancy: accuracy of sonographic diagnosis and outcome / B. Bromley, B. Benacerraf // J Ultrasound Med. – 1997. – Vol. 46. – P. 401-406.
13. Moore R. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnant women / R. Moore, W.G Smith] // J. Reprod. Med. – 1999. – P. 97-100.
14. Pados G. Laparoscopic management of the adnexal mass / Pados G., Tsolakidis D., Bontis J. // Ann. N. Y. Acad. Sci. – 2006. – Vol. 1092. – P. 211-228.
15. Management and outcome of pregnancies complicated with adnexal masses / [N.P. Agarwal, A. Kriplani, N. Bhatla et al.] // Arch. Gynecol. Obstet. – 2003. – Vol. 267, № 3. – P. 148-152.
16. Чайка А.В. Современные подходы к ведению доброкачественных кистозных образований яичников во время беременности / [А.В. Чайка, О.М. Носенко, Л.Л. Васильева, А.В. Рутинская] // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2007. – Т.12, № 3-4. – С. 64-69.
17. Чайка А.В. Ендокірургічне лікування доброякісних кистозних утворень яєчників під час вагітності / [А.В. Чайка, О.М. Носенко, Л.Л. Васильева] // Практична медицина. – 2009. – Том XV, № 3. – С. 142-147.

18. Laparoscopic management of ovarian cysts in pregnancy / [Y. Lenglet, H. Roman, B. Robishong et al.] // *Gynecol. Obstet. Fertil.* – 2006. – Vol. 34. – P. 101-106.
19. Juvenile granulosa cell tumor associated with pregnancy: Report of a case and review of the literature / [Hasiakos D., Papakonstantinou K., Goula K. et al.] // *Gynecol Oncol.* – 2006. – Vol. 100, № 2. – P. 426-429.
20. Brewer M. Chemotherapy in pregnancy / M. Brewer , A. Kueck , C.D. Runowicz // *Clin. Obstet Gynecol.* – 2011. – Vol. 54, № 4. – P. 602-618.
21. Borderline ovarian tumors diagnosed during pregnancy exhibit a high incidence of aggressive features: results of a French multicenter study / [Fauvet R., Brzakowski M., Morice P. et al.] // *Ann. Oncol.* – 2011. – Vol. 14. [Epub ahead of print]
22. Ovarian cancer during pregnancy / [Gezginc K., Karatayli R., Yazici F. et al.] // *Int J Gynaecol Obstet.* – 2011. – Vol. 115, № 2. – P. 140-143.
23. Laparoscopy during pregnancy: experience of the French university hospital of Clermont-Ferrand / [Azuar A.S., Bouillet-Dejou L., Jardon K. et al.] // *Gynecol. Obstet. Fertil.* – 2009. – Vol. 37, № 7-8. – P. 598-603.
24. Glanc P. Adnexal masses in pregnant patient: a diagnostic and management challenge / P. Glanc, S. Salem, D. Farine // *Ultrasound Q.* – 2008. – Vol. 24. – P. 225-240.
25. Laparoscopic management of pelvic mass in pregnancy / [Purnichescu V., Cheret-Benoist A., Von Theobald P. et al.] // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* – 2006. – Vol. 35, № 4. – P. 388-395.
26. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy / [C.F. Yen, S.L. Lin, W. Murk et al.] // *Fertil. Steril.* – 2009. – Vol. 91, № 5. – P. 1895-1902.
27. Surgical treatment of adnexal masses in pregnancy: indications, surgical approach and pregnancy outcome / [Ribic-Pucelj M., Kobal B., Peternelj-Marinsek S.] // *J. Reprod. Med.* – 2007. – Vol. 52, № 4. – P. 273-279.
28. Kilpatrick C.C. Approach to the acute abdomen in pregnancy / C.C. Kilpatrick, M. Monga // *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* – 2007. – Vol. 34, № 3. – P. 389-402.
29. Laparotomy versus laparoscopy for the treatment of adnexal masses during pregnancy / [Koo Y.J., Kim H.J., Lim K.T. et al.] // *Aust N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* – 2011. – Nov 17. – P. 213-219. .
30. Value of preoperative ultrasound examination in the selection of women with adnexal masses for laparoscopic surgery / [Yazbek J., Helmy S., Ben-Nagi J. et al.] // *Ultrasound Obstet Gynecol.* – 2007. – Vol. 30, № 6. – P. 883-888.
31. Hoover K Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy / K. Hoover, T.R. Jenkins // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2011. – Vol. 205, № 2. – P. 97-102.
32. Hidlebaugh D.A. Treating adnexal masses. Operative laparoscopy vs. Laparotomy / Hidlebaugh D.A., Vulgaropulos S., Orr R.K. // *J. Reprod. Med.* – 1997. – Vol. 42, № 9. – P. 551-558.
33. Management of a persistent adnexal mass in pregnancy: what is the ideal surgical approach? / Balthazar U., Steiner A.Z., Boggess J.F., Gehrig P.A.] // *J. Minim. Invasive Gynecol.* – 2011. – Vol. 18, № 6. – P. 720-725.
34. Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy / [D. Soriano, Y. Yuval, D. Seidman et al.] // *Fertil. Steril.* – 1999. – Vol. 71. – P. 955-960.
35. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series / [Mathevet P., Nessah K., Dargent D., Mellier G.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2003. – Vol. 108, № 2. – P. 217-222.
36. Hong J.Y. Adnexal mass surgery and anesthesia during pregnancy: a 10-year retrospective review / J.Y.Hong // *Int. J. Obstet. Anesth.* – 2006. – Vol. 15, № 3. – P. 212-226.
37. Носенко О.М. Стан вільнорадикального та антиоксидантного захисту і виразність ендогенної інтоксикації у пацієнток кістозними доброякісними пухлинами і пухлиноподіб-

- ними утвореннями яєчників / О.М. Носенко // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2005. – Т. 10, № 2. – С.52-64.
38. Головченко Ю.И. Обзор современных представлений об эндотелиальной дисфункции / Ю.И. Головченко, М.А. Трещинская [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.tivortin.com/publications.php?view=10>.
39. Дубоссарская З.М. Тивортин@: на страже здоровья матери и ребенка / З.М. Дубоссарская, Н.С. Луценко, О.В. Грищенко // Здоров'я України. Тематичний випуск. Акушерство. Гинекологія. Репродуктологія. – 2011. – № 3. – С. 55.
40. Aggarwal P. Ovarian tumours in pregnancy: a literature review / P. Aggarwal, S. Kehoe // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2010. – Vol. 155. – P.119-124.
41. A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy / [G. Zanetta, E. Mariani, A. Lissoni et al.] // BJOG – 2003. – Vol. 110. – P. 578-583.
42. Cysts in pregnancy discovered by sonography / [M.J. Nelson, R. Cavaliere, D. Graham, R.C. Sanders] // J. Clin. Ultrasound. – 1986. – Vol. 14. – P. 509-512.
43. Should we be examining ovaries during pregnancy?: Prevalence and natural history of adnexal pathology detected at first trimester sonography / [G. Condous, A. Khalid, E. Okaro, T. Bourne] // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2004. – Vol. 24. – P. 62-66.
44. Predictors of persistence of adnexal mass in pregnancy / [L.M. Bernhard, P.K. Klebba, D.L. Gray, D.G. Mutch] // Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 3. – P. 585-589.
45. Ovarian carcinoma associated with pregnancy: a clinicopathologic analysis of 23 cases and review of the literature / [N. Behtash, M.K. Zarchi, M.M. Gilani et al.] // BMC Pregnancy Childbirth. – 2008. – Vol. 8. – P. 1-7.
46. Ovarian cancer during pregnancy: analysis of 15 cases / [F. Machado, C. Vegas, J. Leon et al.] // Gynecol. Oncol. – 2007. – Vol. 105. № 2. – P. 446-450.
47. Malignant germ cell tumours of the ovary, pregnancy considerations / [Y.N. Bakri, A. Ezzat, M. Akhtar et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2000. – Vol. 90. – P. 87-91.
48. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? / [G.S. Leiserowitz, G. Xing, R. Cress et al.] // Gynecol. Oncol. – 2006. – Vol. 101. – P. 315-321.
49. Ovarian cancer in pregnancy: a clinicopathologic analysis of 22 cases and review of the literature / [X.Y. Zhao, H.F. Huang, L.J. Lian, J.H. Lang] // Int. J. Gynecol. Cancer. – 2006. – Vol. 16, № 1. – P. 8-15.
50. Giuntoli R. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy / R. Giuntoli, R. Vang, R. Bristow // Clin. Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 49. – P. 492-505.
51. Outcome in laparoscopic management of persistent adnexal mass during the second trimester of pregnancy / [P. Yuen, P. Ng, P. Leung, M. Rogers] // Surg. Endosc. – 2004. – Vol. 18. – P. 1354-1357.
52. Adnexal masses in pregnancy: a 5 year review / [I. Kumari, S. Kaur, H. Mohan, A. Huria] // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 46. – P. 52-54.
53. Yumi H. Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy surgical problems during pregnancy / H. Yumi // Surg. Endosc. – 2008. – Vol. 22. – P. 849-861.
54. Behavior of borderline tumors with particular interest to persistence, recurrence, and progression to invasive carcinoma: a prospective study / [G. Zanetta, S. Rota, S. Chiari et al.] // J. Clin. Oncol. – 2001. – Vol. 19. – P. 2658-2664.
55. Platek D.N. The management of persistent adnexal mass in pregnancy / D.N. Platek, C.E. Henderson, G.L. Goldberg // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1995. – Vol. 173. – P. 1236-1240.
56. Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses with improved, weighted scoring system, Am J Obstet Gynecol. – 1994. – Vol. 170. – P. 81-85.

57. Complex adnexal mass in pregnancy: predictive value of color Doppler sonography / [J.P. Lerner, I.E. Timor-Tritsch, A. Federman, G. Abramovich] // *J. Ultrasound. Med.* – 1997. – Vol. 16. – P. 425-428.
58. DePriest P.D. Ultrasound screening for early detection of ovarian cancer / P.D. DePriest, C.P. DeSimone // *J. Clin. Oncol.* – 2003. – Vol. 21. – P. 194-199.
59. Sarandakou A. Tumor markers in biological fluids associated with pregnancy / A. Sarandakou, E. Protonotariou, D. Rizos // *Crit. Rev. Clin. Lab. Sci.* – 2007. – Vol. 44. – P. 151-178.
60. CA-125. Test interpretation. Available from: URL: <http://www.clinlabnavigator.com/Tests/CA125.html>.
61. Predicting risk of malignancy in adnexal masses / [J.M. McDonald, S. Doran, C.P. DeSimone et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2010. – Vol. 115. – P. 687-694.
62. Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US: Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement / [D. Levine, D.L. Brown, R.F. Andreotti et al.] // *Ultrasound Q.* – 2010. – Vol. 26. – P. 121-131.
63. Whiteside J. Laparoscopic management of the ovarian mass: practical approach / J. Whiteside, H. Keup // *Clin. Obstet. Gynecol.* – 2009. – Vol. 53. – P. 327-334.
64. Mathevet P. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series / P. Mathevet, K. Nessah, G. Mellier // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Biol.* – 2003. – Vol. 108. – P. 217-222.
65. Management and outcomes of adnexal masses during pregnancy: a 6-year experience / [O. Balci, K. Gezginc, R. Karatayli et al.] // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* – 2008. – Vol. 34, № 4. – P. 524-528.
66. Should we be examining ovaries during pregnancy?: Prevalence and natural history of adnexal pathology detected at first trimester sonography / [G. Condous, A. Khalid, E. Okaro, T. Bourne] // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2004. – Vol. 24. – P. 62-66.
67. Thorton J. Ovarian cysts during pregnancy: does ultrasound make traditional management inappropriate? / J. Thorton, M. Wells // *Obstet Gynecol.* – 1987. – Vol. 69. – P. 717-720.
68. Struyk A.P.H.B. Ovarian tumours in pregnancy / A.P.H.B. Struyk and P.E. Treffers // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 1984. – Vol. 63. – P. 421-424.
69. Rakic S. Ovarian neoplasms and pregnancy / S. Rakic, B. Nikolic, S. Dragojevic-Dikic // *Int. J. Gynecol. Cancer.* – 2005. – Vol. 15, № 6. – P. 1120-1123.
70. Elective vs. conservative management of ovarian tumour in pregnancy / [G.S.R. Lee, S.Y. Hue, J.C. Shin et al.] // *Int. J. Gynecol. Obstet.* – 2004. – Vol. 85. – P. 250-254.
71. Primary ovarian tumour undergoing surgical management during pregnancy / [T. Takeuchi, S. Suzuki, Z. Hayashi et al.] // *J. Nippon. Med. Sch.* – 2002. – Vol. 69. – P. 39-42.
72. Ovarian tumours in pregnancy / [M. Ashkenazy, I. Kessler, B. Czernobilsky, A. Nahshoni M. Lancet] // *Int. J. Gynecol. Obstet.* – 1988. – Vol. 27. – P. 79-83.
73. Adnexal mass occurring with intrauterine pregnancy; report of fifty-four patients requiring laparotomy for definitive management / [L.W. Hess, A. Peaceman, W.F. O'Brien et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1988. – Vol. 158. – P. 1029-1034.
74. Evaluation of histopathological features and pregnancy outcomes of pregnancy associated adnexal masses / [I. Türkçüoğlu, M.M. Meydanli, Y. Engin-Ustün et al.] // *J. Obstet. Gynaecol.* – 2009. – Vol. 29, № 2. – P. 107-109.
75. Ueda M. Ovarian tumours associated with pregnancy / M. Ueda and M. Ueki // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* – 1996. – Vol. 55. – P. 59-65.
76. Ovarian tumours in pregnancy / [A.R. el-Yahia, J. Rahman, M.S. Rahman, S.A. al-Suleiman] // *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* – 1991. – Vol. 31, № 4. – P. 327-330.

77. Adnexal masses in pregnancy: occurrence by ethnic group / [C. Sunoo, K. Terada, L. Kamemoto, R. Hale] // *Obstet. Gynecol.* – 1990. – Vol. 75. – P. 38-40.
78. Rizzo A. Laparoscopic surgery in pregnancy: long-term follow-up / A. Rizzo // *J. Laparosc. Adv. Surg. Techniques.* – 2003. – Vol. 13. – P. 11-15.
79. Factors influencing the choice of laparoscopy or laparotomy in pregnant women with presumptive benign ovarian tumours / [Y.Y. Lee, T.J. Kim, C.H. Choi et al.] // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* – 2010. – Vol. 108, № 1. – P. 12-15.
80. Reedy M. Laparoscopy during pregnancy: a study of five fetal outcome parameters with use of the Swedish Health Registry / M. Reedy, B. Kallen, T. Kuehl // *J. Reprod. Med.* – 1997. – Vol. 42. – P. 33-38.
81. Robotic resection of pheochromocytoma in the second trimester of pregnancy / [E.R. Podolsky, L. Feo, A.D. Brooks, A. Castellanos] // *JSLs.* – 2010. – Vol. 14. – P. 303-308.
82. Robotic-assisted laparoscopic placement of transabdominal cerclage during pregnancy / [L. Wolfe, S. DePasquale, C.D. Adair et al.] // *Am. J. Perinatol.* – 2008. – Vol. 25. – P. 653-655.
83. Robotic-assisted laparoscopic cerclage in a pregnant patient / [A.J. Fechner, M. Alvarez, D.H. Smith, A. Al-Khan] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2009. – Vol. 200. – P. e10-e11.
84. Pregnancy and laparoscopic surgery / [E. Lachman, A. Schienfeld, E. Voss et al.] // *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* – 1999. – Vol. 6. – P. 347-351.
85. O'Rourke N. Laparoscopic surgery during pregnancy / N. O'Rourke and B. Kodali, // *Curr. Opin. Anaesth.* – 2006. – Vol. 19. – P. 254-259.
86. Laparoscopic surgery during pregnancy / [J. Amos, S. Schorr, P. Norman et al.] // *Am. J. Surg.* – 1996. – Vol. 171. – P. 435-437.
87. Fatum M. Laparoscopic surgery during pregnancy / M. Fatum, N. Rojansky // *Obstet. Gynecol. Surv.* – 2001. – Vol. 56. – P. 50-59.
88. Fetal risk of anesthesia and surgery during pregnancy / [P.G. Duncan, W.D. Pope, M.M. Cohen, N. Greer] // *Anesthesiology.* – 1986. – Vol. 64. – P. 790-794.
89. Al-Fozan H. Safety and risks of laparoscopy in pregnancy / H. Al-Fozan, T. Tulandi // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* – 2002. – Vol. 14. – P. 375-379.
90. Mazze R.I. Reproductive outcome after anesthesia and operation during pregnancy: a registry of 5,405 cases / R.I. Mazze, B. Kallen // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1989. – Vol. 161. – P. 1178-1185.
91. Носенко О.М. Доброякісні кістозні утворення яєчників: епідеміологія, патогенез, діагностика та відновлення репродуктивного здоров'я : автореф. дис... д. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / О.М. Носенко. – Нац. мед. академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2008. – 40 с.
92. Раевская Т.А. Доноры оксида азота как модуляторы лекарственной резистентности опухолей: дис. ... д. мед. наук : спец. 03.00.02 «Биофизика» / Т.А. Раевская. – Черноголовка, 2006. – 123 с.
93. Muntane J. Nitric oxide and cancer / Muntane J., la Mata M.D. // *World J Hepatol.* – 2010. – Vol. 2, № 9. – P. 337-44.
94. Содержание аргинина в сыворотке крови при акушерских осложнениях, ассоциированных с артериальной гипертензией / [Хлыбова С.В., Циркин В.И., Дворянский С.А. и др.] // *НМЖ.* – 2006. – № 6. – С. 17-24.
95. Содержание аргинина в сыворотке крови при физиологическом и осложненном течении беременности / [Хлыбова С.В., Циркин В.И., Дворянский С.А. и др.] // *Рос. вест. акуш.-гинеко.* – 2007. – № 2. – С. 4-7.
96. Horowitz N. S. Management of adnexal masses in pregnancy / N.S. Horowitz // *Clin. Obstet. Gynecol.* – 2011. – Vol. 54, № 4. – P. 519-527.

97. Lala P.K. Role of nitric oxide in carcinogenesis and tumour progression / P.K. Lala, C. Chakraborty // *Lancet Oncol.* – 2001. – Vol. 2. – P. 149-156.
98. Arginine flux and nitric oxide production during human pregnancy and postpartum / [Goodrum L.A., Saade G.R., Belfort M.A. et al.] // *J. Soc. Gynecol. Investig.* – 2003. – Vol. 10. – P. 400-405.
99. A meta-analysis of eNOS and ACE gene polymorphisms and risk of pre-eclampsia in women / [Shaik A.P., Sultana A., Bammidi V.K. et al.] // *J. Obstet. Gynaecol.* – 2011. – Vol. 31, № 7. – P. 603-607.
100. Bird I.M. Endothelial nitric oxide synthase activation and nitric oxide function: new light through old windows / I.M. Bird // *J. Endocrinol.* – 2011. – Vol. 210, № 3. – P. 239-241.
101. Xiang W.J. Endothelial nitric oxide synthase traffic inducer in the umbilical vessels of the patients with pre-eclampsia / [Xiang W., Chen H., Hu L., Xu X.] // *Huazhong Univ. Sci. Technolog Med. Sci.* – 2009. – Vol. 29, № 2. – P. 243-245.
102. Тівортін як потужний модулятор судинного тонуусу та його місце в патогенетичній терапії преєклампсії / [О.В. Грищенко, Н.В. Лісіцина, С.М. Коровай, С.О. Пак] // *Підіатрія, акушерство та гінекологія.* – 2010. – № 3. – С. 101-106.
103. Implication of umbilical cord in preeclampsia / [Salama R.H., Fathalla M.M., Mekki A.R., Elsadek Bel-K.] // *Med. Princ. Pract.* – 2011. – Vol. 20, № 2. – P. 124-128.
104. Arginine synthesis and nitric oxide production in patients with pre-eclampsia compared to normal pregnant women / [Munnur U., Suresh M., Written A. et al.] // *Anesth. And Analg.* – 1999. – Vol. 88, № 2. – P. 165.
105. [Ca²⁺]_i signaling vs. eNOS expression as determinants of NO output in uterine artery endothelium: relative roles in pregnancy adaptation and reversal by VEGF165 / [Yi F.X., Boeldt D.S., Magness R.R., Bird I.M.] // *Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol.* – 2011. – Vol. 300, № 4. – P. 1182-1193.
106. Increased oxidative stress in women with pregnancy-induced hypertension / [Zhou J.F., Wang X.Y., Shangguan X.J. et al.] // *Biomed. Environ. Sci.* – 2005. – Vol. 18, № 6. – P. 419-426.
107. L-arginine depletion in preeclampsia orients nitric oxide synthase toward oxidant species / [Noris M., Todeschini M., Cassis P. et al.] // *Hypertension.* – 2004. – Vol. 43, № 3. – P. 614-622.
108. Nitric oxide and its role during pregnancy: from ovulation to delivery / [Maul H., Longo M., Saade G.R., Garfield R.E.] // *Curr. Pharm. Des.* – 2003. – Vol. 9, № 5. – P. 359-80.
109. Клініко-параклінічні прояви преєклампсії залежно від рівня оксиду азоту та його прекурсора L-аргініну в біосубстратах вагітних / [Писарева С.П., Ткаченко В.Б., Могілевська С.І. та інш.] // *Підіатрія, акушерство та гінекологія.* – 1999. – № 4. – С. 196-199.
110. Патент России № 2393841 С1, МПК А61Н39/00 (2006.01), А61Б35/00 (2006.01), А61К31/21 (2006.01), А61Р1/06 (2006.01). Способ лечения угрожающего состояния беременности в ранние сроки / Орлов А.В. (RU), Вишина А.В. (RU), Эльжорукаева Ж.А. (RU). Патентообладатель Федеральное ГУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии Федерального агентства по новым медицинским технологиям», Россия. Заяв. №2009113675/ 14 от 10.04.2009. Оpubл. 10.07.2010. 7 с.
111. Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain / [Laursen B.S., Vajaj P., Olesen A.S. et al.] // *Eur. J. Pain.* – 2005. – Vol. 9, № 3. – P. 267-275.
112. Эхография в акушерстве и гинекологии. Теория и практика. В двух частях. Часть вторая / Под ред А. Флейшера, Ф. Мэнинга, П. Дженти, Р. Ромеро: (Монография). – М.: Изд-во Джом Видар-М. – 2004. – 592 с.
113. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, О.А. Мынбаев. – М.; Медицина, Антидор, 2000. – 860 с.

114. Гаврилов В.Б. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови / Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. // Лабораторное дело. – 1983. – № 3. – С.33-36.
115. Knight J.A., Pieper R.K., McClellan J. Specificity of the thiobarbituric acid reaction: its use in studies of lipid peroxidation // Clin. Chem. – 1988. – Vol. 24, № 12. – P.2433-2438.
116. Protein measurement with the Pholin phenol reagent / [Lowry O., Reserbrough K.J., Fars A.L. et al.] // J. Biol. Chemistry. – 1951. – Vol. 193, № 1. – P.265-275.
117. Горячковский А.М. Клиническая биохимия: Справочное пособие / А.М. Горячковский. – Одесса: Астропринт, 1998. – 608 с.
118. Ковалевский А.Н. Замечания по скрининговому методу определения молекул средней массы / Ковалевский А.Н., Нифантьев О.Е. // Лабораторное дело. – 1989. – № 5. – С. 35-39.
119. Оценка антиокислительной активности плазмы крови с применением желточных липопротеидов / [Клебанов Г.И., Бабенкова И.В., Теселкин Ю.О. и др.] // Лабораторное дело. – 1988. – № 5. – С.59-62.
120. Макаревич О.П. Активность супероксиддисмутазы в острый период различных заболеваний / Макаревич О.П., Голиков П.П. // Лабораторное дело. – 1983. – № 6. – С.24-27.
121. Метод определения активности каталазы / [Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г. и др.] // Лабораторное дело. – 1988. – № 1. – С.16-19.
122. Кисилевич Р.Ш. Об определении витамина Е в крови / Кисилевич Р.Ш., Скварко С.И. // Лабораторное дело. – 1972. – № 8. – С.473-475.
123. Уильямс У.Дж. Определение анионов: Справочник. Пер. с англ. – М.: Химия, 1982. – 624с.
124. Алексеев В.Н. Курс качественного химического полумикроанализа: Монография / В.Н. Алексеев. – М.:– Госхимиздат, 1962. – 584 с.
125. Пустовалова Л.М. Практикум по биохимии [Текст] / Л.М. Пустовалова. - Ростов н/Д. : Феникс, 1999. – 541 с.
126. Литвинова Е.В. Коррекция восстановительных процессов у родильниц с преэклампсией после кесарева сечения с учетом реактивности организма : дис. ... к. мед. наук : спец. 14.01.01 «акушерство и гинекология» / Е.В. Литвинова. – Донецк, 2006. – 252 с.
127. Носенко О.М. Плазмаферез у післяопераційній реабілітації хворих на кістозні доброякісні пухлини яєчників / Носенко О.М. // Медично-соціальні проблеми сім'ї. – 2004. – Т. 9, № 1. – С.98-105.
128. Luteal blood flow and luteal function / [Takasaki A., Tamura H., Taniguchi K. et al.] // Ovarian Res. – 2009. – Vol.4, 2, 1. Published online 2009 January 14. doi: 10.1186/1757-2215-2-1.
129. Changes in blood-flow impedance of the human corpus luteum throughout the luteal phase and during early pregnancy / [Tamura H., Takasaki A., Taniguchi K. et al.] // Fertil Steril. – 2008. – Vol. 90, № 6. – P. 2334-2339.
130. Effects of exogenous antioxidants on oxidative stress in pregnancy / [Staicu M.L., Muresan A., Tache S., Moldovan R.] // J. Med. Life. – 2011. – Vol. 4, № 2. – P.163-167.
131. Tomic V. Oral micronized progesterone combined with vaginal progesterone gel for luteal support / Tomic V., Tomic J., Klaić D.Z. // Gynecol Endocrinol. – 2011. – Vol. 27, № 12. – P.1010-1013.
132. Progesterone effects on preterm birth in high-risk pregnancies: a randomized placebo-controlled trial / [Cetingoz E., Cam C., Sakall M. et al. // Arch. Gynecol. Obstet. – 2011. – Vol. 283, № 3. – P.423-429.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВРО	–	вільнорадикальне окислення
ДК	–	дієнові кон'югати ненасичених жирних кислот
ЗАОА	–	загальна антиокислювальна активність
Ка	–	каталаза
КТ	–	комп'ютерна томографія
МДА	–	малоновий діальдегід
МРТ	–	магнітно-резонансна томографія
МСМ	–	молекули середньої маси
ПГЕ	–	перекісний гемоліз еритроцитів
СОД	–	супероксиддисмутаза
УЗД	–	ультразвукове дослідження

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ТА ЕНДОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ КІСТОЗНИХ УТВОРЕНЬ ЯЄЧНИКІВ У ВАГІТНИХ... ..	5
1.1. Розповсюдженість доброякісних кістозних утворень яєчників під час вагітності та проблеми, пов'язані з їх існуванням	5
1.2. Тактика ведення доброякісних кістозних утворень яєчників під час вагітності	9
1.3. Стан оксидативного та нітрозативного гомеостазу у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників та необхідність їх корекції.... ..	18
РОЗДІЛ 2. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ СПОСТЕРЕЖНОЇ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З КІСТОЗНИМИ УТВОРЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ..... ..	20
2.1. Клінічна характеристика вагітних з кістозними утвореннями яєчників, у яких проводилася тактика спостереження	20
2.2. Особливості перебігу та кінця гестаційного періоду у вагітних з кістозними утвореннями яєчників, у котрих проводилася тактика спостереження..... ..	25
РОЗДІЛ 3. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ КІСТОЗНИХ УТВОРЕНЬ ЯЄЧНИКІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ТА ЛАПАРОТОМІЧНОГО ДОСТУПІВ..... ..	40
3.1. Клінічна характеристика груп вагітних, які були прооперовані з приводу кістозних утворень яєчників лапаротомічним і лапароскопічним доступом і отримали традиційний комплекс реабілітаційних заходів..... ..	45
3.2. Способи оперативного лікування доброякісних кістозних утворень яєчників під час вагітності..... ..	53
3.3. Порівняльний аналіз результатів хірургічного лікування доброякісних кістозних утворень яєчників під час вагітності із застосуванням лапароскопічного і лапаротомічного доступів	56

РОЗДІЛ 4. РІВЕНЬ ГОРМОНІВ ЖОВТОГО ТІЛА ТА ПЛАЦЕНТИ, СТАН ОКСИДАТИВНОГО ТА НІТРОЗАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ВАГІТНИХ З ДОБРОЯКІСНИМИ КІСТОЗНИМИ УТВОРЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ	64
4.1. Клінічна характеристика проспективно обстежених вагітних	64
4.2. Рівень гормонів жовтого тіла та плаценти у обстежених вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників	78
4.3. Стан оксидативного та нітрозативного гомеостазу та вираженість ендогенної інтоксикації у обстежених вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників	80
РОЗДІЛ 5. РЕЗУЛЬТАТИ СПОСТЕРЕЖНОЇ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ТА ЕНДОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ВАГІТНИХ З ДОБРОЯКІСНИМИ КІСТОЗНИМИ УТВОРЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ	85
5.1. Розроблений спосіб спостережної тактики ведення та післяопераційної реабілітації вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників.	85
5.2. Динаміка сироваткових рівнів гормонів жовтого тіла та плаценти під час гестаційного періоду у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в залежності від тактики ведення	86
5.3. Динаміка рівня показників оксидативного та нітрозативного гомеостазу та вираженості ендогенної інтоксикації під час гестаційного періоду у вагітних з доброякісними кістозними утвореннями яєчників в залежності від тактики ведення.	92
5.4. Клінічні результати спостережної тактики та ендохірургічного лікування доброякісних кістозних утворень яєчників під час вагітності в залежності від тактики ведення.	100
ВИСНОВКИ.....	104
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	105
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	115