

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ КІСТ ЯЄЧНИКІВ*



Т.В. ГЕРАСИМОВА

к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

ORCID: 0000-0002-0447-2430

Контакти:

Герасимова Толіна Вікторівна
НМАПО ім. П.Л. Шупика, кафедра акушерства, гінекології та перинатології
04074, Київ, Мостицька, 11
тел.: + 380 (44) 205 49 46
e-mail: office@nmapo.edu.ua

ВСТУП

Кісти яєчників – одне з найчастіших захворювань статеві системи. Вони можуть розвиватися від періоду внутрішньоутробного розвитку плода до постменопаузи. В усіх випадках слід дуже ретельно підходити до діагностики та вибору методу лікування.

Існує декілька варіантів класифікації видів пухлинних утворень яєчників – як за клінічними, так і за патоморфологічними ознаками. Однак для зручності практичної роботи лікаря можливо поділити їх на істинні пухлини яєчників – кістоми та пухлиноподібні утворення яєчників – кісти.

Істинні пухлини яєчників: цистаденома (серозна, муциозна), ендометріодна кіста яєчника (наслідок ендометріозу яєчників), дермоїдна кіста яєчника (містить похідні сполучної тканини).

Пухлиноподібні утворення: функціональні кісти – фолікулярні кісти та кісти жовтого тіла, параоваріальні кісти.

За даними різних авторів, останніми роками частота пухлин яєчників значно зросла – з 6–11 до 19–25%. Так, у підлітків вони зустрічаються в 5–10% випадків серед усіх гінекологічних захворювань дитячого віку. У репродуктивному віці до 80% жінок мали кісту яєчника хоча б раз у житті, при цьому тільки у 1/4 з них спостерігались клінічні прояви. У перименопаузальному віці розповсюдженість цієї патології становить 3–18%. Саме в цей період необхідно приділяти особливу увагу своєчасній діагностиці та лікуванню через високий ризик злякисного перетворення.

МОРФОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІЧНА КАРТИНА

До факторів ризику розвитку пухлин яєчників відносяться:

- ☛ патологічний перебіг вагітності матері – невиношування, гестози, соціально-екологічні умови;
- ☛ наявність пухлин яєчників у матері в анамнезі;
- ☛ пізні менархе, пізня менопауза (після 55 років);
- ☛ хронічний стрес та порушення менструальної функції;
- ☛ міжменструальний больовий синдром;
- ☛ хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів;
- ☛ належність до нульової чи другої групи крові.

Як відомо, яєчники розташовані на задній поверхні широкої зв'язки матки. У дітей та підлітків їх розмір та структура постійно змінюються відповідно до віку. В репродуктивному віці яєчники мають форму еліпсоїда завдовжки 3–5 см, завширшки 1,5–3 см, завтовшки 0,7–1,5 см, вагою 5–6 г, а з припиненням овуляції зменшуються, заповнюючись сполучнотканними клітинами.

Поверхня яєчника вкрита низьким кубічним епітелієм, під яким розташована білкова оболонка. Під нею – кірковий шар із фолікулами на різних стадіях розвитку, регресуючими жовтими тілами та поодинокими тека-клітинами. Мозковий шар вузький, це пухка тканина з великою кількістю судин. Біля воріт яєчника знаходяться залишки трубчастих структур первинної нирки (пронефросу).

Функціонально активні утворення яєчника – фолікули різного ступеня зрілості: первинний, зріючий та зрілий граафові фолікули. В структурі фолікула є оболонка, внутрішня поверхня якої вистелена гранульозними клітинами, а порожнина заповнена гормонально активною фолікулярною рідиною, в якій міститься ооцит. Фолікул має сполучнотканнну оболонку (тека, theca), котра поділяється на внутрішню (theca interna) та зовнішню (theca externa), які складаються з гормонально активних клітин.

У яєчниках розвиваються пухлини різного походження та будови. З кожної вищеперерахованої складової яєчника можливий розвиток пухлин. Відомо понад 40 різновидів їх морфологічної структури. У цьому відношенні яєчники посідають одне з перших місць серед інших органів людини.

Кожний менструальний цикл (МЦ) завершується розвитком одного граафова фолікула. Він випинається над поверхнею яєчника, відбувається розрив його стінки, і яйцеклітина виходить у черевну порожнину.

При порушенні розвитку фолікула, процесу овуляції та функції жовтого тіла можливі патологічні утворення у вигляді кіст.

Кіста – ретенційне утворення, що виникає внаслідок накопичення секрету всередині капсули, її зростання відбувається тільки за рахунок підвищення вмісту, а не через поділ клітин. Вміст кісти може бути водянистим, щільним або в'язким.

* Стаття опублікована в журналі «Медицинские аспекты здоровья женщины» № 5 (80) 2014

Функціональні кісти яєчників – це доброякісні ретенційні пухлиноподібні утворення, які формуються з природних структур яєчника – фолікула чи жовтого тіла.

Причини утворення пухлин яєчників можуть виникнути ще в ембріональному періоді під впливом різних несприятливих факторів, які можуть зашкодити правильному розвитку внутрішніх статевих органів та зумовити більш високий ризик утворення пухлин яєчників у різні періоди життя.

На 20–21 день ембріонального періоду з'являються гонцити – перші статеві клітини. Вплив шкідливих факторів може призвести до порушення їхніх рецепторів і, як наслідок, до неадекватної відповіді на гонадотропіни.

На 4–5 тижні формуються мюллерові та вольфові протоки. У плода жіночої статі вольфові протоки поступово регресують, а з мюллерових розвиваються матка, маткові труби, верхня третина піхви. Порушення гормонального балансу в організмі матері, наявність у неї інфекції можуть зашкодити правильному регресу одних і розвитку інших протоків, що є причиною аномалій розвитку статевих органів. Повна диференціація внутрішніх статевих органів відбувається на 10–12 тиждень вагітності.

Шкідливі звички, неадекватне використання лікарських засобів, у т. ч. гормонів, порушують формування фолікулярного апарату яєчників, їх біологічну активність.

Після 12 тижнів вагітності розвиток внутрішніх статевих органів відбувається пропорційно зростанню плода. Патологічні ендогенні та екзогенні фактори на кожному з етапів розвитку плода надалі можуть призвести до розвитку кіст яєчників.

Фолікулярна кіста яєчника утворюється з персистуючого зрілого або незрілого фолікула внаслідок неадекватної гонадотропної стимуляції яєчників або ущільнення оболонки яєчника та утруднення процесу овуляції на фоні запального процесу. Продовження функціонування гранульозних клітин зумовлює подальше зростання фолікула за рахунок накопичення естроген-активної рідини і перетворення його на фолікулярну кісту. При збільшенні об'єму рідини починається поступова дегенерація гранульозних клітин, лізується ооцит, що приводить до припинення процесу розвитку кісти та її зникнення.

Фолікулярна кіста – тонкостінне утворення з гладкою поверхнею, розміром від 2 до 8 см, з рідким прозорим вмістом, в основному одностороннє, гормонопродукуюче (переважно естрогени).

У разі порушення чутливості гранульозних клітин до гонадотропінів продовжується накопичення фолікулярної рідини, розміри кісти збільшуються, створюючи несприятливі умови та погіршуючи живлення яєчника, а також призводячи до перекруту або апоплексії.

Протягом декількох МЦ внаслідок різних причин можливе порушення процесу зростання антральних фолікулів, припинення їх розвитку на різних стадіях, неадекватне збільшення одного з фолікулів. Усе це створює умови для початку розвитку так званої **полікістозної хвороби** яєчників. Причинами її появи може бути гормональний дисбаланс, який частіше виникає на фоні несвоєчасного та неефективного лікування запальних процесів статевих органів, часто рецидивуючих хронічних сальпінгоофоритів. Запальні процеси та дисгормоноз є підґрунтям для ущільнення білкової

оболонки яєчника та порушення стадій розвитку фолікулів і створюють умови для формування полікістозу.

Клінічні прояви фолікулярної кісти: порушення регулярності МЦ, поліменорея, ниючий біль внизу живота; при збільшенні розмірів утворення – підсилення больової реакції з тиском на задній прохід; при ускладненні (перекрут або апоплексії) – симптоми «гострого» живота.

Кісти жовтого тіла зустрічаються при двофазному МЦ у жінок віком від 16 до 40 років. Це товстостінне утворення, розмірами 5–7 см, вистелене лютеїновими та лютеїнізованими тека-клітинами з внутрішньою складчастою поверхнею жовтого кольору та темно-жовтим прозорим або геморагічним вмістом. Лютеїнова кіста є гормонопродукуючою, утворюючи всі види стероїдних гормонів, переважно прогестерон.

Причинами утворення кіст жовтого тіла в основному є запальні процеси, під час або після яких погіршується відтік рідини з центральної частини жовтого тіла через порушення функції кровоносної та лімфатичної систем. Таким чином, кіста формується за рахунок трансудації рідини з кровоносних судин жовтого тіла. Крім того, причиною існування кіст жовтого тіла може бути неадекватна продукція гонадотропних гормонів у другій фазі МЦ, насамперед, лютеїнізуючого гормону (ЛГ). Тривалий вплив ЛГ на жовте тіло призводить до подовження терміну його функціонування, збільшення та утворення кісти.

Клінічними проявами кісти жовтого тіла можуть бути подовження МЦ, поліменорея, аномальні маткові кровотечі внаслідок нерівномірного відторгнення ендометрія на фоні запального процесу. Інколи турбує біль внизу живота, підсилення відчуття болю спостерігається при збільшенні розмірів або розриві кісти.

Параоваріальні кісти не відносяться до функціональних. Вони являють собою ретенційні тонкостінні утворення з ембріонального додатка яєчника (рудиментів первинної та серединної нирки), із серозним вмістом, розташовані між листками широкої маткової зв'язки, можуть мати ніжку, сформовану матковою трубою та власною яєчничковою зв'язкою. При цьому структура і функція яєчника не змінені, він може знаходитись на нижній або зовнішній поверхні кісти. Зазвичай параоваріальні кісти не мають клінічних проявів і здебільшого виявляються випадково при ультразвуковому дослідженні (УЗД) або профілактичному огляді.

У разі перекруту або при досягненні значних розмірів кісти з'являється больовий синдром, що прискорює вирішення питання щодо хірургічного втручання та видалення цього утворення.

ДІАГНОСТИКА

Алгоритм дій при виявленні кіст яєчників складається з аналізу анамнестичних даних (скарг, можливих факторів ризику виникнення кіст), оцінки стану хворої після загального огляду та спеціального гінекологічного обстеження, а також плану обстеження, який включає клініко-лабораторні та спеціальні методи діагностики стосовно пухлин яєчників. Основна мета такого дослідження – визначити стан хворої та характер процесу і на

основі отриманих результатів вибрати метод лікування: вибічувальна тактика, консервативна терапія, оперативне лікування.

Згідно з даними анамнезу, в 30% випадків при функціональних кістах скарги відсутні, утворення виявляються тільки при гінекологічному огляді та УЗД. В інших випадках можливі скарги на періодичний або постійний біль в нижніх відділах живота, в разі ускладнень (перекрут, апоплексія, формування запального тубооваріального утворення) біль підсилюється, стає гострим. Крім того, відбуваються порушення МЦ у вигляді змін його регулярності та тривалості, у 20% випадків мають місце аномальні маткові кровотечі.

При загальному огляді інколи спостерігається дещо порушений загальний стан, скарги на швидку втомлюваність, головний біль, проблеми зі сном, загострення хронічних соматичних захворювань, підвищення температури тіла.

Обов'язковим є визначення гемодинамічних показників та симптомів подразнення черевної порожнини. У дитячому та підлітковому віці проводиться ректоабдомінальне, а в репродуктивному, перименопаузальному віці та у сексуально активних підлітків – спеціальне гінекологічне обстеження.

Обсяг клініко-лабораторного обстеження включає розширений аналіз крові, визначення С-реактивного білка, за необхідності – біохімічний аналіз, обов'язкове бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із піхви.

З метою визначення характеру процесу використовують додаткові методи діагностики: УЗД, КТ, МРТ, визначення пухлинних маркерів СА-125, Н-4, хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ), α -фетопротеїну (АФП), аналіз гормонів (ЛГ, фолікулостимулюючого гормону [ФСГ], естрадіолу [E₂], тестостерону, антимюллерового гормону), ендоскопічне дослідження (гістероскопія, лапароскопія).

При УЗД **фолікулярна кіста** в структурі яєчника визначається як однокамерне ехонегативне утворення, яке локалізується біля параметрія або одного з кутів матки, розмірами від 35 до 70 мм, правильної округлої форми, з товщиною стінки 1–2 мм, іноді з поодинокими ехопозитивними включеннями. Структура матки та ендометрія не змінені, інколи має місце гіперплазія ендометрія.

Характерним є припинення існування кісти після менструації. Багатокамерне утворення може виникнути за умови, якщо кіста не самоліквідувалась і процес продовжується.

При УЗД **кісти жовтого тіла** (лютеїнової кісти) ехографічна картина представлена структурою жовтого тіла збільшених розмірів (від 35 до 70 мм) з ехопозитивними включеннями, яку слід диференціювати з дермоїдною та ендометріюідною кістами (рис. 1–11).

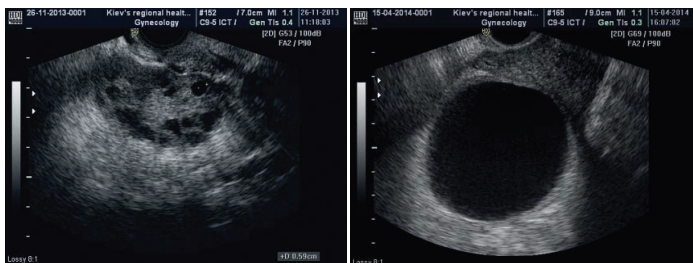


РИСУНОК 1. ДОМІНАНТНИЙ ФОЛІКУЛ РИСУНОК 2. ФОЛІКУЛЯРНА КІСТА

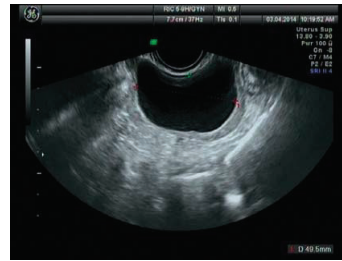


РИСУНОК 3. ФОЛІКУЛЯРНА КІСТА

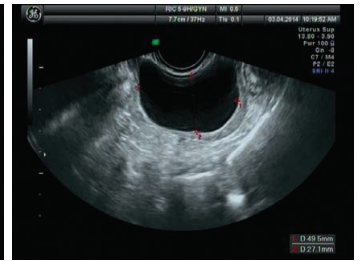


РИСУНОК 4. ФОЛІКУЛЯРНА КІСТА

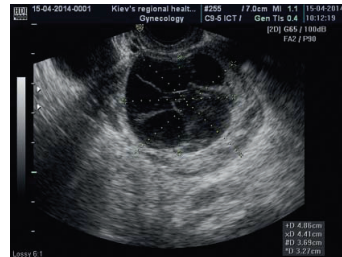


РИСУНОК 5. ГІПЕРСТИМУЛЬОВАНИЙ ЯЄЧНИК (декілька фолікулярних кіст)

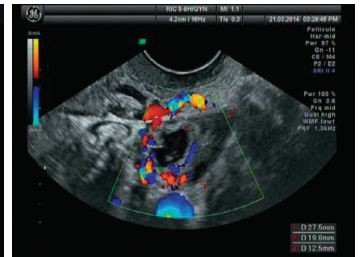


РИСУНОК 6. ЖОВТЕ ТІЛО

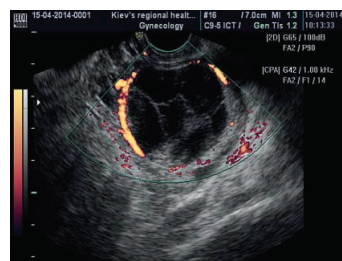


РИСУНОК 7. КІСТА ЖОВТОГО ТІЛА

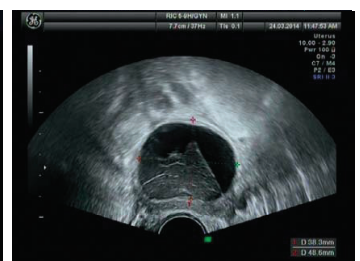


РИСУНОК 8. КІСТА ЖОВТОГО ТІЛА

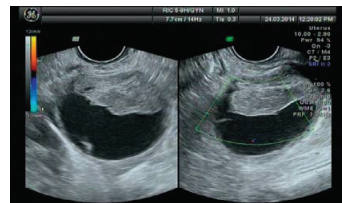


РИСУНОК 9. КІСТИ ЖОВТОГО ТІЛА

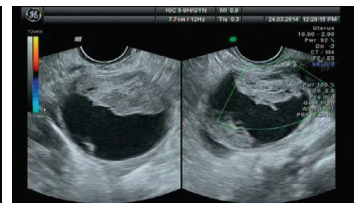


РИСУНОК 10. КІСТИ ЖОВТОГО ТІЛА



РИСУНОК 11. ПАРАОВАРІАЛЬНА КІСТА

При КТ або МРТ виявляються розташовані біля матки утворення з капсулою. Ці методи дослідження не дають змоги чітко диференціювати процес, тому вони недостовірні та не завжди доцільні.

Гемодинамічні показники, загальний та біохімічний аналізи крові допомагають у визначенні гостроти процесу. Пухлинні маркери при доброякісних кістах не змінені, можли-

ве деяке підвищення маркера CA-125. У випадках, коли стан хворої задовільний і ознак «гострого» живота немає, для визначення гормонального стану та вибору методу лікування доцільно провести гормональне обстеження, бажано в першій фазі МЦ.

Можна спостерігати такі зміни концентрації гормонів:

- ☛ при фолікулярних кістах рівні ФСГ, E_2 та антимюллерового гормону підвищені, показники ЛГ та тестостерону в нормі;
- ☛ при лютеїнових кістах рівні ЛГ та тестостерону підвищені, ФСГ та E_2 відповідають нормі;
- ☛ при параоваріальних кістах здебільшого всі показники не змінені;
- ☛ при ендометріюїдних кістах в 70% випадках концентрація ЛГ та E_2 підвищена;
- ☛ для дермоїдних кіст характерним є підвищення рівнів ЛГ, тестостерону, антимюллерового гормону.

У гострому періоді при наявності болю, підвищенні температури тіла, порушенні загального стану більш ніж в половині випадків діагностують гострий апендицит. Можливе поєднання пухлини яєчника з апендицитом, особливо після або в період запалення придатків. Одночасне проведення апендектомії та операції з приводу пухлини яєчника зустрічається в третині випадків.

У гострому періоді слід проводити **диференційну діагностику** з гострим сальпінгоофоритом, пухлиною черевної порожнини, гематосальпінксом, вагітністю, гідронефрозом або дистопованою ниркою.

Функціональні кісти яєчника (лютеїнові) слід відрізняти від ендометріюїдної або дермоїдної кісти, злоякісного новоутворення.

Багаторічний досвід багатьох дослідників свідчить, що у 70% дівчаток та в 60% жінок репродуктивного і перименопаузального періодів має місце ураження правого яєчника, що зумовлено його більшою функціональною активністю.

ЛІКУВАННЯ

Вирішуючи питання щодо вибору методу лікування та розробки профілактичних заходів, слід ретельно проаналізувати анамнестичні дані стосовно репродуктивної функції матері хворої та особливостей виношування вагітності, врахувати порушення розвитку в періодах новонародженості та дитинства, патологічний перебіг менархе, а надалі – репродуктивну функцію, перенесені гінекологічні захворювання та оперативні втручання.

Фолікулярні кісти яєчників спостерігаються в різних періодах дитячого віку. У новонароджених вони зумовлені стимулюючим впливом надмірної кількості материнського хоріонічного гонадотропіну, що характерно для вагітних із гестозами, перенесенням і цукровим діабетом. У ранньому дитячому та дошкільному віці фолікулярна кіста як естрогенпродукуюче утворення може призвести до передчасного статевого дозрівання, в пубертаті – до патологічного менархе або порушення МЦ, гіперплазії ендометрія та навіть до пубертатних кровотеч.

Фолікулярні кісти новонароджених здебільшого мають безсимптомний перебіг, спонтанно регресують до 6–10 місяця життя, їх розмір не перевищує 5 см. Вони не потре-

бують спеціального лікування, однак щомісяця необхідно проводити УЗД-контроль. В антенатальному або неонатальному періоді переважає вичікувальна тактика, оперативне лікування показано тільки при великих розмірах кіст у зв'язку з ризиком гіпоплазії легенів, а також у разі виникнення ускладнень – нагноєння, перекруту чи розриву кісти.

Піки захворюваності в дитячому віці спостерігаються в 4–6 років на фоні бурхливого формування імунної системи та в 10–14 років – при становленні ендокринної системи. Критерій доброякісності для дитячого віку має умовне значення. Через постійне загальне зростання дитини проліферативні процеси в цьому віці є активнішими, тому результати гістологічного дослідження можуть свідчити про ознаки злоякісності пухлини.

У дитячому та підлітковому віці спостерігаються фолікулярні кісти невеликих розмірів (до 6 см), які спонтанно регресують протягом 1–3 місяців, тому в цей період рекомендується динамічне клініко-ехографічне спостереження. При довготривалому (понад 3 міс) існуванні кісти показано оперативне лікування. При розмірах кісти більше 7 см або в разі її перекруту проводять органозберігаюче оперативне втручання, бажано методом лапароскопії.

Тактика ведення пацієнок із функціональними кістами у репродуктивному та перименопаузальному віці включає ретельну діагностику з метою виключення злоякісного процесу. При безсимптомному перебігу хвороби протягом трьох МЦ проводиться спостереження з обов'язковим УЗД-контролем та профілактичними заходами проти рецидиву кісти. У випадку персистенції кісти після визначення причини виникнення захворювання проводять консервативне лікування. За наявності больового синдрому, при порушеннях МЦ консервативне лікування необхідне з моменту виявлення кісти. У разі перекруту або розриву з наростанням симптомів «гострого» живота проводять оперативне лікування. Після консервативної терапії протягом трьох МЦ при збереженні кісти показана лапароскопія з видаленням утворення.

У більшості випадків **кісти жовтого тіла** зазнають зворотного розвитку, при якому шар лютеїнових клітин поступово заміщується сполучною тканиною. При утворенні кісти на фоні запального процесу обов'язковим є проведення протизапальної терапії з включенням нестероїдних протизапальних засобів. За відсутності наростання симптомів існування кісти протягом 2–3 місяців проводиться УЗД-контроль (на 18–22 день МЦ). Показанням до оперативного лікування є розрив кісти, її великі розміри та перекрут. При тривалому (понад 3 МЦ) існуванні кісти жовтого тіла з лікувально-діагностичною метою проводять лапароскопію.

Слід розрізняти кісти і кістоми, незважаючи на умовність такого розділення. Малі кісти (від 3 до 7 см) у 90% випадків не потребують хірургічного втручання. Кісти розміром більше 7 см, а також деякі види серозних кістом і тератом підлягають оперативному лікуванню з обов'язковим збереженням здорової тканини яєчника. Оваріоектомія виконується тільки при повному порушенні живлення яєчника, його некрозі. Показанням до оперативного лікування є ускладнений перебіг кіст яєчників: перекрут, розрив, нагноєння.

Лікування за допомогою пункції як єдине в усіх вікових групах є неприйнятним. Операції, які проводять при кістах яєчників: ушивання розриву яєчника; вилущування кісти; одностороння аднексектомія; поєднана операція – видалення пухлини яєчника та апендектомія.

Слід зазначити, що при оперативному лікуванні можливі негативні наслідки. Так, при односторонній оваріоектомії в 60% випадків спостерігається тривала вікарна гіпертрофія яєчника через одночасне дозрівання декількох фолікулів. При збільшенні розмірів яєчника понад 10 см³ необхідно забезпечити його лікування.

Розлади МЦ спостерігаються у 2–3 рази рідше після вилущування кісти, ніж після односторонньої аднексектомії. При порушеннях МЦ необхідно обов'язково проводити гормональну корекцію. Нейровегетативні розлади та ендокринні порушення частіше зустрічаються при видаленні правого яєчника і потребують відповідної корекції після додаткового обстеження. Рецидив кістоутворення виникає внаслідок відсутності проведення етіопатогенетичних профілактичних лікувальних заходів.

Консервативна терапія проводиться при виборі вичікувальної тактики під динамічним контролем УЗД: за наявності запального процесу або рецидиву кістоутворення, при порушенні МЦ, в разі вікарного збільшення яєчника після оперативного лікування. Виняток: лікування медичними препаратами не проводиться в неонатальному періоді.

При консервативній терапії лікувальні заходи повинні бути спрямовані на ліквідацію функціональної кісти, усунення причин її виникнення, в разі проведеного оперативного лікування – на профілактику рецидиву. Вони включають протизапальну, протиспайкову терапію та гормональну корекцію.

Обсяг комплексного протизапального лікування залежить від причини виникнення функціональних кіст, віку, тривалості захворювання і призначається за принципом: антибактеріальна терапія з профілактикою дисбактеріозу, за необхідності – противірусна терапія. Лікування проводиться на фоні десенсибілізуючої, спазмолітичної та дегідратаційної терапії. Обов'язковим є включення нестероїдних протизапальних засобів.

У разі виявлення збудників запального процесу при бактеріологічному та бактеріоскопічному дослідженні доцільно провести антибактеріальну терапію місцевої дії, наприклад, використовуючи вагінальні капсули поліжинакс, і як альтернативу антибактеріальним препаратам – вагінальні таблетки флуомізин. Системна антибактеріальна терапія препаратами широкого спектра дії протягом 7–14 днів призначається за наявності запального процесу.

Обов'язковою є профілактика дисбактеріозу за допомогою еубіотиків, антимікотиків і вітамінів групи В. Враховуючи те, що більш ніж у 70% випадків запальні процеси статевих органів спричинені асоціацією мікробної та вірусної інфекції, показана противірусна терапія переважно з використанням інтерферону місцевої дії та індукторів інтерферону загальної дії. Інтерферони місцевої дії слід застосовувати тільки після усунення бактеріальної інфекції.

Препарат генферон ІБ є інтерфероном місцевої дії, який містить наступні компоненти:

- інтерферон α-2b – забезпечує імуномодуючу, противірусну й антибактеріальну дію;
- таурин – має антиоксидантну, репаративну, мембранопротекторну та метаболічну активність;
- бензокаїн – забезпечує знеболювальну дію.

Рекомендації для застосування генферону ІБ: по 500 000 МО 1 раз на добу з 7-го дня МЦ протягом 5–10 днів. Для пацієнтів дитячого віку зручнішим є генферон лайт ІБ, до якого входять два активних компоненти – інтерферон α-2b і таурин. Рекомендації для застосування: для дітей віком 0–7 років по 125 000 МО ректально 1 раз на добу, 7–14 років – по 250 000 МО ректально 1 раз на добу протягом 5–10 днів.

Крім того, при вірусних процесах доцільно додати до лікування індуктори інтерферону загальної дії, наприклад, лавомакс або протекфлазид, чи інфлюцид. Рекомендації щодо застосування лавомаксу:

- при урогенітальному хламідіозі, уреоплазмозі, мікоплазмозі у перші 2 доби призначають по 0,125 г, потім через 48 год – по 0,125 г курсовою дозою 1,25 г (10 таблеток);
- для лікування герпетичної, цитомегаловірусної інфекції у перші дві доби – по 0,125 г, потім через 48 год – по 0,125 г курсовою дозою 2,5 г (20 таблеток);
- з метою профілактики сезонних захворювань призначають по 0,125 г 1 раз на тиждень протягом 6 тижнів.

Використання інтерферонів має на меті:

- пригнічення репродукції вірусу в клітині;
- перешкоджання проникненню вірусу в здорову клітину;
- активізацію імунного захисту проти вірусу.

З метою запобігання ускладненням у вигляді перекруту або апоплексії кісти обов'язковим є проведення спазмолітичної, дегідратаційної та нестероїдної протизапальної терапії. Тривалість застосування комплексу цих заходів – у межах 7–14 днів.

Лікування проходить більш успішно при поєднанні алопатичної, фіто- та гомеопатичної терапії. Враховуючи, що функціональні кісти формуються на фоні дисгормонозу і потребують гормональної корекції, препаратами першого ряду є також гомеопатичні, антигомотоксичні та рослинні засоби.

Найбільш патогенетично обумовленим у лікуванні функціональних кіст яєчників є Мастодинон® – комплексний лікарський препарат, що містить стандартизовані рослинні компоненти, справляє пригнічуючу дію на запальні цитокіни, а також сприяє усуненню гормонального дисбалансу, спричиненого гіперпродукцією естрогенів фолікулярними кістами (гіперплазія ендометрія). Крім того, основний компонент мастодинону – спеціальний екстракт *Vitex Agnus Castus* (прутняк звичайний) – сприяє ліквідації явищ латентної гіперпролактинемії, яка в свою чергу зумовлює розвиток гіперестрогенії.

Оскільки функціональні кісти в 70% випадків спричиняють дисгормональні захворювання молочних залоз, симптомами яких є масталгія та мастодинія, використання мастодинону сприяє усуненню цих ускладнень.

Таким чином, показанням до застосування мастодинону при виявленні кіст яєчників на фоні запального процесу є гіперестрогенія, гіперплазія ендометрія, дисгормональні захворювання молочних залоз. Враховуючи, що на фоні

фолікулярних кіст яєчників у дитячому та підлітковому віці часто має місце прискорене телархе, прийом мастодинону врівноважує процеси розвитку репродуктивної системи.

Рекомендації щодо застосування даного препарату:

- по 15–30 крапель або 1–2 таблетки (залежно від маси тіла) 2 рази на добу безперервно протягом 2 місяців;
- у підлітковому віці по 10–20 крапель 1–2 рази на добу протягом 2 місяців;
- при досягненні ефекту з 16-го дня МЦ протягом 10–12 днів упродовж 2–6 МЦ.

Тривалість та ефективність лікування визначається за такими ознаками, як нормалізація структури яєчника, відновлення регулярності МЦ та відповідність товщини ендометрія добі МЦ.

Виникнення функціональної кісти, переважно кісти жовтого тіла, може бути спричинено порушенням продукції пролактину. Характерним порушенням МЦ в подальшому є гіпоменструальний синдром. У таких випадках доцільно провести лікування циклодиноном. Критерій тривалості лікування визначається нормалізацією рівня пролактину та відновленням регулярності МЦ. Переваги циклодинону: патогенетичне лікування порушень МЦ, передменструального синдрому, функціональних кіст на фоні гіперпролактинемії, особливо при больовому синдромі. Циклодинон являє собою високодозований монокомпонентний препарат спеціального екстракту BNO 1095 (стандартизований за вмістом дитерпенів: клерододієнолу та ін.) із запатентованою допамінергічною дією; не містить синтетичних гормонів; добре переноситься, придатний для тривалої терапії; зручний одноразовим прийомом добової дози; його безпечність доведена дослідженнями.

За наявності ускладнень, таких як дисгормональні захворювання молочних залоз, після їх додаткового обстеження (УЗД, мамографія, гормонограма) також показано місцеве застосування гестагенних засобів. Найбільш ефективним у цьому є препарат прожестожель, дія якого посилюється при одночасному використанні з мастодиноном. Прожестожель вигідно відрізняється від більшості гормональних препаратів тим, що прогестерон доставляється в тканини-мішені шляхом аплікації. Необхідний рівень прогестерону досягається мінімальною терапевтичною дозою препарату, що не впливає на профіль статевих гормонів. Режим застосування прожестожеля: щоденно шляхом нанесення на шкіру молочної залози протягом 2 місяців безперервно, потім у циклічному режимі з 16-го дня МЦ до менструації.

Причиною виникнення функціональних кіст можуть бути не тільки запальні та дисгормональні процеси, але й ущільнення оболонки яєчника, що не дає можливості відтворити фізіологічний процес овуляції. Для усунення цього ускладнення, а також для профілактики розвитку спайкового процесу на фоні існування функціональних кіст доцільним є проведення ензимо- та ферментотерапії (вобензим, лідаза, стрептокіназа, стрептодорназа, трипсин), а також фізіотерапевтичних процедур.

Для лікування функціональних кіст, крім протизапальної та фонові терапії гомеопатичними і рослинними препаратами, застосовується гормональна терапія, яка має свої особливості в кожній віковій групі.

У пубертатному віці першочерговим є проведення протизапальної фіто- та гомеопатичної терапії. За відсутності ефекту від цього лікування при персистуючому фолікулі (діаметр понад 2,5 см) або функціональній кісті гормональна корекція проводиться гестагенами: прогестерон 2,5% по 1 мл внутрішньом'язово або підшкірно 1 раз на добу з 18-го дня МЦ протягом 3–5 днів або дидрогестерон по 10 мг 2 рази на добу з 16-го до 25-го дня МЦ упродовж трьох МЦ.

У репродуктивному та перименопаузальному віці в гострому періоді гормонотерапія призначається разом із фіто- та гомеопатичною терапією: прогестерон 2,5% по 1 мл внутрішньом'язово або підшкірно 1 раз на добу з 19-го дня МЦ протягом 3 днів упродовж трьох МЦ або дидрогестерон по 10 мг *per os* 2 рази на добу з 16-го до 25-го дня МЦ протягом трьох МЦ.

Після зникнення кісти з метою профілактики рецидиву в репродуктивному віці при підвищених рівнях ФСГ і ЛГ (перша фаза МЦ) показано застосування комбінованих оральних контрацептивів (КОК) протягом 4–6 МЦ. У разі проведеного оперативного лікування з приводу функціональних кіст при підвищених рівнях ФСГ і ЛГ також показане профілактичне застосування КОК протягом 3–6 МЦ. Доцільними є КОК, які мають такий склад: етинілестрадіол/дезогестрел (20 мкг/150 мкг) з 1-го до 21-го дня МЦ або етинілестрадіол/гестоден (20 мкг/75 мкг) з 1-го до 21-го дня МЦ.

При нормальних або знижених рівнях ФСГ і ЛГ з профілактичною метою призначають гестагени з 18-го до 25-го дня МЦ протягом 3–6 МЦ. Альтернативою в такому випадку може бути профілактичне використання мастодинону протягом 2–4 МЦ.

Лікування вважається ефективним при нормалізації МЦ та за відсутності розвитку функціональних кіст протягом 6 місяців. Обов'язковим є контрольне УЗД на 6–7 день МЦ один раз на 3 МЦ.


Помилки при веденні функціональних кіст. Необґрунтованим є оперативне втручання при першому виявленні в яєчнику тонкостінного утворення діаметром більше 8 см за відсутності симптомів гострого процесу.

У 50% випадків кісти мають безсимптомний перебіг та самоліквідуються. Відсутність динамічного спостереження та профілактичних заходів в подальшому призводить до рецидиву кіст із більш тяжкими наслідками та підвищенням ймовірності оперативного лікування. Продовження спостереження понад 3 місяці при відсутності регресу пухлиноподібного утворення є помилковим. У цьому разі доцільним є оперативне лікування.

ВИСНОВКИ

1. За відсутності самоліквідації функціональної кісти в першому МЦ після її виявлення слід проводити лікування.
2. При виникненні функціональних кіст на фоні запального процесу показано лікування з гормональною корекцією від моменту виявлення кісти.
3. При ускладненні – перекуті, розриві, нагноєнні – необхідно проводити оперативне лікування.
4. Прогноз при своєчасному проведенні лікувальних заходів є сприятливим.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии. — СПб.: Фолиант. — 2002. — С. 195–209. Bohman, Y.V. Oncogynecology Guidelines. St. Petersburg. Foliant (2002): 195–209.
2. Гінекологія дитячого і підліткового віку: підручник / За редакцією І.Б. Вовк, О.М. Юзька, В.П. Вдовиченка. — К.: Медицина. — 2011. — 424 с. Gynecology of childhood and adolescence: a textbook / Ed. by I.B. Vovk, O.M. Yuzko, V.P. Vdovychenko. Kyiv. Medicine (2011): 424 p.
3. Гуркин, Ю.А. Гинекология подростков. — СПб.: Фолиант. — 2000. — 573 с. Gurkin, Y.A. Adolescent Gynecology. St. Petersburg. Foliant (2000): 573 p.
4. Подзолкова, Н.Н., Глазкова, О.Л. Исследование гормонального статуса женщины в практике гинеколога. — М.: МЕДпресс-Информ. — 2004. — 80 с. Podzolkova, N.N., Glazkova, O.L. The study of hormonal status of women in the practice of the gynecologist. Moscow. MEDpress-Inform (2004): 80 p.
5. Серов, В.Н., Прилепская, В.Н., Овсянникова, Т.В. Гинекологическая эндокринология. — М.: МЕДпресс-Информ. — 2008. — 528 с. Serov, V.N., Prilepskaya, V.N., Ovsyannikova, T.V. Gynecological endocrinology. Moscow. MEDpress-Inform (2008): 528 p.
6. Хачкурузов, С.Г. УЗИ в гинекологии. Симптоматика, диагностические трудности и ошибки. — СПб.: ЭЛБИ-СПб. — 2012. — 672 с. Hachkuruzov, S.G. Ultrasound in Gynecology. Symptoms, diagnostic difficulties and mistakes. St. Petersburg. ELBI-SPb (2012): 672 p. 

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ КІСТ ЯЄЧНИКІВ

Т.В. Герасимова, к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології НМАПО ім. П.Л. Шупика

Функціональні кісти яєчників – доброякісні ретенційні пухлиноподібні утворення, які формуються з природних структур яєчника – фолікула чи жовтого тіла. У 50% випадків кісти мають безсимптомний перебіг та самоликвідуються.

Функціональні кісти поділяють на фолікулярні кісти, кісти жовтого тіла, параоваріальні кісти.

Діагностика складається з аналізу анамнезу, загального огляду, гінекологічного обстеження, клініко-лабораторного обстеження (включає розширений аналіз крові, визначення С-реактивного білка, за необхідності біохімічний аналіз, обов'язкове бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження вагінальних виділень) та спеціальні методи діагностики пухлин яєчників (ультразвукова діагностика, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія, визначення пухлинних маркерів, хоріонічного гонадотропіну людини, α-фетопроїтеїну, аналіз гормонограми, ендоскопічне дослідження).

Тактика ведення пацієнток із функціональними кістами у репродуктивному та перименопаузальному віці наступна. При безсимптомному перебігу хвороби протягом трьох менструальних циклів проводиться спостереження з обов'язковим ультразвуковим контролем та профілактичними заходами проти рецидиву кісти. При персистенції кісти після визначення причини виникнення захворювання проводять консервативне лікування. Лікувальні заходи консервативної терапії включають протизапальну, протиспайкову терапію та гормональну корекцію. Після консервативної терапії протягом трьох менструальних циклів при збереженні кісти показана лапароскопія з видаленням утворення.

Лікування проходить більш успішно при поєднанні алопатичної, фіто- та гомеопатичної терапії. Найбільш патогенетично обумовленим у лікуванні функціональних кіст яєчників є рослинний препарат мастодинон. Мастодинон – комплексний препарат, що містить стандартизовані рослинні компоненти, має пригнічуючу дію на запальні цитокіни, сприяє усуненню гормонального дисбалансу, спричиненого гіперпродукцією естрогенів фолікулярними кістами (гіперплазія ендометрія). Крім того, основний компонент мастодинону, прутняк звичайний, сприяє ліквідації явищ латентної гіперпролактинемії, яка, в свою чергу, зумовлює розвиток гіперестрогенії.

Після зникнення кісти з метою профілактики рецидиву в репродуктивному віці при підвищених рівнях фолікулостимулюючого і лютеїнізуючого гормонів показане застосування комбінованих оральних контрацептивів протягом чотирьох-шести менструальних циклів.

При ускладненні (перекрут, розрив, нагноєння) необхідне оперативне лікування.

Ключові слова: функціональні кісти яєчників, фітотерапія, мастодинон.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКА

Т.В. Герасимова, к. мед. н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Функциональные кисты яичников – доброкачественные ретенционные опухолевидные образования, которые формируются из природных структур яичника – фолликула или желтого тела. В 50% случаев кисты имеют бессимптомное течение и самоликвидируются.

Функциональные кисты разделяют на фолликулярные кисты, кисты желтого тела, параовариальные кисты.

Диагностика состоит из анализа анамнеза, общего осмотра, гинекологического обследования, клинико-лабораторного обследования (включает расширенный анализ крови, определение С-реактивного белка, при необходимости биохимический анализ, обязательное бактериоскопическое и бактериологическое исследование вагинальных выделений) и специальные методы диагностики опухолей яичников (ультразвуковая диагностика, компьютерная или магнитно-резонансная томография, определение опухолевых маркеров, хорионического гонадотропина человека, α-фетопроїтеїна, анализ гормонограммы, эндоскопическое исследование).

Тактика ведения пациенток с функциональными кистами в репродуктивном и перименопаузальном возрасте следующая. При бессимптомном течении болезни на протяжении трех менструальных циклов проводится наблюдение с обязательным ультразвуковым контролем и профилактическими мерами против рецидива кисты. При персистенции кисты после определения причины возникновения заболевания проводят консервативное лечение. Лечебные меры консервативной терапии включают противовоспалительную, протиспайковую терапию и гормональную коррекцию. После консервативной терапии на протяжении трех менструальных циклов при сохранении кисты показана лапароскопия с удалением образования.

Лечение проходит более успешно при объединении алопатической, фито- и гомеопатической терапии. Наиболее патогенетически обусловленным в лечении функциональных кист яичников является растительный препарат мастодинон. Мастодинон – комплексный препарат, который содержит стандартизованные растительные компоненты, оказывает угнетающее воздействие на воспалительные цитокіни, содействует устранению гормонального дисбаланса, вызванного гиперпродукцией эстрогенов фолікулярными кістами (гіперплазія ендометрія). Кроме того, основной компонент мастодинона, прутняк обыкновенный, содействует ликвидации явлений латентной гиперпролактинемии, которая, в свою очередь, обуславливает развитие гиперэстрогении.

После исчезновения кисты с целью профилактики рецидива в репродуктивном возрасте при повышенных уровнях фолікулостимулюючого і лютеїнізуючого гормонів показано применение комбинированных оральных контрацептивов в течение четырех-шести менструальных циклов.

При осложнении (перекруте, разрыве, нагноении) показано оперативное лечение.

Ключевые слова: функциональные кисты яичников, фитотерапия, мастодинон.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT IMPROVING OF FUNCTIONAL OVARIAN CYSTS

T.V. Gerasimova, PhD, assistant professor of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department of the National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk

Functional ovarian cysts are benign tumour retention formations formed from the natural structures of the ovary – follicle or yellow body. In 50% of cases cysts are asymptomatic and self-liquidated. In the absence of functional cyst self-destruct in the first menstrual cycle after treatment it should be revealing.

Functional cysts are divided into follicular cysts, corpus luteum cyst, paraovarian cysts.

Diagnosis consists of analysing history, general examination, gynaecological examination, clinical laboratory tests (including advanced analysis of blood, determination of C-reactive protein, appropriate biochemical if it need, compulsory bacterioscopic and bacteriological examination of vaginal discharge) and special methods of diagnosing ovarian tumors (ultrasound, computed or magnetic resonance tomography, determination of tumor markers, human chorionic gonadotropin, α-fetoprotein, hormones analysis, endoscopy).

Clinical management of patients with functional cysts in reproductive and perimenopausal age includes the following options. In asymptomatic disease in three menstrual cycles conducted surveillance of ultrasound control and preventive measures against cyst recurrence. Conservative treatment is used after determining the causes of disease for persistent cysts. Therapeutic measures include anti-inflammation therapy, hormonal and anti-adhesion therapy. While cysts maintaining after conservative treatment for three menstrual cycles the laparoscopy is used for removing formations.

Treatment is more successful when combined allopathic, homeopathic and phytotherapy. Most pathogenic provided in the treatment of functional ovarian cysts is an herbal preparation mastodynon. Mastodynon is a complex drug containing standardized herbal ingredients with depressing effect on inflammatory cytokines, helps eliminate hormonal imbalance caused by hyperestrogenia of follicular cysts (endometrial hyperplasia). In addition, the main component of mastodynon – Vitex Agnus Castus – promotes the elimination of the latent hyperprolactinemia, which in turn causes the hyperestrogenia development.

After the disappearance of the cyst to prevent recurrence of reproductive age with elevated levels of follicle stimulating hormone and luteinizing hormone the use of combined oral contraceptives for four to six menstrual cycles is needed.

Surgery treatment indicated if there is complication (torsion, rupture, suppuration).

Keywords: functional ovarian cysts, phytotherapy, mastodynon.