

# КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНОМАНІТНИХ ПІДХОДІВ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ТА ПРЕВЕНТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ КІСТ ЯЄЧНИКІВ



## О.М. МАКАРЧУК

д. мед. н., професор, завідувачка кафедрою акушерства та гінекології факультета післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету

ORCID: 0000-0002-5423-4377

## Н.І. МАТВІЙКІВ

лікар акушер-гінеколог Івано-Франківського обласного перинатального центру

### Контакти:

Макарчук Оксана Михайлівна  
Івано-Франківський НМУ, ФПО,  
кафедра акушерства та гінекології  
76018, Івано-Франківськ, Галицька, 2  
тел.: +38 (050) 521 01 92  
e-mail: O\_makarchuk@ukr.net

## ВСТУП

За останні роки в світі констатовано зростання частоти кістозних уражень яєчників, що негативно впливає на стан репродуктивного здоров'я жіночого населення. За даними різних авторів, у структурі гінекологічних захворювань питома вага кістозних уражень яєчників коливається від 25% до 40%. Різні літературні джерела відзначають, що тенденція до росту в останні десятиліття кількості пухлин яєчників знаходиться в межах від 6–11% до 19–25%, причому їхня частка в підлітковому віці складає 5–10%, у репродуктивному віці – до 80% (із них тільки у 1/4 жінок – із клінічними проявами), в перименопаузальному віці – від 3% до 18% [1, 3]. Найчастіше зустрічаються функціональні кісти яєчників, серед яких частка фолікулярних кіст складає від 22–31% до 90%, кіст жовтого тіла – від 5% до 15% [2–4].

Слід зазначити, що між істинними пухлинами та кістозними ураженнями існує тільки зовнішня схожість, тоді як їхня патоморфологічна суть глибоко відрізняється. Серед основних патогенетичних факторів відзначають патологічний перебіг вагітності матері, наявність у неї пухлин яєчників, пізні менархе, пізня менопауза, хронічний стрес, хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів, 0 (I) чи A (II) група крові.

Лікування пухлинних утворень яєчників нерідко і помилково розпочинають з оперативного втручання, яке виконують у невиправданому великому обсязі. Це не тільки не приводить до оздоровлення та не зменшує епізоди рецидиву, але й негативно впливає на репродуктивну функцію, знижуючи оваріальний резерв яєчника та зумовлюючи неефективність корекції оваріально-менструального циклу і лікування неплідності.

## АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Існуючі на сьогодні методи консервативного лікування кістозних утворень яєчників обумовлюють регрес кістозних утворень у 50–55% випадків, однак не виключають ймовірності рецидиву [2].

Одним із основних методів профілактики рецидиву функціональних утворень яєчників донині залишається використання монофазних комбінованих оральних контрацептивів (КОК) в циклічному режимі, що не завжди є раціональним для жінок, які планують вагітність, або пацієнок із відносними протипоказаннями для застосування даних гормональних засобів (ожиріння, патологія печінки, судинна патологія тощо). Крім того, результати окремих досліджень останніх років свідчать про зростання частоти відсутності значущої різниці в елімінації кістозних утворень при терапії КОК у порівнянні з очікуваною тактикою [3, 4].

На сучасному етапі в разі неускладненого перебігу захворювання та за відсутності явних клінічних ознак запального процесу виправданим є використання протизапальної терапії, стандарти якої передбачають застосування антибіотиків, нестероїдних протизапальних засобів, циклічної вітамінотерапії, фізіотерапії, метаболічного та імунотропного впливу [1–4].

Відсутність специфічної симптоматики, тенденція до росту, можливість малігнізації доброякісних пухлин та кістозних уражень яєчників, низька ефективність консервативного лікування, необґрунтованість та недоцільність оперативних втручань, які призводять до зниження оваріального резерву та, як наслідок, репродуктивної функції жінки, диктують необхідність

визначення факторів ризику виникнення пухлин, пошуку патогенетично обґрунтованих методів їхньої корекції, розроблення діагностичного алгоритму та диференційованого підходу до методів лікування, що і стало **метою** даного наукового пошуку.

У реальному житті в лікарській практиці при функціональних кістах яєчників найчастіше використовують вичікувальну тактику: 2–3 цикли з використанням тільки спазмолітичної, розсмоктувальної та протизапальної терапії. За відсутності регресу та появи нових кіст часто вдаються до хірургічного лікування або застосування гормональної терапії. В період вичікувального спостереження реальну терапію, спрямовану на відновлення гормональної рівноваги, жінкам не проводять. На сьогодні існує досить багато наукових даних щодо застосування препарату спеціального екстракту прутняка BNO 1095 у складі препарату Циклодинон для лікування порушення менструального циклу (МЦ), зумовленого недостатністю жовтого тіла. Спеціальний екстракт *Vitex agnus castus* – BNO 1095, стандартизований за вмістом циклічних дитирпенів (клерододієнолу), сприяє зниженню продукції пролактину, нормалізує співвідношення гонадотропних гормонів, ліквідує дисбаланс між естрадіолом та прогестероном, стимулює власну продукцію прогестерону яєчником, має протизапальну та спазмолітичну дію, таким чином пролонгуючи неповноцінну другу фазу МЦ.

За даними дослідників, включення в комплексну терапію препарату Циклодинон сприяє підвищенню ефективності лікування та дозволяє уникнути гормональної терапії у 60% дівчаток із функціональними кістами яєчників; також існують рекомендації щодо застосування даного засобу з профілактичною метою при порушенні менструальної функції після гормональної корекції [5]. У нашій практиці ми маємо позитивний досвід з використання даного рослинного лікарського засобу в терапії функціональних кіст яєчників, але він не був оформлений в науково обґрунтовану працю.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основою роботи був порівняльний аналіз результатів дослідження чотирьох груп пацієнток із функціональними кістами яєчників залежно від запропонованої схеми лікування.

Критеріями виключення стали: гіпоталамічний синдром, патологія щитоподібної залози, гіперплазія кори надниркових залоз, супутня гінекологічна патологія, яка потребувала оперативного втручання, тяжка соматична патологія печінки, судин, нирок, індивідуальна непереносимість запропонованих засобів або протипоказання до їхнього використання.

Діагностичний алгоритм включав вивчення анамнезу, даних соматичного та гінекологічного статусу, стандартні лабораторні дослідження, мікробіологічні аналізи піхвового вмісту та цервікального слизу (бактеріоскопія, бактеріологія, ДНК-діагностика з використанням полімеразної ланцюгової реакції), визначення вмісту гонадотропних та статевих стероїдних гормонів (фолікулостимулюючого (ФСГ) і лютеїнізуючого (ЛГ) гормонів, пролактину, естраді-

олу, прогестерону, тестостерону), а також інгібіну В, антимюллерового гормону (АМГ) та ультразвукове обстеження органів малого тазу.

Залежно від клінічного перебігу та комплексу лікувальних заходів пацієнтки були розділені на 4 рівні групи.

Першу (I) групу (n = 30) склали жінки з неускладненим перебігом функціональних кістозних утворень яєчника, які отримували базову терапію: антибактеріальні засоби, нестероїдні протизапальні препарати, спазмолітики, розсмоктувальну терапію.

До другої (II) групи (n = 30) увійшли жінки, які отримували з метою корекції гормонотерапію гестагенами або монофазні КОК згідно з рекомендованими стандартами їхнього використання протягом 3 місяців. При розмірах кістозного утворення до 6 см та діагностиці кісти після 12–14 дня МЦ (що, очевидно, підтверджує фолікулярну кісту) перевагу надавали прогестинам (гестагенам), які беручи участь в регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи, нормалізують ритм секреції гонадотропних гормонів, як наслідок, функцію яєчників. Перевагу надавали природним гестагенам – прогестерону, або його аналогу – дідрогестерону, які призначали в II фазу МЦ – з 12–14 дня циклу протягом 10–14 днів з обов'язковим ехографічним контролем на 5 день МЦ. Якщо розміри утворення не досягали 6 см, але кіста була виявлена до 10 дня МЦ, або розміри утворення були більшими за 6 см – перевагу надавали монофазним КОК (у першому випадку традиційно за 21-денною схемою або коротким курсом за 10-денною схемою, якщо кіста була виявлена після 12–14 дня МЦ або на фоні олігоменореї).

Третю (III) групу (n = 30) склали пацієнтки, які відмовилися від гормональної терапії або мали протипоказання до її використання, і яким було запропоновано корекцію порушень шляхом монотерапії рослинним препаратом Циклодинон зі спеціального екстракту прутняка (BNO 1095) протягом 6 місяців. Препарат чинить комплексний патогенетичний терапевтичний вплив при лікуванні функціональних кіст, містить стандартизовані рослинні компоненти, має пригнічувальну дію на запальні цитокіни, сприяє усуненню гормонального дисбалансу.

Четверту (IV) групу (n = 30) склали пацієнтки, які протягом трьох МЦ отримували гормональну терапію, з доповненням даного комплексу з превентивною та гормономодуючою метою препаратом Циклодинон протягом 6 місяців.

Цим групам жінок лікувально-профілактичні комплекси були запропоновані після періоду спостереження та ультразвукового моніторингу за самостійним імовірним регресом кістозного утворення без позитивного результату. До групи контролю увійшли 25 здорових жінок віком 18–39 років без анамнезу запальних процесів та оперативних втручань на яєчниках.

До комплексного лікування включали патогенетично обґрунтовану пофазову вітаміно- і фітотерапію, препарати, що регулюють функцію центральної нервової системи і тканинний обмін, проводили корекцію психоемоційних розладів із обов'язковим щомісячним ехографічним контролем на 23–25 день МЦ (упродовж трьох МЦ). Також проводився моніторинг розмірів кістозного утворення та епізодів ймовірного рецидиву ретроспективно протягом року.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік обстежених становив від 18 до 39 років, з них 96 (80%) склали жінки молодого репродуктивного віку. Слід зазначити, що, за даними літератури, саме в цій віковій групі переважають функціональні кісти яєчників [1, 2].

Функціональні кісти яєчників були виявлені в пацієнток при зверненні до лікаря жіночої консультації у 59,2% випадків із приводу лікування патології шийки матки, у 42,5% випадків – із приводу порушень МЦ чи діагностики неплідності, з них у 21,7% випадків кісти виявляли під час профілактичного огляду.

Серед симптомів, які відзначали пацієнтки, практично у половини обстежених жінок був больовий синдром різної інтенсивності. Дані літератури свідчать, що больовий синдром частіше відзначається при переважанні запального фактора в генезі утворення функціональних кіст яєчників, а також може бути зумовлений особливостями формування та росту кісти [2, 4].

На порушення оваріально-менструального циклу скаржилися 57,5% пацієнток. Аномальні маткові кровотечі як результат гіперстимуляції ендометрія на фоні ановуляції та відносної гіперестрогенемії в результаті надлишкового рівня внутрішньофолікулярного естрадіолу відзначено у 18,3% випадків. Частіше у пацієнток відзначалася олігоменорея або часткова короткотривала вторинна аменорея в результаті сповільненого зниження гормонів першої фази МЦ та формування монофазного МЦ в процесі зворотного розвитку фолікулярних кіст.

Неплідність діагностована у 48,3% пацієнток, причому у більшості частини – вторинного характеру. За даними різних авторів, неплідність може бути єдиним симптомом у пацієнток із пухлинними утвореннями яєчників, тому більш ретельної діагностики і моніторингу оваріально-менструального циклу потребують власне жінки з неефективним комбінованим лікуванням неплідності на фоні ізольованих фолікулярних кіст та їхньої комбінації з іншою гінекологічною патологією [1].

У структурі гінекологічних захворювань, відзначених у 78,3% пацієнток, переважали запальні захворювання жіночої статеві сфери, патологія шийки матки, причому у 17,5% мав місце рецидив після комплексного лікування фонових чи передракових захворювань шийки матки. Оперативних втручань на органах малого тазу зазнала кожна третя пацієнтка, з них у 19,1% це було оперативне розродження. Третина пацієнток не мала пологів в анамнезі, половина жінок, які народжували, відзначала короткий період лактації, у 10,8% обстежених в минулому було використано різні схеми індукції овуляції.

Слід зазначити, що у 76,6% пацієнток констатовано інфекції, що передаються статевим шляхом, причому в більшості частини – поєднані з патологією шийки матки та резистентні до антибактеріальної терапії зі схильністю до рецидивування.

Рецидивний перебіг кіст виявлено у 26,6% пацієнток, у 17,5% в анамнезі було оперативне втручання з приводу гострого перебігу (об'єм операції – кістектомія або резекція яєчника).

Відомо, що перенесені гострі та хронічні захворювання можуть спричинити дегенеративні зміни фолікулярного апарату яєчників, про що свідчить високий відсоток інфекційних захворювань дитинства в анамнезі у 61,6% учасниць дослідження, причому виявлені вони були в перший рік менархе або до початку статевого життя. 71,6% пацієнток відзначали епізоди запальних захворювань органів малого тазу, дві третини з них нині скаржаться на хронічний тазовий біль, кожна третя пацієнтка мала в анамнезі штучне переривання вагітності та післяабортні ускладнення.

Наслідком гострих та хронічних запальних процесів стали порушення функції гіпоталамо-гіпофізарної системи, стероїдогенезу, метаболічні зміни, що ініціювали менструально-генеративні порушення. Частота хронічних сальпінгоофоритів у структурі запальних захворювань в досліджуваних групах складала 69,2%. Як свідчать літературні джерела, за таких умов у більшості жінок відзначається функціональна гіперпролактинемія, що пов'язано із залученням у патологічний процес адренергічних структур гіпоталамуса та зниженням в них вмісту дофаміну, у 35% жінок виникнення або загострення запального процесу пов'язано з абортами. При цьому існування стійкого вогнища запалення в малому тазі призводить до виникнення у 65,8% пацієнток порушень менструальної функції у вигляді метрорагій, олігоменореї, альгодисменореї та передменструального синдрому [1, 2].

Гормональні дослідження проводили на 2–3-й і 20–23-й день МЦ, виявивши відмінності в концентрації гормонів залежно від гістотипу утворення. Аналіз отриманих результатів дозволив встановити позитивно прогресуючу динаміку секреції естрадіолу з високими рівнями гормону у фолікулярно-лютеїнову фазу МЦ в жінок із кістами жовтого тіла та у лютеїнову фазу – при фолікулярних кістах. Підвищений рівень ФСГ, естрадіолу та АМГ відзначено у жінок, в анамнезі яких є рецидиви кістозних утворень та оперативні втручання. У пацієнток із фолікулярними кістами виявлено збільшення співвідношення ЛГ/ФСГ ( $1,59 \pm 0,03$ ) ум. од., у половини пацієнток – помірне підвищення концентрації тестостерону та зниження концентрації прогестерону в середині другої фази МЦ. У 47,5% пацієнток ЛГ та тестостерон знаходилися в межах референтних значень. У жінок із кістами жовтого тіла рівень ЛГ та тестостерону був підвищений без суттєвих відхилень концентрації ФСГ та естрадіолу.

Значні відхилення функції гіпоталамо-гіпофізарної системи, що супроводжують кістозні утворення яєчників, зумовлюють високі концентрації ФСГ у фолікулярно-лютеїнову фазу МЦ без вираженого овуляторного піку та формують лютеїнову недостатність на фоні відносної гіперестрогенії.

Таким чином, у всіх пацієнток із функціональними кістами відзначено домінування естрогенів (абсолютне чи відносне) на фоні недостатності прогестерону, що провокує проліферацію і формування кістозних уражень яєчників.

У процесі лікування динаміка стану пацієнток відрізнялась залежно від групи та лікувальної тактики.

У I групі в 53,3% пацієнток через 3 місяці після початку лікування відзначено зменшення больового синдрому, суб'єктивне покращення самопочуття, причому повне зникнення відчуття тяжкості в нижніх відділах живота та ниючого ло-



кального болю відзначили 43,3% жінок, а 36,6% відзначили нормалізацію оваріально-менструального циклу. При УЗД спостерігали зменшення розмірів утворення в 1,5 разу у 56,6%, при цьому у 43,4% жінок був відсутній значущий регрес утворення (рис. 1). Рецидив кістозних утворень до року моніторингу відзначили 40% пацієнток, у яких було зафіксовано позитивну динаміку наприкінці лікування (рис. 2).

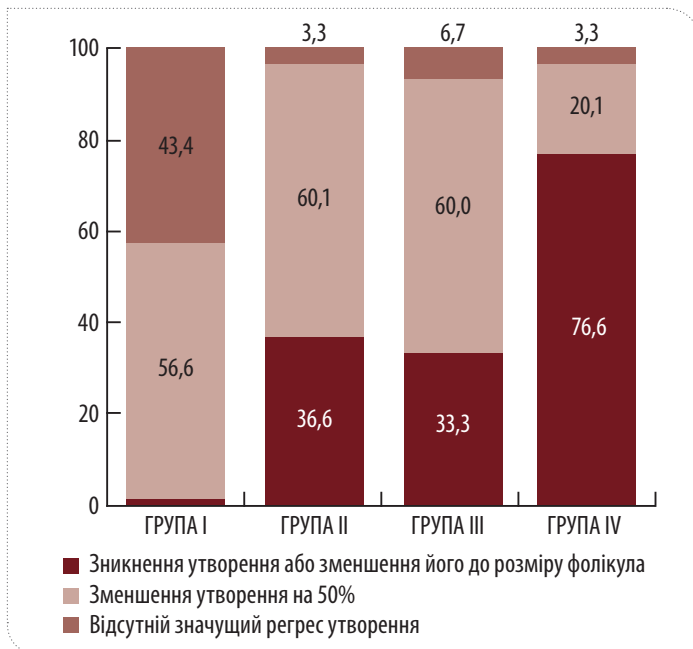


РИСУНОК 1. ДИНАМІКА РОЗМІРУ УТВОРЕННЯ НАПРИКІНЦІ ЛІКУВАННЯ (%)

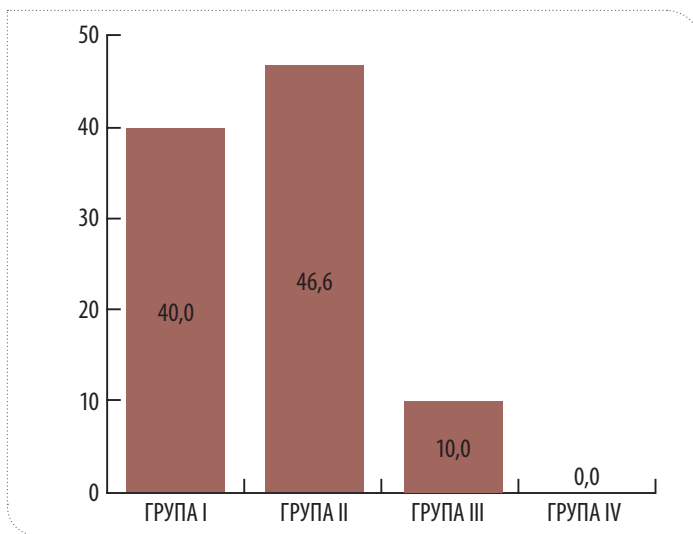


РИСУНОК 2. ЧАСТОТА РЕЦИДИВІВ ПРОТЯГОМ РОКУ (%)

При використанні КОК (II група) достовірно значущих результатів вдалося досягти вже через 3 місяці терапії (рис. 1) в усіх пацієнток, проте у 46,6% жінок мав місце рецидив функціональних кістозних утворень яєчників з епізодами порушення МЦ через 2–3 місяці після відміни препарату (рис. 2).

У III групі пацієнток, які отримували монотерапію рослинним засобом Циклодинон, через 6 місяців після використання запропонованої програми у 86,6% жінок достовірно

відзначено зменшення больового симптому, суб'єктивне покращення самопочуття, нормалізацію МЦ. При УЗД через 3 місяці зменшення розмірів утворення в 1,5 разу виявлено у 60% жінок цієї групи, до розмірів фолікула – у 33,3%, і тільки 2 (6,7%) пацієнтки не відзначили значущого регресу утворення (рис. 1). Рецидив кістозних утворень після припинення терапії відзначався у 10% пацієнток протягом року (рис. 2).

Найвища ефективність виявлена у IV групі, де була апробована комплексна програма лікування та превентивної терапії функціональних кіст у молодих жінок, що підтверджує доцільність застосування терапевтичної схеми. У даній групі суттєве покращення суб'єктивних клінічних ознак із практично відсутнім больовим відчуттям відзначили 93,3% жінок, нормалізація оваріально-менструального циклу констатована у 83,3%, регресія кістозного утворення на 50% (у 1,5 разу) виявлена у 20,1%, до розміру фолікула – у 76,6% пацієнток. Тільки в 1 (3,3%) пацієнтки значущий регрес утворення був відсутній (рис. 1). У пацієнток цієї групи також зафіксована відсутність рецидиву функціональних кіст яєчників протягом року ретроспективного моніторингу. Крім того, за даними доплерометрії відзначено покращення кровообігу в малому тазі, що було додатковим фактором, який сприяв зниженню больової симптоматики.

### ВИСНОВКИ

Проведене порівняльне дослідження 4 різних підходів до лікування функціональних кіст яєчників дозволило встановити наступне.

1. Використання терапії з включенням комплексу антибактеріальних засобів, нестероїдних протизапальних препаратів, спазмолітиків, розсмоктувальних засобів та вітамінів демонструє недостатньо задовільну ефективність відносно регресу скарг і кістозних утворень яєчників та досить високий відсоток рецидивів.
2. Гормональна терапія демонструє вагому ефективність стосовно ліквідації скарг та регресу кістозних утворень, але не задовольняє вимогам щодо запобігання рецидиву кістоутворення (рецидив відзначено майже у половині випадків у перші місяці після відміни гормональної терапії).
3. Використання препарату стандартизованого екстракту *Vitex agnus castus* BNO 1095 (Циклодинон) як засобу базової терапії демонструє добру ефективність та відносно невеликий відсоток рецидивів протягом року спостереження.
4. Найефективнішою як стосовно регресу скарг та кістозних утворень, так і відносно запобігання рецидивам, є схема лікування з включенням гормональних препаратів та препарату Циклодинон.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Булавенко, О.В. Особливості гормонального гомеостазу у жінок із недостатністю лютеїнової фази менструального циклу в різні вікові періоди / О.В. Булавенко // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. – 2008. – Т. 3, № 1. – С. 36–40.  
Bulavenko, O.V. "Features of hormonal homeostasis in women with luteal phase deficiency menstrual cycle in different age periods." Ukrainian Journal of Clinical and Laboratory Medicine 3.1 (2008): 36-40.
- Герасимова, Т.В. Оптимізація діагностики та лікування функціональних кіст яєчників / Т.В. Герасимова // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2014. – № 5 (80). – С. 65–73.  
Gerashimova, T.V. "Optimization of diagnostics and treatment of functional ovarian cysts." Medical aspects of women health 5.80 (2014): 65-73.
- Гінекологія дитячого та підліткового віку: підручник / За редакцією І.Б. Вовк, О.М. Юзько, Ю.П. Вдовиченко. – К.: Медицина. – 2011. – 424 с.  
Children and adolescents gynaecology: a textbook / Edited by I.B. Vovk, A.N. Yuzko, Y.P. Vdovichenko. Kyiv. Medicine (2011): 424 p.
- 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. Gynecologic Endocrinology. Moscow. MEDpress-Inform (2008): 528 p.
- Ласачко, С.А. Опыт применения Циклодинон в комплексном лечении нарушений менструального цикла и дисгормональных заболеваний молочных желез / С.А. Ласачко // Здоровье женщины. – 2007. – № 4 (32). – С. 146–147.  
Lasachko, S.A. "Experience of Cyclo-dynon use in the complex treatment of menstrual cycle disorders and dys-hormonal breast diseases." Women's Health 4.32 (2007): 146-7.

### КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНОМАНІТНИХ ПІДХОДІВ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ТА ПРЕВЕНТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ КІСТ ЯЄЧНИКІВ

**О.М. Макаруч**, д. мед. н., професор, зав. кафедрою акушерства та гінекології ФПО Івано-Франківського національного медичного університету

**Н.І. Матвійків**, лікар акушер-гінеколог Івано-Франківського обласного перинатального центру

Поширеність пухлин яєчників на сьогодні складає від 11% до 20% та має тенденцію до зростання.

Існуючі методи консервативного лікування кістозних утворень яєчників обумовлюють їхній регрес в 50–55% випадків, але не виключають ймовірності рецидиву.

Відсутність специфічної симптоматики, тенденція до росту, можливість малигізації кіст яєчників, низька ефективність консервативного лікування, необґрунтованість та недоцільність оперативних втручань диктують необхідність пошуку патогенетично обґрунтованих методів їхньої корекції, що і стало метою представленої роботи.

У дослідженні наведено аналіз результатів лікування чотирьох груп пацієнток віком від 18 до 39 років із функціональними кістами яєчників залежно від запропонованої програми лікування. До кожної групи увійшли 30 жінок. Групу I склали жінки з неускладненим перебігом функціональних кістозних утворень яєчників, які отримували базову терапію. Групу II – жінки, які отримували гормонотерапію гестагенами або монофазні комбіновані оральні контрацептиви. Групу III – пацієнтки, які отримували корекцію порушень із використанням спеціального екстракту прутняка (*Vitex agnus castus*) – BNO 1095. Групу IV – жінки, які протягом трьох менструальних циклів отримували гормональну терапію, в подальшому доповнивши даний комплекс препаратом спеціального екстракту *Vitex agnus castus* – BNO 1095 протягом 6 місяців.

Найвищу ефективність відзначено в пацієнток IV групи, де була апробована комплексна програма лікування та превентивної терапії (гормонотерапія + екстракт BNO 1095), що підтверджує доцільність застосування в практиці гінеколога рослинних засобів. У даній групі відзначено практично повне зникнення більшого відчуття у 93,3% жінок, нормалізація оваріально-менструального циклу – у 83,3%, регрес кістозного утворення до розміру фолікула – у 76,6%. Тільки у хворих цієї групи не було відзначено рецидивів функціональних кіст яєчників протягом року.

Отже, спеціальний екстракт *Vitex agnus castus* – BNO 1095 є ефективним у монотерапії та особливо в разі включення до комплексної схеми лікування і профілактики функціональних кіст яєчників.

**Ключові слова:** пухлини яєчників, функціональні кісти, екстракт прутняка, комбіновані оральні контрацептиви.

### КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДОВ К КОМПЛЕКСНОЙ И ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

**О.М. Макаруч**, д. мед. н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФПО Ивано-Франковского национального медицинского университета

**Н.И. Матвийкив**, врач акушер-гинеколог Ивано-Франковского областного перинатального центра

Распространенность опухолей яичников на данный момент составляет от 11% до 20% и имеет тенденцию к росту. Существующие на сегодня методы консервативного лечения кистозных образований яичников обуславливают их регресс в 50–55% случаев, но не исключают вероятности рецидива.

Отсутствие специфической симптоматики, тенденция к росту, возможность малигнизации кист яичников, низкая эффективность консервативного лечения, необоснованность и нецелесообразность оперативных вмешательств диктуют необходимость поиска патогенетически обоснованных методов их коррекции, что и стало целью представленной работы.

В исследовании приведен анализ результатов лечения четырех групп пациенток в возрасте от 18 до 39 лет с функциональными кистами яичников в зависимости от предложенной схемы лечения. В каждую из групп вошло по 30 женщин. Группу I составили женщины с несложным течением функциональных кистозных образований яичника, которые получали базовую терапию. В группу II вошли женщины, которые получали гормонотерапию гестагенами или монофазные комбинированные оральные контрацептивы. Группа III состояла из пациенток, нарушения которых корректировались с использованием специального экстракта прутняка (*Vitex agnus castus*) – BNO 1095. Группа IV – пациентки, которые в течение трех менструальных циклов получали гормональную терапию, в дальнейшем дополнив данный комплекс препаратом специального экстракта *Vitex agnus castus* – BNO 1095 в течение 6 месяцев.

Наивысшая эффективность отмечена у больных IV группы, где была апробирована комплексная программа лечения и превентивной терапии (гормонотерапия + экстракт BNO 1095), что подтверждает целесообразность применения в практике гинеколога растительных стимуляторов. В данной группе отмечено практически полное исчезновение болевых ощущений у 93,3% женщин, нормализация оваріально-менструального цикла – у 83,3%, регрессия кистозного образования до размера фолликула – у 76,6%. Только в этой группе не были зафиксированы рецидивы функциональных кист яичников в течение года.

Таким образом, специальный экстракт *Vitex agnus castus* – BNO 1095 эффективен в монотерапии, особенно при включении его в комплексную схему лечения и профилактики функциональных кист яичников.

**Ключевые слова:** опухоли яичников, функциональные кисты, экстракт прутняка, комбинированные оральные контрацептивы.

### CLINICAL EXPERIENCE WITH A VARIETY OF APPROACHES TO COMPLEX AND PREVENTIVE TREATMENT OF FUNCTIONAL OVARIAN CYSTS

**O.M. Makarchuk**, MD, professor, head of the Obstetrics and Gynecology Department, Postgraduate Education Faculty, Ivano-Frankivsk National Medical University

**N.I. Matviukiv**, obstetrician-gynecologist at the Ivano-Frankivsk Regional Perinatal Center

Prevalence of ovary tumors today varies from 11 to 20% and has tendency for growth. Current methods of conservative treatment of ovarian cysts lead to their regression in 50–55% of cases and do not rule out the likelihood of recurrence.

The lack of specific symptoms, upward trend, and possibility of ovarian cysts malignancy, low effectiveness of conservative treatment, the invalidity and inappropriateness surgical procedures dictate the need to find pathogenetic methods of correction, and this was the aim of the presented work.

In study shows results of the treatment of four equal groups of patients aged from 18 to 39 years with functional ovarian cysts depending on the treatment program. Group I include 30 women with functional ovarian cysts who received basic treatment. Group II (n = 30) received hormonal monotherapy. Group III included 30 patients, who received special extract of *Vitex agnus castus* – BNO 1095. Group IV (n = 30) received hormonal therapy + special extract of *Vitex agnus castus* – BNO 1095 for 6 months.

The highest efficiency, proving the feasibility of plant use in gynecological practice was in the IV group, which approved a comprehensive treatment program and preventive therapy (hormone + extract BNO 1095). 93.3% women in this group noted almost complete disappearance of pain sensation, normalization of ovarian-menstrual cycle – 83.3%, cystic lesion regression to the size of the follicle – 76.6%. Functional ovarian cysts recurrence during the year is not observed only in this group.

Special extract of *Vitex agnus castus* – BNO 1095 is effective in both monotherapy and especially when you turn it into a comprehensive scheme for the treatment and prevention of functional ovarian cysts.

**Keywords:** ovarian tumors, functional cyst, *Vitex agnus castus*, combined oral contraceptives.