

Проблемні питання лікування пацієнток репродуктивного віку з функціональними кістами яєчників

О.С. Шаповал

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування та покращання якості життя жінок з функціональними кістами яєчників.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 104 пацієнтки репродуктивного віку з функціональними кістами яєчників та 50 здорових жінок. Проведено загальноклінічне, психологічне, сонографічне, імунологічне, молекулярно-генетичне обстеження.

Результати. За результатами аналізу даних дослідження встановлено наявність хронічних запальних захворювань органів малого таза у 72,83% пацієнток, інфікованість *Ureaplasma spp.* – у 39,58% випадків, *Gardnerella vaginalis* – у 64,58%, *Mycoplasma spp.* – у 20,80%, *Chlamidia trachomatis* – у 23,08%. Під час проведення ультразвукового дослідження лише у 23,08% хворих вдалося встановити характер кісти яєчника. У 52,24% пацієнток спостерігався високий рівень особистісної тривожності.

Заключення. Застосування запропонованої нами комплексної терапії функціональних кіст яєчників у жінок репродуктивного віку продемонструвало високий показник одужання та низький показник рецидиву.

Ключові слова: функціональні кісти яєчників, репродуктивний вік, лікування, профілактика, мікронізований прогестерон.

На сьогодні вибір методу лікування і профілактики розвитку функціональних кіст яєчників (ФКЯ) визначається цілою низкою чинників. Так, вибір терапевтичної стратегії залежить від віку пацієнтки, репродуктивних планів, особливостей клінічного перебігу патологічного процесу, наявності супутньої гінекологічної патології та характеру попереднього лікування, особливо у тих випадках, коли мова йде про рецидивний перебіг захворювання [4, 5]. Багатогранні прояви кістозної патології яєчників, відсутність повноти уявлення щодо етіопатогенетичних механізмів розвитку пухлинного процесу, відсутність персоналізованого підходу до вибору лікувально-діагностичних заходів утруднюють лікування функціональних кіст яєчників. Отже, провести повноцінну ліквідацію вогнищ патологічного процесу вкрай проблематично, що призводить до розвитку рецидивів хвороби та підвищення відсотку хірургічної агресії [4, 5].

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування та покращання якості життя жінок з функціональними кістами яєчників.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 104 пацієнтки (основна група) репродуктивного віку, які проходили стаціонарне лікування ФКЯ у гінекологічному відділенні КУ «Міська лікарня №7» м. Запоріжжя за період з 2016 до 2018 р. У контрольну групу увійшли 50 жінок без гінекологічної та соматичної патології, які звернулися до лікувального закладу з метою вибору метода контрацепції.

Критеріями включення у дослідження були:

- наявність функціональної кісти яєчника,
- репродуктивний вік (17–49 років),
- наявність інформованої згоди,
- відсутність дермоїдних, ендометріодних та параоваріальних кіст,
- відсутність справжніх пухлин яєчників.

Критерії виключення: вік молодше 17 років та більше 49 років, аменорея, онкозахворювання.

Загальноклінічні методи дослідження застосовували згідно з Наказом МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р. Загальносоматичне та гінекологічне обстеження проводили за стандартними схемами. Антропометричні методи передбачали визначення зросту, маси тіла та обчислення індексу маси тіла. Оцінювання психологічного статусу виконували за допомогою психологічного опитувальника реактивної та особистісної тривожності за шкалою Спілберґера–Ханіна. Сонографічне обстеження проводили з використанням сучасних ультразвукових апаратів, таких, як LOGIQ 5 Premium № 234778WX9 (США) та «Siemens» Acuson S2000 з використанням трансабдомінального та вагінального датчиків з частотою 3,5 і 4 МГц. З метою визначення стану репродуктивного потенціалу було проведене визначення концентрації антимюллерова гормону (АМГ) за допомогою ферментно-посиленого «двоступеневого» сендвіч-імуноаналізу визначення антитіл АМГ Gen II ELISA.

З метою оцінювання характеру біоценозу урогенітального тракту, а саме – встановлення наявності внутрішньоклітинних патогенів, вивчали зскрібки зі слизової оболонки каналу шийки матки та сечівника методом полімеразної ланцюгової реакції у режимі реального часу за допомогою реагентів Фемофлор®СКРІН, детектувального ампліфікатора ДТ-96 виробництва ДНК-Технологія DT Prime (DNA TECHNOLOGIES). Лапароскопію виконували за загальноприйнятою методикою у положенні Тренделенбурґа з кутном нахилу операційного столу 15–20° з використанням жорстково-волоконної оптики фірми «ЕЛеПС» (Росія) та «Carl Stortz» (Німеччина). Гістологічне дослідження тканин проводили за стандартною методикою серійних зрізів (парафінові зрізи профарбовували гематоксиліном та еозином і за Ван Гізоном). В основу морфологічної оцінки пухлин яєчників покладена Міжнародна гістологічна класифікація пухлин яєчників (ВООЗ, 1997).

Отримані дані були оброблені за допомогою пакета статистичних програм STATISTICA (StatSoft Statistica v.6.0).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок з ФКЯ становив $30,31 \pm 0,73$ року, у групі контролю – $29,32 \pm 1,07$ року. У структурі скарг больовий синдром відзначали у 92,31% пацієнток, порушення менструального циклу – у 22,12%, асимптомний перебіг – у 1,92% випадків. Гінекологічний анамнез був обтяжений у

Концентрація антимюллера гормона у пацієток з функціональними кістами яєчників, М±m (нг/мл)

Здорові жінки, n=50	Пацієнтки з ФКЯ		
	Пацієнтки, які не народжували, n=25	Пацієнтки з безплідністю, n=28	Пацієнтки, які народжували, n=51
2,53±0,73	2,32±0,53	1,45±0,64	2,43±0,65

88,46% пацієток, у структурі якого хронічні запальні процеси матки та її придатків становили 72,83%, патологія шийки матки – 39,13%, патологія ендометрія – 17,39%, патологія міометрія – 6,52%. П'ятдесят п'ять (52,88%) пацієток мали обтяжений соматичний анамнез, у структурі якого патологію травного тракту діагностували у 43,64% випадків, часті респіраторні вірусні захворювання – у 41,82%, порушення у системі органів кровообігу – у 20%, патологію нервової та ендокринної систем – у 3,64%, патологію легенів та нирок – у 9,09% та 12,73% відповідно. Проблема надмірної маси тіла та ожиріння у пацієток з ФКЯ була актуальною у 6 (5,77%) випадках, середній індекс маси тіла становив 21,02±0,32 кг/м².

Під час проведення гінекологічного обстеження наявність пухлиноподібного утворення було встановлено у 30,77% пацієток, у 69,23% під час пальпації придатків матки виникав больовий синдром. Під час проведення ультразвукового дослідження у групі пацієток з ФКЯ порівняно з групою контролю встановлено збільшення ширини матки в 1,04 разу (p<0,05), товщини – в 1,14 разу (p<0,05), збільшення середнього об'єму контралатерального яєчника – в 1,44 разу, збільшення довжини яєчника на боці розташування кісти – в 1,62 разу (p<0,05), ширини – в 1,4 разу (p<0,05), товщини – в 1,71 разу (p<0,05). Середній об'єм яєчника, який містив пухлиноподібне утворення, був збільшений у 6,31 разу. При цьому у 3,85% хворих з ФКЯ відзначали практично повну відсутність здорової тканини яєчника. Лише у 23,08% хворих з ФКЯ вдалося конкретизувати характер пухлиноподібного утворення (фолікулярні кісти – 8,65%, кісти жовтого тіла – 14,42%). У 76,92% пацієток в діагнозі було зазначено «кістозна зміна яєчника». У 5,77% пацієток сонографічно діагностували патологію міометрія у формі міоми матки, у 15,38% – аденоміозу, у 17,39% хворих визначені ознаки гіперпластичних процесів ендометрія.

Концентрація АМГ у групі пацієток з ФКЯ наближалася до показників групи контролю, що представлено у табл. 1.

Як засвідчив проведений аналіз, у пацієток з ФКЯ, які не народжували та з реалізованою репродуктивною функцією, показник оваріального резерву відповідав значенням конт-

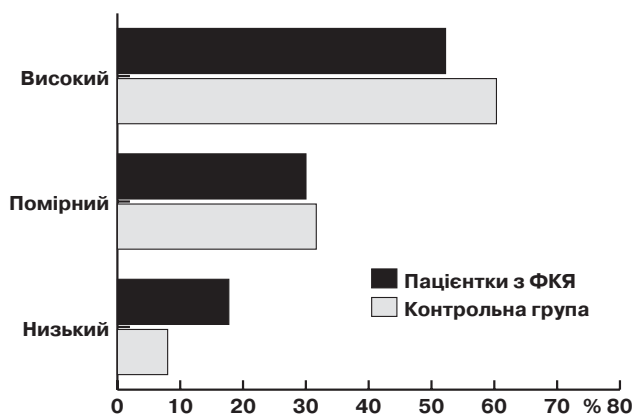
рольної групи. Проте у жінок з функціональними утвореннями яєчників та безплідністю вже на долікувальному етапі відзначали зниження концентрації АМГ в 1,75 разу щодо показників здорових жінок. Зміни не були достовірними, проте показники концентрації за своїми значеннями наближалися до показника 1 нг/мл, нижче якого вже можна говорити про зниження оваріального резерву [14].

За допомогою шкали Спілбергера–Ханіна вдалося визначити в обстежуваних жінок рівень особистісної тривожності – стійкої індивідуальної характеристики, що визначає схильність пацієтки до тривоги і передбачає наявність у неї тенденції сприймати досить широкий діапазон ситуацій як загрозливі [6]. Середній показник рівня особистісної тривожності у жінок з ФКЯ становив 43,51±2,03 бала, у контрольній групі – 45,62±2,12 бала. При цьому у 52,24% випадків у жінок з ФКЯ діагностовано високий рівень тривожності, що дає підставу прогнозувати появу у цих пацієток стану тривожності у різноманітних ситуаціях, у тому числі пов'язаних з наявністю пухлиноподібного процесу у яєчниках (мал. 1).

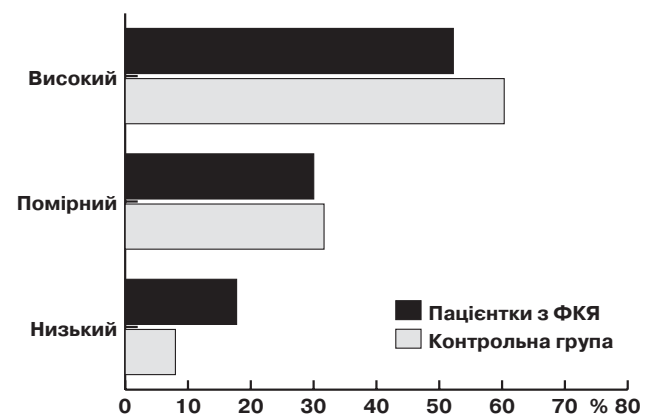
Ситуативна тривожність, яка виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію, мала середнє значення 38,81±2,23 бала у жінок з ФКЯ і 41,13±2,13 бала у здорових пацієток. При цьому за ступенем вираженості тривожності у групах спостереження помірний рівень відзначали у 64,02% хворих з ФКЯ і 65,04% здорових жінок. Низький ступінь тривожності був виявлений у 12,13% пацієток з ФКЯ. У групі контролю даний показник становив 10,03%. Високий рівень тривожності відповідно діагностували у 23,85% пацієток з функціональними кістами.

Дані, отримані під час вивчення ситуативної тривожності у пацієток з ФКЯ, представлені на мал. 2.

Під час вивчення стану біоценозу статевих шляхів пацієток з ФКЯ при проведенні молекулярно-генетичного аналізу шляхом полімеразно-ланцюгової реакції встановлено наявність *Ureaplasma spp.* у 39,58% випадків, *Gardnerella vaginalis* – у 64,58%, *Mycoplasma spp.* – у 20,80%, *Chlamidia trachomatis* – у 23,08%. У 32,69% пацієток з ФКЯ зафіксовано наявність *S. albicans* у низьких та середніх концентраціях. Згідно з даними літератури та власних досліджень, виявлені



Мал. 1. Розподіл пацієток з функціональними кістами яєчників за рівнем особистісної тривожності



Мал. 2. Розподіл пацієток з функціональними кістами яєчників за рівнем ситуативної тривожності

зміни біотопу у формі мікст-інфекцій, під час яких мікробні асоціації активно взаємодіють із сапрофітною аутофлорою пацієнток, та концепція хронічних захворювань як інфекцій біоплівки значно ускладнюють процес ефективного лікування цієї групи пацієнток [1, 2, 3]. Висока інфікованість патогенами, які передаються статевим шляхом, обтяжують перебіг запального процесу, паралельно позбавляючи його нозологічної специфічності, що зумовлює первинну неефективність протимікробної терапії [3, 9].

За даними літератури та результатами власних досліджень, частота рецидивів ФКЯ після проведення консервативного лікування становить 38,35% та 13,53% – після хірургічного лікування [4, 11]. Отже, важливим представляється проведення повноцінного комплексу реабілітаційних заходів, які б забезпечили тривалий безрецидивний період.

У 13 (12,5%) випадках при вираженому больовому синдромі хворим з функціональними кістами було проведено оперативне лікування. Залежно від паритету пацієнток, яким було проведено хірургічне лікування, хворі розподілилися наступним чином: 4 (16%) пацієнтки з ФКЯ, які не народжували, 1 (3,57%) – з безплідністю та 8 (15,69%) – з реалізованим репродуктивним потенціалом. Об'єм хірургічного втручання включав цистектомію (75%) та резекцію яєчника (25%) у межах здорової тканини. Інтраопераційно фолікулярні кісти яєчників виявляли у 6 (46,15%) випадках, виглядали вони як одностороннє тонкостінне утворення розмірами 45–82 мм. Кісти були однокамерні, з гладенькою зовнішньою та внутрішньою стінкою капсули та однорідним прозорим рідким вмістом. Кісти жовтого тіла мали форму округлого утворення розмірами 36–70 мм, з товстими стінками, які діагностували у 7 (53,85%) пацієнток. Утворення були однокамерні, стінка капсули не мала зовнішніх та внутрішніх розростань. У 4 (57,14%) випадках діагностували крововилив у капсулу кісти.

Гістологічно при фолікулярних кістах щільна сполучнотканнна стінка була вивопнена багатояриковим фолікулярним епітелієм, під яким були розташовані клітини theca interna з явищами гіперплазії та лютеїнізації. При лютеїнових кістах стінка кісти була представлена шаром текалютеїнових клітин, під якими була розташована гранульоза без лютеїнізації. У мозковому та кірковому шарах відзначали розширені капілярної та венозної сітки, периваскулярний набряк. У частини пацієнток виявили крововилив у капсулу кісти.

У 91 (87,5%) випадку проводили консервативне лікування патологічного процесу. Гормональну терапію отримували всі пацієнтки групи з ФКЯ (прооперовані та пацієнтки, які первинно лікувалися консервативно) у сублінгвальної формі мікронізованого прогестерону, яка повністю ідентична натуральному гормону (Лютеїна, Адамед, Паб'яницький фармацевтичний завод Польфа А.Т., Польща, номер державної реєстрації UA/5244/01/02 від 28.07.2016, Наказ № 787(2) від 28.07.2016 р.). Значна абсорбція та біодоступність препарату Лютеїна досягаються за рахунок мікронізації – зменшення середніх розмірів часток шляхом їхнього подрібнення до розмірів мікрона під час синтезу. Мікронізований прогестерон всмоктується у вени слизової оболонки ротової порожнини, а далі послідовно надходить у верхню полу вену, праві відділи серця та мале коло кровообігу. Після цього лікарська сполука надходить до лівих відділів серця та з артеріальною кров'ю доставляється до органів-мішеней [8]. Сублінгвальна форма мікронізованого прогестерону дає можливість за 30–60 хв досягти максимальної концентрації у плазмі крові (17,6±3,8 нг/мл), яка еквівалентна концентрації у разі внутрішньом'язового введення, мінімальної медикаментозної агресії, оскільки відсутній ефект первинного проходження через печінку і немає пресистемного метаболізму [8, 10]. Основна фармакологічна дія Лютеїни спрямована на ста-

білізацію гормонального гомеостазу внаслідок оптимізації функціональних зв'язків гіпоталамо-гіпофізарної системи, а потужний антипроліферативний ефект здійснюється через рецепторний апарат як на яєчники, так і на матку [8]. Додатково мікронізована форма прогестерону справляє антицитокиновий ефект шляхом зниження рівня прозапальних цитокінів ІЛ-1 та TNF-α – отже, додатково спостерігається імуномодулювальний ефект, сповільнення клітинної проліферації, активізація механізмів апоптозу [12].

Слід зазначити, що сублінгвальна форма мікронізованого прогестерону має найменш тривалий період напіввиведення та практично відсутні системні побічні ефекти [8]. Важливим у разі призначення гормонального лікування жінкам репродуктивного віку було досягнення контролю над активацією інших рецепторів, не спричинюючи небажаних побічних ефектів. Особливостями мікронізованої форми прогестерону є відсутність андрогенного ефекту, а у жінок з гіперандрогенними станами властиве зниження рівня андрогенів. Важливою характеристикою препарату є відсутність негативного впливу на вуглеводний та ліпідний обмін, систему згортання крові та артеріальний тиск [10]. Завдяки антиальдостероновому ефекту не відбувається затримки рідини в організмі та збільшення маси тіла. Крім того, препарат справляє позитивний нейротропний та антидепресивний ефект [8, 13], що було особливо актуально для пацієнток з підвищеним рівнем тривожності. Перевагами мікронізованої форми прогестерону є відсутність негативного впливу на продукцію яєчниками власного прогестерону та ребаунд-ефекту після відміни препарату, що важливо для пацієнток, які планують реалізувати репродуктивну функцію. Препарат призначали сублінгвально по 50 мг 3 рази на добу з 16-го до 25-го дня менструального циклу протягом 6 міс. Препарат добре переносився пацієнтками. Побічні ефекти виникали рідко у формі періодичного здуття живота – у 15 (14,42%) пацієнток, підвищення чутливості та набухання грудних залоз – у 18 (17,31%). Проте вони суттєво не впливали на якість життя та не вимагали відміни препарату.

Для ліквідації вогнищ інфекційного процесу використовували фторхінолон III покоління гемігідрат левофлоксацину – лівообератальний активний ізомер офлоксацину у дозі 500 мг/добу протягом 5 днів з наступним переходом на пероральні форми препарату у дозі 500 мг/добу протягом 5 днів у комбінації з пероральним вживанням джозаміцину по 500 мг 3 рази на день протягом 10 днів. Протизапальна лінія терапії була доповнена похідним 5-нітроімідазолу 1- (b-оксетил)-2-метил-5-нітроімідазолом у парентеральному режимі у дозі 1000 мг/добу протягом 5 днів з наступним використанням перорального режиму у дозі 1000 мг/добу протягом 5 днів. З метою попередження активізації росту *S. albicans* на тлі тривалої антибактеріальної терапії та за наявності *S. albicans* при мікробіологічному дослідженні додатково призначали ітраконазол перорально по 200 мг 2 рази протягом доби.

Ефективність лікування оцінювали на підставі динаміки клінічної картини захворювання – зниження інтенсивності або відсутності больового синдрому, нормалізації менструального циклу у формі його двофазності та наявності овуляції у пацієнток з доброякісними пухлиноподібними утвореннями яєчників, концентрації АМГ, відсутності рецидиву пухлини яєчника за даними сонографічного дослідження, психологічного статусу.

Через 6 міс лікування відзначали значне зниження частоти больового синдрому – 22 (21,15%) випадки проти 92,31% на початку лікування. Через 1 рік 14 (13,46%) пацієнток скаржилися на виникнення періодичного болу унизу живота, який, ймовірно, був пов'язаний з періодичними загостреннями хронічного запального процесу. Позитивна динаміка також спостерігалася щодо зниження інтенсивності больового синдрому. Якщо на по-

Дані ехографічного дослідження органів малого таза у жінок з функціональними кістами яєчників в динаміці лікування, М±m (мм)

Параметр, одиниця вимірювання	Контрольна група, n=50	Основна група, n=104		
		До лікування	Через 6 міс	Через 12 міс
Матка				
Довжина, мм	51,58 ±0,48	51,10±0,58	51,34±0,32	51,14±0,46
Ширина, мм	46,42 ±0,62	48,50±0,76*	45,32±0,64	45,13±0,54†
Товщина, мм	35,08 ±0,54	40,00±0,63*	37,12±0,42*†	37,04±0,43*†
Середнє значення М-ехо, мм	6,12±0,75	8,15±0,32*	7,34±0,56	7,63±0,34
Контралатеральні яєчники				
Довжина, мм	30,32±0,17	32,70±0,59*	30,24±0,14	30,58±0,23
Ширина, мм	28,14±0,13	25,14±0,62*	28,23±0,36†	28,13±0,24†
Товщина, мм	16,72±0,17	22,45±0,53*	19,32±0,27*†	18,35±0,14*†,χ
Об'єм, см ³	7,44±0,67	10,69±0,78*	7,23±0,53†	7,25±0,54†
Патологічно змінені яєчники				
Довжина, мм	30,32±0,17	48,52±1,41*	33,24±0,12*†	30,52±0,72†,χ
Ширина, мм	28,14±0,13	39,82±1,46*	30,53±0,16*†	28,74±0,18*†,χ
Товщина, мм	16,72±0,17	34,64±1,24*	20,12±1,16*†	18,32±0,23*,†
Об'єм, см ³	7,44±0,67	46,94±5,51*	9,12±0,34*†	8,56±0,35†

Примітки: 1. * – відмінності статистично значущі при p<0,05 щодо значень контрольної групи;
† – відмінності статистично значущі при p<0,05 щодо значень основної групи до лікування;
χ – відмінності статистично значущі при p<0,05 щодо значень основної групи через 6 міс лікування.

чатку лікування інтенсивність болю за аналогово-візуальною шкалою оцінювали у 5–6 балів, то через 6 міс 21,15% хворих відзначали періодичний біль інтенсивністю у 3–4 бали.

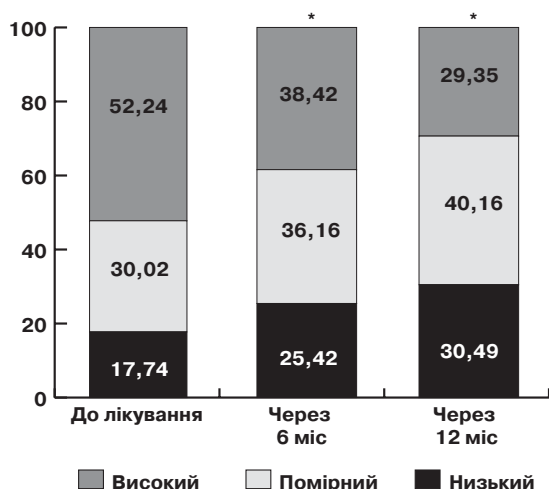
Позитивну динаміку відзначено з боку нормалізації характеру менструального циклу. Під час госпіталізації у 23 (22,12%) пацієнок з ФКЯ у структурі скарг були порушення оваріально-менструального циклу. При цьому кровотечу відзначали у 17 (73,91%) пацієнок, затримку менструації – у 6 (26,09%). Під час проведення комплексу лікувальних заходів протягом 6 та 12 міс порушень циклу у формі кровотечі не відзначали. У 2 (8,70%) пацієнок протягом 6 міс фіксували періодичну затримку менструації. Через 12 міс

спостереження за даними сонографічного дослідження та базальної термометрії у всіх жінок нормалізувався двофазний менструальний цикл з наявною овуляцією.

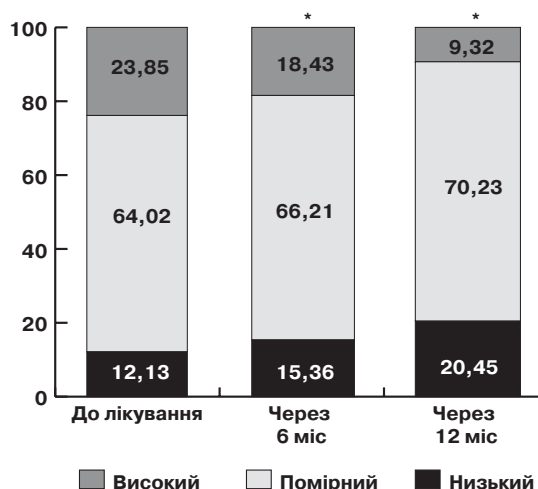
Одним із критеріїв ефективності була відсутність патологічного утворення під час сонографічного обстеження та нормалізація стану внутрішніх статевих органів через 6 та 12 міс.

У більшості пацієнок з ФКЯ на момент госпіталізації були встановлені зміни з боку матки та контралатеральних придатків, нормалізація показників яких чітко простежувалася у динаміці лікування (табл. 2).

Так, діагностовано достовірне зменшення показників ширини та товщини матки у динаміці спостереження через 6 та



* – Достовірність щодо результатів, отриманих до лікування



* – Достовірність щодо результатів, отриманих до лікування

Мал. 3. Розподіл пацієнок з функціональними кістами яєчників за рівнем особистісної тривожності у динаміці лікування

Мал. 4. Розподіл пацієнок з функціональними кістами яєчників за рівнем ситуативної тривожності у динаміці лікування

Динаміка зміни концентрації антимюллера гормону в пацієнток з функціональними кістами яєчників, $M \pm m$ (нг/мл)

Група пацієнток	Концентрація АМГ, нг/мл		
	До лікування	Через 6 міс	
		Прооперовані	Проліковані консервативно
Здорові жінки	2,43±0,73	-	-
Пацієнтки, які не народжували	2,32±0,53	1,97±0,42	2,12±0,35
Пацієнтки з безплідністю	1,45±0,64	1,34±0,53	1,38±0,47
Пацієнтки, які народжували	2,43±0,65	2,02±0,52	2,17±0,45

12 міс. Ознак гіперпластичних процесів ендометрія встановлено не було.

Показники довжини та ширини контралатеральних яєчників протягом усього періоду спостереження поступово наближувалися до значень контрольної групи, незважаючи на наявність статистичної достовірності. Показник товщини достовірно зменшувався як стосовно значень групи контролю, первинної величини на момент початку лікування (в 1,22 разу), так і щодо показників через 6 міс. Середні показники об'єму контралатерального яєчника у динаміці лікування не перевищували значень здорових жінок (див. табл. 2).

Під час ультразвукового дослідження стану яєчників з пухлиноподібним утворенням у пацієнток з ФКЯ у динаміці лікування діагностували поступове достовірне зменшення лінійних розмірів яєчника та нормалізацію показників довжини, ширини та товщини ($p < 0,05$) наприкінці першого року спостереження. Середній об'єм яєчника також достовірно зменшився в 1,48 разу через 6 міс терапії та залишався наближеним до значень контрольної групи протягом першого року спостереження (див. табл. 2).

Протягом перших 6 міс лікування наявність пухлиноподібного утворення встановлена у 20 (21,98%) пацієнток, які були проліковані консервативно. Через 12 міс спостереження частота функціональних утворень яєчників у когорті консервативно пролікованих жінок становила 5 (5,49%). Максимальні розміри патологічного утворення становили до 4,5 см за відсутності істотних скраг з боку пацієнток. У групі пацієнток з ФКЯ, які були прооперовані та проходили подальшу реабілітаційну терапію, у перші 6 міс рецидивів пухлин зареєстровано не було. У кінці першого року спостереження у 7,69% випадків під час проходження сонологічного обстеження встановлений розвиток рецидиву функціональної кісти до 3 см у діаметрі.

Про позитивний вплив проведених лікувальних заходів свідчили зміни психологічного статусу пацієнток основної групи. Динамічне спостереження за пацієнтками з ФКЯ та функціональними утвореннями яєчників виявило достовірне зниження рівня особистісної тривожності до 35,27±2,04 бала через 6 міс та 28,42±2,05 бала через 12 міс. Характерним було зниження не тільки рівня, а й інтенсивності тривожності. У динаміці лікування прогресивно підвищувався відсоток пацієнток з низьким та помірним рівнем тривожності. Установлено також зменшення в 1,78 разу кількості хворих з високим рівнем тривожності наприкінці першого року спостереження, що відображено на мал. 3.

Дослідження змін показників ситуативної тривожності виявило також позитивну динаміку. Так, середній рівень емоційної реакції на стресову ситуацію на початку лікування становив 38,81±2,23 бала, через 6 міс – 27,46±2,27 бала. Через 12 міс показник ситуативної тривожності становив 22,36±2,35 бала. Зазначені зміни були статистично достовірні. На момент госпіталізації 64,02% пацієнток відзначали помірний рівень тривожності, через 6 міс лікування даний

показник становив 66,21%. Та наприкінці першого року спостереження показник зріс на 6,21% та становив 70,23%. Позитивна динаміка простежувалася щодо зниження високого рівня тривожності, який через 12 міс зменшився у 2,56 разу порівняно з показниками на початку лікування. Поступово зростала частка хворих з низьким рівнем тривожності. Якщо під час госпіталізації у 12,13% хворих відзначено низький рівень тривожності, то протягом усього періоду спостереження показник поступово підвищувався до 20,45% (мал. 4).

Виявлені зміни з боку психологічного статусу пацієнток з ФКЯ свідчать про позитивний вплив обраної схеми лікування. Зниження рівнів особистісної та ситуативної тривожності підтвердило існуючі дані про позитивний нейротропний вплив прогестерону [7, 13].

Ураховуючи, що у 12,5% хворих з ФКЯ було проведене хірургічне видалення патологічного вогнища та зафіксовано травматизацію здорової тканини, важливим було відстежити не тільки терапевтичну ефективність проведених заходів щодо патологічного утворення яєчників, але й зберегти при цьому репродуктивний потенціал.

З цією метою проводили визначення концентрації АМГ через 6 міс лікування. Визначення концентрації АМГ у більш ранніх термінах могло встановити її закономірне зниження внаслідок проведення хірургічного втручання.

Отримані результати представлені у табл. 3.

Як свідчать отримані дані щодо концентрації АМГ, достовірного зниження у групі пацієнток з функціональними утвореннями яєчників на тлі застосування різних методів лікування не спостерігалось. У пацієнток з безплідністю, у яких порівняно з іншими підгрупами спостерігалася менша концентрація АМГ, не було встановлене істотне зниження цього показника.

Під час проведення контрольного визначення патогенів слизової оболонки урогенітального тракту методом полімеразно-ланцюгової реакції у пацієнток, інфікованих збудниками, які поширюються статевим шляхом, ДНК мікробних агентів не визначали, що свідчило про ефективність проти-запальної терапії.

ВИСНОВКИ

1. Результати проведеного дослідження характеру мікробного біоценозу у жінок з функціональними кістами яєчників (ФКЯ), а також особливості анамнезу у формі частих запальних процесів репродуктивної системи свідчать про провідну роль інфекційного фактора у розвитку патології яєчників.

2. Призначення сублінгвальної форми мікронізованого прогестерону як терапії першої лінії під час консервативного лікування ФКЯ, а також на етапі реабілітації після оперативного лікування дозволяє знизити частоту рецидивів патологічного процесу у 4,99 разу у групі хворих, пролікованих консервативно, та в 1,76 разу у групі прооперованих пацієнток.

Проблемные вопросы лечения пациенток репродуктивного возраста с функциональными кистами яичников
О.С. Шаповал

Цель исследования: повышение эффективности лечения и улучшение качества жизни пациенток с функциональными кистами яичников.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 104 пациентки репродуктивного возраста с функциональными кистами яичников и 50 здоровых женщин. Проведено общеклиническое, психологическое, сонографическое, иммунологическое, молекулярно-генетическое обследование.

Результаты. По результатам анализа данных исследования установлено наличие хронических воспалительных заболеваний органов малого таза у 72,83% пациенток, инфицированность Ureaplasma spp. – в 39,58% случаев, Gardnerella vaginalis – в 64,58%, Mycoplasma spp. – в 20,80%, Chlamidia trachomatis – в 23,08%. При проведении ультразвукового исследования только у 23,08% больных удалось определить характер кисты яичника. У 52,24% пациенток наблюдался высокий уровень личностной тревожности.

Заключение. Применение предложенной нами комплексной терапии функциональных кист яичников у женщин репродуктивного возраста продемонстрировало высокий показатель выздоровления и низкий показатель рецидива.

Ключевые слова: функциональные кисты яичников, репродуктивный возраст, лечение, профилактика, микронизированный прогестерон.

Problematic issues of treatment of patients of reproductive age with functional ovarian cysts
O.S. Shapoval

The objective: increase the effectiveness of treatment and improve the quality of life of patients with functional ovarian cysts.

Materials and methods. The study included 104 patients with functional ovarian cysts of reproductive age and 50 healthy women. A general clinical, psychological, sonographic, immunological, molecular genetic examination was conducted.

Results. The analysis of the study data revealed the presence of chronic inflammatory diseases of the pelvic organs in 72,83% of the patients, the infection with Ureaplasma spp. in 39,58% of cases, Gardnerella vaginalis – 64,58%, Mycoplasma spp. – in 20,80%, Chlamidia trachomatis – in 23,08%. When conducting an ultrasound study, only 23,08% of patients manage to establish the nature of the cysts of the ovary. There was a high level of personal anxiety in 52,24% of patients.

Conclusion. The application of our proposed complex therapy of functional ovarian cysts in women of reproductive age showed a high recovery rate and a low relapse rate.

Key words: functional ovarian cysts, reproductive age, treatment, prophylaxis, micronized progesterone.

Сведения об авторе

Шаповал Ольга Сергеевна – ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69096, г. Запорожье, бульв. Винтера, 20; тел.: (061) 279-16-38, (050) 819-53-00. E-mail: shapoval_olga@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

- Алиева В.А. Современное представление о микробиоте человеческого организма / Е.А. Алиева, Ю.В. Первушин // Национальные дни лабораторной медицины России 2015 г. Российский конгресс лабораторной медицины «Лабораторная медицина и клиническая практика»: материалы конгресса (г. Москва, 2015 г.). – М., 2015. – С. 65.
- Бактериальная микрофлора урогенитального тракта и оценка антибактериального лечения у женщин с бесплодием / Н.А. Морозова, Э.Б. Яковлева? А.А. Железняк [и др.] // Здоровье женщины. – 2015. – № 10 (106). – С. 168–170.
- Вдовиченко Ю.П. Воспалительные заболевания органов малого таза – комплексный подход для эффективной терапии / Ю.П. Вдовиченко, Е.Н. Гопчук // Здоровье женщины. – 2012. – № 4 (70). – С. 102–108.
- Вовк І.Б., Вдовиченко Ю.П., Корнацька А.Г. Пухлиноподібні ураження яєчників. – К., 2017. – 242 с.
- Герасимова Т.В. Оптимізація діагностики та лікування функціональних кіст яєчників / Т.В. Герасимова // Медичинські аспекти здоров'я жінки. – № 5 (80). – 2014. – С. 65–73.
- Дубоссарская З.М. Проблемы репродуктивного здоровья с позиций перинатальной психологии / З.М. Дубоссарская // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 1 (28). – С. 20–29.
- Малофей Ю.Б. Влияние введения прогестерона беременным самкам крыс на показатели развития головного мозга их новорожденного потомства / Ю.Б. Малофей, Б.Я. Рыжавский // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 76–80.
- Опрышко В.И. Сублингвальная форма прогестерона: необходимость в инновациях или вызовы современной медицины / В.И. Опрышко, Д.С. Носивец // Здоровье женщины. – 2015. – № 10 (106). – С. 37–42.
- Применение фторхинолонов IV поколения в комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза / Е.Н. Борис, В.В. Суменко, Л.Н. Онишук [и др.] // Здоровье женщины. – 2012. – № 4 (70). – С. 86–94.
- Современные подходы к применению прогестинов у женщин репродуктивного возраста / Т.А. Назаренко, Э.Р. Дуринян, Н.А. Ревивили // Вестник репродуктивного здоровья. – 2010. – № 3–4. – С. 6–8.
- Шаповал О.С. Клинико-сонологические особенности при опухолеподобных образованиях яичников у женщин репродуктивного возраста / О.С. Шаповал // Здоровье женщины. – 2016. – № 1 (107). – С. 137–141.
- Ширшева С.В. Влияние прогестерона на фагоцитарную и окислительную активность моноцитов и нейтрофилов / С.В. Ширшева, Е.М. Кукулина, А.В. Баженова // Вестник Пермского университета: Биология. – 2008. – № 9 (25). – С. 87–90.
- Pyrohova V.I. Clinical aspects of long-term care of endometriosis by progestogen dienogest / V.I. Pyrohova, S.O. Shurpak, V.J. Kryuko // Здоровье женщины. – 2015. – № 10 (106). – С. 20–22.
- Schyn S.Y. Analysis of serum levels of Anti-Mullerian hormone, inhibin B, insulin-like growth factor –I, insulin-like growth factor binding protein – 3 and follicle – stimulating hormone with respect to age and menopause status / S.Y. Schyn // Journal of Korean medical science. – 2008. – Vol. 23, № 1. – P. 104–110.

Статья поступила в редакцию 27.06.2018