

DOI: 10.52705/2788-6190-2025-01.1-16
УДК 618.11-006.2-008-07-039

Клініко-анамнестичні особливості у жінок з функціональними кістами яєчників

І. В. Ткачук

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: вивчити клініко-анамнестичні особливості у жінок із функціональними кістами яєчників.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 50 жінок з функціональними кістами яєчників.

Результати. Хворобливість нижніх відділів живота при поверхневій або глибокій пальпації фіксували у 27 (54%) жінок. Позитивні перитонеальні симптоми діагностовані у 9 (18%) пацієнток і завжди супроводжували ускладнений перебіг. Супутні гінекологічні захворювання у вигляді патології шийки матки під час огляду в дзеркалах і за результатами цитології виявлені у 19 (38%) жінок.

Однаково часто зустрічалися фонові процеси у вигляді ектопії циліндричного епітелію – у 8 (16%) жінок, цервіцити і ендоцервіцити – у 7 (14%) пацієнток. При бімануальному дослідженні в переважній більшості випадків (у 42 жінок – 84%) матка мала нормальні розміри, збільшення придатків матки відзначено у 72% пацієнток. Об'ємні утворення мали округлу форму, еластичну консистенцію, різний ступінь хворобливості і рухливості. Хворобливість і нависання заднього зведення і хворобливі тракції за шийку матки зафіксовані у 8 (16%) жінок при ускладненому перебігу.

Висновки. При клініко-лабораторному дослідженні пацієнток із функціональними кістами яєчників виявлені наступні особливості. Функціональні кісти яєчників зустрічаються переважно в молодому репродуктивному віці (18–35 років). В анамнезі у багатьох пацієнток є вказівки на запальні захворювання генітального тракту, висока частота артифіційних і спонтанних абортів, патології шийки матки. Основними клінічними проявами захворювання є больовий синдром, порушення менструальної і репродуктивної функції. Показання до госпіталізації пацієнток із фолікулярними кістами переважно пов'язані з безпліддям. У більшості пацієнток неможливо уникнути оперативного лікування кіст яєчників.

Ускладнений клінічний перебіг кіст яєчників у вигляді абдомінального синдрому або клініки «гострого живота», обумовленого переважно крововиливом в порожнину кісти або розривом капсули кісти, частіше спостерігається при кістах жовтого тіла, вимагає екстреного оперативного втручання і доволі часто утруднює проведення повноцінної операції. Ізольоване ушкодження яєчників

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

зустрічається лише у третини жінок. Супутня гінекологічна патологія, верифікована при лапароскопії, демонструє більш часте поєднання сальпінгіту і спайкового процесу у пацієнток з кістами жовтого тіла, міоми матки або малих форм ендометріозу при фолікулярних кістах.

Ключові слова: функціональні кісти яєчників, клініка, анамнез.

Лікування пухлиноподібних утворень яєчників доволі часто починається з оперативного втручання, що виконується в невиправдано більшому об'ємі та не веде до повного одужання, не виключає рецидив захворювання, а також зумовлює зменшення оваріального резерву, погіршення репродуктивного здоров'я жінки і надалі обумовлює неефективність використання допоміжних репродуктивних технологій [1, 2].

Встановлено, що навіть однократно виконане оперативне втручання в органозберігаючому об'ємі супроводжується надалі зниженням функції яєчників. Можливо це є наслідком вимушеної агресії на яєчникову тканину, наприклад, при тривалій коагуляції з гемостатичною метою [3, 4]. Після оперативного втручання розвиваються некроз тканин в ділянці ураження та асептичне перифокальне запалення, що перебігає із зміною фізико-хімічних властивостей клітин, порушенням ендокринно-імунологічного гомеостазу в яєчниках, що є передумовою для рецидиву ретенційного утворення і призводить до зниження оваріального резерву [5].

Різні методи консервативного лікування хворих з кістами яєчників призводять до регресу кістозних утворень у 50–55% випадків, а також не виключають рецидиву [6, 7].

Одним з основних методів профілактики рецидиву функціональних утворень яєчників на сьогодні залишається вживання монофазних комбінованих оральних контрацептивів (КОК) у циклічному режимі, що недоцільно для жінок, які планують вагітність [8]. Крім того, дослідженнями останніх років встановлена відсутність значущої відмінності елімінації функціональних кіст при терапії КОК порівняно з вибірковою тактикою [9]. При неускладненому перебігу і явних клінічних ознаках запального процесу проводиться базисна терапія з використанням антибіотиків, нестероїдних протизапальних препаратів, циклічною вітамінотерапією, фізіотерапевтичних дій, метаболічною та імунотерапією [10].

Низька ефективність консервативного лікування пацієнток із функціональними кістами яєчників, часте поєднання з безпліддям, пошкодження здорової яєчкової тканини при оперативному лікуванні із зменшенням оваріального резерву вимагає пошуку нових патогенетично обґрунтованих методів їх корекції [3, 7].

Отже, представляє інтерес проведення аналізу стану репродуктивного здоров'я жінок при різних методах лікування функціональних кіст яєчників.

Мета дослідження: вивчити клініко-анамнестичні особливості у жінок із функціональними кістами яєчників.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 50 жінок із функціональними кістами яєчників.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основними скаргами, що пред'являються жінками під час госпіталізації, були біль, порушення менструального циклу і безпліддя. Больовий симптом характеризувався різною інтенсивністю від слабких до гострих (у кожної третьої пацієнтки).

Біль локалізувався внизу живота (90%), ірдіював у попереk (10%), пряму кишку (48%), стегно (6%) або був без ірдіації (34%). Тривалість болю у пацієнок була різною і варіювала від декількох годин до 5 міс. До госпіталізації в стаціонар 74% пацієнок намагалися самостійно купірувати больовий синдром.

Скарги на порушення менструального циклу пред'являли 28 (56%) жінки, на порушення циклічності – 56% досліджуваних, у яких діагностовано олігоменорею (32%), метрорагію (32%). Менорагія була виявлена у 18 (36%) пацієнок, хворобливі менструації відзначали 20 (40%) жінок. Водночас первинна дисменорея зустрічалася лише в 10% випадків.

Безпліддя діагностовано у 27 (54%) пацієнок: первинне – у 36% і вторинне – у 64% випадках. Тривалість безпліддя варіювала від 1,5 до 15 років і становила у середньому $4,8 \pm 0,3$ року. Безпліддя у поєднанні з чоловічим чинником виявлено у 9 (18%) пацієнок.

У 28 (56%) досліджуваних виявлена супутня соматична патологія. Найчастіше зустрічалися захворювання органів травлення (36%), сечовивідної системи (26%), органів дихання (16%). Одну або декілька дитячих інфекцій перенесли 41 (82%) пацієнтка.

Обтяжену спадковість щодо онкологічних захворювань мали 38 (76%) жінок. Родинна історія щодо кіст яєчників у родичок першої лінії спорідненості виявлена у 4 (8%) пацієнок.

Оперативні втручання на органах черевної порожнини в анамнезі мали 5 (10%) пацієнок, а саме: 4 апендектомії і 1 холецистектомія.

Гінекологічні захворювання відзначили 30 (60%) пацієнок. У структурі гінекологічних захворювань найчастіше зустрічалися запальні захворювання нижнього відділу генітального тракту або органів малого таза (46%). У 10% жінок в анамнезі зазначено хірургічне лікування шийки матки з приводу доброякісної патології. Оперативні втручання на органах малого таза перенесли 22 (44%) пацієнтки, показанням для яких були безпліддя (32%), кісти яєчників (22%), міома матки (18%) з продовженням консервативної міомектомії, трубно вагітність (8%).

Обтяжений, алергологічний анамнез мала кожна п'ята пацієнтка (20%). Алергічні реакції переважно були пов'язані із вживанням антибіотиків і сульфаніламідних препаратів, непереносимістю новокаїну або йоду, в багатьох респонденток (38%) була харчова алергія.

Аналіз менструальної функції продемонстрував, що в переважній більшості випадків менархе у жінок настало у віці від 12 до 15 років. Середній вік менархе становив $13,3 \pm 0,2$ року. Раннє менархе (до 11 років) настало в 1 (2%) пацієнтки, пізніше (після 15 років) – у 3 (6%) жінок. Регулярний менструальний цикл відновлено через 6 міс після менархе у 27 (26%), через 6–12 міс – у 46 (44%), через 1–2 роки – у 21 (20%) жінки. У пацієнок з регулярним менструальним циклом його тривалість становила у середньому $28,4 \pm 1,6$ дня, тривалість менструації – у середньому $5,1 \pm 0,2$ дня.

Середній вік початку статевого життя становив $18,4 \pm 0,4$ року. Регулярне статеве життя відзначали 70% пацієнок, 2 (4%) дівчини заперечували статеве життя.

Контрацепцію використовували 17 (34%) пацієнок, переважно бар'єрні методи (72%), рідше КОК (22%) і внутрішньоматкову контрацепцію (6%).

Репродуктивна функція була реалізована у 12 (24%) жінок. З них терміновими пологами закінчилося 82% вагітностей, передчасними – 18%, оперативними (кесарів розтин) – 18%. Показанням до оперативного розродження були переважно екстрені (71,4%): клінічно вузький таз (40%), аномалія пологової діяльності (40%),

дистрес плода (20%). Ускладнений перебіг післяпологового періоду (післяпологова кровотеча, субінволюція матки) фіксували лише у 3 (6%) пацієнток.

Спонтанні аборти зустрічалися у кожній другій жінки (50%). Штучне переривання вагітності виявлено у 20 (40%) пацієнток, причому у 3 (6%) жінок у термінах гестації 18–20 тиж. Ускладнений перебіг післяабортного періоду відзначали 15 (30%) пацієнток

Під час оцінювання соматичного статусу нормостенічний; тип статури встановлений у всіх жінок. Фізикальне обстеження, вимір зросто-вагових показників свідчив про дефіцит маси тіла ($IMT < 18,5$) у 3 (6%) пацієнток. Надмірну масу тіла ($IMT > 25$) зафіксовано у 3 (6%) досліджуваних, з них у всіх виявлено ожиріння 1-го ступеня.

Хворобливість нижніх відділів живота при поверхневій або глибокій пальпації зазначали 27 (54%) жінок. Позитивні перитонеальні симптоми діагностовані у 9 (18%) пацієнток і завжди супроводжували ускладнений перебіг.

Супутні гінекологічні захворювання у вигляді патології шийки матки при огляді в дзеркалах і за результатами цитології виявлені у 19 (38%) жінок. Однаково часто зустрічалися фонові процеси у вигляді ектопії циліндричного епітелію (у 8 жінок – 16%), цервіцити і ендочервіцити (у 7 жінок – 14%).

При бімануальному дослідженні в переважній більшості випадків (у 42 жінок – 84%) матка мала нормальні розміри, збільшення придатків матки відзначено у 72% пацієнток. Об'ємні утворення мали округлу форму, еластичну консистенцію, різний ступінь хворобливості і рухливості. Хворобливість і нависання заднього зведення і хворобливі траекції за шийку матки фіксували у 8 (16%) жінок при ускладненому перебігу.

Ультразвукове дослідження органів малого таза дозволило виявити наявність кісти яєчника у 50 (100%) пацієнток. Діаметр функціональних кіст становив 31–76 мм ($46,6 \pm 1,2$ мм), у 2 (4%) випадках розміри утворень були 126 мм і 138 мм. Ультразвукова картина функціональних кіст яєчників була різною залежно від виду об'ємного утворення. Фолікулярні кісти мали правильну округлу форму з тонкою капсулою і рівною внутрішньою поверхнею, однорідним, анехогенним вмістом. У кіст жовтого тіла капсула товща, незрідка з розмитими контурами, вміст неоднорідний з ехо-позитивною суспензією. Середній діаметр фолікулярних кіст ($51,2 \pm 3,8$) був достовірно вище при кістах жовтого тіла.

Під час дослідження гормонального статусу виявлені відмінності концентрації гормонів залежно від гістотипу утворення. У пацієнток з фолікулярними кістами виявлено збільшення співвідношення ЛГ/ФСГ ($1,62 \pm 0,3$; $p < 0,05$), підвищення концентрації тестостерону ($4,01 \pm 0,4$; $p < 0,05$) при референсних значеннях ДГА-s, зниження концентрації прогестерону в середині другої фази менструального циклу ($28,6 \pm 0,4$; $p < 0,05$). Рівень інгібіну В ($111,3 \pm 6,4$) був нижче за референсні значення, проте показник був статистично недостовірним ($p > 0,05$). У пацієнток, що мають в анамнезі оперативне втручання на яєчниках, відзначено достовірне зниження концентрації інгібіну В ($109,5 \pm 3,6$; $p < 0,05$), зниження рівня антимюллерова гормону до нижнього кордону норми (нормальні значення гормону – 3,0–5,0 нг/мл).

ВИСНОВКИ

Отже, при клініко-лабораторному дослідженні пацієнток з функціональними кістами яєчників виявлені наступні особливості. Функціональні кісти яєчників зустрічаються переважно в молодому репродуктивному віці (18–35 років). В анамнезі у

багатьох пацієнток є вказівки на запальні захворювання генітального тракту, висока частота артифіційних і спонтанних абортів, патології шийки матки.

Основними клінічними проявами захворювання є больовий синдром, порушення менструальної і репродуктивної функції. Показання до госпіталізації пацієнток з фолікулярними кістами у більшості випадків пов'язані з безпліддям. У більшості пацієнток неможливо було уникнути оперативного лікування кіст яєчників. Ускладнений клінічний перебіг кіст яєчників у вигляді абдомінального синдрому або клініки «гострого живота», обумовленого переважно крововиливом в порожнину кісти або розривом капсули кісти, частіше спостерігається при кістах жовтого тіла, вимагає екстреного оперативного втручання і доволі часто утруднює проведення повноцінної операції. Ізольоване ушкодження яєчників зустрічається лише в третини жінок.

Супутня гінекологічна патологія, верифікована при лапароскопії, свідчить про часте поєднання сальпінгіту і спайкового процесу у пацієнток із кістами жовтого тіла, міоми матки або малих форм ендометріозу при фолікулярних кістах.

Clinical-and-anamnestic features for women with the functional ovarian cysts *I. V. Tkachuk*

The objective: to learn clinical-and-anamnestic features for women with the functional ovarian cysts.

Materials and methods. The complex is conducted clinical-and-laboratory and instrumental inspection 50 women with the functional ovarian cysts.

Results. The sickliness of lower departments of stomach at superficial or deep palpation met in 27 (54%) women. Positive peritoneal symptoms are diagnosed in 9 (18%) patients and always accompanied the complicated motion. Concomitant gynaecological diseases as pathology of cervix at a review in mirrors and as a result of cytology discovered in 19 (38%) women. Identically often there were background processes as an ectopia of cylinder epithelium (in 8 women – 16%), cervicitis and endocervicitis (in 7 women – 14%). At bimanual research, in swingeing majority of cases (for 42 women – 84%), an uterus had normal sizes, the increase of uterine appendages is marked in 72% patients. By volume educations had the rounded form, elastic consistency, different degree of sickliness and mobility. Sickliness and overhanding of back report and sickly traction for the cervix took place in 8 (16%) women at the complicated motion.

Conclusions. At clinical-and-laboratory research of patients with the functional ovarian cysts found out next features. The functional ovarian cysts meet mainly in young reproductive age (18–35 years). In anamnesis many patients have pointing on the inflammatory diseases of genital tract. High-frequency of artificial and spontaneous abortions, pathology of cervix. The basic clinical displays of disease is a pain syndrome, violation of menstrual and reproductive function. Certificate to hospitalization of patients with follicle cysts is not cases related to infertility. In most patients to avoid operative treatment of ovarian cysts is most possible.

Clinical motion of ovarian cysts is complicated as an abdominal syndrome or clinic of «acute abdomen», conditioned mainly by a hemorrhage in the cavity of cyst or break of capsule of cyst, more frequent observed at the cysts of yellow body, requires urgent operative interference and, quite often, hampers the conduct of valuable operation. The isolated damage of ovaries meets only in third of women. Concomitant gynaecological pathology, verified at laparoscopy, more frequent combination to the salpingitis and adhesive process shows for patients with the cysts of yellow body, uterine fibroids or small forms of endometriosis at follicle cysts.

Keywords: functional ovarian cysts, clinic, anamnesis.

Відомості про автора

Ткачук Ірина Василівна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ
ORCID: 0009-0002-7887-8414; e-mail: irinatkacuk528@gmail.com

Information about the author

Tkachuk Iryna V. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv
ORCID: 0009-0002-7887-8414; e-mail: irinatkacuk528@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Aubard Y, Poirot C., 2019. Presumed ovarian benign tumor and fertility // J Gynecol Obstetr Biol Reproduction.:42(8):794-801.
2. Baradwan S, Sendy F, Sendy S., 2021. Complete Laparoscopic Extirpation of a Giant Ovarian Cyst in an Adolescent // Complete Case Rep Obstet Gynecol.:7632989. doi: 10.1155/2021/7632989.
3. Belli M, Shimasaki S., 2020. Molecular Aspects and Clinical Relevance of GDF9 and BMP15 in Ovarian Function // Vitam Horm.:107:317-48. doi: 10.1016/bs.vh.2020.12.003
4. Borghese B, Marzouk P, Santulli P., 2019. Surgical treatments of presumed benign ovarian tumors // Gynecol, Obstetr Biol Reproduction:42(8):786-93.
5. Bourdel N, Canis M., 2020. Treatment strategies in presumed benign ovarian tumors // J Gynecol, Obstetr Biol Reproduction:42(8):802-15. 6-793.
6. Boivin J, Gameiro S., 2022. Evolution of psychology and counseling in infertility // Fertil Steril.:104(2):251-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2022.05.035
7. Braun KM, Diamond MP., 2023. The biology of adhesion formation in the peritoneal cavity // Semin Pediatr Surg.:23(6):336-43.
8. Cayrol M, Ouldamer L, Marret H., 2023. Ovarian tumors // La Revue Praticien.:63(2):259-65.
9. Crawford NM., 2019. Infertility women who screen positive for depression are less likely to initiate fertility treatments // Human reproduction:1.32 (3): 582–7.
10. DePriest PD, DeSimone CP., 2021. Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US. Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement // J. Clin. Oncol.:21:194–9.