

Порівняльна клініко-лабораторна характеристика пацієнток з функціональними кістами яєчників залежно від лікувальної тактики

І. В. Ткачук

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

Мета дослідження: вивчити порівняльні клініко-лабораторні характеристики пацієнток з функціональними кістами яєчників залежно від лікувальної тактики.

Матеріали та методи. Усі 104 пацієнтки були розподілені на 4 групи: 1 група (основна група) – 22 пацієнтки з неускладненим перебігом кіст яєчників (фолікулярні кісти і кісти жовтого тіла), які отримували базисну терапію: антибактеріальні препарати, нестероїдні протизапальні засоби, спазмолітики, розсмоктувальну терапію; 2 група (I група порівняння) – 27 хворих з неускладненим / ускладненим перебігом кіст яєчників, які були прооперовані в об'ємі органозберігаючої операції (цистектомія) та отримували базисну післяопераційну терапію відповідно до галузевих стандартів; 2 група (II група порівняння) – 30 пацієнток з ретенційними утвореннями яєчників, які були прооперовані в об'ємі органозберігаючої операції (цистектомія) та отримували стандартну базисну післяопераційну терапію і монофазні комбіновані оральні контрацептиви в циклічному режимі; 3 група (контрольна група) – 25 умовно здорових жінок віком 18–39 років, що не мають в анамнезі оперативних втручань на яєчниках. В основній групі і групах порівняння I і II проведено порівняльний аналіз клініко-лабораторних характеристик пацієнток з функціональними кістами залежно від варіанту терапевтичної тактики. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні, морфологічні та статистичні методи.

Результати. Оперативне втручання було виконано у більшості пацієнток протягом перших двох діб з моменту госпіталізації і лише 6 (10%) жінкам операція була проведена на 4–5-у добу після госпіталізації до стаціонару. Тривалість оперативного втручання достовірно не відрізнялася у пацієнток (у середньому – 36 ± 7 хв). У післяопераційному періоді всі пацієнтки отримували антибактеріальну терапію протягом 3–5 днів, спазмолітичну терапію, наркотичні

анальгетики протягом першої доби. Післяопераційних ускладнень не діагностовано в жодної пацієнтки. Больовий симптом купірували протягом $2,3 \pm 0,4$ доби. Шви були зняті на 6–7-у добу, загоєння первинним натягненням. На 2–3-ю добу після цистектомії у 49 (86%) пацієнток настала менструальноподібна реакція тривалістю 4–5 днів. Протягом перших трьох діб менструальноподібної реакції пацієнтки групи порівняння II починали приймати низькодозовані монофазні комбіновані оральні контрацептиви за контрацептивною схемою.

На 6–7-у добу післяопераційного періоду нормальні розміри маткових придатків діагностовані у 89,5% пацієнток, у 10,5% жінок маткові придатки виявлялися великими, але без об'ємних утворень, що підтверджувалося ультразвуковим дослідженням. Незначну хворобливість або чутливість при пальпації відзначали 12,3% жінок, у решти випадків хворобливості не виявлено.

Висновки. Існуючі методи не досить ефективні в лікуванні і профілактиці рецидиву функціональних кіст яєчників. Незалежно від вибраної лікувальної тактики частота настання вагітності не перевищує 38%, рецидив кістозного утворення діагностували у кожної 7–8-ї пацієнтки. У кожної другої прооперованої пацієнтки (54%) у віддалені терміни за результатом розширеного EFORT-тесту фіксували знижений оваріальний резерв.

Отримані дані свідчать про необхідність пошуку нових, патогенетично обґрунтованих способів лікування функціональних кіст яєчників.

Ключові слова: функціональні кісти яєчників, методи лікування, клініка, лабораторні методи, порівняльні аспекти.

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

Встановлено, що навіть однократно виконане оперативне втручання в органозберігаючому об'ємі супроводжується надалі зниженням функції яєчників, що, ймовірно, 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, яке перебігає зі зміною фізико-хімічних властивостей клітин і порушенням ендокринно-імунологічного гомеостазу в яєчниках, що є передумовою для рецидиву ретенційного утворення і призводить до зниження оваріального резерву [5].

Різні методи консервативного лікування жінок 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 дотепер залишається вживання монофазних комбінованих оральних контрацептивів (КОК) в циклічному режимі, що недоцільно для жінок, плануючих 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 та явних клінічних ознаках запального процесу проводять базисну терапію з використанням антибіотиків, нестероїдних протизапальних препаратів, циклічну вітамінотерапію, фізіотерапевтичні дії, метаболічну та імунomodельючу терапію [10].

Низька ефективність консервативного лікування пацієнток з функціональними кістами яєчників, часте поєднання з безпліддям, пошкодження здорової яєчничкової тканини при оперативному лікуванні зі 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 порівняльні клініко-лабораторні характеристики пацієнток з функціональними кістами яєчників залежно від лікувальної тактики.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Усі 104 пацієнтки були розподілені на чотири групи:

1 група (основна група) – 22 пацієнтки з неускладненим перебігом кіст яєчників (фолікулярні кісти і кісти жовтого тіла), які отримували базисну терапію: антибактеріальні препарати, нестероїдні протизапальні засоби, спазмолітики, розсмоктувальну терапію;

2 група (I група порівняння) – 27 хворих з неускладненим / ускладненим перебігом кіст яєчників, які були прооперовані в об'ємі органозберігаючої операції (цистектомія) та отримували базисну післяопераційну терапію відповідно галузевих стандартів;

2 група (II група порівняння) – 30 хворих з ретенційними утвореннями яєчників, які були прооперовані в об'ємі органозберігаючої операції (цистектомія) та отримували стандартну базисну післяопераційну терапію і монофазні комбіновані оральні контрацептиви в циклічному режимі;

3 група (контрольна група) – 25 умовно здорових жінок віком 18–39 років, які не мають в анамнезі оперативних втручань на яєчниках.

В основній групі і групах порівняння I і II проведено порівняльний аналіз клініко-лабораторних характеристик пацієнток з функціональними кістами залежно від варіанту терапевтичної тактики.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні, морфологічні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для оцінювання стану окремих показників репродуктивного здоров'я було проведено порівняльний клініко-лабораторний аналіз стану пацієнток залежно від вибраної лікувальної тактики.

Середній вік пацієнток усіх груп становив $26 \pm 2,2$ року, достовірно не відрізнявся у тих пацієнток, які перенесли оперативне лікування, але був вище, ніж у жінок без оперативного лікування ($22,1 \pm 1,6$ року).

Пацієнтки основної групи (пацієнтки з неускладненим перебігом кіст яєчників, які отримували базисну терапію) перебували на амбулаторному лікуванні.

В екстреному порядку було госпіталізовано 66,7% жінок групи порівняння I лише 37% – основної ($\chi^2 = 5,004$; $p < 0,05$). Основними показаннями для госпіталізації були безпліддя і больовий синдром.

Безпліддя виявляли утрічі частіше в основній групі, і групі порівняння I, ніж у пацієнток групи порівняння II. Больовий синдром переважав у групі порівняння II ($p < 0,01$; $p < 0,05$ по відношенню до пацієнток основної групи і групи порівняння I відповідно). Порушення менструального циклу однаково часто зустрічалися у пацієнток групи порівняння I і групи порівняння II і значущо рідше у пацієнток основної групи, ніж групи порівняння I ($\chi^2 = 4,5$; $p < 0,05$).

Супутня соматична патологія виявлена у пацієнок всіх груп і достовірно не відзнялася від типу лікування ($p > 0,05$).

Гінекологічні захворювання в анамнезі зустрічалися у пацієнок усіх груп. Запальні захворювання маткових придатків в анамнезі спостерігалися у 22,7% пацієнок, яким надалі оперативне втручання не було потрібно і у 56% прооперованих пацієнок. Кісти яєчників з їх оперативним лікуванням в анамнезі достовірно частіше зустрічалися у пацієнок основної групи. У двох пацієнок групи порівняння I і однієї пацієнтки групи порівняння II також було оперативне лікування кіст яєчників в анамнезі.

Алергологічний анамнез був обтяжений у кожної п'ятої пацієнтки в основній групі, а також у групі порівняння I і II ($p > 0,05$).

Аналіз менструальної функції продемонстрував, що середній вік настання менархе становив $13,6 \pm 0,34$ року у пацієнок усіх груп. Тривалість менструації і менструального циклу в групах достовірно не відрізнялися та становили $4,7 \pm 0,8$ і $28,8 \pm 0,86$ доби відповідно.

Середній вік початку статевого життя становив $18,3 \pm 0,4$ року. Двоє дівчат основної групи і одна – групи порівняння II статеве життя заперечували. Контрацепцію використовували 29% пацієнок. Бар'єрні методи контрацепції використовували переважно пацієнтки основної групи, КОК – пацієнтки групи порівняння II. Планування вагітності було основною причиною відмови від контрацепції у 52 (65,8%) жінок. Репродуктивна функція була реалізована у 14 (17%) жінок, причому більшість з них (57%) – пацієнтки групи порівняння. Артифіційні або спонтанні аборти однаково часто зустрічалися у пацієнок усіх груп.

Основними скаргами, що пред'являються пацієнтками, були:

- біль (59,5%),
- безпліддя (53%),
- порушення менструального циклу (31,6%).

Скарг не було у 7% жінок групи порівняння I і у 6,7% пацієнок групи порівняння II. Скарги на біль пред'являли переважно пацієнтки групи порівняння II (86,7%), причому гострий характер відзначали 40%. Безпліддя однаково часто зустрічалось у пацієнок всіх груп: первинне – достовірно частіше зустрічалось у пацієнок основної групи (64,3%), вторинне – групи порівняння I (44,4%). Порушення менструального циклу частіше спостерігалось у пацієнок групи порівняння I і групи порівняння II. Олігоменорея зустрічалась у 3 пацієнок групи порівняння I та у 2 пацієнок групи порівняння II, менорагія – у 4 і 5, метрорагія – у 3 і 5 жінок відповідно.

Пальпаторна хворобливість нижніх відділів живота різного ступеня вираженості зустрічалась більш ніж у половини жінок усіх груп та однаково часто супроводжувалась симптомами роздратування очеревини у пацієнок групи порівняння I і групи порівняння II ($p > 0,05$).

Під час огляду шийки матки в дзеркалах достовірно частіше виявлялися ектопія циліндрового епітелію у пацієнок групи порівняння I ($\chi^2 = 4,09$; $p < 0,05$), цервіцити та ендоцервіцити – у пацієнок групи порівняння II, проте відмінності були недостовірні ($p > 0,05$).

Оперативні лікування шийки матки (електроконізація, кріодеструкція) в анамнезі однаково часто зустрічалися у пацієнок групи порівняння I і II ($p > 0,05$).

За даними бімануального дослідження наявність об'ємного утворення встановлено у 91% пацієнок, яким оперативне втручання не було потрібно, і в < 77% жінок з виконаним у подальшому хірургічним лікуванням ($\chi^2 = 1,9$; $p > 0,05$).

Результати загальноклінічних обстежень (загальний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові і гемостазіограма) патологічних відхилень не виявили.

При мікроскопічному дослідженні вагінального відокремлюваного виявлено I ступінь чистоти вагінального вмісту у 5 (22,7%) пацієнток основної групи, у 6 (22,2%) хворих групи порівняння I, у 4 (13,3%) пацієнток групи порівняння II; II ст. чистоти – у 27,3%, 26%, 16,7%, III ст. – у 13,7%, 14,8%, 20%, IV ст. – у 36,4%, 37%, 50% відповідно. Санація піхви проведена 64,5% пацієнток.

При УЗД органів малого таза, оваріальні утворення виявлені у всіх пацієнток. Середній діаметр оваріальних утворень становив $41,3 \pm 2,1$ см, $44,6 \pm 2,8$ см і $47,8 \pm 3,1$ см у пацієнток основної групи, групи порівняння I і II відповідно. У пацієнток основної групи утворення були однобічні, правильної округлої форми, з чіткими внутрішніми і зовнішніми контурами, однорідним вмістом і відсутністю солідного компонента, у пацієнток групи порівняння – утворення були частіше однобічні (84,2%), з чіткими контурами у 8 (14%) пацієнток з неоднорідним вмістом, наявністю солідного компонента. Наявність вільної рідини в порожнині малого таза зафіксовано у 45% пацієнток всіх груп, відмінностей у частоті не виявлено ($p > 0,05$). Велика кількість рідини у порожнині малого таза виявлена у 18,5% пацієнток групи порівняння I і у 20% жінок групи порівняння II.

Під час дослідження гормонального профілю пацієнток групи порівняння I і II достовірних відмінностей концентрацій гормонів виявлено не було, що пояснюється розподілом пацієнток по групах методом випадкової вибірки.

Привертає увагу, що оперативне втручання на яєчниках в анамнезі (у 22,3% пацієнток основної групи, 7,4% групи порівняння I та 3,3% групи порівняння II) супроводжується достовірним зниженням рівня інгібіну В (середній рівень – $109 \pm 3,6$ нг/мл), зниженням концентрації антимюллерова гормону до рівня нижньої межі норми ($3,2 \pm 0,4$ нг/мл). Концентрація тестостерону зростає зі збільшенням числа операцій, причому в групі порівняння II його показник знаходився на рівні верхньої межі норми (нормальний показник – 0,5–4,3 нмоль/л), в основній групі – вище за референсні значення, проте відмінності були не достовірні ($p > 0,05$).

Пацієнткам основної групи проводили консервативну терапію. Умовами для консервативної терапії були безсимптомний перебіг захворювання або незначна вираженість больового синдрому, однобічний характер ушкодження, невеликі розміри кістозних утворень (до 6 см), відсутність гінекологічної патології, що вимагає оперативного втручання, планування пацієнткою вагітності протягом найближчого року, а при безплідді – тривалість його не більше 1–1,5 року, відсутність ознак придбанної патології ендометрія, матки і маткових труб. Пацієнтки отримували антибактеріальну терапію, нестероїдні протизапальні засоби (диклофенак для внутрішньом'язового введення або ректального застосування, моваліс у вигляді таблеток або ректальних супозиторіїв), спазмолітики (но-шпа – у вигляді ін'єкцій або пігулок для вживання), папаверин (ін'єкції або ректальні супозиторії); розсмоктуючу терапію. Одній пацієнтці було потрібно госпіталізацію через підозру на ускладнений перебіг.

Надалі виконували щомісячний моніторинг стану пацієнток, що включає:

- оцінювання загального стану пацієнток,
- проведення бімануального дослідження,
- виконання ультразвукового дослідження (УЗД) органів малого таза.

Під час лікування більшість пацієнток (91%) скарг не пред'являли, лише у двох жінок зберігався епізодичний біль у нижніх відділах живота, що купірувався під час лікування. У 63,6% жінок при бімануальному дослідженні відзначено зменшення

розмірів об'ємного утворення відразу після завершення консервативної терапії. У всіх пацієнток через 3 міс від початку терапії об'ємні утворення яєчників не визначалися, при цьому у 19 пацієнток маткові придатки були нормальних розмірів, у 3 жінок розцінені як великі і чутливі при пальпації.

При УЗД органів малого таза в 41% відзначено регрес кістозного утворення на 25–30% при завершенні курсу консервативної терапії. Зменшення розмірів кіст у 2–2,5 раза діагностовано у 81% пацієнток через 2 міс від початку терапії. Через 3 міс у більшості пацієнток (91%) об'ємні утворення в проекції маткових придатків не визначалися. У двох пацієнток візуалізувалася рідинне утворення діаметром до 30 мм у проекції правих маткових придатків, розмір оваріальних утворень на тлі терапії, що проводиться, зменшився більш ніж удвічі, що свідчило про регрес кісти. Проте пацієнтки продовжували перебувати під спостереженням до повного регресу об'ємного утворення.

За даними лабораторних досліджень (гемограма, біохімічний аналіз крові, гемостазіограма), динаміки на тлі лікування виявлено не було.

Усі пацієнтки задовільно переносили лікування. Побічних ефектів і ускладнень виявлено не було.

Показаннями для оперативного лікування у групах порівняння I і II були:

- симптоми ускладненого перебігу, що вимагають екстреного хірургічного втручання (32%);
- персистенція кісти або зменшення її розмірів менш ніж удвічі протягом 2–3 міс при динамічному спостереженні або консервативній терапії (15,8%);
- розмір утворення більше 6–8 см (14%);
- поєднання кіст з безпліддям (49%).

Функціональні кісти яєчників при лапароскопії були виявлені у всіх пацієнток. Розрив капсули кісти або крововилив у порожнину наголошувався у 38,5% жінок. При огляді органів малого таза у більшості пацієнток (72%) діагностована супутня гінекологічна патологія, а саме: спайковий процес (29%), хронічний сальпінгіт (45%), міома матки (14,5%), ендометріоз (16%), параоваріальна кіста (3%). Об'єм операції у 30,5% обмежувався лише цистектомією. Крім того, були проведені адгезіолізис (26%), міомектомія (14,5%), коагуляція вогнищ ендометріозу (16%), параоваріоцистектомія (3%), сальпінгектомія (7,4%). Облітерація однієї або обох маткових труб була діагностована у 4 (7%) пацієнток в істмічному або інтерстиціальному відділах. Порушення прохідності однієї/обох маткових труб або прохідність їх «під тиском» виявлено у 9 (15,8%) пацієнток.

Під час гістологічного дослідженні біоптата ендометрія у пацієнток з безпліддям проста типова гіперплазія виявлена у 18,4%, хронічний ендометрит – у 18,4%, поліп ендометрія – в 10,6% досліджуваних. Стан ендометрія, відповідний фазі менструального циклу, діагностований у 47,4% пацієнток.

Оперативне втручання було виконане у більшості пацієнток протягом перших двох діб з моменту госпіталізації і лише 6 (10%) жінкам операція була проведена на 4–5-у добу після госпіталізації в стаціонар. Тривалість оперативного втручання достовірно не відрізнялася у групах та становила у середньому 36 ± 7 хв. У післяопераційному періоді всі пацієнтки отримували антибактеріальну терапію протягом 3–5 днів, спазмолітичну терапію, наркотичні анальгетики протягом першої доби. Післяопераційних ускладнень не діагностовано в жодної пацієнтки. Больовий симптом купірувався протягом $2,3 \pm 0,4$ доби. Шви зняті на 6–7-у добу, загоєння первинним натягненням. На 2–3-ю добу після цистектомії в 49 (86%) жінок зафіксовано менстру-

альноподібну реакцію тривалістю 4–5 днів. Протягом перших трьох днів менструальноподібної реакції пацієнтки групи порівняння II починали приймати низькодозовані монофазні комбіновані оральні контрацептиви за контрацептивною схемою.

На 6–7-у добу післяопераційного періоду нормальні розміри маткових придатків діагностовані у 89,5% пацієнток, у 10,5% маткових придатків виявлялися великими, але без об'ємних утворень, що підтверджувалося даними УЗД. Незначну хворобливість або чутливість при пальпації відзначали 12,3% жінок, у решті випадків хворобливості не виявлено.

У лабораторних показниках (гемограма, біохімічний аналіз крові, гемостазограма) вираженої динаміки за моменту госпіталізації у більшості досліджуваних виявлено не було. В однієї пацієнтки з розривом кісти після лапароскопії, виконаної в обсязі цистектомії, діагностовано гіпохромну анемію легкого ступеня.

Перед випискою стан усіх пацієнток був задовільний. Середня тривалість перебування в стаціонарі становила $7,5 \pm 0,4$ доби, у приватній клініці – $2,6 \pm 0,2$ доби і достовірно не відрізнялася у пацієнток групи порівняння I і II.

Віддалені результати оцінювали через 3, 6 і 12 міс по комплексу клінічно-лабораторних показників, ультразвукового сканування органів малого таза і показників гормонального статусу (у частини пацієнток).

Протягом 3 міс жінки всіх груп призначене лікування переносили задовільно. Пацієнтки основної групи скарг не пред'являли, менструальний цикл порушений не був, за даними бімануального дослідження та ультразвукового сканування органів малого таза – без патологічних змін. Три (11%) пацієнтки групи порівняння I пред'являли скарги на періодичний тягнучий біль внизу живота. Менструальний цикл у всіх пацієнток цієї групи не порушений. Дані бімануального дослідження та УЗД органів малого таза патологічних змін не виявили. Порушення менструального циклу були виявлені лише в групі порівняння II, а саме: у 2 пацієнток виявлено метрорагію на тлі вживання КОК. Проте це не потребувало відміни контрацептиву і дане порушення купірувалося самостійно протягом 1–2 менструальних циклів. За даними бімануального дослідження та УЗД жодних змін у цих пацієнток виявлено не було.

В однієї пацієнтки групи порівняння II, що не пред'являє скарг, за даними бімануального дослідження зафіксовано утворення тугоеластичної консистенції діаметром 4 см, безболісне при пальпації. Дані ультразвукового сканування органів малого таза: у проекції правого яєчника – рідинне утворення 35×32 мм з тонкою капсулою, однорідним вмістом.

При ультразвуковому дослідженні через 3–6 міс у пацієнток основної групи, що не мають оперативних втручань на яєчниках в анамнезі, об'єм яєчників становив у середньому $7,6 \pm 2,4$ см³; у пацієнток, що мають в анамнезі одну операцію на яєчниках (цистектомія) – $6,8 \pm 2,1$ см³, достовірно не відрізнявся від показника пацієнток контрольної групи ($8,1 \pm 1,7$ см³) і пацієнток з консервативним лікуванням функціональних кіст яєчників ($p > 0,05$).

У пацієнток з двома органозберігаючими операціями в анамнезі (цистектомія) об'єм яєчників становив $5,7 \pm 1,2$ см³ і був достовірно нижче, ніж у пацієнток контрольної групи ($p < 0,05$). У пацієнток, що мають в анамнезі резекцію яєчника, його середній об'єм був достовірно нижче, ніж у пацієнток, що перенесли цистектомію, і пацієнток контрольної групи, становлячи у середньому $4,6 \pm 1,6$ см³. Нормальний об'єм яєчників у пацієнток, що двічі перенесли цистектомію, виявляли утричі рідше, ніж у пацієнток контрольної групи. Достовірне зниження кількості антральних фолікулів діаметром 2–10 мм виявлено у пацієнток, що перенесли резекцію яєчника.

Число антральних фолікулів у пацієнток цієї групи становило $4,7 \pm 1,4$, у пацієнток контрольної групи – $8,2 \pm 2,5$ ($p < 0,05$).

Під час контрольного огляду через 6 міс пацієнтки основної групи скарг не пред'являли, менструальний цикл не порушений, за даними бімануального дослідження і ультразвукового сканування органів малого таза – без патологічних змін. У 16,7% випадків діагностована маткова вагітність у жінок, які планують вагітність.

У групі порівняння I скарги на порушення менструального циклу за типом олігоменореї пред'являли 1 (3,7%) пацієнтка, на дисменорею – 2 (7,4%). За даними бімануального дослідження та ультразвукового сканування органів малого таза патологічних змін не виявлено. Бажана вагітність настала у 2 (11,1%) жінок цієї групи.

У групі порівняння II за даними бімануального дослідження і ультразвукового сканування органів малого таза – без патологічних змін; проте в однієї пацієнтки відзначили порушення менструального циклу за типом олігоменореї. У групі порівняння II частота настання вагітності становила 15%.

Повторне дослідження гормонального статусу в ранні терміни після оперативного лікування виконано у 37 (64,9%) пацієнток (18 із групи порівняння I, 19 – із групи порівняння II). У всіх пацієнток відзначено підвищення базального рівня ФСГ на 25–29%, достовірне зменшення значень інгібіну В на 12% (у 9 пацієнток групи порівняння I і 7 – групи порівняння II). У пацієнток обох груп відзначено зниження рівня антимюллерова гормону на 1–2% (у 15 і 14 пацієнток відповідно) порівняно з показниками до оперативного втручання, проте відмінності були недостовірні. Значуще зниження концентрації АМГ на 9% виявляється у віддалені терміни (9–12 міс) після оперативного лікування.

Розширений EFORT-тест проведено 26 пацієнткам. Нормальні показники оваріального резерву діагностовані у 46% пацієнток з оперативними втручаннями на яєчниках, з них нормальний оваріальний резерв за результатами EFORT-тесту виявлений у 72,7% пацієнток з однією цистектомією в анамнезі, у 33,3% – з двома цистектоміями та у 16,7% – з резекцією яєчника. Зміни окремих параметрів оваріального резерву у вигляді зниження рівня інгібіну В і підвищення концентрації АМГ після введення екзогенного ФСГ діагностовано у 54% пацієнток з операціями на яєчниках.

У 20 пацієнток молодого репродуктивного віку без оперативних втручань в анамнезі, які увійшли до контрольної групи, у 10% з них виявлено зниження оваріального резерву у вигляді зниження рівня АМГ нижче за референтні значення. Проте після введення ФСГ у цих пацієнток відзначені нормальні показники EFORT-тесту (підвищення рівня інгібіну В і зниження АМГ).

Для виявлення ступеня кореляції між числом антральних фолікулів і основними гормональними маркерами оваріального резерву (інгібін В, АМГ) показники були проаналізовані за допомогою критерію рангової кореляції Спірмена. Було показано достовірне середнього ступеня сполучення зв'язок між числом антральних фолікулів і концентрацією інгібіну В ($r = 0,55$; $p < 0,05$) і значуще високе сполучення між числом антральних фолікулів і рівнем антимюллерова гормону ($r = 0,78$; $p < 0,001$) у ранні терміни після операції. У віддалені терміни після оперативного втручання між числом антральних фолікулів і рівнем АМГ показана достовірна слабка міра сполучення ($r = 0,46$; $p < 0,05$).

Під час огляду через 12 міс рецидиви кістозних утворень діагностовані у 10% пацієнток основної групи, 12% пацієнток групи порівняння I і 14,8% пацієнток групи порівняння II. Скарг ці пацієнтки не пред'являли. В основній групі бажана вагітність

діагностована у 22,2% випадків з моменту початку лікування. Частота настання вагітності у пацієнок груп порівняння I і II становила 22,2% і 20% відповідно.

ВИСНОВКИ

Отже, існуючі методи не досить ефективні в лікуванні і профілактиці рецидиву функціональних кіст яєчників. Незалежно від вибраної лікувальної тактики частота настання вагітності не перевищує 38%, рецидив кістозного утворення діагностується у кожної 7–8-ї пацієнтки. У кожної другої (54%) прооперованої пацієнтки у віддалені терміни за результатом розширеного EFORT-тесту діагностується знижений оваріальний резерв.

Отримані дані свідчать про необхідність пошуку нових, патогенетично обґрунтованих способів лікування функціональних кіст яєчників.

Comparative clinical-and-laboratory description of patients with the functional ovarian cysts depending on medical tactic

I. V. Tkachuk

The objective: to study comparative clinical-and-laboratory descriptions of patients with the functional ovarian cysts depending on medical tactic.

Materials and methods. All 104 patients parted on 4 groups: a 1 group is a basic group (n = 22) patients with the uncomplicated flow of ovarian cysts (follicle cysts and cysts of yellow body), recipient base therapy: antibacterial preparations, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, antispasmodics, resorption therapy; 2 a group is a group of comparison I (n = 27) patients with uncomplicated / by the complicated flow of ovarian cysts, operated in a volume organ-preserving operations (cystectomy), recipient base postoperative therapy, proper to the industry standards; 2 a group is a group of comparison II (n = 30) patients with ovarian retention formations, operated in a volume organ-preserving operations (cystectomy), recipient standard base postoperative therapy and monophase combined oral contraceptives in the cyclic mode; 3 a group is a control group (n = 25) – de bene esse healthy women in age 18–39 years, not having in anamnesis of operative interferences on ovaries.

In a basic group and groups of comparison I and II the comparative analysis of clinical-and-laboratory descriptions of patients is conducted with functional cysts depending on the variant of the therapeutic tactic. Clinical, laboratory, instrumental, morphological and statistical methods were plugged in the complex of the conducted researches.

Results. Operative interference was executed at most patients during the first two days from the moment of hospitalization and only to 6 (10%) women an operation was executed on 4–5 days after a receipt. Duration of operative interference for certain did not differ for the patients of both groups, averaging 36 ± 7 minutes. In a postoperative period all patients got antibacterial therapy during 3–5 days, spasmolytic therapy, narcotic analgetics during the first days. Postoperative complications it is not diagnosed for any patient. A pain symptom stopped during $2,3 \pm 0,4$ days. Stitches removed the on 6–7 days, healing a primary tensions. On 2–3 days after a cystectomy at 49 (86%) a menstrual-similar reaction came duration 4–5 days. During the first three days of menstrual-similar reaction of patient of group of comparison II began to accept low-dose the monophase combined oral contraceptives on a contraceptive chart.

On 6–7 days of postoperative period the normal sizes of uterine appendages are diagnosed for 89,5% patients, in 10,5% uterine appendages appeared large, but without by volume educations, that was confirmed by ultrasonic research. An insignificant sickliness or sensitiveness at palpation was marked by 12,3% women, it is not exposed in other cases of sickliness.

Conclusions. Existent methods are effective not enough in treatment and prophylaxis of relapse of functional ovarian cysts. Independently of the chosen medical tactic frequency of offensive of

pregnancy does not exceed 38%, the relapse of cystophorous education is diagnosed for every seventh-eighth patient. For every second operated patient (54%) in remote terms on the result of the extended EFORT-test reductions ovarian reserve is diagnosed.

Findings testify to the necessity of search of new, pathogenetically justified methods of treatment of functional cysts of ovaries.

Keywords: *functional ovarian cysts, methods of treatment, clinic, laboratory methods, comparative aspects.*

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.