

*Л. І. Зварич, Н. С. Луценко, О. С. Шаповал, І. Ю. Ганжий, В. М. Плотнікова*  
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

## ЧАСТОТА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ КІСТ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ В СТРУКТУРІ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Частота новоутворень яєчників в структурі пухлин жіночих статевих органів залишається стабільно високою (19–25%). Низьке виявлення функціональних кіст яєчників (ФКЯ) під час профоглядів свідчить про відсутність чіткої схеми діагностики даної патології, а високий відсоток рецидивів диктує необхідність розробки та оптимізації лікувальної тактики.

**Мета роботи** – вивчити поширеність ФКЯ у жінок репродуктивного віку, проаналізувати можливі етіопатогенетичні ланки новоутворень в яєчниках з виділенням групи ризику по розвитку даної патології.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз 3555 історій хвороби стаціонарних пацієнток і 6744 даних УЗД пацієнток репродуктивного віку з різною гінекологічною патологією.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Встановлено, що ФКЯ зустрічаються у 5,82% серед пацієнток гінекологічного стаціонару і у 20,79% за даними ультразвукового обстеження. Визначений ретроспективно стан здоров'я у 133 пацієнток і виділені етіопатогенетичні ланки розвитку утворень в яєчниках з виділенням груп ризику по розвитку цієї патології.

**Ключові слова:** жінки репродуктивного віку, гінекологічна патологія, функціональні кісти яєчників (ФКЯ), ретроспективний аналіз.

Проблема збереження репродуктивного здоров'я є пріоритетним напрямком в сфері охорони здоров'я, оскільки має не тільки медичні, але й соціальні та економічні аспекти. Тому, розробка питань діагностики, профілактики, лікування будь-якого з захворювань та патологічних або пограничних станів жіночої статевої сфери є дуже актуальним завданням нашого сьогодення. В останні роки збільшилась частота новоутворень яєчників в структурі пухлин жіночих статевих органів більш, ніж в два рази, з коливаннями у межах 19–25% [1]. Більшість з них (75–87%) є, за гістологічною структурою, доброякісними утвореннями [1, 3]. Але тактика щодо їх ведення різниться у дуже широких межах: від обов'язкового хірургічного лікування до суворой відмови від оперативного втручання.

Стандартом лікування ендометріюїдних або дермоїдних кіст яєчників є хірургічна тактика. Ця тактика застосовується практично до всіх анатомічних новоутворень яєчників. Але існують ще й функціональні кісти, які виникають та зникають довільно, у більшості випадків, навіть без лікарського втручання.

Функціональні кісти яєчників (ФКЯ) – це доброякісні ретенційні новоутворення в яєчниках, які формуються на місці фолікула, що не мав овуляцію або на місці жовтого тіла яєчника, що не регресувало. Згідно даним літератури, фолікулярні кісти яєчників – найбільш часта патологія [2].

Причинами розвитку ФКЯ найчастіше є пору-

шення гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової регуляції процесів фолікулогенезу та овуляції. Впливають на їх розвиток соціально-побутові умови, суттєву роль відіграють і екологічні умови життя [1, 4, 5]. Все це призводить до порушення овуляції у вигляді різних розладів. Клінічна маніфестація захворювання малосимптомна, неспецифічна, що значно знижує відсоток ранньої діагностики патологічного процесу та призводить до несприятливих медичних і соціальноекономічних наслідків. Менструальна дисфункція є однією з основних, а іноді й єдиною ознакою пухлинного процесу в додатках матки.

Необґрунтовано широке використання антибіотиків при хронічних запальних процесах в додатках матки також утруднює діагностику. Деякі автори вважають, що найбільше значення у виявленні цієї патології мають додаткові лабораторно-інструментальні методи дослідження та гормональні дослідження: пролактину (ПРЛ), естрогенів (Е), ультразвукові (УЗД) [3, 4].

Низька виявляемість ФКЯ при профілактичних медичних оглядах свідчить про відсутність чіткої схеми діагностики цієї патології у жінок репродуктивного віку, тому її розробка на підставі більш детального виявлення патогенетичних ланок порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи при цій патології є актуальною. Крім того, високий відсоток рецидивів кістоподібних новоутворень диктує необхідність розробки і оптимізації лікувальної тактики при функціональних

кістах яєчників у жінок репродуктивного віку, що також сприятиме профілактиці розвитку ускладнень у таких пацієнток і зменшить відсоток оперативних втручань, які негативно впливають на репродуктивне здоров'я жінок [5].

**Мета роботи** – вивчення розповсюдженості функціональних кіст яєчників у жінок репродуктивного віку на підставі ретроспективного аналізу історій хвороб пацієнток гінекологічного стаціонару та даних ультразвукового дослідження хворих на гінекологічні захворювання за період 2009–2014 рр. Визначення стану здоров'я жінок з функціональними кістами яєчників (ФКЯ) на підставі ретроспективного дослідження та аналіз можливих етіопатогенетичних ланок розвитку утворень в яєчниках з виділенням груп ризику по розвитку даної патології.

### Матеріали і методи дослідження

Для встановлення розповсюдженості функціональних кіст яєчників в структурі гінекологічної патології проведено ретроспективний аналіз 3555 історій хвороб гінекологічного відділення КУ «Міська лікарня № 7» м. Запоріжжя та даних УЗД у 6744 пацієнток репродуктивного віку з різною гінекологічною патологією МСЧ ОАО «Мотор Січ» за період 2009–2014 рр. Методика проведення дослідження пацієнток відповідає Гельсінській декларації 1975 року та її перегляду 1983 року.

Для подальшого проведення поглибленого аналізу методом рандомізованого сліпого відбору виділені 133 історії хвороби жінок з функціональними кістами.

Отримані дані оброблялися методами варіаційної статистики з використанням набору стандартних програм Microsoft Excel 2003, Statistica 6.0

### Результати досліджень та їх обговорення

На підставі проведеного ретроспективного аналізу 3555 історій хвороб у 207 пацієнток гінекологічного відділення діагностовано функціональні кісти яєчників. Таким чином, частота функціональних кіст яєчників в структурі патології хворих гінекологічного відділення, за даними проведеного дослідження, склала 5,82%.

Аналіз клінічних даних і даних ультразву-

кового дослідження дозволив виявити деякі клініко-діагностичні особливості. Так, найбільш частотою патологією, на тлі якої діагностувалися ФКЯ, були запальні процеси в додатках матки – 92 пацієнток (44,44%), лейоміома матки в сполученні з ФКЯ відмічена в 30,92% (64 пацієнтки), гіперпластичні процеси ендометрію були діагностовані у 23 хворих з ФКЯ (11,11%). В 13,53% відмічена інша сполучена патологія, а в деяких випадках вищенаведені нозологічні форми були виявлені в сполученні між собою.

Проведені ультразвукові дослідження у 6744 пацієнток репродуктивного віку з різною гінекологічною патологією за період 2009–2014 рр. дозволили встановити патологію яєчників у вигляді ФКЯ у 1402 пацієнток (20,79%). Дані по частоті виявлення ФКЯ в різних вікових групах пацієнток з гінекологічною патологією наведені в таблиці 1.

Як видно з наведених даних, переважну більшість – 82,24% складають пацієнтки з ФКЯ і гінекологічною патологією, які виявляються в активному репродуктивному віці 19,1–42 роки, що співпадає з даними літератури. В пізньому репродуктивному віці, 42,1–49 років, значно знижується відсоток виявлення ФКЯ і складає 15,69%. На підставі проведених сонографічних досліджень встановлено також, що значно менший відсоток – 2,07%, коли ФКЯ зустрічаються в віці 17–19 років на тлі гінекологічної патології.

Детально проаналізовано 133 історії хвороби гінекологічних хворих з функціональними кістами на підставі сліпого рандомізованого відбору, серед яких у 28 були виявлені фолікулярні кісти яєчників, у 29 – кісти жовтого тіла та у 76 – зміни в яєчниках описувалися при УЗД як кистоподібні. Середній вік пацієнток склав 34,9±8,5 років з коливаннями в віці від 18 до 49 років. Найбільш частою скаргою серед пацієнток з ФКЯ, які знаходилися в гінекологічному відділенні, були вказівки на больовий синдром у 80 жінок (60,15%). Порухення менструального циклу відмічалось в 35,34% випадках, причому у 16 пацієнток (34,04%) вони проявлялися у вигляді затримки менструацій, у 31 жінки (65,96%) були скарги на кровотечі різного характеру. У 19 хворих (40,43%) порушення менструального циклу були у вигляді міжменструальних кровотеч або сполучалися з больовим симптомом у 15 ви-

Таблиця 1

Частота ФКЯ за даними ультразвукових досліджень в структурі гінекологічної патології в віковому аспекті

Вік, років	Обстежено на УЗД, Абс. од. (n)	Виявлено ФКЯ у пацієнток даної вікової категорії		Частота ФКЯ серед всіх пацієнток з ФКЯ, (%)
		абс.од. (n)	(%)	
17–19	92	29	31,52	2,07
19,1–42	4808	1153	23,98	82,24
42,1–49	1844	220	11,93	15,69

падках (31,91%). Без скарг шпиталізовано 6 жінок з ФКЯ репродуктивного віку (4,51%).

Гінекологічний анамнез був обтяжений у 93 пацієнток. Серед них запальний процес в додатках матки – у 48 жінок (36,09%), лейоміома матки діагностувалася у 47 пацієнток (35,33%). Сполучення цієї патології з порушенням менструального циклу відмічене в 16,13% випадків. У 27 жінок спостерігалися патологія ендометрію, інша гінекологічна патологія (бартолініт, патологія шийки матки) виявлялась у 14 пацієнток. Оперативні лікування в минулому з приводу патології додатків проведені у 4 (4,30%), патології ендо- та біометрія – у 3 хворих (2,35%).

Анамнестичні дані вказували, що середній вік менархе склав (13,52±1,16) рік з коливаннями від 10 до 18 років. При встановленні менструального циклу регулярний менструальний цикл з тривалістю від 21 до 35 днів відмічений у переважної більшості пацієнток – 106 жінок (79,7%), в 27 випадках (20,3%) відмічалися його порушення. Середня тривалість менструального циклу склала 27,18±1,72 дні. В 37,6% випадків при встановленні менструального циклу відмічалася альгодисменорея.

З метою проведення аналізу реалізації репродуктивної функції жінки обстежуваної групи були поділені на дві підгрупи. Згідно класифікації репродуктивного віку за ВООЗ, 1990 р., була виділена група жінок раннього репродуктивного віку (з 16 до 35 років), яку склали 60 жінок (45,11%), та група пізнього репродуктивного віку (з 35 до 49 років) – 73 пацієнтки (54,89%). Також було 3 жінки підліткового віку – 18 років, які увійшли до першої підгрупи. Паритет дослідженої групи: жінки, які народжували – 81 хвора (60,9%), з них у 4 пологи закінчувалися оперативно – кесарським розтином. Жінки, які не народжували, – 39,1% (ранній і активний репродуктивний вік – в 89,2%). Аборти від 1 до 3 були у 62 пацієнток. Найбільш численною групою серед жінок, які народжували, виявилася група пізнього репродуктивного віку – 59 пацієнток (72,84%), в якій 30 жінок (50,85%) лише 1 раз реалізували свою репродуктивну функцію, на відміну від менш чисельної групи раннього репродуктивного віку (22 пацієнтки, які народжували – 27,16%), в якій 1 пологи в анамнезі мали 16 хворих (72,73%). Оскільки наявність новоутворення яєчників, нерідко на тлі поєднаної гінекологічної патології, представляє потенційну загрозу для повторної реалізації репродуктивної функції, ФКЯ повинно розглядати як погрозливий стан для виконання репродуктивної програми сім'ї.

У 43,21% жінки в анамнезі було 2 і більше пологів. Але й ці жінки повинні формувати умовний «резерв» для зниження відсотку оперативних втручань, зниження фінансового навантаження на суспільство та сім'ю.

Тому, зусилля сучасної медицини мають бути спрямовані на проведення максимально інформативних діагностичних заходів і вироблення принципово нових схем ведення пацієнток з доброякісними новоутвореннями яєчників, особливо в групі жінок з нереалізованим репродуктивним потенціалом і тих, хто реалізував його в недостатній мірі.

Ускладнення після пологів і абортів спостерігалися у 2 пацієнток. Невиношування вагітності діагностовано в 1% випадків, завмерла вагітність – в 2%, ектопічна – в 7% (у 42,86%, які народжували і в 57,14%, які не мали пологів в анамнезі). Контингент хворих з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом підлягає особливій увазі і дбайливому відношенню в плані профілактики розвитку захворювань репродуктивної сфери. Порушення репродуктивної функції у вигляді неплідності встановлено у 6 (4,51%) пацієнток. Інші 127 пацієнток або використовували контрацепцію, або не жили статевим життям. 21 пацієнтка використовувала різні методи контрацепції: 27 – бар'єрний метод, 6 – гормональний метод (прийом КОК, гестагенних контрацептивів) та в 1 випадку введена система Мірена.

На підставі ретельного вивчення анамнезу захворювання, а саме розвитку ФКЯ, виявлено, що у 64 пацієнток (48,12%) захворювання виявлялося вперше. Тривалість захворювання, яка враховувалася за часом появи ФКЯ і клінічних симптомів склала: до року – у 96 пацієнток; від 1 до 5 років – у 24 жінок; та більше 5 років у 13 випадках. У 34 хворих відзначався перебіг процесу з рецидивами, тривалість захворювання склала у них від 3 діб до 8 років. Серед причин, які, на думку пацієнток, передували розвитку захворювання, найбільший відсоток склали запальні захворювання в додатках матки – у 18 (52,94%). 2 жінок (5,88%) вважали серед причин розвитку захворювання стресові ситуації в сім'ї, 7 (20,59%) – оперативні втручання в минулому. 7 пацієнток (20,59%) не змогли назвати причину рецидиву.

В 57,0% у жінок пізнього репродуктивного віку в анамнезі були багатократні травматизації ендометрію, одним із наслідків якого є розвиток хронічного ендометриту. Розвиток при цьому змін рецепторного апарату ендометрію в подальшому веде до розвитку гіперпластичних процесів ендометрію, пік діагностики яких припадає на активний і частково пізній репродуктивний вік.

Частота соматичної патології у пацієнток з функціональними кістами представлена у більшості патологією шлунково-кишкового тракту – в 26,31%, патологією серцевосудинної системи – в 12,03%, захворюваннями нирок – 6,02%, патологією нервової системи та різними ендокринопатіями – по 4,51%, лише в 3,76% відмічена легенева патологія в анамнезі.

Першими проявами захворювання у паці-

енток з ФКЯ у 58 пацієнток (43,61%) були різні види порушень менструального циклу на тлі болювого синдрому або без нього. Детальне дослідження різних порушень менструального циклу виявило, що болювий синдром діагностувався в 86,21%, надмірні менструації в 32,76%, зменшення менструальної крововтрати (менше 50 мл чи менше 3 днів) – в 10,34%, епізоди надмірних крововтрат – в 15,51%.

В більшому відсотку випадків (70,0%) відмічений безсимптомний перебіг процесу, який без додаткових методів не завжди вдається діагностувати. Так, за даними УЗД серед цих пацієнток у 28 були виявлені фолікулярні кісти яєчників, у 29 – кісти жовтого тіла. У 18% хворих в структурі новоутворення сонологічно були гіперехогенні вклучення та у 76 – яєчники описувалися з кистоподібними змінами, що могло бути недооцінено лікарем в виборі лікувальної тактики, і в подальшому могло призвести до хронізації і рецидиву процесу. Гіперпластичні процеси ендометрію виявлялися в 27,0%, але монологічно дана патологія ендометрію виявлялася значно частіше. При встановленні діагнозу ендометріальної гіперплазії враховувалися не тільки товщина М-ехо, яка у 95% пацієнток не перевищувала допустимі значення, але і такі характеристики, як наявність вклучень, нерівностей і нечіткості контурів, наявності деформацій. Таким чином, на підставі проведених ретроспективних досліджень виявлені наступні клініко-діагностичні паралелі, які представлені у таблиці 2.

Лікувальна тактика, яка проводилася відразу після встановлення діагнозу ФКЯ, реалізувалася у вигляді консервативної терапії у 39 (39,39%) з вклученням в схему лікування протизапальних засобів (антибіотикотерапія та нестероїдні препарати), імуномодуючої та вітамінотерапії – у 33 жінок (84,82%). На іншому етапі лікування призначалися гормональні препарати (КОК, гестагени) лише у 6 пацієнток (4,51%). На момент гос-

піталізації 60 пацієнток (60,61%) не отримували ніякого лікування. Крім комплексної терапії в стаціонарі, протирецидивна терапія амбулаторно призначалася у 8 пацієнток (11,59%), серед них у 7 відмічене рецидивування ФКЯ. Оперативні втручання у пацієнток з ФКЯ за даними ретроспективного аналізу склали 25,0%. Найбільший відсоток оперативних втручань припадає на ранній репродуктивний вік 19,1–42 роки – 15 пацієнток (60,0%). У структурі оперативних втручань превалюють операції лапароскопічним доступом, що свідчить про сучасний підхід до надання допомоги даній групі пацієнток.

### Висновки

1. Частота ФКЯ серед пацієнток з гінекологічною патологією склала 5,82%, а серед пацієнток кабінету УЗД – 20,79%. Найбільш частою патологією на тлі якої діагностувалися ФКЯ, були запальні процеси в додатках матки – 44,44%, міома матки в сполученні з ФКЯ – 30,92%, доброякісні гіперпластичні процеси ендометрію – 11,11%. В 13,53% відмічена інша сполучена патологія (ендометріоз, бартолініти, патологія шийки матки).

2. Клінічними особливостями ФКЯ є порушення менструального циклу в 35,34% випадків, що важливо враховувати для правильної постановки діагнозу і розробки лікувально-діагностичної тактики. У 4,51% випадків кісти залишаються невизнаними зі стертою клінічною картиною.

3. Традиційна лікувальна тактика ФКЯ, яка проводилася відразу після встановлення діагнозу вклучала консервативну терапію у 39,39% з вклученням в схему лікування протизапальної терапії – у 84,82% та гормональних препаратів – у 15,38%. На момент госпіталізації не одержували ніякого лікування 60,61%. Оперативні втручання пацієнток з ФКЯ, за даними ретроспективного аналізу, склали 25,00%.

Таблиця 2

Клініко-діагностичні паралелі у жінок з ФКЯ

Метод обстеження / клінічний етап	Діагностика функціонального пухлинного утворення в яєчниках, (%)
Діагноз при госпіталізації	7%
Клініко-анамнестичний	35–66%, неспецифічні скарги
Визначення новоутворення при гінекологічному дослідженні	55–58%
Визначення при УЗД дослідженні	100%, типування 21 – %, 57,14% – не конкретизується

### Список літератури

1. Вовк І. Б. Пухлиноподібні ураження яєчників: етіологія, патогенез, діагностика та лікування / І. Б. Вовк, Г. В. Чубей, В. К. Кондратюк та інш. // Здоров'я жінчини. – 2013. – № 2 (78). – С. 11–15.
2. Бондаренко Л. Функциональные кисты яичников консервативное лечение / Л. Бондаренко, Е. Иващенко, Н. Свечникова // Доктор. – 2004. – №4. – 94–98.
3. Подзолкова Н. М. Диагностическая ценность опухолевых маркеров у больных с эпителиальными

- новообразованиями яичников / Н. М. Подзолкова, В. Б. Осадчев, К. В. Бабков, Е. А. Сырокваша // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. – т. 10, № 5. – С. 56–61.
4. Гаждонова В. Е. Соноэластография в диагностике образований яичников / В. Е. Гаждонова, С. О. Чуркина, Е. Б. Савинова и др. // Кремлѣвская медицина. – 2009. – № 3. – С. 31–37.
5. Рыбалко Д. Н. Профілактика функціональних кіст яєчників / Д. Н. Рыбалко, Я. А. Егорова // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 1 (40). – С. 11–14.

*Стаття надійшла до редакції 25.06.2015.*

*Л. И. Зварич, Н. С. Луценко, О. С. Шаповал, И. Ю. Ганжий, В. Н. Плотникова  
ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»*

## ЧАСТОТА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В СТРУКТУРЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Частота новообразований яичников в структуре опухолей женских половых органов остается стабильно высокой (19–25%). Низкая выявляемость ФКЯ при профосмотрах свидетельствует об отсутствии четкой схемы диагностики данной патологии, а высокий процент рецидивов диктует необходимость разработки и оптимизации лечебной тактики.

**Цель работы** – изучить распространенность ФКЯ у женщин репродуктивного возраста, проанализировать возможные этиопатогенетические звенья новообразований в яичниках с выделением группы риска по развитию данной патологии.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 3555 историй болезни стационарных пациенток и 6744 данных УЗИ пациенток репродуктивного возраста с разной гинекологической патологией.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Установлено, что ФКЯ встречаются у 5,82% среди пациенток гинекологического стационара и у 20,79% по данным ультразвукового обследования. Ретроспективно определено состояние здоровья у 133 пациенток и выделены этиопатогенетические звенья развития образований в яичниках с выделением групп риска по развитию данной патологии.

**Ключевые слова:** женщины репродуктивного возраста, гинекологическая патология, функциональные кисты яичников (ФКЯ), ретроспективный анализ

*L. Zvarich, N. Lutsenko, O. Shapoval, I. Ganzhiy, V. Plotnikova  
SI "Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine"*

## FREQUENCY OF FUNCTIONAL CYSTS OF OVARIES IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE IN STRUCTURE OF GYNECOLOGICAL PATHOLOGY

The frequency of ovarian tumors in the structure of tumors of women genital mutilation remains high (19–25%). Low detection of FOC during prophylactic examinations indicates the absence of clear lines of diagnostic pathology and high relapse rate dictates the need to develop and optimize the treatment strategy.

**Purpose** – to study the prevalence of FOC in women of reproductive age, to analyze possible ethiopathogenetical links of tumors in the ovaries with the release of the group at risk of developing this disease.

**Materials and methods.** A retrospective analysis of 3555 medical records of hospital patients and ultrasound data of 6744 patients of reproductive age with various gynecological diseases was held.

**Results and discussion.** It was found that FOC are found in 5.82% of patients in gynecological hospital and 20.79% according to ultrasound. In retrospect, the status of health in 133 female patients is defined and ethiopathogenetical links of FOC development with the groups at risk of development this disease are marked out.

**Keywords:** women of reproductive age, gynecological pathology, functional ovary cysts (FOC), retrospective analysis.