

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

**ФОЛЛИКУЛЯРНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ:
ДИАГНОСТИКА, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ,
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ
ЛЕЧЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА, СПОСОБЫ
РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ
ФУНКЦИИ**

Методические рекомендации

Ташкент – 2018

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«СОГЛАСОВАНО»

Начальник Отдела науки и
инновационного развития, д.м.н.
профессор


Н.Л.Хабилов
«30» 07 2018г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Главного управления
науки и медицинского образования,
д.м.н. профессор


У.С.Исмаилов
«30» 07 2018г.

**Фолликулярные кисты яичников: диагностика,
прогнозирование, профилактика, усовершенствование
методов лечения, способы реабилитации репродуктивной
функции**

(Методические рекомендации)



Тошкент-2018

Шукуров Ф.И. – доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТМА, к.м.н.
Аюпова Ф.М. – заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 ТМА,
д.м.н., профессор
Нигматова Г.М. – доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТМА, к.м.н.

Рецензенты:

Зуфарова Ш.А. – доцент кафедры акушерства и гинекологии, детской
гинекологии ТАШПМИ, д.м.н.

Магзумова Н.М. – профессор кафедры акушерства и гинекологии №2
ТМА, д.м.н.

Утверждено на заседании Проблемной комиссии по “Охране материнства и
детства” ТМА 18 июня 2018г., протокол № 7

Председатель проблемной комиссии д.м.н., профессор Каримов А.Х.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого Совета ТМА
27 июня 2018г., протокол № 12

Ученый секретарь  Исмаилова Г.А.

Методические рекомендации предназначены для врачей акушеров–
гинекологов, магистров, клинических ординаторов, и студентов медицинских
ВУЗов



СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АД** – артериальное давление
- АГС** – адреноснигальный синдром
- АКТГ** – адреноркортикотропный гормон
- АМГ** – антимюллеровый гормон
- ASRM** – American Society for Reproductive Medicine
- ВРТ** – вспомогательные репродуктивные технологии
- Гн-РГ** – гонадотропин-релизинг гормон
- ГК** – гормональный контрацептив
- ИГХ** – иммуногистохимическое исследование
- Е2** – эстрадиол
- ESHRE** – European Society of Human Reproduction and Embryology
- КОК** – комбинированные оральные контрацептивы
- КПК** – комбинированный пероральный контрацептив
- ЛГ** – лютеинизирующий гормон
- ЛНФ** – лютеинизация неовулирующего фолликула
- ЛФ** – лютеиновая фаза
- МАС** – максимальная артериальная скорость
- СГЯ** – синдром гиперстимуляции яичников
- СКЯ** – склерокисгозные яичники
- СТГ** – соматотропный гормон

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФСГ – фолликулостимулирующий гормон

ФКЯ – фолликулярные кисты яичников

ХГ – хорионический гонадотропин

ЦДК – цветное доплеровское картирование

ИР – индекс резистентности

17-КС – 17-кетостероиды

17-ОПК – 17-оксигидроксиprogестерон

ВВЕДЕНИЕ

Фолликулярные кисты яичников (ФКЯ) являются одной из наиболее распространенных форм патологии у женщин репродуктивного возраста, приводящей к нарушению репродуктивной функции и снижению качества их жизни. ФКЯ являются довольно распространенной патологией среди доброкачественных структурных изменений яичников, встречается с частотой до 70,0%. ФКЯ в 55,2 % случаев встречается в возрасте от 18 до 35 лет. Почти у 60% пациенток данное заболевание возникает в активном репродуктивном возрасте. Существенное влияние на репродуктивное здоровье оказывают фолликулярные кисты яичников. В структуре причин бесплодного брака на долю ФКЯ приходится 7–12 %. Актуальность проблемы заключается также в том, что лечение фолликулярных кист яичников нередко начинается с оперативного вмешательства, к тому же все оперативные методики не излечивают, и рецидивы составляют 46,6%.

Несмотря на успехи, достигнутые в гинекологии за последние десятилетия, проблема диагностики и лечения ФКЯ остается чрезвычайно актуальной и обусловлена не только большой распространенностью данной патологии.

Низкая эффективность применявшихся до сегодняшнего дня препаратов с целью реабилитации репродуктивной функции у женщин после эндохирургического лечения фолликулярных кист яичников, диктует необходимость поиска новых клинических подходов в реабилитации репродуктивной функции после эндохирургического лечения фолликулярных кист яичников.

В настоящей работе мы попытались осветить некоторые важные вопросы, касающиеся диагностики ФКЯ, и сделали попытку поделиться своим практическим опытом в отношении подходов к лечению бесплодия обусловленный ФКЯ и способам реабилитации репродуктивной функции у женщин после эндохирургического лечения фолликулярных кист яичников.

Вопросы восстановления репродуктивной функции у женщин с ФКЯ не исследованы в достаточной мере. В научной литературе нет сведений о применении комбинированного перорального низкодозированного контрацептивного препарата Белара® в комплексной реабилитационной терапии после эндохирургического лечения фолликулярных кист яичников, а также оценка его эффективности, что явилось предметом наших исследований.

Фолликулярная киста яичника (ФКЯ) – это функциональное доброкачественное ретенционное образование овариальной ткани,

формирующееся из неовулировавшего фолликула. Фолликулярная киста представляет собой однокамерное образование с тонкими эластичными стенками, заполненное прозрачным содержимым. Как правило, такие образования не бывают больших размеров и растут в сторону брюшной полости. Фолликулярная киста относится к функциональным образованиям, формирующимся в самом яичнике. Стенки доброкачественных образований формируются из перерастянутой оболочки фолликула. ФКЯ обычно односторонняя, может иметь размеры 2,5–10 см, и состоит из однокамерной полости, с жидкостью внутри, насыщенной эстрогенами (Рис 1).



Рис 1. Фолликулярная киста яичников

У большинства женщин при образовании фолликулярной кисты, симптомы никаким образом не проявляются, женщина даже не догадывается о ее развитии. Однако, при рецидивирующем характере, киста может провоцировать появление задержек менструаций, вызывать боли внизу живота, в комплексе с нарушением гормонального фона быть причиной бесплодия. Рецидивирующая (повторно возникающая) фолликулярная киста яичника является одновременно следствием и причиной нарушения гормонального фона. Длительно сохраняющаяся (более двух месяцев) фолликулярная киста называется персистирующей.

Фолликулярные кисты относятся к функциональным опухолевидным образованиям яичников. Их важнейшим отличием от других опухолевидных

процессов является транзиторный характер существования. К образованию фолликулярных кист ведет персистенция неразорвавшегося доминантного фолликула, в полости которого скапливается фолликулярная жидкость. Максимальный диаметр, как правило, не превышает 10 см. Стенка кисты содержит гранулезные и тека-клетки, которые через 2-3 месяца сливаются и подвергаются процессу гиалинизации. Фолликулярная киста обычно исчезает в течение 2-4 месяцев за счет резорбции их содержимого. Спавшиеся стенки кисты облитерируются, превращаясь в гиалиновые атретические тела. Поскольку фолликулярная киста подвергается резорбции и атрезии за 1-3 месяца, соответственно запаздывает и спад уровня ее гормонов, вызывающий менстурацию. Это - причина "выпадения" менструации при фолликулярных кистах.

Этиология фолликулярных кист яичников

1. Нарушение гормонального фона в результате: дисфункции яичников, нарушения функции эндокринных желез (щитовидной железы, гипофиза, надпочечников и т.д.), интенсивных физических и психо-эмоциональных нагрузок, абортов и т.д.
2. Нарушение правил и схемы приема гормональных препаратов (оральных гормональных контрацептивов и пр.).
3. Воспалительный процесс органов мочеполовой системы (воспаление яичников, сальпингоофорит).
4. Заболевания, передающиеся половым путем (гонорея, хламидиоз, трихомониаз и т.д.).

Кроме привычных причин возникновения, киста левого яичника весьма часто является итогом колита (воспаления в сигмовидной и нисходящей толстой кишке). Поскольку яичники и кишечник расположены рядом, между ними есть гистологическая связь, в результате чего возможно двустороннее распространение различных патологий. Это обязательно стоит учитывать при дифференциации кисты яичника. Фолликулярные кисты возникают у женщин с эндокрино-обменными нарушениями, способствующими развитию

гиперэстрогении и хронической ановуляции (однофазный менструальный цикл). Они встречаются в основном в репродуктивном возрасте, в редких случаях могут возникать в постменопаузе, еще реже – у плодов и новорожденных. Признаком перехода физиологического процесса созревания фолликула в патологическую фолликулярную кисту служит диаметр жидкостного образования более 30 мм. Жидкость накапливается в полости кисты в результате трансудации из кровеносных сосудов либо вследствие продолжающейся секреции ее гранулезным эпителием.

Фолликулярная киста правого яичника

Вопрос функциональной латеральной асимметрии яичников так и остается предметом дискуссий, не существует достоверных данных, которые бы подтверждали, что правый яичник более подвержен патологическим или доброкачественным новообразованиям. Фолликулярная киста правого яичника по статистике развивается так же часто, как и киста левого яичника. Есть отдельные сообщения, говорящие, что правый яичник в принципе более активен и чаще формирует доминантные фолликулы. Возможно, это связано с его более интенсивным кровоснабжением за счет прямого соединения артерии с главной аортой. Левый яичник получает питание от почечной артерии обходным путем. Также есть мнение, что анатомически правый яичник несколько больше левого в размерах, однако подобная информация не является клинически или статистически подтвержденной. Действительно в два-три раза чаще происходит правосторонняя апоплексия и это обусловлено естественной причиной – интенсивным кровоснабжением и близостью к аорте, но в остальном фолликулярная киста формируется с такой же частотой и по тем же патогенетическим принципам, что и образования в левом яичнике.

Диагностика фолликулярных кист яичников

Клиническое распознавание фолликулярной кисты яичника производится на основании влагалищно-брюшностеночного исследования, эхографии, лапароскопии (Рис 2).



Рис 2. Бимануальное исследование матки; а— бимануальное исследование правых придатков; б — бимануальное исследование левых придатков; пальпация области придатков матки

При проведении бимануального исследования сбоку и кпереди от матки пальпируется опухоль округлой формы, имеющая тугоэластическую консистенцию, гладкую поверхность, малоблезненная и подвижная.

УЗИ фолликулярных кист яичников

Эхографическая симптоматика фолликулярной кисты может быть представлена одной фразой – в области яичника выявляется тонкостенное жидкостное образование правильной овальной формы, с однородным содержимым, величиной свыше 30 мм (наибольший размер). Но, учитывая значительную частоту этих функциональных полостей, на некоторых аспектах УЗ – диагностики стоит остановиться подробнее (Рис 3).



Рис 3. Ультразвуковое исследование яичников

В частности, будучи истинным овариальным образованием, фолликулярная киста исходит из яичника. Поэтому в области кисты формируется дефект овариальной ткани (дефект массы), а выходящая за край яичника часть полости образует дефект его контура. Одновременно рядом с патологической полостью (вплотную к ней) ложируется интактная ткань яичника нормального мелкофолликулярного строения, серповидно «охватывающая» сопредельную границу кисты. Величина фолликулярных кист колеблется в пределах от 30 до 60 мм (и более), но обычно не превышает 50 мм. Чаще всего 30–40 мм в диаметре. В единичных случаях наибольший размер этих функциональных полостей достигает 100–120 мм. Как видно из иллюстраций, для фолликулярных кист характерны очень тонкие, можно сказать, сверхтонкие стенки, толщиной значительно менее 1 мм, типа «папиросной бумаги». Поперечный размер капсулы такой кисты аналогичен оболочке доминантного фолликула. Благодаря таким сверхтонким и гладким стенкам, а также совершенно гомогенному химико-биологическому составу содержимого, фолликулярные кисты имеют довольно мягкую консистенцию и поэтому легко изменяют свою форму (обычно правильную овоидную или сферическую) во время пальпаторно-тракционной эхолокации. Структура жидкости почти всегда однородная. Но, если фолликулярная киста не самоликвидировалась в данном цикле, а персистирует свыше двух циклов, в ее

просвете иногда можно заметить очень тонкие эхопозитивные элементы типа «хлопьев». Это выпадающие в осадок белковые агрегаты. Они находятся во взвешенном состоянии и в виде «нежных» пленок или мелких тяжей (единичных, реже множественных), могут прослеживаться в разных отделах полости, легко смешаются при контактном исследовании и зачастую скапливаются в нижней части жидкостного образования (Рис 4).

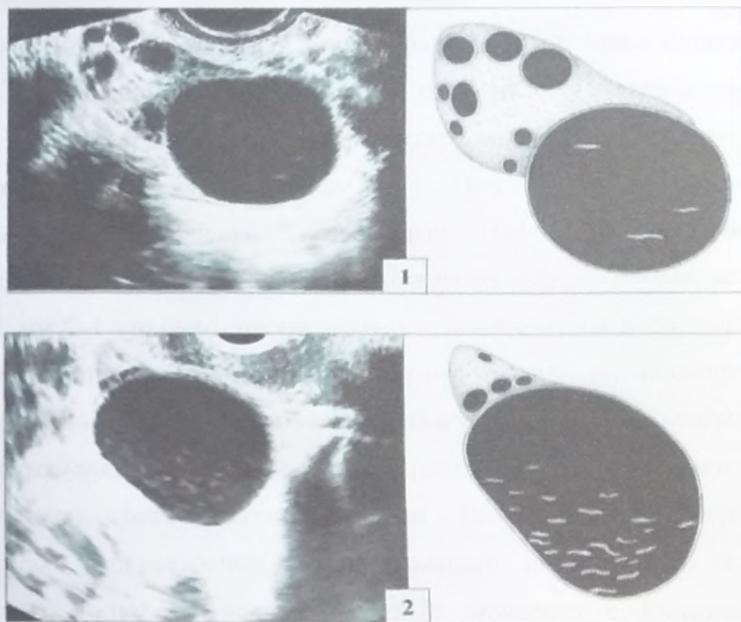
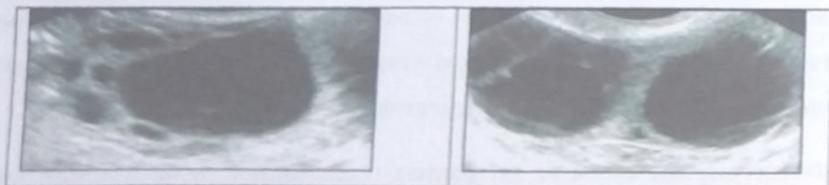


Рис 4. Фолликулярные кисты с неоднородным содержимым.

1. В различных участках патологической полости (38 мм в диаметре), локализующейся в медиальной части правого яичника, «плавают» единичные, очень узкие и короткие эхопозитивные тяжи. 2. В нижней трети тонкостенного жидкостного образования, 44x35мм (в области его верхней границы—интактный верхний полюс яичника) имеется скопление множественных хрупких (тонких малоинтенсивных) хлопьевидных элементов.

Фолликулярные кисты на эхограммах представляют собой однокамерные образования округлой формы, расположенные в основном сбоку или кзади от

матки. Внутренняя поверхность кисты ровная, гладкая, ее стенка тонкая (до 2 мм), содержимое анэхогенное, с высоким уровнем звукопроводимости. Нередко у пациенток активного репродуктивного возраста на стороне фолликулярной кисты визуализируется участок интактной яичниковой ткани. Позади образования всегда отмечается акустический эффект усиления. Диаметр кист варьирует от 2,5 до 6 см. Динамическое УЗИ позволяет дифференцировать фолликулярную кисту от гладкостенной серозной кистаденомы. При неосложненной кисте показаны наблюдение больной в течение 6–8 нед и противовоспалительная или (по показаниям) гормональная терапия. Фолликулярные кисты подвергаются постепенной регрессии и обычно исчезают в течение 1–2, реже – 3 менструальных циклов. При УЗИ-сканировании определяется шаровидное однокамерное образование от 3 до 8 см диаметром, заполненное однородным анэхогенным содержимым. Внутренние стенки кисты ровные, гладкие, имеют толщину 1–2 мм. На фоне фолликулярной кисты визуализируются участки интактной ткани яичника. При доплерометрии выявляются участки кровотока с невысокой скоростью, расположенные по периферии. Эхографическая картина фолликулярных кист характеризуется визуализацией одностороннего (редко двустороннего) правильной округлой или овальной формы тонкостенного образования, располагающегося в основном сбоку или кзади от матки. Внутренняя поверхность кист всегда ровная, строение - эконегативное. Дистальной кисты всегда определяется эффект акустического усиления (рис. 5). Размеры кист колеблются от 3 до 10 см, но редко бывают более 6–7 см в диаметре. Вдоль наружной части стенки кисты часто удается визуализировать нормальную ткань яичника, как бы растянутого на кисте (рис. 6).



Для доплерографической картины ФКЯ типичен бедный рисунок (рис. 7), а полученные нами количественные показатели (МАС $12,4 \pm 9,8$; ИР $0,51 \pm 0,02$) напоминают интраовариальный кровоток в среднюю и позднюю фолликулярную фазу менструального цикла. При ЦДК в фолликулярной кисте выявляют единичные участки кровотока, располагающиеся исключительно по периферии образования, с невысокой скоростью и средней резистентностью (ИР - 0,4 и выше).

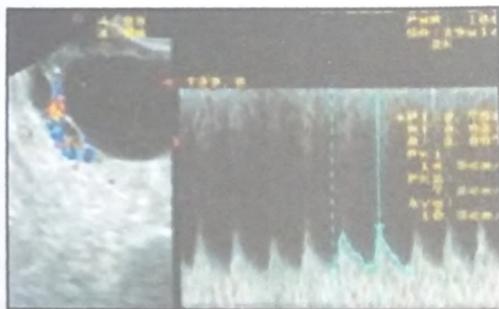


Рис 7. Фолликулярная киста – доплерография, Относительно бедный сосудистый рисунок МАС 4-18 см/с ИР 0,5-0,58

Окончательный ультразвуковой диагноз ФК может быть поставлен только после ее исчезновения в процессе динамического наблюдения на протяжении 3-х менструальных циклов. В перименопаузе наблюдение может продлено до 4-х менструальных циклов ввиду своеобразной "замедленности" эндокринно-обменных процессов, характерных для этого возрастного периода.

Морфология фолликулярных кист яичников

Морфологически фолликулярная киста – тонкостенное жидкостное образование, стенка которого состоит из нескольких слоев фолликулярного эпителия. Кнаружи от фолликулярного эпителия располагается фиброзная соединительная ткань. По мере увеличения кисты фолликулярный эпителий

претерпевает дистрофические изменения, истончается, слищивается и подвергается атрофии. Стенка кисты может состоять лишь из соединительной ткани, выстланной изнутри плоскими или кубическими клетками. В большинстве случаев эти кисты однокамерные. Однако в яичнике могут возникать одновременно несколько кист, которые, постепенно увеличиваясь, сливаются между собой, в связи с чем создается впечатление многокамерного образования. Фолликулярные кисты возникают только при однофазном менструальном цикле. Тонкая фиброзная капсула кисты состоит из текасткани (тека-экстерны и тека-интерны) фолликула, отграниченной от внутреннего эпителиального слоя базальной мембраной. Внутренняя выстилка стенки ановуляторной функциональной полости – гранулезный эпителий. Размеры фолликулярной кисты постепенно увеличиваются вследствие секреции гранулезными клетками жидкости, достигая максимального диаметра перед месячными. Как правило, этот размер не превышает 50 мм в диаметре (обычно в пределах 30–45 мм), но у некоторых больных зарегистрированы кисты до 100 мм. В большинстве случаев во время месячных сочетанные изменения общего гормонального фона и концентрация гормонов внутри кисты приводят к разрыву ее стенки и самоликвидации патологической полости. Последнее явление заслуживает более подробного рассмотрения, так как в данной ситуации понимание патогенетического механизма определяет правильность диагностики и, соответственно, лечебной тактики. Феномен самоликвидации фолликулярной кисты возможен только при наличии в ней функционально активного гранулезного эпителия. У некоторых больных с выраженными гормональными нарушениями (хронической ановуляцией) при наличии ранее возникшей фолликулярной кисты возможно появление новых аналогичных полостей, которые, плотно соприкасаясь друг с другом тонкими, мягкими стенками, могут образовывать многокамерную фолликулярную кисту. Наиболее типичны двух – реже – трехкамерные функциональные полости. Независимо от этиологии, размеров, клинических проявлений, УЗ-морфологических особенностей и характера динамики, основой патогенеза

фолликулярных кист является ановуляция, а отличительной чертой от других овариальных полостей – феномен самоликвидации. Макроскопически фолликулярные кисты представляют собой небольшие (диаметром 50-60 мм), гладко- и тонкостенные образования, содержащие прозрачную светло-желтую жидкость.

Дифференциальная диагностика ФКЯ

Фолликулярную кисту дифференцируют от кистомы яичника. В неясных ситуациях прибегают к проведению диагностической лапароскопии (Рис 8).



Рис 8. Киста и кистома яичников

Эндоскопическая картина ФКЯ

Фолликулярные кисты, как правило, односторонние размеры 2–12 см в диаметре, форма – округлая, имеют тонкую гладкую стенку, однокамерное строение и тугоэластическую консистенцию. Капсула гладкая, белесоватая, содержимое прозрачное. Собственная связка яичника не изменена. Киста имеет синюшне-багровый оттенок (Рис 9).



Рис.9 Лапароскопия (вид большой фолликулярной кисты)

Клиника фолликулярных кист яичников

Симптомы зависят от того, насколько активна фолликулярная киста яичника. Болезни сопутствующего характера, которыми поражены органы малого таза, также играют немалую роль. Это может быть воспаление придатков, миома матки, сальпингит и другие. Если новообразование маленькое, до 4 см, тогда симптомы отсутствуют, а сама киста способна рассосаться без следа через 3 цикла, а на состояние здоровья это не повлияет. При условии, если эстроген интенсивно вырабатывается созревшей до приличного размера кистой, может болеть низ живота, во время месячных происходит обильная кровопотеря. В варианте, если киста достигает до 10 см, признаки её наличия будут следующие:

- Долгие менструальные периоды.
- Выделения в виде крови между месячными, особенно после полового сношения.
- Болезненные ощущения, сбои в режиме прихода менструаций.
- Схватки продолжительного характера в нижней части живота, тяжесть, как – будто распирает что–то в паху.
- Неприятные и болевые потуги становятся сильнее во время наклонов, разворотах или других движениях.
- Повышение температуры в менструальные дни, до 37 градусов.

- ощущение тяжести или распирания в правой или левой паховой области;
- боли в правой или левой паховой области, усиливающиеся при быстрой ходьбе, половом акте, физической нагрузке, резком изменении положения тела (поворотах, кувырке, наклонах);
- дискомфортные ощущения, как правило, возникают во вторую фазу менструального цикла (после 14 дня от начала менструации);
- низкая (ниже 36,8°C) базальная температура во вторую фазу менструального цикла (после 14 дня от начала менструации);
- скудное межменструальное кровотечение («кровомазание») в период с 14 по 18 дни от начала менструации. В ряде случаев межменструальное кровотечение напоминает менструацию, продолжится в течение 3–12 дней и переходит в менструацию согласно предполагаемому «плановому» сроку;
- задержка менструации. Задержка менструации связана с преобладающим влиянием эстрогенов (женских половых гормонов) на фоне относительной или абсолютной недостаточности прогестерона. Длительность задержки менструации непредсказуема и зависит от степени выраженности нарушения гормонального фона.

Осложнение фолликулярных кист яичников

Осложнения фолликулярной кисты яичника могут быть:

- **перекрут яичника.** При резком изменении положения тела (например, при падении, во время тренировочных занятий, полового акта и т.д.) независимо от размеров фолликулярной кисты возможны частичный перекрут (на 180°) и полный перекрут (на 360°, 720°) яичника. При этом происходит сдавление либо перекрут сосудов и нервных волокон, питающих и иннервирующих яичник. Перекрут яичника проявляется внезапной острой коликообразной болью в соответствующей паховой области или в нижних отделах живота, тошнотой, рвотой, головокружением, слабостью, холодным потом, падением артериального давления, чувством страха. Часто возникает небольшое

повышение температуры тела, парез (прекращение деятельности) кишечника в виде задержки стула, боль при нахождении в вынужденном положении на боку и в покое не купируется (не стихает). Подкручивание (частичный перекрут) яичника и полный перекрут яичника с фолликулярной кистой (функциональной кистой яичника, ретенционной кистой яичника), как правило, возникают при средних размерах кисты (5–9 см в диаметре) (Рис 10). При перекруте яичника прибегают к экстренному оперативному лечению;



Рис 10. Перекрут фолликулярной кисты яичника

- **разрыв кисты.** Разрыв фолликулярной кисты яичника сопровождается пронзающей (кинжальной) болью внизу живота быстро переходящая в разлитую, вынуждающей мгновенно принять согнутое положение. Часто наблюдаются тошнота, рвота, головокружение, слабость, холодный пот, обморочное состояние холодный пот, обморочное состояние, напряжение брюшной стенки; гипотония, тахикардия; бледность кожных покровов (Рис11).



Рис 11. Разрыв фолликулярной кисты правого яичника

- **внутреннее кровотечение.** При локализации разрыва фолликулярной кисты в области сосуда яичника возможны внезапное кровоизлияние в яичник и кровотечение в брюшную полость и/или полость малого таза. Внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость и/или полость малого таза, получило название апоплексия яичника. В зависимости от объема потерянной крови выраженность симптомов кровотечения может варьировать от ощущения вялости, слабости до сонливости, заторможенности и шока. Внутривнутрибрюшное кровотечение проявляется бледностью кожного покрова и слизистых оболочек, тахикардией (учащенным сердцебиением), гипотонией (понижением артериального давления). В зависимости от интенсивности кровотечения, степени кровопотери, состояния свертывающей системы крови и субъективного состояния (самочувствия) женщины возможно консервативное или оперативное лечение. Апоплексия яичника, как правило, возникает при быстром росте фолликула/фолликулярной кисты на фоне провоцирующего фактора (Рис 12).



Рис 12. Апоплексия фолликулярной кисты

Провоцирующим апоплексию яичника фактором может явиться неожиданное изменение положения тела в пространстве (падение, кувырок, подскок и т.д.), резкое движение или сотрясение тела, натуживание, интенсивный половой акт и т.п. Риск апоплексии яичника не имеет прямой зависимости от размеров фолликула/фолликулярной кисты. В практике врачей имеются случаи «спокойного» (без выраженных симптомов и кровоизлияния) разрешения (купирования, «исчезновения») фолликулярных кист 10,0–12,0 см в диаметре. В литературе описаны случаи внутриутробного перекрута фолликулярных (ретенционных) кист яичника 4,5–6,0 см в диаметре и случай апоплексии яичника у плода 33 недель:

- **нарушение менструальной функции.** Фолликулярная киста яичника является следствием и одновременно причиной гормональных нарушений. Клетки оболочки фолликулярной кисты в избыточном для организма количестве продуцируют эстрогены (женские половые гормоны). Эстрогены способствуют пролиферации (делению клеток), косвенно препятствуя наступлению фаз секреции и десквамации (отторжению слизистой оболочки полости матки, менструации). Длительность задержки менструации при наличии фолликулярной кисты яичника не предсказуема, но, как правило, не превышает 1 месяц. Пришедшая с задержкой менструация протекает болезненно (альгоменорея), обильно, со сгустками, нередко более длительно, чем

обычно (меноррагия), в ряде случаев переходя в маточное кровотечение (менометроррагию).

- **спаечный процесс**, как следствие перенесенного оперативного вмешательства;
- **бесплодие**, когда фолликулярная киста способна приводить к нарушению фертильности, то есть к развитию бесплодия. Именно поэтому данная проблема становится столь актуальной. Решением ее занимается современная гинекология, в том числе и эндокринная.

Механизмы нарушения фертильности при ФКЯ

Длительное существование фолликулярной кисты яичника способно приводить к нарушениям фертильности, а именно к бесплодию. Беременность в этом случае не наступает в течение года и даже более. Это связано с комплексными нарушениями. Речь идет о следующих:

Механический фактор бесплодия. Он особенно актуален в случае больших размеров фолликулярных кист, которые сдавливают маточные трубы. В норме именно в них происходит оплодотворение, которое необходимо для того, чтобы беременность наступила. Это означает, что яйцеклетка выходит из фолликула, а затем попадает в маточную трубу, где происходит ее слияние со сперматозоидом.

Гормональные нарушения. Так, фолликулярная киста яичника сопровождается повышенным уровнем эстрогенов, на фоне чего развивается относительный дефицит прогестерона. В свою очередь, прогестерон необходим для того, чтобы наступила беременность и ее поддержания, особенно на первых порах. По своей сути фолликулярная киста представляет собой персистирующий фолликул, в котором не произошла овуляция. В фолликуле имеется большое количество гранулезных клеток, которые секретируют эстрогены.

Трубно-перитонеальный фактор бесплодия имеет и другое выражение, которое заключается в том, что длительное существование фолликулярных кист приводит к развитию спаек. Они окутывают маточную трубу и нарушают

ее проходимость. Киста яичника, происходящая из фолликула, приводит к различным нарушениям фертильности. В итоге это негативно отражается на психоземotionalном статусе женщины. Поэтому со временем присоединяется психический фактор бесплодия. Он заключается в том, что на фоне постоянных переживаний нарушается выработка либеринов и статинов гипоталамусом, а также страдает выработка и других биологически активных веществ, которые принимают участие в регуляции синтеза половых гормонов на периферии. Поэтому беременность крайне сложно наступает либо вообще развивается бесплодие, которое нуждается в проведении соответствующего лечения.

Лечение фолликулярных кист яичников

Методы лечения фолликулярной кисты яичника.

Если киста в диаметре не превышает 3х сантиметров, она обычно ничем не беспокоит женщину и проходит незамеченной. Но если во время гинекологического осмотра или ультразвукового обследования кисту удалось обнаружить, большинство врачей занимают выжидательную позицию. И только если спустя 2–3 месяца фолликулярная киста не только не рассосалась, но и проявила тенденцию к увеличению в размерах, переходят к лечению.

Медикаментозное лечение фолликулярной кисты яичника

Молодым женщинам детородного возраста, у которых фолликулярная киста часто рецидивирует, или обнаружена впервые, но увеличивается, прекрасно помогают справиться с этой проблемой современные противозачаточные таблетки. Они нормализуют гормональный фон и предупреждают развитие кисты на месте фолликула с неоплодотворенной яйцеклеткой. В дополнение к оральным контрацептивам могут быть рекомендованы витамины, гомеопатические и народные средства, противовоспалительные препараты.

Физиотерапевтическое лечение фолликулярной кисты яичника

Ускорить рассасывание фолликулярной кисты яичника можно с помощью физиотерапевтических процедур: электрофореза, магнитотерапия, СМТ-фореза, ультрафонофореза. Целесообразность физиотерапевтического

лечения определяется врачом, но практика показывает, что при крупных (7–8 см в диаметре) фолликулярных кистах такие методики малопродуктивны, и лучше прибегнуть к хирургическому вмешательству.

Основные аспекты лечения фолликулярной кисты яичника

Когда все исследования проведены, худшие опасения оправдались и диагноз выставлен, женщина спешит спросить и у врача, и у знакомых, как лечить фолликулярную кисту яичника. Учитывая, что гормональный фон занимает главное место в процессе образования кисты, с ним шутить не следует и заниматься самолечением тоже. Назначаемые при таких патологиях гормональные препараты требуют особой осторожности, ввиду тонкой организации эндокринной системы женского организма и рассчитываются только врачом после проведённого исследования гормонального фона. Бессимптомное течение функциональной кисты яичника, если она не увеличивается в размерах (УЗ – диагностика яичников), часто лечения не требует вовсе. Тактика врача сводится к наблюдению в течение двух–трёх месяцев за изменением размеров с помощью ультразвука и контролем уровня гормонов. Часто такие кисты рассасываются самостоятельно до наступления следующих месячных. Если имеет место увеличение размеров кисты, постоянный дискомфорт в нижней части живота и образование новых кист, то врач для начала назначить гормональное лечение, обычно это комбинированные оральные контрацептивы, которые нормализуют менструальный цикл. Важно помнить, что киста или сама себя ликвидирует, или с ней справится доктор, но не хозяйка кистозного образования, поэтому самолечение в случае функциональной кисты яичника недопустимо.

Если киста яичника не осложнена каким–либо процессом, то показано наблюдение за больной на протяжении 6–8 недель. Попутно с наблюдением проводится терапия противовоспалительными препаратами и гормональными средствами. Под воздействием такой терапии происходит обратное развитие фолликулярных кист в течение нескольких месячных циклов. Они подвергаются регрессии и исчезают бесследно. Если терапия, описанная выше,

не принесла должных результатов, то в таких случаях показано оперативное лечение. Производится рассечение передней брюшной стенки и удаляется новообразование яичника. При неэффективности консервативного лечения или возникновении осложнения показано оперативное лечение. Оперативное вмешательство показано при больших и увеличивающихся в размерах новообразованиях. Обычно удаление ретенционной кисты осуществляют лапароскопическим доступом, а в случаях разорвавшейся осложнённой кисты прибегают к лапаротомии. Яичник в репродуктивном возрасте удаляется крайне редко и к этому должны быть особые показания. Женщинам после 45-ти орган удаляют для предотвращения рака яичника. Однако в настоящее время преимущество отдается более щадящим методам лечения. К ним относится лапароскопический метод. В таком случае все манипуляции выполняются через несколько проколов. В данные проколы вводятся видеокамера и манипуляторы. После лапароскопического вмешательства на теле пациентки практически не остается каких-либо косметических дефектов. Также немаловажную роль играет восстановление нормальной менструальной функции. На это направлено лечение после удаления кисты. Естественно, при развитии осложнений, показано экстренное оперативное вмешательство. В брюшной полости врач делает несколько отверстий, через которые подается специальный газ, благодаря которому положение внутренних органов становится хорошо видно. В отверстия вводится лапароскоп – длинная трубка с видеокамерой и хирургическим инструментом на конце. Видя изображение на мониторе, хирург может аккуратно иссечь кисту вместе с капсулой и ножкой, если таковая имеется (Рис 13).



Рис 13. Лапароскопия при фолликулярной кисте яичника

Согласно рекомендациям Европейской и Американской ассоциации акушеров–гинекологов лапароскопическая операция при фолликулярной кисте яичника является «золотым стандартом» лечения, так как позволяет добиться высокой степени излечения с минимальными побочными эффектами – лапароскопическая операция сопровождается лишь микротравмами брюшной стенки и не приводит к образованию спаек в области малого таза. Основными преимуществами такого метода являются низкая степень травматизации, непродолжительное нахождение пациентки в стационаре, быстрое восстановление, отсутствие боли и рубцов после операции, швы снимаются обычно на седьмой день.

Лапароскопическое удаление фолликулярной кисты яичника

В современной гинекологии практикуется лапароскопическая резекция фолликулярной кисты яичника, как самый надежный и безопасный метод лечения. Операция проводится планово, занимает всего около получаса и не оставляет на теле пациентки никаких следов. Зачастую вместо общего наркоза используется эпидуральная анестезия. При подозрении на осложнения применяются методы традиционной хирургии – разрез брюшной полости:

• **Кистэктомия** – иссекается только новообразование. После заживления функции яичника полностью восстанавливаются.

• *Резекция кисты яичника* – одновременно с удалением кисты удаляются поврежденные ткани самого яичника. Также возможно сохранение детородных функций.

• *Овариэктомия* – полностью удаляется поврежденный яичник.

Последний метод применяется при апоплексии (разрыве) яичника. При фолликулярных кистах методом выбора является лапароскопический доступ, при котором, если не изменена сохранившаяся ткань яичника, вылушивают кисту или удаляют опухолевидное образование (рис. 14).



Рис 14. Цистэктомия путем вылушивания капсулы кисты яичника

Лапароскопия яичников требует большого внимания и аккуратности со стороны специалиста. Здоровые части яичника должны быть минимально травмированы. Кисты удаляются при помощи специального оборудования. Затем специалист останавливает кровотечение из сосудов, которые наполняют орган кровью. Одновременно яичник должен постоянно смачиваться водой, чтобы избежать повреждения здоровой яичниковой ткани от высокой температуры или электрического тока (Рис.15.16). От аккуратности выполнения

операции зависит будущая репродуктивность женщины, а также появятся новые кисты или нет.



Рис. 15. Фолликулярная киста яичника. Лапароскопия

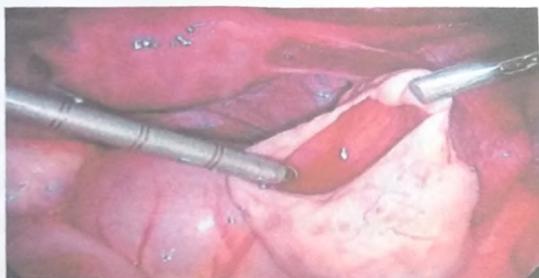


Рис 16. Вылущивание кисты яичника (на фото видно содержимое кистозной полости).

Лапароскопия при кистах яичников является «золотым стандартом» проведения операций, так как сопровождается минимальной травмой брюшной стенки, позволяет очень деликатно вылущить оболочку кисты, не повредив ткань яичника. Лапароскопия в совокупности с введением противоспаечного геля снижает риск образования спаек в области малого таза до нуля. Процедура удаления кист лапароскопическим путем связана с двумя основными причинами: бесплодие и коррекция гормонального фона женщины. В большинстве случаев при проведении операции методом лапароскопии, даже при большой кисте, удаляется сравнительно малое количество тканей яичника, поскольку киста в основном растет за счет наполнения внутренним секретом и

растяжения своей оболочки, а ее удаление (вылушивание кисты) при лапароскопической операции происходит практически по краю последней, с максимально возможным сохранением здоровых тканей (Рис 17).

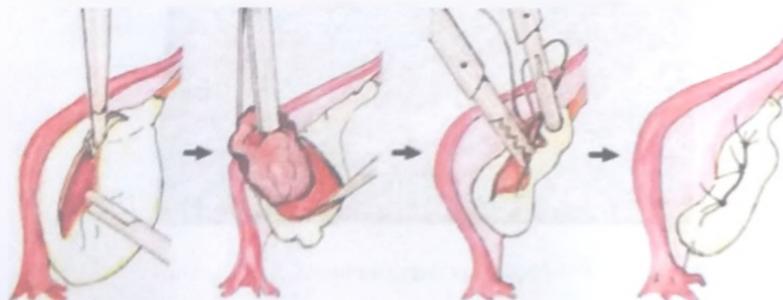


Рис 17. Лапароскопическое удаление кисты яичников

В зависимости от типа кисты, длительность проведения операции обычно не превышает 20–40 минут. Одновременно могут также совмещаться операции по разделению спаек, проверке проходимости маточных труб (хромотубация), удалению миоматозных узлов и др. После проведения лапароскопии яичника на полное восстановление его репродуктивных функций требуется около 1–2 месяцев. Если киста была очень крупной, в течение следующих суток после операции проколы не зашиваются, и работает дренажная система. Но обычно пациентку выписывают в тот же день. Намного хуже дело обстоит, если хирургическое вмешательство полостное и внеплановое – возникло осложнение кисты, например, апоплексия яичника, который приходится удалять. Тогда женщина находится под наблюдением врачей гораздо дольше, и на теле, скорее всего, останется заметный шрам. После оперативного лечения рекомендуются терапия, направленная на нормализацию менструальной функции, циклическая витаминотерапия (фолиевая кислота, аскорбиновая кислота, витамин E), препараты группы ноотропов (пиррацетам) и контрацептивные препараты в течение 3 мес. В перименопаузальном периоде удаляют придатки матки на стороне кисты. Месячные после лапароскопии кисты яичников наступают обычно в положенный срок. Иногда они бывают болезненными, чересчур

обильными, но это временные изменения. Для нормализации гормональной деятельности и устранения воспалительного процесса некоторым пациенткам показано профилактическое лечение оральными контрацептивами (строго по назначению врача). Оно может длиться в зависимости от состояния больной от 3 до 6 месяцев. Для предупреждения образования спаек назначаются иммуномодулирующие лекарственные препараты, комплекс ферментов и витаминов.

Ведение послеоперационного периода

Послеоперационный период после лапароскопического удаления кисты яичника протекает быстрее и легче, чем при операции, которая проводилась с помощью традиционного разреза стенки живота. Болевых ощущений в области ран меньше, так как сами раны довольно малы. В любом случае врач назначит обезболивающие на 2–3 дня и антибиотики для профилактики инфекционных осложнений. Швы снимаются обычно на 3–й день после операции. Пациентка может самостоятельно ходить уже к вечеру после операции. В течение недели проводится перевязка, которая заключается в смене повязки и обработки раны антисептиком. Физические нагрузки, половую жизнь, занятия спорт можно начинать через 2–3 недели после лапароскопической операции. После лапароскопической операции спайки практически не образуются. Но если есть проблема, например, рассечение во время операции спаек в области маточных труб, то в настоящее время в брюшную полость вводится специальный противоспаечный гель. Стоит отметить, что лечение кист яичника должно быть комплексным, так как само удаление кисты не решает имеющегося у пациентки гормонального дисбаланса, который чаще всего и бывает причиной кисты.

Беременность после лапароскопии

После того, как будут удалены кисты яичника, многих волнует вопрос о возможном зачатии плода. После заживления ран и процесса восстановления менструального цикла вероятность забеременеть составляет 50–70%.

Планировать беременность после лапароскопии женщина может спустя 2–6 месяцев после нее. Врач может назначить медикаментозное лечение. Оно необходимо для поддержания здоровья и восстановления гормонального фона. В некоторых случаях в послеоперационный период беременность может не наступить. Возможно назначение повторной лапароскопии. Это делается в том случае, если сохранился очаг заболевания. Если беременность после лапароскопии наступила, пациентке следует постоянно наблюдаться у лечащего врача, так как всегда имеется риск потерять ребенка в первые месяцы вынашивания. Ранняя диагностика – одно из лучших средств предупреждения осложнений фолликулярной кисты. Лапароскопические вмешательства при кистах яичников являются «золотым стандартом» проведения операций, так как сопровождаются минимальной травмой брюшной стенки и не приводят к образованию спаек в области малого таза.

Особенностью техники проводимых оперативных вмешательств является: минимальное использование электрохирургии для иссечения кисты (не вызывает ожога ткани яичника, тем самым не нарушается в дальнейшем его функция), работа 2–х мм инструментами (уменьшает травму тканей), использование современных противоспаечных гелей производства США (снижение риска образования спаек) и полная санация всех заболеваний органов малого таза во время операции. Врач должен стремиться выполнить органосохраняющую операцию (максимально сохранить здоровую ткань яичника, в любом объеме), так как от функции яичников зависит гормональный фон женщины и сохраняется способность к деторождению.

Половая жизнь нежелательна в течение месяца. В дальнейшем необходимо динамическое наблюдение гинеколога и УЗИ – через 1, 3 и 6 месяцев, далее – 1 раз в полгода. Как правило, пациенткам репродуктивного периода на 3 – 6 месяцев после операции назначается гормонотерапия для нормализации функций яичников. После любого вмешательства на яичнике может сдвинуться менструальный цикл, часто кровянистые выделения начинаются после операции. Это абсолютно нормально и не опасно. Пациенткам рекомендуется

воздержание от половой жизни в течение 1 месяца после операции. Беременность разрешается через 2 – 3 месяцев после операции.

Лапароскопия кисты на яичнике не приводит к каким-либо негативным для последующей беременности последствиям. Делать попытки зачать потомство можно после одобрения лечащего врача, но обычно рекомендуется пропустить 2 цикла после операции. Также отрицательно влияют на яичники хирургические вмешательства в области их локализации. Любые операции являют угрозу для соседствующих с оперируемой структурой органов. Поэтому после любого хирургического вмешательства в брюшной полости необходим период реабилитации, во время которого проводят комплексные обследования органов и систем. Под влиянием оральных контрацептивов яичники временно снижают свою деятельность до минимума – «отдыхают»: в них не происходит созревание фолликулов, снижается выработка гормонов. Одновременно по принципу обратной связи снижается активность гипоталамуса и гипофиза, направленная на синтез гормонов, стимулирующих яичники. Данные об эффективности гормональных контрацептивов (ГК) при лечении ФКЯ весьма разноречивы: она колеблется от 19,8 до 80%.

Реабилитация после эндохирургического лечения ФКЯ

Цель – повышение эффективности эндохирургического лечения. Основная задача – восстановление менструальной и репродуктивной функции женщины. В последние годы широко обсуждается вопрос о необходимости реабилитационных мероприятий после операций по поводу фолликулярных кист яичников, что определяет последующую реализацию репродуктивного потенциала. Существенное влияние на репродуктивное здоровье оказывают фолликулярные кисты яичников. Проблемы восстановления фертильности у больных с фолликулярными кистами яичников определяется распространенностью данной патологии, которая изолированно либо в сочетании с другими факторами является причиной бесплодия.

Совершенствование техники эндоскопических операций дает возможность проведения органосохраняющих оперативных вмешательств при данной

патологии. Вместе с тем, восстановление репродуктивной функции и улучшение качества жизни пациенток, перенесших эндохирургическое вмешательство на яичниках, одна из актуальных задач современной гинекологии. Вероятность развития рецидива опухоли яичников после хирургического вмешательства на гонадах, по данным разных авторов, составляет от 2,4 до 26,9%.

Нанесенный вред репродуктивному здоровью женщины при выборе неправильной, а зачастую, неоправданно радикальной тактики впоследствии невозможно исправить даже с помощью тщательно проведенной терапии. Это связано не только с развитием ближайших послеоперационных осложнений, но и с отдаленными неблагоприятными последствиями в виде нарушения менструального цикла, бесплодия, спечной болезни.

На сегодняшний день основным резервом в решении проблемы бесплодия является оперативная лапароскопия – как самый современный эндохирургический метод, давно нашедший мировое признание. Особое значение имеет этот метод при решении вопросов восстановления репродуктивной функции. Несмотря на проведенные лапароскопические операции при фолликулярных кистах яичников восстановить состояние гипопрогестеронемии не всегда удается. С целью восстановления менструальной и репродуктивной функции всем женщинам после эндохирургического лечения ФКЯ впервые нами была применена комбинированный пероральный низкодозированный контрацептивный препарат Белара®. Под наблюдением находились 100 женщин из них 70 (70,0%) пациенток (основная группа), оперированных с диагнозом фолликулярная киста яичника, принимающих в послеоперационном периоде КПК препарат Белара® и группу сравнения составили 30 (30,0%) пациенток оперированных с аналогичной патологией но отказавшихся от использования Белара®. Исследование женщин обеих групп выполнялось по единому протоколу и состояло из объективного обследования, согласно национальному протоколу по гинекологии, включающего в себя сбор анамнеза, общий и

гинекологический осмотр; УЗИ органов малого таза, бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого влагалища и цервикального канала; ИФА-диагностику урогенитальных инфекций, исследование уровня гонадотропных (ФСГ, ЛГ), стероидных гормонов, а также онкомаркера (HE-4). Клиническая эффективность проводимого лечения основывалась на основании сравнительного статистического анализ таких параметров, как динамика купирования жалоб, нормализация менструальной функции, восстановление репродуктивной функции и данных объективного и ультразвукового исследований. Динамическое наблюдение осуществляли на фоне проводимой терапии через 1, 2 месяцев и через 3 месяца после завершения лечения. УЗИ органов малого таза осуществлялось трансвагинальным и трансабдоминальным доступом с использованием доплерографии, включавшей цветовое картирование, спектральную доплерографию. Допплерометрию проводили на аппарате «Medison Assuich XQ» (Korea), с частотой датчиков 4,5-7 МГц. Производилось исследование внутриорганных кровотоков (стромального, перифолликулярного), автоматически вычислялись максимальная систолическая скорость кровотока и индекс резистентности. Исследование гормонального фона проводили при поступлении в стационар перед операцией и в динамике через 2-3 месяцев с помощью хемилуминометрического иммуноанализатора Advia Centaur System с использованием коммерчески доступных наборов (Ready Pack, Siemens и Beckman Coulter). Определение уровня гонадотропных гормонов (ФСГ, ЛГ) и эстрадиола производилось на 2-3-й день менструального цикла, уровня прогестерона – на 21-23-й день цикла. Уровень онкомаркера HE-4 в сыворотке крови определяли с использованием диагностических тест-систем Cobas 6000, Roche Diagnostics (Швейцария) в иммунологической лаборатории медико-диагностического центра NDC - MEDIC Medical diagnostic center. Основными жалобами больных с фолликулярными кистами яичников при поступлении были тупые, ноющие боли внизу живота, не связанные с менструацией (45,0%), нарушения менструального цикла (44,1%). Среди нарушений менструального цикла

преобладали нерегулярные месячные (13%), метроррагии (6%), меноррагии (8%), полименорея (10%) и опсоменорея (7%). (Рис 18).

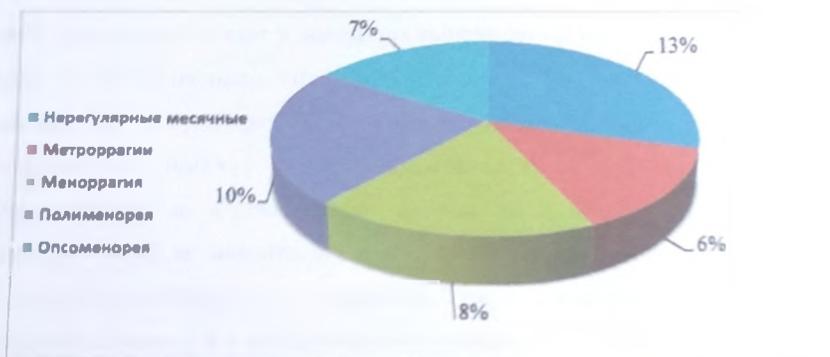


Рис 18. Структура нарушений менструального цикла у исследуемых женщин

У 21,5% пациенток отмечалось нарушение менструального цикла с началом менархе. Из перенесенных гинекологических заболеваний у больных с фолликулярными кистами яичников наиболее часто встречались воспалительные заболевания придатков матки (42,5%). Из них 36,2% пациенток ранее были оперированы по поводу кисты яичника. При этом рецидив кисты яичника у 42,1% пациенток возник в оперированном ранее яичнике, у 32,7% – в другом яичнике. У 25,2% женщин имела место двухсторонняя локализация кист. Воспалительные заболевания гениталий наблюдались у 32,4% больных с фолликулярными кистами яичников, гиперпластические процессы эндометрия – у 10,2%, бесплодие – у 14,9% пациенток. Причем, вторичное бесплодие встречалось у них в 2,5 раза чаще первичного. У 22% женщин с фолликулярными кистами яичников имело место сочетание 2-3 гинекологических заболеваний. У 26,7% больных гинекологические заболевания в анамнезе отсутствовали. 57,4% женщин с фолликулярными кистами яичников ранее перенесли оперативные вмешательства на органах

малого таза и брюшной полости. При этом наиболее часто встречались: резекция яичника (36,8%).

При изучении гормонального фона у женщин с фолликулярными кистами яичников до эндохирургической операции, получены следующие данные: повышение уровня ФСГ в 53,5% случаев, его понижение - в 23,6%. Средняя концентрация ФСГ у них в крови составила $11,5 \pm 0,32$ мЕ/л, что соответствует верхней границе нормы. Повышение концентрации ЛГ отмечено у 14,9% больных, понижение – у 59,8%. В среднем, его концентрация в крови при ФКЯ составила $0,93 \pm 0,04$ мЕ/мл, что достоверно ниже нормы. Содержание эстрадиола в крови у 77,9% пациенток превышало норму, у 22,1% оставалось в пределах нормы. Средняя концентрация эстрадиола в крови пациенток всех групп в первую фазу менструального цикла превышала норму, и, в среднем, составила $181 \pm 5,5$ пг/мл. Концентрация прогестерона у 67,7% пациенток была достоверно ниже нормы ($p < 0,05$), в среднем составив $0,37 \pm 0,06$ нмоль/л. У 33,2% больных патологических изменений уровня гонадотропных и стероидных гормонов не выявлено. Таким образом, средняя концентрация ФСГ при ФКЯ соответствовала верхней границе нормы, а средний уровень ЛГ был достоверно ниже ее ($p < 0,05$). Средняя концентрация эстрадиола в первую фазу менструального цикла превышала норму, а уровень прогестерона был достоверно снижен ($p < 0,05$). При оценке клинической эффективности лечения, наилучшие результаты в отношении купирования болевого синдрома отмечены в группе больных, принимавших КПК препарат Белара®. Так купирование болевого синдрома в группах через 3 месяца гормонотерапии наблюдалось в 100% и 33,3% случаев соответственно ($p < 0,05$). Купирование болевого синдрома произошло уже с первых недель использования у 88,8% больных против 70,5% пациенток группы сравнения. Восстановление менструального цикла через 1-2 месяца адьювантной гормональной терапии выявлено в основной группе в 92% случаев, в группе сравнения – всего в 16% случаев ($p < 0,05$). Восстановление репродуктивной функции в основной группе в 86,1% случаев, в группе сравнения – всего в 5% случаев ($p < 0,05$). Средняя

продолжительность менструального цикла через 3 месяца гормонотерапии составила 27,5 дня (до лечения 29,1 дня), средняя продолжительность менструации – 4,1 дня (до лечения – 5,2 дня). В рис 19, представлены результаты динамического наблюдения за больными с ФКЯ в ходе проведения реабилитационной терапии.



Рис 19. Результаты динамического наблюдения за больными после эндохирургического лечения ФКЯ в ходе проведения реабилитационной терапии (в %)

Наилучшие результаты были получены в отношении нормализации менструального цикла благодаря применению комбинированного низкодозированного контрацептивного препарата Белара[®]. препарат обеспечивала стабильную нормализацию менструального цикла. Оценку динамики регресса и функционального состояния яичников проводили при помощи УЗИ с цветным доплеровским картированием (ЦДК) сосудов. При этом наилучшие результаты были получены на фоне применения КПК Белара[®]. При его использовании рецидив фолликулярных кист яичников наблюдался у 7,1% пациенток. В группе сравнения рецидив фолликулярных кист яичников наблюдался у 30,0% больных. (Рис 20).



Рис 20. Частота рецидива ФКЯ у обследуемых группах (в %)

При оценке функциональной активности яичников через 3 месяцев после лечения своевременное формирование доминантного фолликула констатировано у 92,5% пациенток основной группы, в группе сравнения – у 15% больных ($p < 0,05$). Признаки овуляции и формирования желтого тела выявлены в основной группе в 90,2% случаев против 13% в группе сравнения ($p < 0,05$). Анализ гормонального статуса у женщин после эндохирургического лечения фолликулярных кист яичников показал, что на фоне адъювантной гормональной терапии наблюдалось закономерное снижение уровней ФСГ, ЛГ, эстрадиола и прогестерона, что объясняется ингибирующим влиянием комбинированного перорального низкодозированного контрацептивного препарата Белара® на секрецию гонадотропных гормонов гипофиза. При исследовании гормонального фона у пациенток группы сравнения через 3 месяца после лечения нарушение гормонального уровня выявлено у 55% пациенток, через 6 месяцев – у 25,0% пациенток. При этом, средние значения уровней ФСГ и эстрадиола соответствовали верхней границе нормы, а уровни ЛГ и прогестерона были достоверно ниже нормы ($p < 0,05$).

Таким образом, применение традиционной терапии без комбинированных пероральных низкодозированных контрацептивов сопряжено с высокой частотой развития рецидива и низкой эффективностью. Предложенный нами

комбинированный пероральный контрацептивный препарат Белара[®] имеет хороший терапевтический эффект, что позволяет рекомендовать его с целью реабилитации репродуктивной функции у женщин после эндохирургического лечения фолликулярных кист яичников.

Применения комбинированного перорального низкодозированного контрацептивного препарата Белара[®] в комплексной реабилитационной терапии у женщин репродуктивного возраста после эндохирургических операций ФКЯ, привело к наилучшему клиническому эффекту в виде полного исчезновения болевого синдрома (в 100% случаев), восстановления менструального цикла (в 92,0% случаев), репродуктивной функции (в 86,1% случаев).

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. Минимально инвазивная хирургия в гинекологической практике // Акушерст. и гинекол. – 2006, приложение. – С. 11–17.
2. Геворкян М.А., Манухин И.Б. Механизмы формирования и принципы патогенетической терапии функциональных кист яичников // Проблемы репродукции. 2011. Т. 17. № 1. С. 22–27.
3. Кира Е.Ф. Эволюция репродуктивной хирургии в гинекологии // Акушерст. и гинекол. – 2007. – №5. – С. 59–62.
4. Сухих Г.Т., Назаренко Т.А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. М. 2010; с. 22.
5. Савельева Г. М., Бреусенко В. Г., Соломатина А. А. и др. Опухоли и опухолевидные образования яичников и их клинические проявления // Рос. вестн. акуш. – гин. – 2005. – № 5. – С. 63–71.
6. Узденова З.Х., Шаваева В.А., Гергова Ф.Х., Хапасва А.И., Тищенко И.М. Современные принципы терапии и реабилитации женщин репродуктивного возраста с фолликулярными кистами // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной хирургии». – Нальчик, 2006. – С. 262-264.
7. Eltabbakh G. H., Charboneau A. M., Eltabbakh N. G. Laparoscopic surgery for large benign ovarian cysts // Gynecol. Oncol. – 2008. – Vol. 108, N 1. – P. 72–76.
8. Serebrennicova K. G., Kuznetsova E. P., Lapshikin A. A. et al. Modern technology to treat infertility in women with ovaries operated on // Int. J. Exp. Educ. – 2011. – N 1. – P. 26–29.
9. Grimes D.A., Jones L.B., Lopez L.M. et al. Oral contraceptives for functional ovarian cysts // Cochrane Database Syst. Rev. 2014. Vol. 4. CD006134.
10. Wiegatz I., Kuhl H. Long-cycle treatment with oral contraceptives // Drugs. 2004. Vol. 64. № 21. P. 2447–2462.

