

Спосіб відноситься до області медицини, а саме, до гінекології, і призначений для лікування функціональних ретенційних кіст яєчників у дівчат-підлітків за наявності запального процесу геніталій і може бути використаний в умовах стаціонару.

Відомий спосіб лікування функціональних ретенційних кіст яєчників у дівчат-підлітків з запальними захворюваннями геніталій [1. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. Руководство для врачей.- СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000.- С.344-345], що включає динамічне клініко-ехографічне спостереження протягом 2-3 місяців за функціональним ретенційним утворенням і при великих розмірах кісти або її перекруті проводять хірургічне лікування лапароскопічним доступом.

Недоліком відомого способу є недостатньо ефективне лікування у зв'язку з відсутністю медикаментозної терапії протягом цих 2-3 місяців, що може привести до подальшого ускладнення захворювання, наприклад, до збільшення утворення, і, як слідство, можливості його подальшого перекрута або розриву, що веде до збільшення ймовірності оперативного втручання, що при своєчасній терапії можна було б уникнути.

Найбільш близьким по технічній суттєвості до способу, що заявляється, є спосіб лікування функціональних ретенційних кіст яєчників у дівчат-підлітків з запальними захворюваннями геніталій [2. Чайка В.К., Носенко В.Н. Спосіб лікування ретенційних пухлиноподібних утворень яєчників № 46600А А61В17/00, заявл. 10.09.2001, опубл. 15.0.2002, бюл. №5, 2002, С.4-23], що включає динамічне клініко-ехографічне спостереження протягом 3 місяців, медикаментозну терапію і, за наявності утворення через 3 місяці, наступне оперативне лікування. При цьому, як медикаментозне лікування використовують циклоферон і тиосульфат натрію з наступною гормональною терапією або препаратом "Діане-35" у випадку фолікулярної кісти, або рігевідоном у випадку лютеїнової кісти.

Недоліком відомого способу є порівняльно низька ефективність терапії у випадку наявності у пацієнтки урогенітальної інфекції. Відсутність цілеспрямованого впливу на інфекційний агент наводить до недостатньої ефективності лікування і, як слідство, до збереження запального процесу, як першопричини утворення, що веде до рецидиву кісти і/або прогресування захворювання.

В основу винаходу поставлена задача створення способу лікування функціональних ретенційних кіст яєчників у дівчат-підлітків з запальними захворюваннями геніталій шляхом поетапного контролю і безпосереднього впливу на етіологічні фактори виникнення кісти яєчника - урогенітальної інфекції (УГІ), запальних захворювань геніталій, що дає можливість підвищення якості лікування і нормалізації роботи яєчників.

Суть способу, що заявляється, полягає у тому, що при лікуванні функціональних ретенційних кіст яєчників у дівчат-підлітків за наявності запальних захворювань геніталій спочатку обстежують на наявність УГІ, виявляють збудника інфекції, потім проводять антибактеріальну, протизапальну терапію. Причому, при наявності УГІ вводять антибіотики, наприклад, тетрацикліни і/або макроліди, а за відсутності УГІ вводять внутрим'язово аміноглікозиди у поєднанні з інфузійним введенням метрогілу. Водночас вводять ректальне нестероїдні протизапальні препарати у вигляді свічок, проводять спринцювання піхви антисептичними розчинами, циклічну вітамін- і фітотерапію. По закінченні етапу лікування проводять ехографічний контроль. За відсутності ретенційного утворення продовжують циклічну вітамін- і фітотерапію протягом 3-х менструальних циклів з щомісячним ехографічним контролем на 21-25 день менструального циклу. За наявності ретенційного утворення проводять гормональну терапію естроген-гестагенними препаратами, наприклад, рігевідоном по 1 таблетці 1 раз на день протягом 21 дня, починаючи з 1-ї фази менструального циклу або коротким курсом в 10 днів у II-у фазу менструального циклу. По закінченні етапів лікування щомісячно проводять ехографічний контроль протягом 3-х менструальних циклів. При неефективності проводимого лікування і наявності утворення після 3-х місячного поетапного контролю проводять оперативне лікування.

Новим у способі, що заявляється, є те, що до початку медикаментозної терапії пацієнтку обстежують на наявність урогенітальної інфекції (УГІ), виявляють збудника інфекції, а як медикаментозне лікування проводять антибактеріальну, протизапальну терапію, причому за наявності урогенітальної інфекції вводять антибіотики, наприклад, тетрацикліни і/або макроліди, а за відсутності урогенітальної інфекції вводять внутрим'язово аміноглікозиди у поєднанні з інфузійним введенням метрогілу, водночас вводять ректальне нестероїдні протизапальні препарати у вигляді свічок, проводять спринцювання піхви антисептичними розчинами, циклічну вітамін- і фітотерапію з наступним щомісячним ехографічним контролем, після цього за відсутності ретенційного утворення продовжують циклічну вітамін- і фітотерапію протягом 3-х менструальних циклів з наступним ехографічним контролем щомісячно на 21-25 день менструального циклу, а за наявності ретенційного утворення проводять гормональну терапію естроген-гестагенними препаратами, наприклад, рігевідоном по 1 таблетці 1 раз на день протягом 21 дня, починаючи з 1-ї фази менструального циклу або коротким курсом в 10 днів у II-у фазу менструального циклу з наступним ехографічним контролем щомісячно протягом 3-х менструальних циклів і за наявності утворення після 3-х місячного поетапного контролю проводять оперативне лікування.

Для проведення лікування функціональних ретенційних кіст яєчників необхіден диференційований підхід до проводимого медикаментозного лікування в залежності від виявленого збудника урогенітальної інфекції, що здійснюється проведенням обстеження пацієнтки на УГІ.

При наявності УГІ слід вводити препарати, що цілеспрямовано впливають на інфекційний агент: макроліди, тетрацикліни, що є препаратами вибору в даній ситуації. Введення інших груп препаратів, що не подавляють інфекційний агент, перешкоджає повному вилікуванню, що може призвести до рецидиву кісти і/або прогресуванню захворювання - збільшенню кісти, можливості її перекрута або розриву, що веде до збільшення кількості оперативних втручань, яких при правильно підібраній терапії можна було б уникнути.

У випадку відсутності УГІ можуть бути використані протизапальні препарати, що мають більш обмежений спектр дії, такі як аміноглікозиди, препарати ряду метронідазолу, що в даному випадку мають максимальний ефект.

Проведення циклічної вітамін- і фітотерапії, поряд з протизапальною терапією, сприяє нормалізації роботи яєчників. А проведення поетапного ехографічного контролю з наступним медикаментозним впливом, в залежності від наявності або відсутності ретенційного утворення і з урахуванням динаміки

процесу, дозволить провести індивідуально підбрану терапію у достатньому обсязі і лише при її неефективності, коли вичерпані всі можливості медикаментозного лікування - оперативне лікування.

Реалізують спосіб наступним чином. Пацієнтці проводять УЗД внутрішніх геніталій за методикою наповнення сечового міхура, за наявності ретенційного функціонального утворення проводять обстеження на УП методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) за допомогою тест-систем. При виявленні інфекційного агента, вводять антибіотики: макроліди, наприклад, рулід по 150мг 2 рази на день, 10 днів, за 1 годину до їжі і/або тетрацикліни, наприклад, доксіциклін, по 100мг 2 рази на день, 10 днів, після їжі, а за відсутності УП вводять внутрим'язово аміноглікозиди, наприклад, гентаміцин по 80мг 2 рази на день, 7 днів в поєднанні з інфузійним введенням метрогілу по 500мг вранці і відповідно метронідазол по 500мг ввечері перорально, 7 днів, після їжі, водночас вводять ректальне нестероїдні протизапальні препарати у вигляді свічок, наприклад, індометацинові або "Діклофенак" 1-2 рази на день, 7 днів, проводять спринцювання піхви антисептичними розчинами, наприклад, спиртовим розчином хлорофілліпта у розведенні 15мл (1 ст.ложка ) препарату на 0,5 літра води, циклічну вітаміно- і фітотерапію: з 1 по 14 день менструального циклу фолієву кислоту по 1 таблетці 3 рази на день, нейровітан по 1 таблетці 2 рази на день, відвар шавлії по 1/3 склянці за 30 хвилин до їжі 3 рази на день, а з 15 по 28 день менструального циклу "Аевіт" по 1 капсулі 2 рази на день, аміналон по 1 таблетці 2 рази на день, відвар шишок хмелю по 1 склянці на ніч на 13, 15, 17 день менструального циклу. Після якого проводять наступний етап контролю і лікування - динамічне клініко-ехографічне обстеження з наступним медикаментозним лікуванням в залежності від результатів контролю. Якщо контроль виявляє відсутність утворення, то проводять циклічну вітаміно- і фітотерапію, яка проведена вище, протягом 3-х менструальних циклів з наступним ехографічним контролем щомісячно на 21-25 день менструального циклу. А за наявності ретенційного утворення проводять гормональну терапію естроген-гестагеними препаратами, наприклад, рігевідон по 1 таблетці 1 раз на день протягом 21 дня, починаючи з 1-й фази менструального циклу або коротким курсом в 10 днів у II-у фазу менструального циклу з черговим наступним ехографічним контролем щомісячно протягом 3-х менструальних циклів. За наявності утворення після 3-х місячного поетапного щомісячного контролю проводиться оперативне лікування.

Приклади конкретного виконання.

Приклад 1. Пацієнтці Н., 15 років, було проведено УЗД внутрішніх геніталій з використанням методики наповнення сечового міхура: Uterus (Ut) 43 x 26 x 44мм, М-ехо 7мм, ovarium dextra (OD) 63 x 55мм, неоднорідний за рахунок рідинного утворення 60 x 45мм з рівним чітким контуром, гіпоехогенним однорідним вмістом, тканина яєчника візуалізується по периферії; ovarium sinistra (OS) 43 x 24мм, збільшений, однорідний, зниженої ехощільності, містить множинні рідинні включення до 4-5 мм округлої і неправильної форми. При обстеженні на УП методом ПЛР виявлена *Ureaplasma urealyticum*. Виставлено діагноз: Ретенційна фолікулярна кіста правого яєчника. Хронічний двусторонній сальпінгоофорит в стадії загострення. Уреаплазмоз. Проведена антибактеріальна і протизапальна терапія: рулід по 150 мг 2 рази на день, 10 днів, за 1 годину до їжі, свічки "Діклофенак" по 1 свічці 2 рази на день, 7 днів, ректальне, спринцювання піхви спиртовим розчином хлорофілліпта 2 рази на день, 10 днів, "Аевіт" по 1 капсулі 2 рази на день, 14 днів, аміналон по 1 таблетці 2 рази на день, 14 днів, відвар шишок хмелю по 1 склянці на ніч на 13, 15, 17 день менструального циклу. По закінченні курсу терапії проведено ехографічний контроль: Ut 43 x 28 x 44мм, М-ехо 10мм, OD 67 x 52мм, неоднорідний за рахунок рідинного утворення 62 x 37мм з рівним чітким контуром, гіпоехогенним однорідним вмістом, тканина яєчника візуалізується по периферії, OS 37x18 мм, не збільшений, однорідний, містить множинні рідинні включення до 3-4мм округлої і неправильної форми. Враховуючи наявність ретенційного функціонального утворення пацієнтці була проведена гормональна терапія рігевідон коротким курсом 10 днів по 1 таблетці 1 раз на день, по закінченні якої проведено черговий ехографічний контроль: OD 39 x 23мм, містить множинні рідинні включення до 4-5мм, в ньому рідинне включення неправильної форми 18 x 9мм, OS 36 x 16мм, містить рідинні включення до 3мм. Кіста відсутня. Враховуючи результати ехографії пацієнтці був призначений рігевідон по 1 таблетці 1 раз на день, 10 днів, у II-у фазу менструального циклу з наступним черговим ехографічним контролем щомісячно протягом 3-х менструальних циклів.

Приклад 2. Пацієнтці В., 14 років, було проведено УЗД внутрішніх геніталій з використанням методики наповнення сечового міхура: Ut 44 x 28 x 42мм, М-ехо 9 мм, OD 69 x 45мм, неоднорідний за рахунок рідинного утворення 65 x 39мм з рівним чітким контуром, містить дрібнодисперсну ехопозитивну взвись в середній частині утворення, тканина яєчника візуалізується по периферії, OS 42 x 21мм, збільшений, однорідний, зниженої ехощільності, містить множинні рідинні включення до 3-4мм округлої і неправильної форми. При обстеженні на УП методом ПЛР інфекційний агент не виявлений. Виставлено діагноз: Ретенційна лютеїнова кіста правого яєчника. Хронічний двусторонній сальпінгоофорит в стадії загострення. Хронічний неспецифічний вульвовагініт в стадії загострення. Проведена антибактеріальна і протизапальна терапія: гентаміцин по 80 мг 2 рази на день внутрим'язово, 7 днів, метрогіл по 500 мг в/в крапельне (вранці), метронідазол по 500 мг перорально (ввечері), 7 днів, свічки "Діклофенак" по 1 свічці 2 рази на день, 7 днів, ректальне, спринцювання піхви спиртовим розчином хлорофілліпта 2 рази на день, 10 днів, "Аевіт" по 1 капсулі 2 рази на день, 14 днів, аміналон по 1 таблетці 2 рази на день, 14 днів, відвар шишок хмелю по 1 склянці на ніч на 13, 15, 17 день менструального циклу. По закінченні курсу терапії проведено ехографічний контроль: Ut 43x26x43 мм, М-ехо 3мм, OD 38x21мм, однорідний, містить рідинні включення до 3-4мм, округлої і неправильної форми. OS 37x16 мм, однорідний, містить рідинні включення до 3-4мм округлої і неправильної форми. Враховуючи редукцію утворення після проведеного курсу терапії, пацієнтці була проведена циклічна вітаміно- і фітотерапія: з 1 по 14 день менструального циклу фолієва кислота по 1 таблетці 3 рази на день, нейровітан по 1 таблетці 2 рази на день, відвар шавлії по 1/3 склянці за 30 хвилин до їжі 3 рази на день, а з 15 по 28 день менструального циклу "Аевіт" по 1 капсулі 2 рази на день, аміналон по 1 таблетці 2 рази на день, відвар шишок хмелю по 1 склянці на ніч на 13, 15, 17 день менструального циклу протягом 3-х менструальних циклів з наступним ехографічним контролем щомісячно на 21-25 день менструального циклу.

Приклад 3. Пацієнтці К., 14 років, було проведено УЗД внутрішніх геніталій з використанням методики наповнення сечового міхура: Ut 41 x 26 x 43мм, М-ехо 6мм, OD 39 x 19мм, збільшений, однорідний, декілька

зниженої ехощільності, містить множинні рідинні включення до 3-4мм округлої і неправильної форми. OS 54 x 50мм, неоднорідний за рахунок рідинного утворення 50 x 47мм з рівним чітким контуром, вміст гіпоехогенний, однорідний, тканина яєчника візуалізується по передній стінці утворення. При обстеженні на УГІ методом ПЛР інфекційний агент не виявлений. Виставлено діагноз: Ретенційна фолікулярна кіста лівого яєчника. Хронічний двусторонній сальпінгоофорит в стадії загострення. Хронічний неспецифічний вульвовагініт в стадії загострення. Проведена антибактеріальна і протизапальна терапія: гентаміцин по 80мг 2 рази на день внутрим'язово, 7 днів, метрогіл по 500мг в/в крапельне (вранці), метронідазол по 500мг перорально (ввечері), 7 днів, свічки "Діклофенак" по 1 свічці 1 раз на день, 7 днів, ректальне, спринцювання піхви спиртовим розчином хлорофіліпта 2 рази на день, 10 днів, "Аєвіт" по 1 капсулі 2 рази на день, 14 днів, аміналон по 1 таблетці 2 рази на день, 14 днів, відвар шишок хмелю по 1 склянці на ніч на 13, 15, 17 день менструального циклу. По закінченні курсу терапії проведено ехографічний контроль: Ut 40 x 25 x 40мм, М-ехо 3мм, OD 36x17мм, однорідний, містить рідинні включення до 3-4мм, округлої і неправильної форми. OS 50 x 48мм, не однорідний, містить рідинне утворення розміром 50 x 47мм, вміст гіпоехогенний, однорідний. Враховуючи наявність ретенційного функціонального утворення пацієнтці була проведена гормональна терапія рігевідомом по 1 таблетці 1 раз на день, протягом 21 дня, починаючи з 1-й фази менструального циклу. По закінченні етапу терапії проведено черговий ехографічний контроль: дані ехографії, розміри утворення колишні. Курс гормональної терапії за вищевказаною схемою рігевідомом був повторений двічі з наступним ехографічним контролем після кожного етапу терапії. Редукція утворення не відзначена, розміри і ехоструктура утворення не змінилися. Враховуючи відсутність позитивної динаміки поетапної терапії і наявність утворення при поетапному щомісячному контролю після 3-х місячного лікування, було проведено оперативне лікування лапароскопічним доступом.

Використання заявляемого способу лікування функціональних ретенційних кіст яєчників у дівчат-підлітків з запальними захворюваннями геніталій дає можливість індивідуального диференційованого підбору і проведення своєчасного лікування в залежності від наявності або відсутності збудника інфекції (інфекційного агента) і динаміки поетапного лікування, виходячи з принципу "від простого до складного", поетапно впливаючи на етіологічні фактори виникнення ретенційної функціональної кісти у кожної пацієнтки. Своєчасне виявлення запального процесу і інфекційного агента, який його викликав, з наступним диференційованим адекватним поетапним лікуванням і контролем дозволяє уникнути рецидиву кісти, її ускладнень і можливих оперативних втручань.

Використана інформація.

1. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. Руководство для врачей.- СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000.- С.344-345.

2. Чайка В.К., Носенко В.Н. Способ лікування ретенційних пухлиноподібних утворень яєчників № 46600А А61В17/00, заявл. 10.09.2001, опубл. 15.0.2002, бюл. №5, 2002, С.4-23.