

დ. კობეშავიძე; კ. ხარაბაძე
საკვერცხების ფუნქციონალური კისტების მართვის ასპექტები
თსსუ მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტი; შ.პ.ს „იმედის კლინიკა“
თბილისი, საქართველო

D. KOBESHAVIDZE; K. KHARABADZE
MANAGEMENT OF FUNCTIONAL OVARIAN CYSTS
Department of obstetrics and gynecology of TSMU; Ltd „Imedi Clinic”
Tbilisi, Georgia.

SUMMARY

The review article introduces the prevalence of functional ovarian cysts, pathogenetical aspects of their formation, furthermore regression and management tactics. Special attention is paid to confirm ineffectiveness of hormonal therapy for functional cysts. It was determined the advantages of waiting tactics under the US control. Follicular cyst formation is discussed during application of dydrogesterone.

საკვერცხის ფუნქციონალური კისტები (ფოლიკულოური და ყვითელი სხეულის) წარმოადგენს მნიშვნელოვან გინეკოლოგიურ პრობლემას რეპროდუქციული ასაკის მქონე ქალებში მთელი მსოფლიოს მასშტაბით [8]. განსაკუთრებით ყურადსაღებია ამ სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნების არამარტო მზარდი სიხშირე, არამედ არაიშვიათად განხორციელებული, დაუსაბუთებელი ქირურგიული აგრესია, რომელსაც მივყავართ ოვარიალური რეზერვის შემცირებასთან და ფერტილობის დაქვეითებასთან [13].

როგორც წესი, საკვერცხის ფუნქციონალური კისტები გვხვდება საკმაოდ ხშირად და მჟღავნდება შემთხვევით. თვლიან, რომ ფუნქციონალური, ან ფიზიოლოგიური კისტები წარმოადგენს ოვულატორული პროცესის ვარიაციებს [16]. ფოლიკულოური კისტა წარმოადგენს მარტივ, ერთკამერიან ცისტურ წარმონაქმნს, თხელი კედლებით, მკვეთრი საზღვრებით და თხიერი შიგთავსით [11]. ფუნქციონალური კისტები, როგორც წესი მიმდინარეობს უსიმპტომოდ და ჩვეულებრივ გაიწოვებიან 8-12 კვირის შემდეგ [10]. კისტის ზომების მომატებას შეიძლება თან ახლდეს ტკივილის სინდრომი, რომელიც გამოწვეულია კისტის გახეთქვით, ან ფეხზე შემოგრებით [1].

ცნობილია, რომ ბიმაწალური გამოკვლევა არასაკმარისია საკვერცხისმიერი წარმონაქმნების როგორც გამოსავლენად, ასევე დასახასიათებლად. *Pa*სქუალ-ის აზრით, ფუნქციონალური კისტის დიაგნოსტიკა შესაძლებელია 97,8%-ში ოპერაციულ ჩარევამდე, უბგ მონაცემებზე დაყრდნობით [15]. 2019 წელს გამოქვეყნდა მულტიცენტრული გამოკვლევების შედეგები, რომლებიც ჩატარდა 14 ქვეყანაში და მოიცავდა 8519 ქალს. ავტორთა აზრით, შესაძლებელია საკვერცხების ფუნქციონალური კისტის მქონე პაციენტებზე დინამიური დაკვირვება, უბგ მონაცემებზე დაყრდნობით, რადგანაც საკმაოდ დაბალია მალიგნიზაციის და მწვავე გართულებების რისკი. მიღებული დასკვნები ადასტურებს კონსერვატიული მართვის ტაქტიკის მართებულობას, შესაბამისი უბგ მონაცემების არსებობის ფონზე, რაც ამცირებს საკვერცხების ფუნქციონალური კისტების დაუსაბუთებელი ქირურგიული მკურნალობის სიხშირეს [7]. *CA*-125-ის შემცველობა შეიძლება დაგვეხმაროს დანამატების მდგომარეობის შეფასებაში, თუმცა *CA*-125-ზე ტესტირება არ ღირს გამოვიყენოთ სკრინინგის უნივერსალურ ინსტრუმენტად. სისხლში *CA*-125-ის მომატების მიზეზს შეიძლება წარმოადგენდეს არამარტო კეთილთვისებიანი გინეკოლოგიური დაავადებები (ენდომეტრიოზი, საშვილოსნოს დიდი ზომის მიომა, საკვერცხის ფიბრომა, მცირე მენჯის ორგანოების ანთებები), არამედ მენსტრუაცია და აგრეთვე წინამორბედი ჰისტერექტომია [4, 18]. *CA*-ს მომატებასთან ასოცირებულ

ავთვისებიან დაავადებებს მიეკუთვნება სარძევე ჯირკვლის კიბო, ენდომეტრიუმის კიბო, ფილტვის კიბო, პანკრეასის კიბო, ამას გარდა CA-ის ზრდა შეიძლება გამოიწვიოს ღვიძლის ციროზმა, გაცხიმოვნებამ და ტუბერკულოზმა [4]. ამრიგად, CA-125-ის ტესტირება არ უნდა განვიხილოთ, როგორც საკვერცხეების კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი წარმონაქმნების დიფერენციაციის ერთადერთი ფაქტორი [9].

2010 წელს გამოქვეყნდა რადიოლოგების კონსენსუსის გზით მიღებული გადაწყვეტილება საკვერცხეების ფუნქციონალური კისტების მონიტორინგთან დაკავშირებით, უბგ-ს გამოყენებით [12]. სახელდობრ, პრემენოპაუზაში მყოფ ქალებში რეკომენდირებულია შემდეგი ტაქტიკა: 5სმ-ზე ნაკლები დიამეტრის მქონე კისტებზე შემდგომი დაკვირვება არ არის საჭირო; ნაჩვენებია დინამიური მეთვალყურეობა 5-7სმ დიამეტრის მქონე კისტებზე; აგრეთვე მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია და ქირურგიული მკურნალობის ჩატარება 7სმ-ზე მეტი ზომის კისტების შემთხვევაში.

იმავე რეკომენდაციების მიხედვით, თუ პოსტმენოპაუზაში მყოფ ქალს აღენიშნება 1სმ, ან ნაკლები ზომის საკვერცხის კისტა, შემდგომი გამოკვლევები არ არის საჭირო. პარალელურად რადიოლოგთა ამერიკული კოლეჯი იმავე ასაკობრივ ჯგუფში 3სმ, ან მეტი ზომის კისტის შემთხვევაში მოუწოდებს განმეორებითი უბგ-ს და CA-125 ტესტირების ჩატარებას, თუმცა არ აზუსტებს გამოკვლევებს შორის ინტერვალს [3].

აღიარებულია, რომ კისტა, რომელიც შეიცავს ერთ, თხელ ხარისხას (<3მმ), ან კედელში მცირე ზომის ჩანართებს, თითქმის ყოველთვის კეთილთვისებიანია. მასზე დაკვირვება მიმდინარეობს მარტივ კისტაზე დაკვირვების მსგავსად. არ არსებობს რაიმე ოფიციალური რეკომენდაციები უბგ კვლევის შეწყვეტის თაობაზე [2,3]. თუმცა ერთ-ერთ ნაშრომში კისტის ზომის და მორფოლოგიური სტაბილურობის დადასტურების მიზნით მოწოდებულია 1 ან 2 უბგ კვლევის ჩატარება [14]. კისტის რეზორბციის შემდგომ პერიოდში უბგ კვლევა არ არის აუცილებელი [16].

70-იანი წლების ბოლოდან გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში ფართოდ გამოიყენებოდა საკვერცხის კისტების ასპირაციული დრენირება უბგ-კონტროლის ქვეშ. ამჟამად საგრძნობლად შემცირებულია ხსენებული ჩარევის სიხშირე და ჩვენებები [16]. ასპირაცია, როგორც წესი, არ არის რეკომენდებული არც დიაგნოსტიკის და არც მკურნალობის მიზნით. მისი განხილვა შესაძლებელია პაციენტებში, ქირურგიული მკურნალობის მაღალი ალბათობით.

ადრე კისტებზე დაკვირვების პერიოდი, მათი პერსისტენციის შემთხვევაში, მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავებამდე (ქირურგიული ჩარევის წარმოება, ან ასპირაციული დრენირება) უფრო ხანმოკლე იყო. დღესდღეობით მონიტორინგის ხანგრძლივობა გაიზარდა, რაც განპირობებულია მკაცრი უბგ-დაკვირვების ფონზე დადგენილი კისტის ზომების და მორფოლოგიის სტაბილურობის შემთხვევაში მალიგნიზაციის არარსებობის მაღალი ალბათობით [16]. Zanetta და თანაავტორების კვლევით დადგინდა, რომ ერთკამერიანი ანექოგენული კისტების სპონტანური რეგრესიის სიხშირე (44,6%) ერთის მხრივ და მსგავსი კისტების ასპირაციის შემდგომ 6 თვის განმავლობაში გაწოვის სიხშირე (46%) მეორეს მხრივ, იყო თანაბარი [20]. სხვა გამოკვლევებით დადგინდა, რომ ასპირაციის შემდგომ 1 წლის განმავლობაში რეციდივების სიხშირე საკმაოდ მაღალია და შეადგენს 25%-ს [5].

ფუნქციონალური კისტების შემთხვევებში რაიმე მკურნალობის დანიშვნა არ არის ნაჩვენები. დიდი ხნის წინ დადგენილია, რომ წარმატების მაჩვენებელი მოცდითი ტაქტიკის და ჰორმონალური თერაპიის დროს ერთიდაიგივეა [6]. 2011 წლის კოხრეინის მიმოხილვის მიხედვით კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები არ აჩქარებენ საკვერცხის კისტის გაწოვას. ეს თანაბრად ვრცელდება როგორც ოვულაციის ინდუქციის დროს აღმოჩენილ კისტებზე, ასევე იმ კისტებზეც, რომლებიც არ უკავშირდება

უნაყოფობის სამკურნალოდ გამოყენებულ პრეპარატებს. კისტოზური წარმონაქმნი, რომელიც არ შეიწოვება რამდენიმე თვის განმავლობაში, სავარაუდოდ არ მიეკუთვნება ფუნქციონალურ კისტას [8].

ამგვარად, ორალური კონტრაცეპტივები იწვევს ახალი ფუნქციონალური კისტების ფორმირების პრევენციას, მაგრამ ისინი არ ახდენენ ზეგავლენას უკვე არსებულ კისტაზე [16,17].

ენდომეტრიოზის ფართოდ გავრცელებამ და მინიმალური გვერდითი მოვლენების მქონე პრეპარატების მოძიების აუცილებლობამ ბოლო ხანს ხელი შეუწყო კონკრეტული მედიკამენტის - დიდროგესტერონის პოპულარიზაციას და მის ფართოდ გამოყენებას გარეგანი გენიტალური ენდომეტრიოზის და მასთან ასოცირებული ტკივილის და უნაყოფობის სამკურნალოდ. ამ პრეპარატის უპირატესობას წარმოადგენს ის, რომ მისი გამოყენებისას არ ხდება ოვულაციის დათრგუნვა. P. Vercellini- ს აზრით, პრიორიტეტულია მკურნალობის ის მეთოდები, რომელთაც შეუძლიათ ენდომეტრიოზის ეფექტური მკურნალობა ოვულაციის ინჰიბიციის გარეშე [19]. ამ მოთხოვნებს – ოვულაციის დათრგუნვის ეფექტის არარსებობა და ამასთან ერთად ტკივილის სინდრომის კუპირება – პასუხობს დიდროგესტერონი.

კლინიკურ პრაქტიკაში დიდროგესტერონის გამოყენებისას (20-30მგ დღეში, მენსტრუალური ციკლის მე-5 დღიდან 25-ე დღემდე) რიგ შემთხვევებში ფიქსირდება ფუნქციონალური (ფოლიკულური) კისტები.

კლინიკური მონაცემების მიხედვით კისტის სპონტანური რეგრესია დინამიური უბგ კვლევით აღინიშნება შემდგომი მენსტრუალური ციკლის მე-5 დღეს.

არ არის გამორიცხული, რომ ხსენებული კისტების უბგ გამოვლინების სიხშირე პირდაპირ კავშირშია ამ პაციენტებზე დინამიურ მეთვალყურეობასთან და თანაზომადია ფოლიკულური კისტების წარმოშობის საერთოპოპულაციური სიხშირის იმ ქალებში, რომლებიც არ იყენებენ ჰორმონალურ თერაპიას და მათი მონიტორინგი ხდება არაუმეტეს ერთისა 6 თვის განმავლობაში.

აღნიშნული კისტების გამოვლინება არ ქმნის მღელვარების საფუძველს, რადგანაც ისინი ექვემდებარებიან სპონტანურ რეგრესიას, როგორც წესი ერთი-ორი თვის განმავლობაში, არ ითხოვს არავითარ მკურნალობას და რაც მთავარია არ არის საჭირო დიდროგესტერონის მიღების შეწყვეტა, ან დოზის კორექტირება.

ამრიგად, ფუნქციონალური კისტების ფორმირების თავისებურებების და მათი რეგრესიის დინამიკის გაგება უდაოდ ემსახურება პუბლიკაციის ძირითადი იდეის მართებულობის დადასტურებას, რაც გულისხმობს საკვრცხის ფუნქციონალური კისტების დაუსაბუთებელი ჰორმონალური და ოპერაციული მკურნალობის სიხშირის მაქსიმალურ შემცირებას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Ackerman S., Irshad A., et all. Ovarian cystic lesions: a current approach to diagnosis and management. „Radiol. Clin. North. Am.” 2013; 51(6): 1067-85.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Management of adnexal masses. „Obstet. Gynecol.” 2007; 110(1): 201-14.
3. Atri M., Alabousi A., et all. Expert panel of women’s imaging. ACR Appropriateness Criteria Clinically suspected adnexal mass. no acute symptoms. „J. Am. Coll. Radiol”; 2019; 16(5. Suppl.): S77-93.
4. Biggs W.S., Marks S.T. Diagnosis and management of adnexal masses. „Am. Fam. Ph.”;2016;93(8): 676-81.

5. Bonilla-Musoles F., Ballester M. J., et al. Is avoidance of surgery possible in patients with perimenopausal ovarian tumors using transvaginal ultrasound and duplex color Doppler sonography? „J. Ultrasound Med.”; 1993; 12(1): 33-9.
6. Doret M., Raudrant D. Functional ovarian cysts and the need to remove them. „Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.”. 2001; 100(1): 1-4.
7. Froyman N., Landolfo C., et al. Risk of complications in patients with conservatively managed ovarian tumors; a 2-year interim analysis of a multicenter, prospective, cohort study. „Lancet Oncol.”. 2019; 20(3): 448-58.
8. Grimes D.A., Jones I.B. et al. Oral contraceptives for functional ovarian cysts. Cochrane Database Syst. Rev. 2011; (9): CD006134.
9. Kainjser J., Sayasneh A., et al. Presurgical diagnosis of adnexal tumors using mathematical models and scoring systems: a systematic review and meta-analysis. „Hum. Reprod. Update”, 2014; 20(3): 449-62.
10. Laing F.C., Allison S. US of the ovary and adnexa; to worry or not? „Radiographics”; 2012; 32(6): 1621-39.
11. Langer J.E., Oliver E.R. et al. Imaging of the female pelvis through the live cycle. „Radiographics.”, 2012; 32(6): 1575-97.
12. Levine D., Brown D.L. et al. Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement. „Radiology”, 2010; 256(3): 943-54.
13. Li C.Z., Wei D.Y. et al. Impact on ovarian reserve function by different homeostasis methods during laparoscopic cystectomy in treatment of ovarian endometrioma. Zhonghua Fu Chan Ke Za Chi. 2013;48:11-5.
14. Liu J.H., Zanatti K.M., Management of the adnexal mass. „Obstet. Gynecol.” 2011; 117(6): 1413-28.
15. Pascual A., Hereter L. et al. Transvaginal sonographic appearance of functional ovarian cysts. „Hum. Reprod.” 1997; 12(6): 1246-9.
16. Ross E.K., Kebria M. Incidental ovarian cysts: When to reassure, when to reassess, when to refer. Cleve Clin. J. Med. 2013; 80(8): 503-14.
17. Seehusen D.A., Earwood J.S. Oral contraceptives are not an effective treatment for ovarian cysts. „Am. Fam. Physician.”; 2014; 90(9): 623.
18. Van Calster B., Valentin L. et al. A novel approach to predict the likelihood of specific ovarian tumor pathology based on serum CA-125: a multicenter observational stud. „Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.” 2011; 20(11): 2420-8.
19. Vercellini P., Buggio L. et al. Estrogen-progestins and progestins for the management of endometriosis. „Fertil. Steril.”. 2016; 106(7): 1552-71.
20. Zanetta G., Lissoni A. et al. Role of puncture and aspiration in expectant management of simple ovarian cysts: a randomized study. BMJ. 1996; 313(7065): 1110-3.

Д. КОБЕШАВИДЗЕ; К. ХАРАБАДЗЕ

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

Департамент акушерства и гинекологии ТГМУ; О.О.О. «Клиника Имеди»;

Тбилиси, Грузия

Резюме

В обзорной статье представлены данные о распространённости, формирования, регрессии и тактики ведения функциональных кист яичников. Подчёркивается неэффективность гормональной терапии функциональных кист. Рассмотрены преимущества выжидательной тактики под контролем УЗИ. Определены преимущества

выжидательной тактики под контролем США. Обсуждается образование фолликулярной кисты во время применения дидрогестерона.

დ. კობეშვიძე; კ. ხარაბაძე

საკვერცხების ფუნქციონალური კისტების მართვის ასპექტები
თსსუ მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტი; შ.პ.ს „იმედის კლინიკა“
თბილისი, საქართველო

რეზიუმე

მიმოხილვით სტატიაში მოცემულია საკვერცხის ფუნქციური კისტების ფორმირების, გავრცელების, რეგრესიის და მართვის ტაქტიკის ასპექტები. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ფუნქციური კისტების ჰორმონალური თერაპიის არაეფექტურობას. განისაზღვრა ლოდინის ტაქტიკის უპირატესობები აშშ-ს კონტროლის ქვეშ. განიხილება ფოლიკულური კისტის ფორმირება დიდროგესტერონის გამოყენების დროს.

