

Сучасні можливості таргетної фітокорекції репродуктивних порушень у жінок із пухлиноподібними новоутвореннями яєчників

В. І. Пирогова, М. Т. Ференц

ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

На сьогодні залишаються дискусійними питання менеджменту та обсягу терапевтичних втручань для покращення репродуктивного здоров'я жінок при функціональних кістах яєчників (ФКЯ).

Мета дослідження: оцінка ефективності таргетної фітокорекції у комплексному менеджменті пацієнток із ФКЯ.

Матеріали та методи. Обстежено 98 жінок репродуктивного віку з ФКЯ з аналізом скарг, анамнезу захворювання та проведенням динамічного ультразвукового моніторингу. Пацієнток розподілено на дві основні групи: I група – 50 пацієнток із вперше виявленими ФКЯ; II група – 48 жінок із рецидивом ФКЯ; із подальшим розподілом на підгрупи залежно від типу менеджменту. 23 пацієнтки підгрупи IA отримували таргетну фітокорекцію, 27 пацієнток підгрупи IB перебували під динамічним спостереженням. 24 жінки підгрупи ПА з рецидивом ФКЯ та відсутністю репродуктивних планів отримували комбіновані оральні контрацептиви (КОК) у поєднанні з таргетною фітокорекцією, а 24 пацієнтки підгрупи ПБ – лише КОК. Тривалість терапії становила 6 міс., аналогічною була тривалість подальшого спостереження. Контрольну групу становили 20 жінок без гінекологічної патології з оцінкою стану яєчників за даними ультразвукового дослідження O-RADS 1 (Ovarian-Adnexal Reporting and Data System).

Таргетна фітокорекція була обґрунтована складом і фармакологічними властивостями дієтичної добавки на основі рослинних екстрактів, до складу якої входить купаж порошкоподібних екстрактів плодів прутняку, коренів дуднику китайського, коренів лабазнику шестипелюсткового, коренів петрушки кучерявої, коренів селери пахучої, трави підмаренника справжнього та квіток нагідок лікарських.

Результати. Проведення таргетної фітокорекції скорочує тривалість існування ретенційних кіст до 1 менструального циклу (МЦ) порівняно з 4 МЦ у групі динамічного спостереження. Комбінація КОК і дієтичної добавки сприяє усуненню більшого синдрому у 95,8% пацієнток.

Висновки. Диференційований менеджмент пацієнток дозволяє, порівняно зі спостереженням, досягти повного регресу ФКЯ через 3 міс. лікування у 82,6% пацієнток, підвищити частоту регресу ФКЯ з 40,7% до 82,6%, знизити частоту рецидивів з 40,7% до 13,0% упродовж 6 міс. після завершення лікування, а також знизити ризик оперативних втручань.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, функціональні кісти яєчника, порушення менструального циклу, дієтична добавка на основі рослинних екстрактів, комбіновані гормональні контрацептиви.

Modern possibilities for correction of reproductive disorders in women with tumor-like formations of the ovaries

V. I. Pyrohova, M. T. Ferents

Today, the issues of management and the scope of therapeutic interventions to improve reproductive health of women with functional ovarian cysts (FOC) remain debatable.

The objective: to increase the effectiveness of targeted phytocorrection in the complex treatment of women with FOC.

Materials and methods. 98 women of reproductive age with FOC were examined with an analysis of complaints, medical history, and dynamic ultrasound monitoring. The patients were divided into two groups: I group – 50 patients with newly diagnosed FOC; II group – 48 women with recurrence FOC; with further division into subgroups depending on the type of management. 23 patients in the IA subgroup received targeted phytocorrection, 27 patients in the IB subgroup had dynamic observation. 24 women in the IIA subgroup with recurrence FOC and no reproductive plans received combined oral contraceptives (COCs) in combination with targeted phytocorrection, and 24 patients in the IIB subgroup – only COCs. The duration of therapy was 6 months, the duration of follow-up was similar. The control group consisted of 20 women without gynecological pathology, with ovarian status assessed by ultrasound as O-RADS 1 (Ovarian-Adnexal Reporting and Data System).

Targeted phytocorrection was justified by the composition and pharmacological properties of a dietary supplement based on plant extracts, which includes a blend of powdered extracts of yarrow fruits, Chinese angelica roots, six-petaled meadowsweet roots, curly parsley roots, fragrant celery roots, true marjoram grass, and marigold flowers.

Results. Targeted phytocorrection reduces the duration of retention cysts to 1 menstrual cycle (MC) compared to 4 MCs in the dynamic observation group. The combination of COCs and dietary supplements eliminates pain in 95.8% of patients.

Conclusions. Differentiated management of patients allows, compared with observation, to achieve complete regression of FOC after 3 months of treatment in 82.6% of patients, to increase the frequency of FOC regression from 40.7% to 82.6%, to reduce the recurrence rate from 40.7% to 13.0% within 6 months after completion of treatment, and to reduce the risk of surgical interventions.

Keywords: reproductive health, functional ovarian cysts, menstrual disorders, dietary supplement based on plant extracts, combined hormonal contraceptives.

Демографічні перспективи будь-якої країни визначаються станом репродуктивного здоров'я населення [1]. На сьогодні затяжна соціально-економічна криза в Україні та військові дії негативним чином впливають на стан репродуктивного здоров'я жінок, що характеризується значною питомою вагою прямих і непрямих репродуктивних втрат, високим рівнем безпліддя, поширеністю пухлинної патології репродуктивних органів тощо [2]. За статистичними даними, в Україні безпліддя діагностується у близько 1 млн подружніх пар, тому в умовах прогнозованого зниження чисельності населення найважливішою проблемою демографічної політики є збереження репродуктивного здоров'я сім'ї як основи народжуваності [1, 2]. Це зумовлює пильну увагу сучасної науки й практики до детермінант материнського здоров'я, що впливають на фертильність жінок, – запальних і не-запальних захворювань статевих органів, пухлинних процесів, порушень менструального циклу (МЦ) тощо [1, 2].

Серед проблем сучасної репродуктивної медицини новоутворення яєчників не втрачають актуальності з огляду на їх поширеність у жінок різного віку, вплив на фертильність, труднощі диференційної діагностики доброякісного й злоякісного процесу, а також наявні неузгодженості підходів до лікування та профілактики рецидивів у реальній клінічній практиці [3].

За останні 10 років частота пухлин яєчників зростає з 6–11% до 19–25% серед інших пухлин репродуктивної системи; при цьому на частку доброякісних пухлин яєчників припадає 75–87%, серед яких пухлиноподібні ретенційні утворення (фолікулярні кісти, кісти жовтого тіла) становлять близько 70% випадків [3, 4]. Збільшення частоти функціональних кіст яєчників (ФКЯ) пов'язують як із впливом зовнішніх і внутрішніх чинників (шкідливі звички, ендокринні захворювання, ожиріння, дефіцит вітаміну D, хронічний стрес), так і із загальним зростанням гінекологічної захворюваності (запальні захворювання органів малого таза, спайковий процес, ендометріоз) [4–6]. Фактори, які можуть впливати на частоту виникнення кіст яєчників, включають вік жінки, вік менархе, кількість пологів, дисфункцію щитоподібної залози тощо [7–9]. Припускають, що ці чинники можуть опосередковано підвищувати ризик розвитку кіст яєчників у жінок репродуктивного віку. Наприклад, ранній вік менархе та репродуктивний анамнез можуть впливати на гормональні ризики, пов'язані з розвитком кіст [10].

До 80% доброякісних новоутворень яєчників представлені кістозними утвореннями, серед яких ФКЯ є найпоширенішим типом [10]. Епідеміологічною особливістю ретенційних утворень яєчників є різна частота їх виявлення в різних групах жінок. Якщо ФКЯ є випадковою знахідкою під час ультразвукового дослідження (УЗД) у 7,8% клінічно здорових жінок, то серед пацієнток із тазовим болем або порушеннями МЦ частота їх виявлення перевищує 50% [11, 12].

Для визначення тактики ведення пацієнток із новоутвореннями яєчників необхідною умовою є верифікація характеру процесу. Чинні рекомендації включають оцінку новоутворення яєчника на підставі його характеристик після візуалізації за допомогою трансвагінального УЗД [13, 14]. Перебіг доброякісних пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників до певного

моменту є безсимптомним, хоча цю думку поділяють не всі автори [15, 16]. Зокрема, у 26% пацієнток відзначається безпліддя, у 25% – порушення МЦ, а 41% жінок відмічають наявність тазового болю [6, 17].

ФКЯ визначається як анехогенне утворення із середнім діаметром понад 25 мм, яке виявляється в ранній фолікулярній фазі за відсутності його ознак під час ультразвукового сканування, виконаного в попередньому природному циклі [13, 16, 18]. Відповідно до рекомендацій Товариства радіологів з ультразвукової діагностики (Society of Radiologists in Ultrasound – SRU, США), кісту можна трактувати як просту лише за умови відповідності критеріям зображення простої кісти: анехогенність, однорідність, тонка гладка стінка, відсутність внутрішнього кровотоку [17].

Кіста жовтого тіла сонографічно визначається як велика складна кіста яєчника із судинною стінкою з характерним при енергетичному доплерівському аналізі симптомом так званого «вогняного кільця» [18]. Часто в процесі розрешення ФКЯ утворюється геморагічна кіста яєчника, яка сонографічно представлена однокамерною тонкостінною кістою з нитками фібрину [17, 18].

Вивченню клінічних проявів, морфологічній діагностиці та лікуванню доброякісних істинних і межових пухлин яєчника присвячена переважна більшість досліджень. Щодо пухлиноподібних утворень яєчників переважала думка, що ФКЯ є фізіологічними варіаціями овуляторного процесу, тому дослідження стосувалися переважно утворень, які виникали в процесі індуцції овуляції у програмах допоміжних репродуктивних технологій [6, 19]. Це зумовлює недостатню кількість досліджень щодо взаємозв'язку ФКЯ із порушеннями репродуктивного здоров'я та зниженням оваріального резерву; залишаються дискусійними питання менеджменту, обсягу та змісту терапевтичних втручань для цієї категорії пацієнток. Відповідно переважним стандартом ведення жінок репродуктивного віку з ФКЯ є очікувальна тактика, що передбачає клінічний та ультразвуковий моніторинг, симптоматичне лікування без активних втручань на первинному етапі (пильне спостереження – “watchful waiting”) [12, 14, 19].

Протягом тривалого часу також застосовували комбіновані оральні контрацептиви (КОК) з метою стимуляції регресії ФКЯ. Метааналізи рандомізованих клінічних досліджень свідчать, що КОК не прискорюють розрешення вже сформованих ФКЯ, однак знижують ризик утворення нових шляхом пригнічення овуляторної активності [20]. Водночас застосування КОК супроводжується низкою побічних ефектів (нудота, збільшення маси тіла, головний біль, зміна лібіді), а їхня ефективність оцінюється неоднозначно [20]. Крім того, слід урахувати протипоказання до застосування гормональних препаратів, наявність «гормонофобії» у пацієнток, а також необхідність забезпечення максимальної безпеки та ефективності лікування. Це зумовлює пошук альтернативних лікувальних підходів у менеджменті ФКЯ, а саме – використання фітотерапевтичних засобів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, питома вага лікарських засобів рослинного походження в терапії у найближчі 10 років може сягнути 60% [21, 22]. Фітопрепарати поєднують м'якість терапевтичної дії,

можливість тривалого вживання, безпеку, використання як для профілактики, так і лікування, з ефективністю при різних патологіях від 40 до 87% [23–26].

Мета дослідження: оцінка ефективності таргетної фітокорекції в комплексному менеджменті пацієнток із ФКЯ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У проспективне відкрите дослідження за наявності інформованої згоди було залучено 98 жінок репродуктивного віку (від 19 до 48 років) із пухлиноподібними новоутвореннями яєчників. Контрольну групу (КГ) становили 20 жінок без гінекологічної патології з оцінкою стану яєчників за даними УЗД O-RADS 1 (Ovarian-Adnexal Reporting and Data System).

Критеріями включення в дослідження були виявлення та встановлення доброякісного характеру функціонального новоутворення яєчника відповідно до класифікації O-RADS 2: анехогенне утворення діаметром > 2,5 см та < 10 см; проста або непроста однокамерна кіста з гладкою внутрішньою поверхнею, тонкою гладкою стінкою та відсутнім внутрішнім кровотоком [16–18]; відсутність соматичних або гінекологічних захворювань, що можуть істотно впливати на менструальну функцію, гормональний статус і фертильність. Критерії виключення передбачали наявність ожиріння III–IV ступеня, застосування психотропних препаратів, гормональної терапії або фітопрепаратів протягом 3 міс. до початку дослідження.

Аналізували скарги, дані анамнезу, попередні методи діагностики й лікування. Проводили щомісячний динамічний трансвагінальний ультразвуковий моніторинг (період лікування та спостереження – 3, 6 і 12 міс.) на 5–7-й день МЦ.

Пацієнток відповідно до перебігу захворювання було розподілено на дві основні клінічні групи: I група – 50 пацієнток із вперше виявленими ФКЯ; II група – 48 жінок із рецидивом ФКЯ. Основні групи залежно від характеру терапевтичних втручань, що проводилися впродовж 6 міс., були розподілені на підгрупи: пацієнтки підгрупи IA (23 жінки) отримували таргетну фітокорекцію, 27 пацієнток підгрупи IB перебували під спостереженням і динамічним ультразвуковим моніторингом. Пацієнтки II групи з рецидивом ФКЯ та відсутністю найближчих репродуктивних планів отримували КОК у безперервному режимі протягом періоду дослідження: 24 жінки підгрупи IIA – КОК у поєднанні з таргетною фітокорекцією, а 24 пацієнтки підгрупи IIB – лише КОК у безперервному режимі. При виборі тактики менеджменту враховували вік, клінічний перебіг (рецидив, геморагічний компонент), уподобання та репродуктивні плани пацієнток.

Вибір таргетної фітокорекції був обґрунтований складом і фармакологічними властивостями дієтичної добавки на основі рослинних екстрактів, до складу якої входить купаж порошкоподібних рослинних екстрактів: плодів прутняка звичайного – 87,74 мг, коренів дуднику китайського – 87,74 мг, коренів лабазнику шестипелюсткового – 87,74 мг, коренів петрушки кучерявої (свіжих) – 36,12 мг, коренів селери пахучої (свіжих) – 36,12 мг, трави підмаренника справжнього – 32,26 мг, квіток нагідок лікарських – 32,26 мг; по 1 капсулі 2 рази на добу впродовж 6 міс. Комплекс біологічно активних молекул,

що міститься в купажі рослинних екстрактів обраної дієтичної добавки (флавоноїди, терпеноїди, фітостероли, саліцилова кислота, каротин, апігенін, аскорбінова кислота, вітаміни B₁, B₂, K, PP, C, фолієва кислота), чинить низку синергічних багатofакторних впливів: усунення відносної гіперестрогенії та гіперпролактинемії; прогестеронмодулювальний ефект; протизапальну дію; м'який седативний ефект, що в сукупності забезпечує підвищення адаптаційних можливостей організму [25, 26].

Критерієм ефективності проведеної терапії були швидкість редукції ФКЯ, повна регресія кісти, нормалізація МЦ, ефективний контроль болю через 3 міс. від початку лікування, відсутність показань до оперативного лікування та рецидиву ФКЯ протягом 6 міс. після завершення лікування.

Дослідження проводили відповідно до принципів Гельсінської декларації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину, відповідних законів України, сучасних біоетичних норм щодо безпеки для здоров'я пацієнток, за умови отримання інформованої згоди та забезпечення конфіденційності особистих і медичних даних, упродовж 2024 р. на клінічних базах ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького» (Львівський обласний клінічний перинатальний центр, Медичний центр «Святої Параскеви», Лікарня Святого Пантелеймона, КНП «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги») у межах науково-дослідної роботи «Розробка нових підходів до діагностики, лікування та профілактики порушень функції жіночої репродуктивної системи в різні вікові періоди жінок» (№ державної реєстрації 0125U000734).

Статистичний аналіз отриманих даних проведено з використанням програмного забезпечення Microsoft Excel 10.0 і Statistica 6.0. Критичний рівень значущості (p) під час перевірки гіпотез становив 0,05 з урахуванням множинних порівнянь.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За віковими та антропометричними параметрами сформовані групи були зіставними, що дозволило коректно оцінювати отримані в процесі дослідження дані. За характером виявлених ретенційних утворень пацієнтки досліджуваної когорти розподілилися таким чином: у I групі ФКЯ діагностовано у 29 (58,0%) жінок, кісту жовтого тіла – у 21 (42,0%) пацієнтки; у II групі – у 23 (47,9%) і 19 (39,6%) жінок відповідно, а у 6 (12,5%) – геморагічну кісту яєчника. Середній вік жінок, включених у дослідження, становив $27,60 \pm 3,50$ року (медіана (Me) 28) і вірогідно не відрізнявся між групами – $28,18 \pm 5,36$ року (Me 30) у I групі; $26,45 \pm 4,18$ року (Me 26) у II групі та $24,64 \pm 5,13$ року в КГ; при цьому значна частка (38; 39,8%) пацієнток була віком 26–35 років.

При проведенні профілактичного ультразвукового обстеження за відсутності скарг ФКЯ були виявлені лише в 11 (22,0%) жінок I групи. Скарги на порушення МЦ (33; 37,9%), безпліддя (18; 20,7%), біль унизу живота (21; 24,1%) та дисменорею (15; 17,2%) висловлювали решта 87 (88,7%) жінок обстеженої когорти (табл. 1).

Характеристика скарг пацієнок із ФКЯ, n (%)

Скарги пацієнок	Клінічні групи/підгрупи				
	I (n = 50)		II (n = 48)		
	IA (n = 23)	IB (n = 27)	IIA (n = 24)	IIВ (n = 24)	
Скарги відсутні	5 (21,7)	6 (22,2)	–	–	
Порушення МЦ	6 (26,1)	8 (29,6)	10 (41,6)*	9 (37,5)**	
Безпліддя	2 (6,7)	3 (11,1)	6 (25,0)*	7 (29,2)**	
Больовий синдром	Біль унизу живота	6 (26,1)	6 (22,2)	6 (25,0)	3 (12,5)**
	Дисменорея	4 (17,4)	4 (14,8)	2 (8,3)*	5 (20,8)**
	Разом	10 (43,5)	10 (37,0)	8 (33,3)	8 (33,3)

Примітки: пацієнтки КГ зазначених скарг не висловлювали; * – $p < 0,05$ між показниками підгруп IA і IIA; ** – $p < 0,05$ між показниками підгруп IB і IIВ; ФКЯ – функціональні кісти яєчників; МЦ – менструальний цикл.

Вірогідно частіше у пацієнок II групи з рецидивами ФКЯ спостерігалися порушення МЦ та безпліддя, при цьому частота больового синдрому вірогідно не відрізнялася між пацієнтками основних груп і підгруп ($p < 0,05$) (табл. 1).

На особливу увагу заслуговував анамнез захворювання пацієнок II групи. Уперше ФКЯ було виявлено у 23 (47,9%) пацієнок у підлітковому віці (16–18 років) на тлі порушень МЦ; з них 10 (43,5%) з лікувальною метою отримували гестагени або КОК у циклічному режимі короткими курсами (2–3 міс.), решта – вітамінотерапію та симптоматичну терапію. Рецидиви ретенційних утворень яєчника у пацієнок II групи діагностували переважно через 1,5–3 роки після першого епізоду під час профілактичного УЗД або при появі/поновленні скарг, характер яких наведено в табл. 1.

У 25 (52,1%) пацієнок II групи ФКЯ вперше діагностовано у віці 25–28 років; переважній більшості з них було рекомендовано динамічне спостереження. Водночас 8 (16,7%) жінок II групи саме в період динамічного спостереження були невідкладно госпіталізовані та прооперовані з приводу апоплексії яєчника.

За показниками соматичної захворюваності відмінностей між основними групами не виявлено. Серед перенесених захворювань переважали гострі респіраторні захворювання, синдром подразненого кишечника, дифузний еутиреоїдний зоб I–II ступеня. У процесі обстеження субклінічний гіпотиреоз на тлі аутоімунного тиреоїдиту було діагностовано у 13 (27,1%) жінок II групи й у 7 (14,0%) – I групи за відсутності таких випадків у жінок КГ ($p < 0,05$).

Серед гінекологічної патології в анамнезі пацієнок обох основних груп відзначалися запальні захворювання статевих органів і порушення МЦ. Оперативні втручання на яєчниках раніше перенесли 24 (24,5%) жінки досліджуваної когорти; при цьому слід зазначити, що втручання на яєчниках у 3,8 раза частіше виконувалися у пацієнок із рецидивами ФКЯ (II група), а 8 (16,7%) жінок II групи були прооперовані ургентно (табл. 2).

З огляду на поширеність скарг на зміни характеру менструацій (майже у кожній третій пацієнтці, включеної в дослідження) особливу увагу приділяли оцінці характеру менструальної функції та зв'язку її змін із розвитком ФКЯ. Своєчасне настання менархе відзначе-

Таблиця 2

Оперативні втручання в анамнезі у пацієнок із ФКЯ, n (%)

Операції	Клінічні групи		
	I (n = 50)	II (n = 48)	КГ (n = 20)
Цистектомія	–	6 (12,5)	–
Резекція яєчника	3 (6,0)	8 (16,6)*	–
Оваріальний дрилінг	2 (4,0)	5 (10,4)*	–
Гістероскопія	2 (4,0)	4 (8,3)*	–
Апендектомія	4 (8,0)	5 (10,4)	1 (5,0)
Холецистектомія	2 (4,0)	3 (6,3)	–
Склеротерапія кісти яєчника	–	7 (14,6)	–

Примітки: ФКЯ – функціональні кісти яєчників; * – $p < 0,05$ – достовірність відмінностей між показниками I і II груп; КГ – контрольна група.

Таблиця 3

Характеристика менструальної функції пацієнок до виявлення ФКЯ, n (%)

Показники	Клінічні групи		
	I (n = 50)	II (n = 48)	КГ (n = 20)
Менархе до 11 років	6 (12,0)	8 (16,7)	–
МЦ	5 (10,0)	4 (8,3)	–
Первинна дисменорея	8 (16,0)	14 (29,2)*	–
Регулярний МЦ із періоду менархе	41 (82,0)	40 (83,3)	20 (100,0)
Нерегулярний МЦ із періоду менархе	9 (18,0)	8 (16,7)	–

Примітки: * – $p < 0,05$ – достовірні відмінності між показниками I і II груп; ФКЯ – функціональні кісти яєчників; МЦ – менструальний цикл; КГ – контрольна група.

но у більшості (75; 76,5%) обстежених. У 6 (12,0%) жінок I групи та у 8 (16,7%) представниць II групи зафіксовано раннє менархе, тоді як пізнє менархе (після 15 років) – у 5 (10,0%) і 4 (8,3%) учасниць відповідно.

У 9 (18,0%) пацієнок I групи спостерігалися нерегулярні менструації з періоду менархе (вторинна аменорея, аномальні маткові кровотечі); аналогічна картина відзначалася у пацієнок II групи. Водночас первинна дисменорея в анамнезі вірогідно частіше спостерігалася у пацієнок II групи ($p < 0,05$) (табл. 3).

Оцінка наслідків диференційованого менеджменту жінок досліджуваної когорти з ФКЯ через 3 і 6 міс.

Критерії ефективності	Підгрупи основних груп			
	IA (n = 23)	IB (n = 27)	IIA (n = 24)	IIB (n = 24)
Швидкість регресу ФКЯ (Ме [Q1–Q3]) (міс.)	1 [1–3]	4 [1–4]*	2 [1–3]	2 [1–3]
Повний регрес ФКЯ (УЗД через 3 міс.), n (%)	19 (82,6)	11 (40,7)	22 (91,7)	21 (87,5)
Відновлення регулярного МЦ (контроль через 3 міс.), n (%)	19 (82,6)	7 (25,9)*	23 (95,8)	23 (95,8)
Персистенція больового синдрому (контроль через 3 міс.), n (%)	3 (13,1)	7 (25,9)*	1 (4,2)	2 (8,3)
Відсутність показань до оперативного лікування впродовж 6 міс. після завершення лікування, n (%)	22 (95,7)	23 (85,2)*	24 (100)	24 (100)
Відсутність рецидиву ФКЯ впродовж 6 міс. після завершення лікування, n (%)	20 (86,96)	16 (59,3)*	24 (100)	24 (100)

Примітки: * – $p < 0,05$ – достовірні відмінності показників підгрупи IB від показників підгруп IA, IIA і IIB; ФКЯ – функціональні кісти яєчників; МЦ – менструальний цикл; УЗД – ультразвукове дослідження.

Обстежені жінки зазначали, що зміни МЦ та больовий синдром різного характеру передували утворенню або рецидиву ФКЯ. Серед пацієнок обох клінічних груп із фолікулярними кістами яєчника ($n = 52$) спостерігалися аномальні маткові кровотечі за типом тяжких – 10 (19,2%) випадків і вторинна аменорея – 7 (13,5%), тоді як для пацієнок із кістами жовтого тіла ($n = 40$) більш характерними були нерегулярні менструації у поєднанні з тривалими мізерними менструальними кровотечами – 16 (40,0%). Таким чином, якщо враховувати порушення МЦ, що відзначалися до виявлення ФКЯ, частота аномальних маткових кровотеч становила в I групі 23 (46,0%) випадки, а в II групі – 27 (56,3%). Особливістю скарг пацієнок із геморагічною кістою був виражений тазовий больовий синдром. Загалом больовий синдром (біль унизу живота, дисменорея) відзначено у 36 (36,7%) обстежених пацієнок із ФКЯ.

Розміри ФКЯ в обстеженій когорті (за даними первинного УЗД) не перевищували 8 см і становили в середньому $4,45 \pm 0,87$ см.

Як показав аналіз наслідків диференційованого менеджменту пацієнок із ФКЯ, проведення таргетної фітокорекції дозволяє скоротити тривалість існування ретенційних утворень (табл. 4). Здійснення лише таргетної фітокорекції (підгрупа IA), поєднання КОК із дієтичною добавкою на основі рослинних екстрактів (підгрупа IIA) та виключно КОК (підгрупа IIB) забезпечували швидку регресію ФКЯ – переважно вже в наступному МЦ, тоді як у групі стандартного динамічного спостереження (підгрупа IB) цей процес тривав від 1 до 4 МЦ (табл. 4).

Повний регрес ФКЯ під час проведення УЗД через 3 міс. лікування відзначено у 19 (82,6%) пацієнок, які отримували таргетну фітокорекцію, у 22 (91,7%) жінок, які приймали КОК у поєднанні з вживанням дієтичної добавки на основі рослинних екстрактів, та у 21 (87,5%) пацієнки на тлі застосування КОК.

Відновлення регулярного МЦ спостерігалось у 86,96% пацієнок підгрупи IA, у 95,8% – у підгрупах IIA і IIB, порівняно з 25,9% у підгрупі IB ($p < 0,05$) (табл. 4).

Найбільш ефективне усунення больового синдрому (дисменореї, болю внизу живота) відзначено у пацієн-

ток, які отримували поєднання КОК і дієтичної добавки на основі рослинних екстрактів (підгрупа IIA) (95,8%, $p < 0,05$), при цьому в цій підгрупі не зафіксовано скарг на побічні ефекти застосування КОК (табл. 4). Пацієнтки, які вживали дієтичну добавку на основі рослинних екстрактів, оцінювали свій досвід як максимально позитивний, особливо порівняно з попереднім застосуванням КОК.

Показовою була частота регресу фолікулярних кіст на тлі вживання дієтичної добавки на основі рослинних екстрактів порівняно з традиційним менеджментом (пильне спостереження – “watchful waiting”): регрес ФКЯ у підгрупі IA відзначено у 19 (82,6%) жінок порівняно з 11 (40,7%) випадками у підгрупі IB уже через 3 міс. лікування (табл. 4).

Застосований диференційований підхід до менеджменту пацієнок із ФКЯ дозволяє знизити частоту необґрунтованих оперативних втручань при ФКЯ середніх розмірів за відсутності ускладнень і рецидивів порівняно з традиційним менеджментом. Слід зазначити, що традиційний менеджмент на тлі сповільненого та неповного регресу ФКЯ супроводжується персистенцією порушень МЦ і тазового больового синдрому, що негативно впливає на якість життя жінок.

Отримані результати узгоджуються з даними й висновками інших дослідників, які вивчали доцільність та ефективність використання фітопрепаратів у терапії доброякісних дисгормональних захворювань репродуктивних органів [3, 11, 12, 23–26].

ВИСНОВКИ

Диференційований менеджмент пацієнок із ФКЯ шляхом таргетної фітокорекції з використанням дієтичної добавки на основі рослинних екстрактів дозволяє, порівняно з традиційним менеджментом, досягти повного регресу ФКЯ через 3 міс. лікування у 82,6% пацієнок, підвищити частоту регресу ФКЯ з 40,7% до 82,6% порівняно з динамічним спостереженням, знизити частоту рецидивів з 40,7% до 13,0% впродовж 6 міс. після завершення лікування, а також знизити ризик ургентних оперативних втручань.

Відомості про авторів

Пирогова Віра Іванівна – ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; тел.: (050) 581-94-48. *E-mail: vira.pyrohova@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1205-6365

Ференц Марта Тарасівна – ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; тел.: (097) 258-73-51. *E-mail: martaferenc@ukr.net*

ORCID: 0009-0007-9003-486X

Information about the authors

Pyrohova Vira I. – SNPC “Danylo Halytsky Lviv National Medical University”; tel.: (050) 581-94-48. *E-mail: vira.pyrohova@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1205-6365

Ferents Marta T. – SNPC “Danylo Halytsky Lviv National Medical University”, tel.: (097) 258-73-51. *E-mail: martaferenc@ukr.net*

ORCID: 0009-0007-9003-486X

ПОСИЛАННЯ

- Antipkin YuG, Lapshin VF, Marushko RV, Dudina OO, Bondarenko NYU. Current state of reproductive potential of women in Ukraine. *Reprod Endocrinol.* 2020;53(3):9-18. doi: 10.18370/2309-4117.2020.53.9-18.
- Zhilka NYa, Slabkyy GO, Shcherbinska OS. The state of reproductive health of women in Ukraine. Literature review. *Reprod Endocrinol.* 2021;60(4):67-71. doi: 10.18370/2309-4117.2021.60.67-71.
- Bullock B, Larkin L, Turker L, Stampl K. Management of the adnexal mass: Considerations for the family medicine physician. *Front Med (Lausanne).* 2022;9:913549. doi: 10.3389/fmed.2022.913549.
- Zina Al Zahidy A. Causes and management of ovarian cysts. *Egyptian J Hospital Medicine.* 2018;70(10):1818-22. doi: 10.12816/0044759.
- Shahabifar R, Abolmolouki M, Karamimanesh M, Raeesi R. Evaluation of the relationship between type and amount of fat consumption in the diet and functional ovarian cysts in females of reproductive age. *Am J Biomed Sci Res.* 2023;20(2):244-50. doi: 10.34297/AJBSR.2023.20.002698.
- Pyrohova V, Ferents M. Clinical and anamnestic characteristics of patients with functional ovarian cysts (Retrospective study). *Reprod Health Woman.* 2024;(7):60-4. doi: 10.30841/2708-8731.7.2024.315440.
- Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Cheng Y. Ovarian cysts. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;225(5):B23-5. doi: 10.1016/j.ajog.2021.06.042.
- Tatarchuk TF, Kosei NV, Zanko OV, Okolokh OH. The role of relative hyperprolactinemia in the genesis of the ovarian follicular cysts development. *Reprod Endocrinol.* 2020;(53):23-9. doi: 10.18370/2309-4117.202053.23-29.
- Tresa A, Rema P, Suchetha S, Dinesh D, Sivaranjith J, Nath AG. Hypothyroidism presenting as ovarian cysts-a case series. *Indian J Surg Oncol.* 2021;12(2):343-7. doi: 10.1007/s13193-020-01263-8.
- Expert Panel on Women's Imaging; Atri M, Alabousi A, Reinhold C, Akin EA, Benson CB, et al. ACR Appropriateness criteria® clinically suspected adnexal mass, no acute symptoms. *J Am Coll Radiol.* 2019;16(5S):77-93. doi: 10.1016/j.jacr.2019.02.011.
- Bašković M, Habek D, Zaninović L, Milas I, Pogorelić Z. The evaluation, diagnosis, and management of ovarian cysts, masses, and their complications in fetuses, infants, children, and adolescents. *Healthcare (Basel).* 2025;13(7):775. doi: 10.3390/healthcare13070775.
- Pramana C, Almarjan L, Mahaputera P, Wicaksono SA, Respati G, Wahyudi F, et al. A Giant Ovarian Cystadenoma in A 20-Year-Old Nulliparous Woman: A Case Report. *Front Surg.* 2022;9:895025. doi: 10.3389/fsurg.2022.895025.
- Basha MAA, Metwally MI, Gamil SA, Khater HM, Aly SA, El Sammak AA, et al. Comparison of O-RADS, GI-RADS, and IOTA simple rules regarding malignancy rate, validity, and reliability for diagnosis of adnexal masses. *Eur Radiol.* 2021;31(2):674-84. doi: 10.1007/s00330-020-07143-7.
- Levine D, Brown DL, Andreotti RF, Benacerraf B, Benson CB, Brewster WR, et al. Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement. *Ultrasound Q.* 2010;26(3):121-31. doi: 10.1097/RUQ.0b013e3181f09099.
- Pyrohova VI, Ferents MT. Medical and social characteristics of women of reproductive age with benign ovarian neoplasms. *Reprod Health Women.* 2025;81(2):33-7. doi: 10.30841/2708-8731.2.2025.326509.
- Andreotti RF, Timmerman D, Strachowski LM, Froyman W, Benacerraf BR, Bennett GL, et al. O-RADS US Risk stratification and management system: A consensus guideline from the ACR Ovarian-Adnexal reporting and data system committee. *Radiology.* 2020;294(1):168-85. doi: 10.1148/radiol.2019191150.
- Levine D, Patel MD, Suh-Burgmann EJ, Andreotti RF, Benacerraf BR, Benson CB, et al. Simple adnexal cysts: SRU consensus conference update on follow-up and reporting. *Radiology.* 2019;293(2):359-71. doi: 10.1148/radiol.2019191354.
- Khati NJ, Kim T, Riess J. Imaging of benign adnexal disease. *Radiol Clin North Am.* 2020;58(2):257-73. doi: 10.1016/j.rcl.2019.10.009.
- Ji H, Su Y, Zhang M, Li X, Li X, Ding H, et al. Functional ovarian cysts in artificial frozen-thawed embryo transfer cycles with depot gonadotropin-releasing hormone agonist. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2022;13:828993. doi: 10.3389/fendo.2022.828993.
- Grimes DA, Jones LB, Lopez LM, Schulz KF. Oral contraceptives for functional ovarian cysts. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(4):CD006134. doi: 10.1002/14651858.CD006134.pub5.
- Alsalamah GF, Alodhaybi GA, Salati SA. Phytotherapeutic management of cyclic mastalgia – a review. *Saudi Med J Students.* 2023;4(1):31-43.
- Osouli Tabrizi S, Meedyia S, Ghassab-Abdollahia N, Ghorbani Z, Jahangiry L, Mirghafourvand M. The effect of the herbal medicine on severity of cyclic mastalgia: a systematic review and meta-analysis. *J Complement Integr Med.* 2021;19(4):855-68. doi: 10.1515/jcim-2020-0531.
- Hryshchenko OV, Bobrytska W. Phytoselective therapy is a method of choice for the treatment of mastopathy in combination with premenstrual syndrome. *Reprod Endocrinol.* 2020;5(55):79-89. doi: 10.18370/2309-4117.2020.55.79-89.
- Kozub TO, Hnatuk WV. Possibilities of treatment of stress-induced disorders of the menstrual cycle with phytotherapy. *Reprod Health Woman.* 2024;(1):62-72. doi: 10.30841/2708-8731.1.2024.301601.
- Sureja VP, Kheni DB, Dubey VP, Kansagra J, Soni ZK, Bhatt SP, et al. Efficacy and tolerability evaluation of a nutraceutical composition containing Vitex agnus-castus Extract (EVX40™), Pyridoxine, and Magnesium in premenstrual syndrome: A real-world, interventional, comparative study. *Cureus.* 2023;15(8):e42832. doi: 10.7759/cureus.42832.
- Pyrohova VI, Shurpyak SO, Prokopchuk YuS. Phytotherapy in the management of women of reproductive age with dysgynecological pathology and mastalgia. *Reprod Health Women.* 2024;(2):66-74. doi: 10.30841/2708-8731.2.2024.304659.

Стаття надійшла до редакції 23.01.2026. – Дата першого рішення 28.01.2026. – Стаття подана до друку 02.03.2026