

## СОВРЕМЕННАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ И РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П.

ГОУ ВПО «Первый московский государственный медицинский университет  
им. И.М. Сеченова, Москва;

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Росздрава,  
Ижевск, e-mail: doctorfamily@mail.ru

Представлены современные данные о методах медикаментозной терапии при опухолевидных образованиях и кистах яичника, позволяющие восстановить и сохранить менструальную и репродуктивную функции больных. Терапия включает в себя противовоспалительное лечение (антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты), системную энзимотерапию, иммунную терапию, гормональные лекарственные средства (КОК, агонисты Гн-РГ, прогестагены).

**Ключевые слова:** медикаментозная терапия, кисты, опухолевидные образования яичников

В структуре гинекологической заболеваемости среди всех опухолей женских половых органов опухоли яичников занимают второе место (6–8%). Доброкачественные формы встречаются в 75–80% всех истинных опухолей яичников, из них 34% – это опухолевидные процессы [3]. Требования, предъявляемые к лечению больных с новообразованиями яичников, заключаются в тщательном обследовании пациенток с новообразованиями яичников и проведении дифференциального диагноза с истинными опухолями яичников. В неосложненных случаях при функциональных яичниковых образованиях с бессимптомным течением, характерными эхографическими признаками и визуализируемым периферическим кровотоком срочного оперативного вмешательства не требуется и можно ограничиться динамическим наблюдением за регрессом функциональной кисты [33]. Если ретенционное образование не исчезает самостоятельно или после назначения комбинированных оральных контрацептивов в течение 1–3 менструальных циклов, если размеры ретенционного образования превышают 5–6 см в диаметре, показана **оперативная лапароскопия** с сохранени-

ем овариального резерва [14, 15]. Лечение истинных доброкачественных опухолей яичников только оперативное. Эндоскопический подход при оперативном лечении опухолей яичников показан при односторонних однокамерных тонкостенных образованиях (по данным УЗИ), без перегородок и папиллярных разрастаний на внутренней поверхности капсулы, с наличием гиперэхогенного содержимого, размером не более 8 см в диаметре [14, 15].

В каждом возрастном периоде существуют свои тактические подходы по ведению больных с кистами и опухолевидными образованиями яичников. Для сохранения репродуктивного здоровья **подростков** с опухолями и опухолевидными образованиями яичников предлагается трёхэтапное ведение. Первый этап – профилактические осмотры гинеколога, УЗИ малого таза для своевременного выявления органической патологии гениталий. Второй этап – плановое хирургическое лечение, предпочтительнее лапароскопическим доступом, с соблюдением органосохраняющего принципа [1]. Хирургическое лечение функциональных кист яичников у девочек должно проводиться в специализированных отде-

лениях лапароскопическим доступом по строгим показаниям, в основном при наличии осложнений. Третий этап – реабилитация, которая включает рациональную контрацепцию, восстановление полноценного овуляторного цикла, комплексное обследование, коррекцию общесоматического здоровья, ликвидацию персистирующего воспалительного процесса гениталий. Длительность третьего этапа составляет 1–7 лет, с последующим наблюдением в женской консультации [2]. У пациенток в *постменопаузе* наличие овариального образования в диаметре более 3 см является абсолютным показанием к операции, так как в 96% морфологически диагностируются истинные опухоли яичников [16].

Современный подход к лечению больных с опухолевидными образованиями яичников зависит от морфологической формы образований. При *эндометриозе яичника* первый этап – восстановление фертильности хирургическим методом, второй – медикаментозная терапия комбинированными эстрогенгестагенными препаратами, антиэстрогенами либо аГнРГ с целью угнетения активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и развития атрофических изменений в ткани эндометриоидных гетеротопий [35]. В связи с неудовлетворительной переносимостью и выраженностью таких побочных эффектов, как климактерические симптомы, атрофический кольпит, «приливы» при применении аГнРГ, а также с возникновением риска остеопороза [38] в последнее время чаще используют комбинированные эстроген-гестагенные и прогестагенные препараты в течение 3–6 месяцев [35].

**Современная медикаментозная терапия** опухолевидных образований и ретенционных кист яичника является комплексной и включает в себя противовоспалительную терапию (антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты), системную энзимотерапию, рассасывающую, иммунную терапию, гормональные лекарственные средства (КОК, агонисты Гн-РГ, прогестагены) [11, 26].

За последние десятилетия произошла существенная эволюция контрацептивных средств, результатам которой стало создание комбинированных оральных контрацептивов (КОК), не только с контрацептивными, но и с лечебными свойствами [19, 21, 25, 27]. Большое количество клинических исследований доказало положительный эффект использования комбинированных оральных контрацептивов для лечения и профилактики различных патологических состояний и заболеваний [4, 6, 12, 13, 17, 20, 22, 25, 27, 30, 34].

Таким образом, учитывая тот факт, что механизм действия гормонов на отдельные звенья репродуктивной системы неоднозначен и зависит от вида и дозы препаратов, клинические аспекты их применения различны. Гормональные контрацептивы снижают относительный риск развития воспалительных заболеваний органов малого таза [27]; внематочной беременности [19]; функциональных кист яичников [23]; поликистозных яичников и миомы матки. Кроме того, оказывают терапевтическое действие при нарушениях менструального цикла, ювенильных кровотечениях [18], эндометриозе [13], доброкачественной патологии молочных желез [27], дисменорее [26], определенных формах бесплодия [25], железодефицитной анемии [27], остеопорозе, ревматоидном артрите [21].

Из всего многообразия гормональных препаратов, применяющихся для лечения недостаточности второй фазы менструального цикла (один из симптомов при развитии кист желтого тела), бесплодия, невынашивания беременности, а также эндометриоза, практическую ценность имеют **прогестагены**. Гестагены – эффективные препараты для борьбы с эндометриозом за счет прямого воздействия на эндометриотические ткани, что приводит к значительному морфометрическому уменьшению размеров и объема [36, 37]. Из этой группы препаратов широко используется – Дюфастон®. В отличие от большинства других синтетических прогестагенов, он не обладает эстрогенной,

андрогенной, анаболической активностью, в связи с тем, что не является производным тестостерона [5].

Развитие фундаментальной и прикладной иммунологии привело к тому, что появился новый класс фармакологических средств – *иммуотропные препараты*, которые представляют собой синтетические, биотехнологические или природные вещества, способные влиять на различные звенья иммунной системы и, вследствие этого, изменять силу, характер и направленность иммунных реакций [9].

Универсальным фактором как неспецифической резистентности, так и иммунорегуляции является система *интерферонов* (ИФН), функциональная недостаточность и нарушение синтеза которых обуславливает патогенетическую основу большого числа процессов – воспаление, иммунопатологические реакции, репарацию [9]. Интерфероны – подавляют рост внутриклеточных инфекционных агентов вирусной и бактериальной природы, антипролиферативную активность, обеспечивают антитуморогенный эффект, антитоксическое действие и т.д. Представленные эффекты интерферонов позволяют рассматривать их в качестве важных компонентов иммунокорректирующей терапии при комплексном лечении больных с кистами и доброкачественными опухолями яичников [28]. Из группы интерферонов широко используются в практике Виферон® [10], Генферон® [29], Кипферон® [28]. В отдаленном послеоперационном периоде хорошие результаты даёт иммунокорректирующая терапия Ронколейкином®, Иммуномаксом®, для лечения воспалительных заболеваний придатков матки бактериальной этиологии целесообразно использовать комплекс природных цитокинов (субстанция препарата Суперлимф®) [7].

Таким образом, иммуотропная терапия – современное и перспективное направление в комплексной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний, а также в послеоперационном периоде. Включение в комплексную терапию интерфероноин-

дуктивных препаратов – патогенетически обоснованного направления иммунокоррекции – позволяет значительно, как повысить эффективность проводимого курса лечения, так и снизить частоту негативных побочных эффектов [7, 10, 28, 29].

В клинической практике ряда стран в последние годы активно развивается новое направление – системная энзимотерапия, представляющая собой современный метод лечения, основанный на системном действии комбинаций гидролитических энзимов (ферментов) растительного и животного происхождения, кооперативно воздействующих на ключевые физиологические и патофизиологические процессы [23]. Терапевтическое воздействие энзимов осуществляется за счет повышения цитотоксической активности макрофагов, оптимизации воспаления, нормализации иммуногемеостаза, индуцирования цитокинов или их ингибирования, удаления циркулирующих в крови фиксированных в тканях иммунных комплексов и ингибирования их образования [9]. Системная энзимотерапия используется при заболеваниях, сопровождающихся снижением иммунитета – аднексит, простатит и др. Также показана высокая эффективность системной энзимотерапии как составной части радикальной и консервативной хирургии. Есть данные об эффективности данной терапии в лечении онкопатологии [22, 23, 31]. Доказана высокая эффективность системной энзимотерапии в коррекции неблагоприятного влияния гормональных контрацептивов на гемостаз. Комплекс энзимов снижает активность коагуляционного потенциала и повышает антикоагулянтную и фибринолитическую активность крови, обеспечивая восстановление динамического равновесия между коагуляционным и антикоагуляционным звеньями гемостаза [31].

Таким образом, принимая во внимание многогранное действие гормональной, иммунной и системной энзимотерапии, представляется вполне обоснованным использование клинической эффективности данных

групп препаратов при комплексном консервативном лечении кист и опухолевидных образований яичников.

**Список литературы**

1. Адамян Л.В. Современные технологии в лечении опухолей яичников у девочек / Л.В. Адамян, Е.А. Богданова, Т.М. Глыбина и др. // Проблемы репродукции: материалы III Международного конгресса по репродуктивной медицине. – Москва, 2009. – С. 140–141.

2. Аскерова М.Г. Опухоли и опухолевидные образования яичников у подростков, реабилитация после оперативного лечения / М.Г. Аскерова, Р.А. Аскеров и др. // *Мать и дитя: материалы VIII Всероссийского научного форума*. – М., 2006. – С. 319–320.

3. Баженова Л.Г. Дифференциальная диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2007. – 47 с.

4. Басова О.Н. Опыт применения комбинированного орального контрацептива, содержащего дроспиренон / О.Н. Басова, В.Г. Волков // *Мать и дитя: материалы докладов X Всероссийского научного форума*. – М., 2009. – С. 259–260.

5. Брюно Де Линьер *Натуральный прогестерон и его особенности* / Де Линьер Брюно // *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2003. – № 3. – Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals/akuvest/198/2849>.

6. Булычева Е.С. Некоторые особенности клинической фармакологии прогестинов (обзор литературы) / Е.С. Булычева, Н.В. Стуров // *Гинекология*. – 2009. – Т. 11, № 4. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/magazines/special/gynaecology/article/7429>.

7. Бутырина Е.А. Иммуноклиническая эффективность использования суперлимфа, дерината и их комбинации в комплексном лечении воспалительных заболеваний женской половой сферы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Курск, 2005. – 22 с.

8. Гергова Ф.Х. Эффективность применения влагалищного контрацептива Нова-ринг в лечении фолликулярных кист яичников / Ф.Х. Гергова, З.Х. Узденова, В.А. Шаваева и др. // *Мать и дитя: материалы IX Всероссийского научного форума*. – М., 2007. – С. 362.

9. Драник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология: пособие для студентов, врачей-интернов, иммунологов, аллергологов, врачей лечебного профиля всех специальностей. – К.: ООО «Полиграф плюс», 2006. – 482 с.

10. Каграманова Ж.А. Клинико-иммунологическое обоснование применения Виферона при обострении хронического воспалительного процесса придатков матки / Ж.А. Каграманова, В.В. Малиновская, В.С. Сускова, Д.В. Якубович // *Мать и дитя: материалы III российского форума*. – М., 2001. – С. 354–355.

11. Кузнецова Е.П. Восстановление репродуктивной функции при кистах яичниках после эндоскопических операций в амбулаторных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ижевск, 2001. – 32 с.

12. Кузнецова И.В. Влияние пролонгированного приема комбинированных оральных контрацептивов с левоноргестрелом на состояние эндометрия // *Гинекология*. – 2009. – Т. 11, № 1. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/magazines/special/gynaecology/article/18069>.

13. Кузнецова И.В. Пролонгированный прием комбинированного орального контрацептива, содержащего дроспиренон, в лечении предменструального синдрома / И.В. Кузнецова, В.А. Коновалов // *Проблемы репродукции*. – 2008. – Т. 14, № 4. – С. 61–65.

14. Кулаков В.И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / В.И. Кулаков, Р.Г. Гаутаулина, Г.Т. Сухих. – М.: Изд-во «Триада-Х», 2005. – 256 с.

15. Кулинич С.И. Оценка эффективности лечения функциональных кист яичников / С.И. Кулинич, Л.В. Сутурина, Н.И. Николаева // *Мать и дитя: материалы VIII Всероссийского научного форума*. – М., 2006. – С. 429–430.

16. Максимов А.И. Оптимизация диагностического алгоритма и тактики ведения больных с объемными образованиями яичников в постменопаузе / А.И. Максимов, Л.С. Александров, А.И. Ищенко // *Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России*. – М., 2008. – С. 409.

17. Олейник Ч.Г. Возможности использования оральных контрацептивов в сохранении и восстановлении репродуктивной функции / Ч.Г. Олейник, А.Л. Тихомиров // *Русский медицинский журнал*. – 2008. – Т. 16, № 1. – С. 34.

18. Пасман Н.М. Дифференцированный подход к терапии дисфункциональных маточных кровотечений у подростков / Н.М. Пасман, Е.А. Снисаренко, А.Л. Теплицкая и др. // *Гинекология*. – 2003. – Т. 5, № 6. – С. 244–247.

19. Подзолкова Н.М. Гормональная контрацепция: вопросы безопасности и переносимости / Н.М. Подзолкова // *Русский медицинский журнал*. – 2009. – Т. 17, № 1. – С. 5.

20. Прилепская В.Н. Эндометриоз и контрацептивные гормоны // Русский медицинский журнал. – 2007. – № 3. – С. 182. – Режим доступа: [http://www.rmj.ru/articles\\_4421/htm](http://www.rmj.ru/articles_4421/htm).
21. Прилепская В.Н. Эффективность и приемлемость микродозированного контрацептива у женщин репродуктивного возраста / В.Н. Прилепская, Н.М. Назарова, Е.А. Межевитинова и др. // Амбулаторно-поликлиническая практика – платформа женского здоровья: Всероссийская научно-практическая конференция: сборник тезисов. – М., 2009. – С. 221–223.
22. Растегаева И.Н. Клинико-патогенетическое обоснование применения системной энзимотерапии и комбинированных естественных цитокинов в комбинированном лечении хронических сальпингоофоритов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 19 с.
23. Рахман П.П. Патогенетическое обоснование использования системной энзимотерапии в комплексном лечении опухолевидных процессов гениталий: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – С. 25.
24. Романцов М.Г. Интерфероногены: перспективы клинического применения. – СПб., 2000. – 45 с.
25. Савельева И.С. Критерии приемлемости использования комбинированных оральных контрацептивов / И.С. Савельева, Ж.А. Городничева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – Т. 5, № 2. – С. 64–73.
26. Серебренникова К.Г. Современная тактика ведения больных с ретенционными кистами яичников / К.Г. Серебренникова, Е.П. Кузнецова // Фундаментальные исследования. – 2010. – №11. – С. 115–121.
27. Серов В.Н. О гормональной контрацепции / В.Н. Серов, О.В. Цветаева // Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17, № 16. – С. 1032.
28. Сорокин А.А. Профилактика послеоперационных осложнений при помощи иммуномодулирующей терапии у больных с опухолями яичников: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 23 с.
29. Тарасов В.Н. Применение суппозиториев «Генферон» в комплексной терапии нарушений репродуктивной функции у женщин // Мать и дитя: материалы IX всероссийского научного форума. – М., 2007. – С. 531–532.
30. Уварова Е.В. Возможности применения комбинированных оральных контрацептивов в пролонгированном режиме при лечении синдрома поликистозных яичников // Проблемы репродукции. – 2006. – Т. 12, № 4. – С. 73–78.
31. Федорович О.К. Системная энзимотерапия в коррекции нарушений гемостаза, возникающих при приеме контрацептивов / О.К. Федорович, Л.Ю. Карахалис О.В. Двуреченская и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2003. – № 5. – Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals/akuvest/200/2894>.
32. Ходжаева З.С. Применение системной энзимотерапии в акушерстве и гинекологии / З.С. Ходжаева, В.М. Сидельникова, П.А. Кирющенков и др. // Гинекология. – 2003. – Т. 5, № 6. – С. 233–238.
33. Швецов С.Э. Современные методы диагностики объемных образований матки и придатков: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 28 с.
34. Klipping C. Suppression of ovarian activity with a drospirenone-containing oral contraceptive in a 24/4 regimen / C. Klipping, I. Duijkers, D. Trummer et al. // Contraception. – 2008. In press.
35. Meresman G. Gonadotropin-releasing hormone agonist induces apoptosis and reduced cell proliferation in eutopic endometrial cultures from women with endometriosis / G. Meresman, M. Bilotas, R. Buguet // Fertil Steril. – 2003. – Vol. 80, Spp. 2. – P. 702–707.
36. Robert N. Expanded utility of injectables: their role in endometriosis / N. Robert, M.D. Taylor, D. Ph // Gynecological Endocrinology. – 2001. – Vol. 15, №5. – P. 38.
37. Schmidt M. Comparative analysis of morphometric changes of endometriotic tissues after treatment with GnRH-agonists or gestagens / M. Schmidt, P.A. Regidor, K. Freihoff, M. Regidor, M. Ruwe, A.E. Schindler // Gynecological Endocrinology. – 2001. – Vol. 15, №5. – P. 95.
38. Verspyck E. Leuprorelin depot 3.75 mg versus lynestrol in the preoperative treatment of symptomatic uterine myomas: a multicentre randomized trial / E. Verspyck et al. // Eur. J. of Obstetric Gyn and Reprod Biol. – 2000. – № 89. – P. 11–12.

---

**Рецензенты:**

Коноводова Е.Н., д.м.н., профессор кафедры семейной медицины Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва;

Тютюнник В.Л., д.м.н., ведущий научный сотрудник акушерского наблюдательного отделения ФГУ НИЦ АГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России, Москва.

## MODERN DRUG THERAPY TUMOR-LIKE FORMATIONS AND RETENTION OF OVARIAN CYSTS

<sup>1</sup>Serebrennikova K.G., <sup>2</sup>Kuznetsova E.P.

<sup>2</sup>SEI HVE «The first Moscow State Medical University name Sechenov, Moscow;

<sup>1</sup>SEI HVE «Izhevsk State Medical Academy» Roszdrav, Izhevsk,

*e-mail: doctorfamily@mail.ru*

The current data on methods of drug therapy for tumor-like formation and ovarian cyst, you can restore and maintain menstrual and reproductive function of patients. Therapy includes: anti-inflammatory medication (antibiotics, nonsteroidal anti-inflammatory drugs), systemic enzyme, resolving, immune therapy, hormonal drugs (COC agonists Gn-RG, progestogens).

**Keywords: medical therapy, cyst, tumor formation of ovarian**