



УКРАЇНА

(19) UA (11) 12765 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 5/00
G01N 33/53

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИХ СИНДРОМІВ ТА ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИХ ДИСТРОФІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК

1

(21) u200511297

(22) 29.11.2005

(24) 15.02.2006

(46) 15.02.2006, Бюл. № 2, 2006 р.

(72) Венцківська Ірина Борисівна, Прилуцька Алла Броніславівна, Татарчук Тетяна Віталіївна

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб диференційної діагностики передменструальних синдромів та передменструальних розладів у жінок шляхом визначення критеріїв передменструальних дистрофічних розладів та психоемоціонального стану, який **відрізняється** тим, що додатково в сироватці крові визначають рівень естрадіолу, прогестерону, тестостерону, пролактину, адренкортикотропного гормону, кортизолу, показники клітинного та гуморального імунітету і при зниженні вмісту естрадіолу до $76,44 \pm 19,2 \text{ pg/ml}$, прогестерону до $3,3 \pm 0,9 \text{ } \mu\text{g/ml}$ на тлі підвищення концентрацій гонадотропінів, адренкортикотропного гормону до $53,44 \pm 11,5 \text{ pg/ml}$, кортизолу до $24,85 \pm 7,6 \text{ } \mu\text{g/ml}$, підвищення загаль-

2

ної кількості Т-лімфоцитів (CD3+) до $79,4 \pm 8,7\%$, питомої ваги природних кілерів (CD16/56) до $25,5 \pm 3,1\%$, зменшення Т-хелперів (CD4) до $35,4 \pm 3,8\%$, імунорегуляторного індексу (CD4/CD8) до $1,06 \pm 0,04$, підвищення вмісту IgG та зниження продукції IgA діагностують розвиток передменструального синдрому, а зниження естрадіолу до $68,22 \pm 13,2 \text{ pg/ml}$, прогестерону до $2,36 \pm 1,1 \text{ ng/ml}$, вільного тестостерону до $0,46 \pm 0,09 \text{ pg/ml}$, концентрацій адренкортикотропного гормону до $9,82 \pm 3,1 \text{ pg/ml}$, кортизолу до $6,65 \pm 2,1 \text{ } \mu\text{g/ml}$, підвищення пролактину до $29,81 \pm 5,4 \text{ ng/ml}$ на тлі тенденції до зниження рівней гонадотропінів, зниження загальної кількості Т-лімфоцитів ($65,3 \pm 6,7\%$), підвищення питомої ваги природних кілерів CD16/56 до $22,5 \pm 3,4\%$, нормальний рівень Т-хелперів (CD4), зниження рівня цитотоксичних клітин до $26,8 \pm 3,0\%$, підвищенням імунорегуляторного індексу CD4/CD8 до $1,7 \pm 0,1$, гіпоімунглобулінемії діагностують розвиток передменструальних дистрофічних розладів.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до гінекології, може знайти застосування в проведенні диференційної діагностики передменструальних синдромів та передменструальних дистрофічних розладів у жінок.

Передменструальний розлади - це стан, який характеризується великою кількістю соматичних, когнітивних, афективних та поведінкових порушень, які циклічно виникають у лютеїновій фазу менструального циклу [1].

Частота передменструальних розладів (ПР), за даними різних авторів, варіабельна і коливається в великих межах - 25-75% [2].

В залежності від особливостей клінічної симптоматики та вираженості передменструальних розладів розглядають передменструальні симптоми (ПС); Передменструальний синдром (ПМС); передменструальні дисфоричні розлади (ПМДР);

передменструальну магніфікацію [3].

Значний відсоток цих ускладнень у жінок потребує подальшого удосконалення і розробки нових методів профілактики та лікування передменструальних розладів, що й визначає актуальність проблеми в сучасній гінекології, є одним з резервів зниження захворюваності та смертності [4].

На сьогоднішній день відомі різноманітні способи диференційної діагностики передменструальних синдромів та передменструальних дистрофічних розладів у жінок, найбільш інформативний є спосіб, який включає визначення критеріїв ПМДР, психоемоціонального стану (фізіологічний дискомфорт, депресію, неспокій, лабільність настрою, агресивність, дратівливість, зосередженість), затримку рідини (набряки), набряку молочних залоз, збільшення маси тіла [3].

Найближчим аналогом, є спосіб диференцій-

(13) U

(11) 12765

(19) UA

ної діагностики передменструальних синдромів та передменструальних дистрофічних розладів у жінок, який включає визначення критеріїв ПМДР, психоемоціонального стану (фізіологічний дискомфорт, депресію, неспокій, лабільність настрою, агресивність, дратівливість, зосередженість), затримку рідини (набряки), набряку молочних залоз, збільшення маси тіла.

Суттєвим недоліком найближчого аналогу є умовність розподілу передменструальних розладів на форми, так як важко визначити патогномонічну групу симптомів, які характерні лише для її певної форми.

Задачею корисної моделі є визначення критеріїв для проведення диференційної діагностики передменструальних синдромів та передменструальних дистрофічних розладів у жінок.

Технічний результат, що отримують після вирішення задачі, полягає в удосконаленні тактики ведення жінок з передменструальними синдромами та передменструальними дистрофічними розладами у жінок.

Зазначена задача досягається тим, що у відомому способі, який включає визначення критеріїв передменструальних дистрофічних розладів, психоемоціонального стану жінки, відповідно до корисної моделі додатково в сироватці крові визначають рівень естрадіолу, прогестерону, тестостерону, пролактину, адренкортикотропного гормону, кортизолу, показники клітинного та гуморального імунітету і при зниженні вмісту естрадіолу до $76,44 \pm 19,2 \text{ pg/ml}$, прогестерону до $3,3 \pm 0,9 \text{ ng/ml}$ на тлі підвищення концентрацій гонадотропінів, адренкортикотропного гормону до $53,44 \pm 11,5 \text{ pg/ml}$, кортизолу до $24,85 \pm 7,6 \text{ µg/ml}$, підвищення загальної кількості Т-лімфоцитів (CD3+) до $79,4 \pm 8,7\%$, питомої ваги природних кілерів (CD16/56) до $25,5 \pm 3,1\%$, зменшення - Т-хелперів (CD4) до $35,4 \pm 3,8\%$, імунорегуляторного індексу (CD4/CD8) до $1,06 \pm 0,04$, підвищення вмісту IgG та зниження продукції IgA діагностують розвиток передменструального синдрому; а зниженням естрадіолу до $68,22 \pm 13,2 \text{ pg/ml}$, прогестерону до $2,36 \pm 1,1 \text{ ng/ml}$, вільного тестостерону до $0,40 \pm 0,09 \text{ pg/ml}$, концентрацій адренкортикотропного гормону до $9,82 \pm 3,1 \text{ pg/ml}$, кортизолу до $6,65 \pm 2,1 \text{ µg/ml}$, підвищення пролактину до $29,81 \pm 5,4 \text{ ng/ml}$ на фоні тенденції до зниження рівней гонадотропінів, зниження загальної кількості Т-лімфоцитів ($65,3 \pm 6,7\%$), підвищення питомої ваги природних кілерів CD16/56 до $22,5 \pm 3,4\%$, нормальний рівень Т-хелперів (CD4), зниження рівня цитотоксичних клітин до $26,8 \pm 3,0\%$, підвищенням імунорегуляторного індексу CD4/CD8 до $1,7 \pm 0,1$, гіпоімунноглобулінемії діагностують розвиток передменструальних дистрофічних розладів.

Перевагою запропонованого способу є висока диференційна діагностика передменструальних синдромів та передменструальних дистрофічних розладів у жінок, що дозволяє в ранні терміни захворювання провести адекватне лікування даних патологій.

Спосіб здійснюється наступним чином: визначають екстрагенітальні та гінекологічні запальні захворювання, стресогенні чинники, вивчають гормональний гомеостаз (визначають рівень естра-

діолу, прогестерону, АКТГ, кортизолу), вивчають імунний статус (загальну кількість Т-лімфоцитів, Т-супресорів, Т-хелперів, природних кілерів (CD16, CD56), активовані Т-клітини, імунорегуляторний індекс CD4/CD8, фагоцитарний індекс, фагоцитарне число, імунoglobуліни класів А, М, G, та наявності запальних захворювань геніталій та/чи екстрагенітальної патології запального генезу, зниження вмісту естрадіолу до $76,44 \pm 19,2 \text{ pg/ml}$ та прогестерону до $3,3 \pm 0,9 \text{ ng/ml}$ на тлі підвищення концентрацій гонадотропінів у сироватці крові та рівня АКТГ ($53,44 \pm 11,5 \text{ pg/ml}$) та кортизолу ($24,85 \pm 7,6 \text{ µg/ml}$), підвищення загальної кількості Т-лімфоцитів (CD3+) до $79,4 \pm 8,7\%$, питомої ваги природних кілерів (CD16/56) до $25,5 \pm 3,1\%$, зменшення - Т-хелперів (CD4) до $35,4 \pm 3,8\%$, імунорегуляторного індексу (CD4/CD8) до $1,06 \pm 0,04$, дисімунноглобулінемії (підвищення вмісту IgG та зниження продукції IgA) свідчить про розвиток передменструального синдрому; а наявність зниження естрадіолу до $68,22 \pm 13,2 \text{ pg/ml}$, прогестерону до $2,36 \pm 1,1 \text{ ng/ml}$ та вільного тестостерону до $0,46 \pm 0,09 \text{ pg/ml}$, гіперпролактинемії ($29,81 \pm 5,4 \text{ ng/ml}$), зниження сироваткових концентрацій АКТГ ($9,82 \pm 3,1 \text{ pg/ml}$) та кортизолу ($6,65 \pm 2,1 \text{ µg/ml}$) і тенденції до зниження рівней гонадотропінів у сироватці крові, зниження загальної кількості Т-лімфоцитів ($65,3 \pm 6,7\%$), підвищення питомої ваги природних кілерів CD16/56 до $22,5 \pm 3,4\%$, зниження рівня цитотоксичних клітин до $26,8 \pm 3,0\%$, підвищенням імунорегуляторного індексу CD4/CD8 до $1,7 \pm 0,1$, гіпоімунноглобулінемії свідчить про розвиток передменструальних дистрофічних розладів, що рекомендує з перших сутток захворювання проводити адекватне лікування передменструальних розладів.

Приклад конкретного виконання

Пацієнтка Притчина Т.М., 1966 року народження. Карта обстеження №31.

Проведено дослідження гормонального та імунологічного статусу і виявлено: зниження естрадіолу до $64,2 \text{ pg/ml}$, прогестерону до $2,1 \text{ ng/ml}$ та вільного тестостерону до $0,4 \text{ pg/ml}$, гіперпролактинемію ($30,1 \text{ µg/ml}$), зниження сироваткових концентрацій АКТГ ($8,6 \text{ pg/ml}$) та кортизолу ($5,5 \text{ µg/ml}$) і тенденції до зниження рівней гонадотропінів у сироватці крові, зниження загальної кількості Т-лімфоцитів (64%), підвищення питомої ваги природних кілерів CD16/56 до 23% , зниження рівня цитотоксичних клітин до 25% , підвищенням імунорегуляторного індексу CD4/CD8 до $1,7$, що свідчить про розвиток передменструальних дистрофічних розладів.

Було встановлено діагноз: Передменструальні дистрофічні розлади. Аденоміоз, вузлова форма, що дозволило застосувати патогенетичне обґрунтоване лікування.

Запропонований спосіб диференційної діагностики передменструальних синдромів та передменструальних дистрофічних розладів у жінок дозволяє підвищити ефективність лікування жінок з даними патологіями.

Спосіб був апробований на базі кафедри акушерства та гінекології №1, що дозволяє його рекомендувати для використання в практичній медицині.

Література:

1. Rapkin A.J., Morgan M., Goldman L. Progesteron melaholite allopregnanolone in women with premenstrual syndrome // Obstet. Gynecol. - 2002. - №90, Vol.5. - P.709-714.
2. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической

эндокринологии. М: МИА, 2001. - 247с.

3. Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная гинекология (клинические очерки). Часть I. - К., 2003. - 299с.
4. Марторано Дж, Морган А., Фрайер У. Передменструальный синдром. Пер. с англ. - СПб.: ИК Комплемент, 1998. - 217с.