



УКРАЇНА

(19) UA (11) 4449 (13) U

(51) 7 A61K38/26

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОРЕКЦІЇ РОЗПАДІВ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ ЗА ТИПОМ ЮВЕНІЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

1

(21) 20040503575

(22) 13.05.2004

(24) 17.01.2005

(46) 17.01.2005, Бюл. № 1, 2005 р.

(72) Марчук Наталія Юріївна, Беседін Віктор Миколайович, Сергієнко Олександр Олексійович

(73) ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

(57) Спосіб корекції розпадів менструального циклу за типом ювенільних маткових кровотеч, який полягає у проведенні лікувальної терапії гормона-

2

льними препаратами, який відрізняється тим, що як гормональний препарат застосовують людський напівсинтетичний інсулін короткої дії Хумодар Р, який призначають підшкірно, починаючи з 2 ОД в день, поступово збільшуючи дозу на 2 ОД в день до 10 ОД, далі поступово знижують дозу препарату на 2 ОД в день, введення інсуліну поєднують із довшим введенням гіпертонічного розчину глюкози (40%-20,0 мл) разом з аскорбіновою кислотою (5%-2,0 мл), тривалість курсу лікування становить 9 днів.

Корисна модель стосується медицини, зокрема дитячої та підліткової гінекології, ендокринної гінекології та може бути використана для досягнення гемостазу і регуляції менструального циклу в дівчат-підлітків з ювенільними матковими кровотечами (ЮМК).

Відомий спосіб корекції розпадів менструального циклу за типом ЮМК гестагенними препаратами. З цією метою найбільш часто застосовують Примолут-Нор, який призначають на фоні кровотечі по 5мг 2 рази в день з 5-го по 26-й день передбачуваного менструального циклу (всього 21 день), або з 19-го по 26-й день циклу по 5мг 2 рази в день (7 днів). З метою профілактики рецидивів кровотечі призначають як комбіновані монофазні, так і 3-х фазні естроген-гестагенні препарати. Перевагу надають низькодозованим пероральним контрацептивам. Лікування проводять за схемою по 1-й таблетці в день починаючи з 5-го дня сформованого менструального циклу впродовж 21-го дня. Курс протирецидивного лікування триває 2 місяці (Практическая гинекология (Клинические лекции)/ Под. ред. акад. РАМП В.И. Кулакова и проф. В.Н. Прилепской.-М.: МЕДпресс-информ, 2001.-С.467-468).

Відомий також спосіб корекції розпадів менструального циклу за типом ЮМК, який вибраний прототипом і передбачає застосування монофазних комбінованих оральних контрацептивів (КОК). Монофазні КОК призначаються по 1-й таблетці до

3-х разів на день в перші 3 дні, в залежності від інтенсивності кровотечі, із поступовим зниженням дози до 1 таблетки в день впродовж 21-го дня. Як правило, зупинка кровотечі відбувається впродовж першої доби. (Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков.-М.:

Медицинское информационное агентство, 1998.-С.188-197)

Проте всі ці способи гормональної корекції менструального циклу за типом ЮМК не враховують особливостей нейроендокринної і морфофункціональної перебудови організму дівчат-підлітків в пубертатному періоді, препарати мають здатність виключати функцію власних ендокринних залоз, що призводить до незворотних змін в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі. Крім того ці препарати мають ряд недоліків та виражених побічних реакцій, які зумовлені метаболічними ефектами стероїдів, що входять до їх складу.

В основу корисної моделі поставлене завдання розробити спосіб гормональної корекції розпадів менструального циклу за типом ЮМК із урахуванням ендокринологічного статусу та обмінних процесів у дівчат-підлітків, нормалізувати стероїдогенез в яєчниках та гонадотропну функцію гіпофізу, що більш ефективно забезпечить гемостаз і регуляцію менструального циклу.

Поставлене завдання досягається тим, що у способі корекції розпадів менструального циклу за типом ювенільних маткових кровотеч у дівчат-

(13) U

(11) 4449

(19) UA

підлітків, який полягає у проведенні лікувальної терапії гормональними препаратами згідно з корисною моделлю як гормональний препарат застосовують людський напівсинтетичний інсулін короткої дії Хумодар Р, який призначають підшкірно починаючи з 2 ОД в день поступово збільшуючи дозу на 2 ОД в день до 10 ОД далі поступово знижують дозу препарату на 2 ОД в день, введення інсуліну поєднують із довшим введенням гіпертонічного розчину глюкози (40% - 20,0мл), разом з аскорбіновою кислотою (5%-2 0мл) тривалість курсу лікування становить 9 днів

Як правило зупинка кровотечі відбувається на 3 добу від початку лікування

Запропонований спосіб корекції відноситься до гормональних методів, але на відміну від прототипу не має абсолютних протипоказань до застосування та виражених побічних ефектів сприяє стійкому відновленню менструального циклу в хворих з ЮМК та зменшує частоту рецидивів хвороби, нормалізує стероидогенез в яєчниках та гонадотропну функцію гіпофізу завдяки зв'язуванню з рецепторами інсулінового фактору росту-1 (ІФР-1) та безпосередньо через свої рецептори. Підвищує базальний та стимульований гонадотропінами і циклічним аденозинмонофосфатом біосинтез прогестерону та естрогенів, збільшує активність ензимної системи цитохрому потенціює стимулюючий ефект фолікулостимулюючого гормону аденогіпофізу (ФСГ) підвищує ароматазну активність клітин гранульози та щільність ЛГ-рецепторів

R 2,0 ОД → 4 0 ОД → 6 0 ОД → 8 0 ОД → 10 0 ОД → 8 0 ОД → 6 0 ОД → 4 0 ОД → 2 0 ОД

9 год ранку доведено повільно вводиться

Sol Glucosae 40%-20,0ml/

Sol Acidi ascorbinici 5%-2 0ml

У процесі лікування проводиться контроль імунореактивного інсуліну (ІРІ), глюкози, С-пептиду (до початку лікування та після його завершення)

До початку лікування та через 3 місяці після лікування контроль

Гормональних показників

гормонів аденогіпофізу фолікулостимулюючого (ФСГ),

лютеїнізуючого (ЛГ) адренкортикотропного (АКТГ), пролактину (Пр)

гормонів яєчників естрадіолу (Е2), прогестерону (Р), тестостерону (Т)

гормонів надниркових залоз

дегидроепандростерону-сульфату (ДНЕА-С), кортизолу (К)

Сексстероїд-зв'язуючого глобуліну (СЗГ) інсулінового фактору росту-1 (ІФР-1)

Рівень глюкози натщесерце та в процесі проведення ГТТ з навантаженням 75г глюкози

Характер менструальної функції за графіком базальної температури

Ультразвукове дослідження матки та придатків

Приклад 1

В гінекологічне відділення ЛОКЛ 17 05 2003р поступила хвора М., 17 років для обстеження з приводу рецидивуючої ювенільної кровотечі. В

Не порушує функцію інших ендокринних залоз. Не впливає на реологічні та коагуляційні властивості крові. Покращує інсуліновий, глікемічний та ліпідний профіль

Гіпертонічний розчин глюкози стимулює викид ендогенного інсуліну в кров

Підвищує синтез в печінці глобуліну, який зв'язує статеві стероїди і таким чином зменшує ефекти обумовлені периферичною конверсією андрогенів в активний тестостерон

При високій терапевтичній ефективності не супроводжується ускладненнями, добре переноситься хворими що дає підставу рекомендувати запропонований нами метод гормональної корекції для впровадження у практику роботи гінеколога дитячого та підліткового віку, а також акушерів-гінекологів з метою зниження гінекологічної захворюваності у дівчат

Спосіб здійснюють таким чином

Спосіб передбачає застосування людського напівсинтетичного інсуліну короткої дії „Хумодар Р“ в поєднанні з гіпертонічним розчином глюкози разом з аскорбіновою кислотою. Хумодар Р призначають підшкірно починаючи з 2 ОД поступово збільшуючи дозу на 2 ОД в день до 10 ОД із наступною відміною препарату. Введення інсуліну поєднують з довшим введенням гіпертонічного розчину глюкози разом з аскорбіновою кислотою

Схема введення

7 год ранку підшкірно вводиться

Хумодар

момент поступлення хворої турбували помірні кров'яністі виділення з піхви із згортками

З анамнезу відомо що дівчинка народилася від здорових батьків маса тіла при народженні 3300г довжина 52см, період новонародженості протікав без особливостей в дитинстві перенесла кір, краснуху, лямбліоз. Росла і розвивалася нормально. В школі вчиться добре, займається музикою. При розпитуванні матері з'ясовано що менструації у дівчинки нерегулярні з приводу чого знаходиться під спостереженням в підліткового гінеколога за місцем проживання. Крім того мати хворої також страждає порушенням менструальної функції. Перша менструація в 11 років (грудень 1992р) перейшла у кровотечу з приводу чого знаходилася на стаціонарному лікуванні, отримувала гормональну терапію КОК - Трирегол за схемою. Кровотеча зупинилася на 16 добу від початку лікування. З 1992р по 2003р менструації нерегулярні із затримками до 2-3 місяців. В березні-квітні 2003р - менструації не було. З 2 05 03р - значні кров'яністі виділення з піхви, амбулаторне призначено гормональний гемостаз КОК (Марвелон за схемою).

Кровотеча зупинилася на 2 добу від початку лікування. З 17 05 03р повторно з'явилися кров'яністі виділення з піхви із згортками з приводу чого й була госпіталізована.

Дані анамнезу дозволяють встановити спадкову схильність до виникнення ЮМК.

При поступленні стан хворої відносно задовільний. Шкіра та видимі слизові бліді. Артеріальний тиск 110/70 мм.рт.ст., пульс 96 уд. в 1 хв., ритмічний, задовільного наповнення та напруження. Захворювань внутрішніх статевих органів не виявлено. Фізичний і статевий розвиток відповідає віку. Маса тіла 60 кг, ріст 152 см, індекс маси тіла (ІМТ) 26 кг/м².

Статева формула Ма3Ах3Р3.

Дані ректоабдомінального дослідження: матка займає середнє положення, дещо побільшена від норми, рухома, не болюча при дослідженні, щільної консистенції. Придатки з обох сторін не визначаються.

Вагіноскопія: шийка конічна, маткове вічко точкове, закрите. Слизова оболонка піхви та шийки матки не змінена. Виділення із цервікального каналу кров'янисті помірні із згортками.

Ультразвукове дослідження матки та придатків: матка розмірами 6,2х3,0х3,6 см, структура міометрію однорідна. Ендометрій товщиною 2,4 мм. Лівий яєчник розмірами 3,2х3,0х2,5 см., об'ємом 10 см³. Правий яєчник розмірами 3,4х3,0х2,6 см., об'ємом 9,4 см³. Яєчники з множинними антральними фолікулами від 3 до 5 мм в діаметрі.

Рентгенограма турецького сидла: патологічних змін не виявлено.

Базальна температура - монофазна.

Гормональне дослідження.

ФСГ - 4,7 МО/л, (норма 2,2-15 МО/л).

ЛГ - 8,0 МО/л, (норма 0,5-5,0 МО/л).

Е2 - 78,0 пг/мл, (норма 30-50 пг/мл).

Р - 0,15 нмоль/л, (норма 0,2-5,0 нмоль/л).

Т - 1,2 нг/мл, (норма 0,07-0,65 нг/мл).

К - 510 нмоль/л (норма 260-720 нмоль/л).

ТТГ - 1,7 мМО/л, (норма 0,17-4,05 мМО/л).

АКТГ - 5,2 пмоль/л, (норма 1,3-16,7 пмоль/л).

ДНЕА-С - 7,02 мкмоль/л (норма 2,1-8,8 мкмоль/л).

С-пептид - 260,0 пмоль/л (норма 300-1320/л).

ІРІ - 32,0 мМО/л (норма 6,0-27,0 мМО/л).

СЗГ - 48,0 нмоль/л (норма 60-120 нмоль/л).

Прл - 7,4 нг/мл, (норма 2,8-12,3 нг/мл).

ІФР - 490,0 пг/мл (норма 219-644 пг/мл).

(Примітка: гормональне дослідження виконано імунорадіометричним та радіоімунним методами із використанням комерційних наборів фірми IMMUNOTECH, Прага, Чеська республіка. Показники норми відповідають показникам 1-ої фази менструального циклу. Дослідження виконувалися в радіонуклідній лабораторії ЛОКЛ, завлабораторії Румянцева А.П.)

Глюкозотолерантний тест (ГТТ):

натще серце - 5,9 ммоль/л

через 1 год - 7,3 ммоль/л

через 2 год - 8,1 ммоль/л

(Примітка: оцінку порушень толерантності до глюкози проводили згідно класифікації ВООЗ (1999р.). Дослідження виконували в лабораторії ЛОЕД).

Група крові А(II), Rh(+).

Аналіз крові: НЬ 90,0 г/л, еритроц. 2,8 Т/л, кол.пак. 0,8; лейкоц. 5,8 Г/л, еоз. 2%; пал 7%; сег. 60%; лімф. 20%; мон. 11%; ШОЕ 2 мм/год.; гіпохромія (+),

анізоцитоз (+);

тромб. 266,0 Г/л.

Біохімічний аналіз крові: заг. білірубін 8,5 мкмоль/л, реакція непряма; заг. білок 73,5 г/л; глюкоза 4,1 ммоль/л; креатинін 0,040 ммоль/л; К 4,2 ммоль/л, Na 138,0 ммоль/л.

Коагулограма: протромбіновий час 14"; протромбіновий індекс 105%, заг. фібриноген 3,3 г/л; фібриноген „В“ - від'ємний; етаноловий тест слабо позитивний.

Згортання крові (по Сухареву) - 3 хв. 30 сек.

Загальний аналіз сечі. 150,0; мутна; 1020; білок - не виявлено; епітелій плоский 1-3 в полі зору; лейкоц. 3-5 в полі зору; еритроц. покривають все поле зору, незмінні; слиз (+).

Хвора консультована отоларингологом, невропатологом, ендокринологом

Виявлено. вегето-судинна дистонія за гіпотонічним типом; порушення толерантності до глюкози. Ожиріння І ст.

Клінічний діагноз основний: Ювенільна маткова кровотеча.

Ускладнення основного: Постгеморагічна анемія середнього ступеня важкості

Супутній діагноз: Вегето-судинна дистонія за гіпотонічним типом. Порушення толерантності до глюкози. Ожиріння І ст.

В зв'язку з тривалою рецидивуючою кровотечею, неефективністю гормонального гемостазу КОК (Марвелон), хворій призначено Хумодар - Р разом з гіпертонічним розчином глюкози у поєднанні з аскорбіновою кислотою на фоні симптоматичної консервативної терапії.

Кровотеча припинилася на 3 добу від початку лікування. На 11 добу хвора в задовільному стані виписана із стаціонару

Рекомендовано: фітотерапію впродовж 3-х місяців, вимірювання базальної температури, повторний огляд гінеколога через 3-4 місяці з дня виписки із стаціонару.

18.09.2003р. Контрольний огляд

Менструації регулярні, через 26-28 днів, по 4-5 дні, без згорток та слизу, не болючі.

Базальна температура - двохфазна.

Гормональне дослідження (1 - фаза циклу).

ФСГ - 3,9 МО/л, (норма 2,2-15 МО/л)

ЛГ - 4,0 МО/л, (норма 0,5-5,0 МО/л).

Е2 - 45,0 пг/мл, (норма 30-50 пг/мл)

Р - 3,2 нмоль/л, (норма 0,2-5,0 нмоль/л).

Т - 0,6 нг/мл, (норма 0,07-0,65 нг/мл).

К - 480 нмоль/л (норма 260-720 нмоль/л)

С-пептид - 350,0 пмоль/л (норма 300-1320/л).

ІРІ - 24,0 мМО/л (норма 6,0-27,0 мМО/л).

СЗГ - 85,0 нмоль/л (норма 60-120 нмоль/л).

ІФР - 520,0 пг/мл (норма 219-644 пг/мл).

ГТТ. натще серце - 4,7 ммоль/л.

Через 1 год - 7,3 ммоль/л.

Через 2 год - 5,6 ммоль/л.

Приклад 2

Хвора Т. 15 років доставлена бригадою швидкої допомоги в реанімаційне відділення ЛОКЛ 28.08.02р. з приводу кровотечі із статевих шляхів, анемії.

Із анамнезу з'ясовано, що дівчинка народилася недоношеною, на 34 тижні вагітності. Мати хво-

рої неодноразово знаходилася в стаціонарі у зв'язку із загрозою переривання вагітності. В родах відмічалася первинна слабкість родової діяльності, застосовувалася родостимуляція. Дитина народилася в стані асфіксії з оцінкою 4/5 балів за шкалою Апгар.

В неонатальному періоді спостерігалася тривале відновлення маси тіла, пізня епітелізація пупкової ранки. В ранньому дитинстві дівчинка часто хворіла гострими респіраторними вірусними захворюваннями. Перенесла пневмонію, вітряну віспу, скарлатину.

Менархе - за 20 днів до поступлення у стаціонар, перейшло в кровотечу. Амбулаторне отримувала симптоматичне лікування. 27.08.02 - з'явилися загальна слабкість, запаморочення, посилюються кров'янисті виділення з піхви, з приводу чого й була госпіталізована.

При поступленні загальний стан важкий, свідомість ясна. Шкіра та видимі слизові бліді. Пульс 110 уд./хв., слабого наповнення та напруження, артеріальний тиск 90/60 мм.рт.ст.

Частота дихання 18 в 1хв. Шоковий індекс Альговера 0,8. Нервово-психічний стан адекватний.

Оцінка важкості стану за шкалою Глазго-Пітсбург:

- А. Відкривання очей 4 балів;
- Б. Рухові реакції 6 балів;
- В. Мовні реакції 5 балів;
- Г. Реакція зниці на світло 5 балів;
- Д. Реакції черепних нервів 5 балів;
- Е. Корчі 5 балів;
- Ж.. Спонтанне дихання 5 балів;
- Кількість балів 34

Бульварні розлади відсутні, менингеальні симптоми відсутні. Патологічних змін внутрішніх органів не виявлено. Живіт симетричний, не болючий при пальпації. Диурез достатній, фізіологічні відправлення в нормі. Із статевих шляхів виділяється кров із згортками. Хвора відстає в фізичному і статевому розвитку. Маса тіла 42 кг, ріст 146 см, ІМТ 19,7 кг/м². Статева формула Ма2Ах2Р2.

Дані ректоабдомінального дослідження: матка маненька, рухома, не болюча, придатки з обох сторін не визначаються.

Вагіноскопія: шийка конічна, зовнішнє маткове вічко точкове, із цервікального каналу виділяється значна кількість крові із згортками. Слизова оболонка піхви та шийки матки не змінена.

Хвора консультирована невропатологом, ендокринологом, гематологом. Виявлено: постгеморагічну анемію важкого ступеня, порушення толерантності до глюкози.

Група крові А(II), Rh(+).

Аналіз крові: НЬ 64,0 г/л, еритроц. 2,0 Т/л, кол. пок. 0,7; лейкоц. 5,7 Г/л; пал 2%; сег 82%; лімф. 12%; мон. 3%, ШОЕ 6 мм/год. Нет 18; анізоцитоз (++) ; лейкоцитоз (+);

гіпохромія (++) , тромб. 165,0 Г/л.

Час кровотечі 1 '05"; час згортання по Лі-Уайту 6'55";

Коагулограма: протромбіновий час 19"; протромбіновий індекс 84%, загальний фібриноген

4,7 г/л, фібриноген „Б”(+) , етаноловий тест - слабо позитивний.

Біохімічний аналіз крові: заг. білірубін 9,2 ммоль/л, реакція непряма; заг. білок 69,0 г/л; глюкоза 4,1 ммоль/л; креатинін 0,044 ммоль/л; К 3,4 ммоль/л, Na 130,5 ммоль/л.

Загальний аналіз сечі: 100,0; мутна; 1010; білок - не виявлено; епітелій плоский 2-3 в полі зору; лейкоц. 3-5 в полі зору, еритроц. покривають все поле зору, незмінні; слиз (++) .

Ультразвукове дослідження матки та придатків:

Матка розмірами 4,2х3,5х3,8 см, структура міометрію однорідна. Ендометрій товщиною 2,8 мм. Лівий яєчник об'ємом 6 см³, правий яєчник об'ємом 5,2 см³. Структура лівого яєчника представлена множинними фолікулами від 3 до 5 мм в діаметрі.

Базальна температура - монофазна.

Гормональне дослідження:

ФСГ - 0,9 МО/л, (норма 2,2-15 МО/л).

ЛГ - 0,6 МО/л, (норма 0,5-5,0 МО/л).

Е2 - 25,0 пг/мл, (норма 30-50 пг/мл).

Р - 0,11 нмоль/л, (норма 0,2-5,0 нмоль/л).

Т - 2,1 нг/мл, (норма 0,07-0,65 нг/мл).

К - 240 нмоль/л (норма 260-720 нмоль/л).

ДНЕА-С - 4,7 мкмоль/л (норма 2,1-8,8 мкмоль/л)

ПТ - 1,9 МО/л, (норма 0,17-4,05 МО/л)

АКТГ - 5,6 пмоль/л, (норма 1,3-16,7 пмоль/л).

С-пептид - 1600,0 пмоль/л (норма 300-1320 пмоль/л).

ІРІ - 26,0 МО/л (норма 6,0-27,0 МО/л).

СЗГ - 42,0 нмоль/л (норма 60-120 нмоль/л)

Прл - 5,4 нг/мл, (норма 2,8-12,3 нг/мл).

ІФР - 750,0 пг/мл (норма 219-644 пг/мл).

Глюкозотолерантний тест (ГГТ):

натще серце - 5,6 ммоль/л

через 1 год - 7,1 ммоль/л

через 2 год. - 8,2 ммоль/л

Клінічний діагноз основний: Ювенільна маткова кровотеча.

Ускладнення основного: Постгеморагічна анемія важкого ступеня. Геморагічний шок 1 ступеня (ШІ=0,8).

Супутний: - Порушення толерантності до глюкози.

Враховуючи важкий стан хворої розпочато трансфузію свіжозамороженої плазми, відмитих еритроцитів, альбуміну, призначений гормональний гемостаз КОК (Марвелон по схемі), антианемічну та інфузійну терапію. Стан хворої стабілізувався, кровотеча зменшилася. Хвора була переведена в гінекологічне відділення ЛОКЛ, де продовжувала отримувати призначене лікування. Проте 6.09.02р кровотеча посилювалася, почали відходити згортки крові в зв'язку з чим розпочато введення Хумодару-Р разом з гіпертонічним розчином глюкози та аскорбінової кислоти на фоні симптоматичної консервативної терапії. 12.09.02р. кровотеча припинилася. 24.09.02р. в задовільному стані хвора виписана із стаціонару.

Рекомендовано: продовжити антианемічну терапію під контролем показників НЬ, еритроц., кол. пок., тромб.; фітотерапія впродовж 3-х місяців, вимірювання базальної температури, повторний

огляд гінеколога через 3-4 місяці з дня виписки із стаціонару.

Контрольний огляд 2.02.2003р.

Менструації регулярні, через 24-26 днів, по 4-5 дні, не болючі, без згортків та слизу

Базальна температура - недостатність 2-ої фази, що можна розцінювати як фізіологічну норму, враховуючи час появи менархе та вік хворої.

Гормональне дослідження (1-ша фаза менструального циклу):

ФСГ - 3,2МО/л, (норма 2,2-15МО/л).

ЛГ - 2,3МО/л, (норма 0,5-5,0МО/л).

E2 - 42,0пг/мл, (норма 30-50пг/мл).

P - 1,6нмоль/л, (норма 0,2-5,0нмоль/л).

T - 0,8нг/мл, (норма 0,07-0,65нг/мл).

K - 450нмоль/л (норма 260-720нмоль/л).

C-пептид - 900,0пмоль/л (норма 300-1320п).

ІРІ - 16,0ММО/л (норма 6,0-27,0ММО/л).

СЗГ - 95,0нмоль/л (норма 60-120нмоль/л).

ІФР - 480,0пг/мл (норма 219-644пг/мл).

ГТТ: натще серце - 4,6ммоль/л.

Через 1год - 6,8ммоль/л.

Через 2год. - 5,9ммоль/л.

Загальний аналіз крові: Нб 118,0г/л, еритроц. 3,8Т/л, кол. пок 0,9; тромбоц. 320,0Г/л; лейкоц. 6,8Г/л; еоз. 2%, пал.2%; сег. 75%; лімф. 9%; мон. 12%; ШОЕ 12мм/год.

Приклад 3

Хвора Ф. 15 років поступила в гінекологічне відділення ЛОКЛ 18.03.2003 з приводу кров'янистих виділень з піхви.

З анамнезу відомо, що дівчинка народилася з масою 3550г., довжиною 52см. Період новонародженості протікав без особливостей, в дитинстві перенесла кір, краснуху. Росла і розвивалася нормально. Менархе в 12 років, менструації нерегулярні із затримками до 2-3 місяців. В лютому 2003р. менструації не було. 6.03.03р. почалася менструація, яка перейшла у кровотечу. Амбулаторне отримувала симптоматичну консервативну терапію (утеротоніки, гемостатичну та антианемічну терапію, вітамінотерапію), стан без покращення. 17.03.03р. кров'янисті виділення з піхви посилилися з приводу чого й була госпіталізована.

При поступленні стан хворої відносно задовільний. Шкіра та видимі слизові блідо-рожеві. Пульс 96уд за 1хв., задовільного наповнення та напруження, артеріальний тиск 100/70мм рт.ст. Статевий і фізичний розвиток відповідає віку. Маса тіла 48кг, ріст 162см, ІМТ 17,5кг/м². Статева формула Ма3Ах3Р3. Патологічних змін внутрішніх органів не виявлено.

Дані ректоабдомінального дослідження: матка щільна, не болюча, рухома. Придатки з обох сторін не визначаються.

Вагіноскопія. шийка конічна, зовнішнє маткове вічко точкове, із цервікального каналу виділяється помірна кількість крові із згортками. Слизова оболонка піхви та шийки матки без патологічних змін.

Рентгенограма турецького сідла: патологічних змін не виявлено.

Базальна температура - монофазна.

Гормональне дослідження:

ФСГ - 1,2МО/л, (норма 2,2-15МО/л).

ЛГ - 0,8МО/л, (норма 0,5-5,0МО/л).

E2 - 22,0пг/мл, (норма 30-50пг/мл).

P - 0,2нмоль/л, (норма 0,2-5,0нмоль/л).

K - 600нмоль/л (260-720нмоль/л).

T - 2,2нг/мл, (норма 0,07-0,65нг/мл).

ТТГ - 1,5ММО/л, (норма 0,17-4,05ММО/л).

АКТГ - 1,8пмоль/л, (норма 1,3-16,7пмоль/л).

ДНЕА-С 3,9мкмоль/л (норма 2,1-8,8мкмоль/л).

C-пептид - 260,0пмоль/л (норма 300-1320п).

ІРІ - 32,0ММО/л (норма 6,0-27,0ММО/л).

СЗГ - 48,0нмоль/л (норма 60-120нмоль/л).

Прп - 7,4нг/мл, (норма 2,8-12,3нг/мл).

ІФР - 490,0пг/мл (норма 219-644пг/мл).

Глюкозотолерантний тест (ГТТ):

натще серце - 5,0ммоль/л

через 1год. - 7,1ммоль/л

через 2год. - 8,4ммоль/л

Група крові В (III), Rh (+).

Аналіз крові: Нб 108,0г/л; еритроц. 3,6Т/л; кол.пок. 0,8; лейкоц. 4,2Г/л; еоз. 2%; пал.4%; сег.56%; лімф. 33%; мон. 7%; ШОЕ 4мм/год; гіпохромія (+); тромбоц. 180Г/л.

Біохімічний аналіз крові: заг. білірубін 8,5мкмоль/л, реакція непряма; заг. білок 74,8г/л; глюкоза 3,8ммоль/л; креатинін 0,088ммоль/л; К 4,8ммоль/л, Na 144,0ммоль/л.

Коагулограма: протромбіновий час 16"; протромбіновий індекс 100%; заг. фібриноген 2,6г/л, фібриноген „В" - від'ємний; етаноловий тест слабо - від'ємний.

Згортання крові (по Сухареву) - 3хв. 20сек.

Загальний аналіз сечі: 200,0; мутна; 1018, білок - 0,066г/л; епітелій плоский 2-3 в полі зору; лейкоц. 5-8 в полі зору; еритроц. покривають все поле зору, незмінені; слиз (+).

Хвора консультована отоларингологом, невропатологом, ендокринологом.

Виявлено порушення толерантності до глюкози.

Ультразвукове дослідження матки та придатків:

Матка розмірами 5,0х3,5х4,5см, структура міометрію однорідна. Ендометрій товщиною 1,8мм. Лівий яєчник розмірами 3,5х1,8х2,0см³, об'ємом 5,7см³, правий яєчник розмірами 2,4х2,3х1,6см³, об'ємом 5,0см³, з множинними антральними фолікулами 2-3мм в діаметрі та одним домінуючим фолікулом 9,0мм в діаметрі.

Клінічний діагноз основний: Ювенільна маткова кровотеча.

Ускладнення основного. Постгеморагічна анемія легкого ступеня

Супутній діагноз: Порушення толерантності до глюкози.

Хворій призначено Хумодар-Р разом з гіпертонічним розчином глюкози у поєднанні з аскорбіновою кислотою на фоні симптоматичної консервативної терапії.

Кровотеча припинилася 2.03.03р. Хвора в задовільному стані 27.03.03. р. виписана із стаціонару.

Рекомендовано: фізіотерапію впродовж 3-х місяців, вимірювання базальної температури, повторний огляд гінеколога через 3-4 місяці з дня виписки із стаціонару

16.08 2003 р. Контрольний огляд

Менструації регулярні, через 21-24 днів, по 4-5 днів, без згортків та слизу, не болючі.

Базальна температура - двофазна.

Гормональне дослідження (1- фаза циклу)

ФСГ - 2,8МО/л, (норма 2,2-15МО/л).

ЛГ - 4,4МО/л, (норма 0,5-5,0 МО/л).

Е2 - 66,0пг/мл, (норма 30-50пг/мл).

Р - 4,5нмоль/л, (норма 0,2-5,0нмоль/л)

Т - 0,8нг/мл, (норма 0,07-0,65нг/мл).

К - 400нмоль/л (норма 260-720нмоль/л).

С-пептид - 1400,0пмоль/л (норма 300-1320/л).

ІРІ - 6,0мМО/л (норма 6,0-27,0мМО/л).

СЗГ - 65,0нмоль/л (норма 60-120нмоль/л).

ІФР - 420,0пг/мл (норма 219-644пг/мл).

ГТТ: натще серце - 4,5ммоль/л.

Через 1год - 6,4ммоль/л

Через 2год. - 5,3ммоль/л.