

Наукове періодичне видання

# МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

Науковий журнал

# 10 (10) 2017

Львів  
2017

## ЗМІСТ

<b>Chandarana Nirbhay, Semeniak A.V.</b> FEATURES OF TRICHOMONAD PARASITISM IN FEMALE REPRODUCTIVE ORGANS.....	6
<b>Александрова К.В., Михальченко Є.К., Левіч С.В.</b> ВИВЧЕННЯ ПРОТИМІКРОБНИХ ТА ПРОТИГРИБКОВИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ 7-ЗАМІЩЕНИХ 3-БЕНЗИЛ-8-ПРОПІЛКСАНТИНІВ.....	9
<b>Баранник С.І., Трофімов М.В.</b> ЖИТТЄВИЙ ШЛЯХ І ОСОБИСТИЙ ВНЕСОК У РОЗВИТОК ХІРУРГІЇ УКРАЇНИ І ПОЛЬЩІ ПРОФЕСОРА ВІНСЕНТА ЦЕЗАРЕВИЧА ТОМАШЕВИЧА (ВІДНОВЛЕНІ ІМЕНА).....	13
<b>Дарій В.І., Бірюк В.В.</b> ОЦІНКА ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ НА ТЛІ КОМОРБИДНОЇ ПАТОЛОГІЇ НЕІНФЕКЦІЙНОЇ ЕТІОЛОГІЇ.....	17
<b>Боднарюк О. І., Андрієць О.А., Лазар В.В.</b> ЧАСТОТА НАЙБІЛЬШ ЗНАЧУЩИХ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ДІВЧАТ, ХВОРИХ НА САЛЬПІНГООФОРИТ.....	20
<b>Бугаевский К.А., Михальченко М.В.</b> ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПРЕДСОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У СПОРТСМЕНОВ В РЯДЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И КОМАНДНЫХ ВИДАХ СПОРТА.....	23
<b>Aleksandrova K.V., Vasylyev D.A., Priimenko B.A.</b> SYNTHESIS OF 3-METHYL-3,7-DIHYDRO-1H-PURINE-2,6-DIONE DERIVATIVES AND INVESTIGATIONS OF THEIR PHYSICOCHEMICAL PROPERTIES.....	27
<b>Вацик М.З., Ясинська Е.Ц.</b> ВИВЧЕННЯ СТАНУ ОБІЗНАНОСТІ СЛУХАЧІВ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІЗ ЦИКЛУ «УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я» ЩОДО РЕОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ.....	33
<b>Вергун А.Р., Ярмо Н.Б., Красний М.Р., Шалько І.В., Кіт З.М., Вергун О.М., Парашук Б.М., Чуловський Я.Б., Мощинська О.М.</b> АВТОРСЬКЕ ПОЄДНАННЯ АНТИСЕПТИКІВ ТА ПРОТЕОЛІТИЧНИХ ФЕРМЕНТІВ З ВМІСТОМ ДИМЕКСИДУ ТА МІСЦЕВОГО АНЕСТЕТИКА ДЛЯ ТАМПОНАДИ ІХОРОЗНИХ ПРОЛЕЖНІВ ІІІ-ІV СТАДІЙ.....	35
<b>Верещагин Д.С.</b> ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ.....	40
<b>Вороняк М.І.</b> РОЛЬ МУТАЦІЙ ГЕНУ MPL ПРИ МІЄЛОПРОЛІФЕРАТИВНИХ НЕОПЛАЗІЯХ.....	42
<b>Гайворонська С.І., Любомудрова К.С., Тиханський Д.С.</b> ВПЛИВ ГОРМОНІВ ГІПОФІЗУ НА РОЗВИТОК АНОМАЛЬНОЇ МАТКОВОЇ КРОВОТЕЧІ.....	45
<b>Щербатюк Н.Ю., Горішний І.М., Мудрик У.М.</b> ГОРМОНАЛЬНИЙ СТАТУС ПРИ ПОРУШЕННІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ.....	48
<b>Даниш О.Й., Дульцева Н.А., Мадич С.Є., Шурко Н.О., Даниш Т.В.</b> ТЕРАПЕВТИЧНІ ПРЕПАРАТИ ФАКТОРІВ ЗСІДАННЯ КРОВІ В УКРАЇНІ.....	51
<b>Дієв Є.В., Шнайдер С.А., Біда В.І., Лабунець В.А., Дієва Т.В.</b> ПРОЕКТ ДОПОВНЕНЬ ДО НАКАЗУ МОЗ УКРАЇНИ № 566 ВІД 23.11.2004 РОКУ ЗА МЕТОДАМИ ЗАСТОСУВАННЯ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ.....	56
<b>Схалов В.В., Седінкін В.А.</b> ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ СЛУХАЧАМ ЦИКЛІВ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ З КОНСПЕКТУВАННЯ ОТРИМАНОЇ ІНФОРМАЦІЇ.....	62

**Гайворонська С.І.,**  
кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри акушерства та гінекології №2  
Харківського національного медичного університету

**Любомудрова К.С.,**  
лікар педіатр,  
КЗОЗ «Харківська міська дитяча поліклініка № 2»,  
асистент кафедри внутрішньої медицини  
Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Тиханський Д.С.,**  
студент  
Харківського національного медичного університету

## ВПЛИВ ГОРМОНІВ ГІПОФІЗУ НА РОЗВИТОК АНОМАЛЬНОЇ МАТКОВОЇ КРОВОТЕЧІ

Аномальні маткові кровотечі є широко розповсюдженою гінекологічною патологією, яка впливає на соціальну, сексуальну якість життя та фертильність. В даній роботі проведено порівняльне дослідження показників гонадотропних гормонів гіпофіза, тиреотропіну, вільного тироксину та частоти аномальних маткових кровотеч. Зроблено виводи про вплив гіперпролактинемії на виникнення аномальних маткових кровотеч.

**Ключові слова:** аномальні маткові кровотечі, гормони гіпофізу, фолікулостимулюючий гормон, лютеїнізуючий гормон, пролактин, тиреотропін, вільний тироксин, гіперпролактинемія.

Аномальные маточные кровотечения являются широко распространенной гинекологической патологией, влияющей на социальное, сексуальное качество жизни и фертильность. В данной работе проведено сравнительное исследование показателей гонадотропных гормонов гипофиза, тиреотропина, свободного тироксина и частоты возникновения аномальных маточных кровотечений. Сделаны выводы о влиянии гиперпролактинемии на возникновение аномальных маточных кровотечений.

**Ключевые слова:** аномальные маточные кровотечения, гормоны гипофиза, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, тиреотропин, пролактин, свободный тироксин, гиперпролактинемия.

Abnormal uterine bleeding is a widespread gynecological pathology, which affecting for social, sexual quality of life and fertility. In this work, carried out a comparative study of indicators of the gonadotropic hormones of the pituitary gland, thyrotropin, free thyroxine and the frequency of abnormal uterine bleeding occurred. Conclusions about the effect of hyperprolactinemia on the occurrence of abnormal uterine bleeding are made.

**Key words:** abnormal uterine bleeding, pituitary hormones, follicle-stimulating hormone, luteinizing hormone, thyrotropin, prolactin, free thyroxine, hyperprolactinemia.

Частота аномальних маткових кровотеч (АМК) серед інших гінекологічних захворювань в різні вікові періоди складає від 4 до 20% [4, с. 104, 109]. АМК включають будь-які порушення нормального менструального циклу – надмірні, тривалі менструації, часті менструації, міжменструальні кровотечі, мізерні кровотечі з короткими інтервалами, нерегулярні кровотечі тощо.

**Постановка проблеми.** Огляд сучасних медичних та наукових джерел виявив непослідовні формулювання в термінології АМК, їх класифікації та причинах. Робоча група щодо порушень менструального циклу Міжнародної федерації гінекологів і акушерів (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) запропонувала нову номенклатуру АМК для спрощення опису клінічної картини та виключення таких термінів, як менорагія, метрорагія та дисфункціональна маткова кровотеча. Було запропоновано кваліфікувати будь-які відхилення менструального циклу від норми, включаючи зміни регулярності та частоти менструацій, тривалості кровотеч та кількості крові, що втрачається, як АМК [1, с. 75]. В уніфікованому клінічному протоколі етапного надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги також була переглянута класифікація порушень менструального циклу. АМК були розділені на гострі, хроніч-

ні та тяжкі. Велику увагу було приділено діагностуванню та лікуванню тяжких форм АМК. Але, у разі хронічного перебігу хвороби пацієнтки рідко звертаються за допомогою лікаря через АМК. Частіш їх турбують інші проблеми такі, як ожиріння, безпліддя, гірсутизм, галакторея, порушення емоційного стану, слабкість. У зв'язку з поєднанням деяких причин АМК у однієї і тієї ж жінки, згідно з класифікацією PALM-COEIN, у жінок з порушенням функції гіпофізу (які відносяться до категорії «N» – некласифіковані) може діагностуватися порушення овуляції (що відноситься до категорії «O»). Це може створювати складнощі для виявлення першопричини та призначення адекватного лікування [5, с. 1 – 26].

Гармонійність процесів, що відбуваються в менструальному циклі, здійснюється за рахунок повноцінності гонадотропної стимуляції, адекватного функціонування яєчників, синхронної взаємодії периферичної та центральної ланок регуляції – зворотної аферентації [6, с. 44-45]. При порушенні гормональної функції головного мозку або яєчників відбуваються зміни в менструальному циклі. Порушення функції гіпофізу, аденома та дисбаланс в продукції його гормонів іноді приводять до гіперпролактинемії, яка в свою чергу може провокувати АМК. Збільшення концентрації пролактину

зазвичай призводить до розвитку безпліддя, фригидності, аноргазмії, зниження сексуального потягу, патологічного збільшення розміру молочних залоз і формуванню в них кіст або аденом. Крім того, при значному підвищенні концентрації пролактину виникає галакторея.

В результаті при гіперпролактинемії може спостерігатися кілька овуляцій замість однієї або, навпаки, повна їх відсутність, а також наступні порушення менструального циклу: аменорея, гіпоменструальний синдром, нерегулярні менструації (часто з моменту менархе) [2, с. 58–72; 3, с. 87–90].

Доведено, що одне й те ж саме порушення менструального циклу може бути викликано різними причинами, та одна й та ж сама причина може привести до формування різних синдромів порушення менструального циклу. При тривалому існуванні патологічного процесу до нього поетапно залучаються всі ланки регуляції, аж до зміни домінуючого фактору патогенезу, а клінічна картина може стати іншою [7].

Нерегулярні менструації можуть бути ознакою та симптомами патології щитовидної залози [8, с. 215]. Так, в деяких дослідженнях показано, що при субклінічному гіпотиреозі (СГ) виявляється достовірне збільшення рівня пролактину [9, с. 24, 10, с. 641].

Складний механізм виникнення АМК обумовлює актуальність цього дослідження.

**Мета.** Виявити вплив показників пролактину, фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), лютеїнізуючого гормону (ЛГ), тиреотропіну (ТТГ) та вільного тироксину (Т4) на виникнення аномальних маткових кровотеч.

**Матеріали та методи.** Були обстежені 77 жінок з аномальними матковими кровотечами. Всі пацієнтки були поділені на дві групи, за наявністю чи відсутністю гіперпролактинемії. До першої групи були віднесені 47 жінок, серед яких у 18 (38%) пацієнток, були виявлені мікропролактиноми за допомогою комп'ютерної томографії. Рівень пролактину був підвищений також у 29 (62%) жінок, без ознак пролактиноми. Їм була діагностована функціональна або ідіопатична гіперпролактинемія. Вони теж були віднесені до першої групи. До групи порівняння (друга група) увійшли 30 соматично здорових жінок з нормальним менструальним циклом, при обстеженні яких рівень гормонів гіпофізу був в межах фізіологічних показників. Всі пацієнтки були фертильного віку (18–45 років). Диференційний діагноз проводився на підставі даних анамнезу захворювання, спадкового анамнезу, результатів фізикального та лаборатор-

них обстежень. Для підтвердження причини та закла виключення передракових та злоякісних утворень були виконані додаткові дослідження. Всім жінкам був проведений аналіз піктограм кровотеч протягом 3 місяців, вимірювався індекс маси тіла (ІМТ), проведений РАР-тест, обстеження на хоріонічний гонадотропін (ХГЛ), пролактин, ФСГ, ЛГ, ТТГ та Т4.

У 70% жінок першої групи серед близьких родичів жінок – відмічалися захворювання, можливо, пов'язані з гіперпролактинемією, а саме галакторея, АМК, безпліддя. ІМТ був підвищений у 56% жінок першої групи та 39% жінок другої групи. РАР-тест у обох групах був негативним, рівень ХГЛ – в межах норми. Піктограми пацієнток першої групи свідчили про наявність АМК за типом частих менструацій, міжменструальних кровотеч, мізерних кровотеч з короткими інтервалами, нерегулярних кровотеч або їх відсутності. Окрім цього у пацієнток першої групи був підвищеним рівень пролактину до  $965,8 \pm 178,5$  мМЕ/л,  $p < 0,05$  при нормі  $60,0 - 600,0$  мМЕ/л в фолікулінову фазу менструального циклу. Рівень ФСГ був зменшеним до  $2,9 \pm 0,75$  мМЕ/мл,  $p < 0,05$  проти  $5,01 \pm 0,43$  мМЕ/мл в фолікулінову фазу менструального циклу. Рівень ЛГ був підвищеним до  $8,98 \pm 1,86$  мМЕ/мл,  $p < 0,05$  проти  $7,11 \pm 1,39$  мМЕ/мл в лютеїнову фазу менструального циклу. Також був підвищеним рівень ТТГ ( $5,8 \pm 1,9$  мЕд/л,  $p < 0,05$  при нормі від  $0,4$  до  $4,0$  мЕд/л), а рівень Т4 знаходився в межах норми.

У другій групі пацієнток піктограми свідчили про нормальну крововтрату під час менструацій, відсутність міжменструальних кровотеч та нерегулярних кровотеч. У пацієнток цієї групи рівень пролактину складав  $253,8 \pm 112,9$  мМЕ/л при нормі  $60,0 - 600,0$  мМЕ/л в фолікулінову фазу менструального циклу. Рівень ФСГ відповідав у фолікулінову фазу менструального циклу фізіологічним показникам  $5,78 \pm 0,51$  мМЕ/мл. Рівень ЛГ також був в межах фізіологічної норми  $6,89 \pm 1,97$  мМЕ/мл в лютеїнову фазу менструального циклу. Показники рівня ТТГ та Т4 були в межах фізіологічної норми.

Аналізуючи отримані результати слід відмітити взаємозв'язок АМК з підвищеним ІМТ та можливою спадковістю патологічних станів гіпофізу.

**Висновки.** Підвищений рівень пролактину, ТТГ та ЛГ, знижений рівень ФСГ у жінок репродуктивного віку можуть бути причиною АМК. Для уточнення причини АМК слід внести в перелік обстежень рівень гормонів гіпофізу, щитовидної залози в сироватці крові та консультацію ендокринолога.

#### Література:

1. Аномальные маточные кровотечения у женщин в пременопаузе/ Клиническое практическое руководство международной федерации гинекологов и акушеров / Общество акушеров и гинекологов Канады // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 5(13). – С. 74 – 90.
2. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. / Гилязутдинов И.А., Гилязутдинова З.Ш. – М: Медэкспресс-информ., 2006. – 415 с.
3. Давлятина Л.Т. Ранняя диагностика пролактином гипофиза / Давлятина Л.Т., Гилязутдинова И.А. // Труды КОДМЗ РТ. – Казань, 2001. – С. 87 – 90.
4. Манухин И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. / Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. – М., 2005. – 247 с.



5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.04.2016 № 353 «Аномальні маткові кровотечі. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги». – 2016. – 40 с.
6. Подзолкова Н.М. Нарушения менструального цикла в репродуктивном периоде / Подзолкова Н.М., Даньшина В.А. – Медицинский совет., 2014. – №9. – С. 44 – 48.
7. Подзолкова Н.М. Симптом, синдром, диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. / Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА., 2014. – 772 с.
8. Arem R., Escalante D. // Adv. Intern. Med. – 1996. – Vol. 41. – P. 213 – 250.
9. Cooper D.S., Halpern R., Wood L.C. et al. // Ann. Intern. Med. – 1984. – Vol. 101. – P. 18–24.
10. Staub J.J., Althaus B.U., Engler H. et al. // Amer. J. Med. – 1992. – Vol. 92. – P. 631–641.