

## **ЭТИОЛОГИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ТЕЛАРХЕ**

**Сергиенко М.Ю., Разыграева М.А.**

Запорожский государственный медицинский университет  
кафедра акушерства и гинекологии

Увеличение одной или обеих молочных желез (МЖ) до 7-8-ми летнего возраста называется преждевременным телархе (ПТ). Оно может быть изолированным, т.е. безвредным вариантом нормы, или являться дебютом преждевременного полового созревания (ППС). Врачебная тактика сводится к проведению дифференциального диагноза, выявлению этиологического фактора, купированию изменений МЖ.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение этиологии и эффективности терапии ПТ.

**Материалы и методы.** В исследовании были использованы данные анамнеза, результаты объективных и лабораторных исследований 34 пациенток в возрасте от 1 года до 8 лет, наблюдавшихся детским гинекологом в 2015-2017 гг.

Для проведения дифференциальной диагностики между изолированным телархе и преждевременным половым созреванием, а также уточнения этиологии последнего нами применялись следующие диагностические критерии:

- степень развития вторичных половых признаков;
- соответствие степени развития внутренних гениталий календарному возрасту;
- наличие признаков активации фолликулярного аппарата яичников;
- наличие опухолевидных образований яичников, надпочечников;
- исследование гормонального профиля;
- консультации смежных специалистов: эндокринолога, психолога, психотерапевта;
- консультация невропатолога, нейрохирурга, проведение дополнительных методов исследования с целью исключения объемных процессов ЦНС, соответствие костного возраста календарному (при подозрении на ППС).

**Результаты и обсуждение.** Увеличение левой МЖ отмечено в 11 (32,4%) случаях, правой – в каждом четвертом. У большинства пациенток (44,1%) изменения носили двусторонний характер. Только в 2 случаях (5,9%) был поставлен диагноз ППС, в остальных – ПТ.

При эхографическом исследовании внутренних гениталий матка определялась высоко в полости малого таза в виде недифференцированного тяжа размерами 7,9×5,8×13,2 мм, что соответствовало возрастной норме. В большинстве случаев размеры яичников соответствовали возрасту (16,6×7,7 мм), имели однородную структуру с наличием малых фолликулов. У 8 (25,0%) девочек выявлено увеличение размеров до 23,4×12,8 мм, которое чаще имело двусторонний характер. В структуре яичников

визуализировались малые и средние фолликулы. Опухолевидных образований яичников и надпочечников у пациенток с ПТ в наших наблюдениях выявлено не было.

Каждая четвертая девочка в течение первых лет жизни наблюдалась невропатологом по поводу хронической гипоксии или асфиксии в родах. В 13 (40,6%) случаях выявлено нарушение сна, гиперактивность, эмоциональная лабильность, расторможенное внимание, нарушение социального поведения, страхи. Исследование секреции гонадотропинов не выявило ее повышения, уровень ФСГ варьировал в пределах 0,9 – 2,1 мМЕ/мл, ЛГ – от 0,5 до 1,5 мМЕ/мл. Показатели эстрадиола не превышали возрастную норму, находились в пределах 12 – 27 пг/мл. В каждом пятом случае определялось транзиторное повышение ПРЛ до 12,5 мкг/мл (при верхней границе нормы – 8,3 мкг/л), в каждом шестом (15,6%) – ТТГ, что явилось основанием для направления к эндокринологу.

Терапия девочек с ПТ проводилась с учетом следующих принципов:

- динамический контроль состояния МЖ, вторичных половых признаков, степени развития внутренних гениталий, по показаниям – других диагностических критериев;

- при подборе препаратов соблюдение принципа: от менее «агрессивных» препаратов – к более «агрессивным».

В случаях нарушения тиреоидного статуса проводилась его коррекция, при транзиторной гиперпролактинемии – назначались препараты на основе прутняка, остальные пациентки получали сок сырого картофеля, отвар шалфея, седативную терапию.

Спустя 6 месяцев клиническое выздоровление наступило у 24 (75,0%) девочек, через 9 – у 27 (84,3%). В 2 (6,3 %) случаях заболевание носило рецидивирующий характер, в 3 (9,4 %) – достигнута стабилизация развития МЖ.

**Выводы.** В этиологии преждевременного телархе ведущее место имеет нарушение неврологического, тиреоидного статуса, секреции пролактина.

Через 6-9 месяцев наблюдения выздоровление наступает в 84,3% случаев.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВПЧ АССОЦИИРОВАННОГО – ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА НА ФОНЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ**

**Симонова Н.В., Петулько А.П., Демченко Т.В., Донская Ю.В.,**

**Воликова О.А., Петрашенко И.И.**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

В настоящее время отмечено, что развитие цервикальной интраэпителиальной неоплазии часто имеет аномально стремительное течение, фоном для развития таких процессов может быть симбиоз ПВИ и вирусного гепатита.