

УДК 618.172-039.11-08-055.25

© Коллектив авторов, 2013.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕВОЧЕК С ИЗОЛИРОВАННЫМ ТЕЛАРХЕ

А.А. Трушкевич, Е.В. Попова-Петросян, А.А. Стефанович, А.А. Довгань

Кафедра акушерства и гинекологии №2, Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь.

**THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF TREATMENT OF GIRLS WITH THE ISOLATED TELARKHE
A.A. Trushkevich, H.V. Popova-Petrosyan, A.A. Stefanovych, A.A. Dovgan**

SUMMARY

The assessment of level of physical, sexual development and condition of reproductive health is presented in article at girls with the premature telarkhe (PT). And also the comparative characteristic of results of carried-out treatment. At girls with PT authentically level of Prolactinum is higher, than at healthy contemporaries. At regular reception of potato juice and Ciklodinon at 80% of patients with PT reduction of the MG sizes (mammary glands) was noted, and then and their full regress, the maintenance of Prolactinum in blood was normalized practically at all patients that it wasn't observed at the girls who weren't accepting this preparation.

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІКУВАННЯ ДІВЧАТОК З ІЗОЛЬОВАНИМ ТЕЛАРХЕ
О.О. Трушкевич, О.В. Попова-Петросян, А.А. Стефанович, А.А. Довгань**

РЕЗЮМЕ

У статті представлена оцінка рівня фізичного, статевого розвитку і стану репродуктивного здоров'я у дівчаток з передчасним телархе (ПТ). А також порівняльна характеристика результатів лікування, що проводиться. У дівчаток з ПТ достовірно рівень пролактину вищий, ніж у здорових одноліток. При регулярному прийомі картопляного соку і Циклодинона у 80% пацієнток з ПТ відзначалося зменшення розмірів МЗ (молочних залоз), а потім і повний їх регрес, вміст пролактину в крові нормалізувався практично у усіх пацієнток, чого не спостерігалось у дівчаток, що не приймали цей препарат.

Ключевые слова: девочки, преждевременное половое развитие, молочная железа.

Изолированное увеличение молочных желез (преждевременное телархе) довольно часто встречается у девочек моложе 6 лет. Патогенез этого состояния часто связывают с повышением чувствительности ткани молочной железы к нормальному количеству эстрогенов. Исследования последних лет [1,4,5,6] выявили у этих детей транзиторные подъемы эстрадиола в сыворотке крови.

Установить истинную распространенность этой патологии чрезвычайно сложно. По данным литературы, такой вариант полового развития встречается у 0,5-10% девочек дошкольного возраста [1,3,5,7,8]. Преждевременное появление вторичных половых признаков и менструаций, по данным Левенец С.А. [5], наиболее часто отмечаются в раннем возрасте (до 3 лет) или в 5-6 лет, что согласуется с литературными источниками [2,7].

Целью нашего исследования являлась оценка уровня физического, полового развития и состояния репродуктивного здоровья у девочек с ПТ.

А также сравнительная характеристика результатов проводимого лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Оценивались данные анамнеза, наследственность, антропометрические показатели и развитие вторичных половых признаков на момент обследо-

вания, тесты функциональной диагностики, костный возраст (КВ) по рентгенограмме кистей рук. Ультразвуковое исследование матки и придатков. Гормоны сыворотки крови (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, кортизол). Под нашим наблюдением находилось 20 девочек, в возрасте 5-6 лет. В зависимости от проводимого лечения больные были разделены на группы: девочки получавшие Циклодинон – группа А и дети принимавшие картофельный сок и Циклодинон – группа В. Контрольную группу составили 10 здоровых девочек 5-6 лет. Данные обработаны на персональном компьютере с использованием стандартного программного средства Excel пакета Office 2007 и пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0.

При анализе выявлено, что матери 72,7% девочек с ПТ имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (выкидыши и аборт в анамнезе; угроза прерывания или гестоз в период настоящей беременности).

При комплексном обследовании практически у всех девочек с ПТ специалисты разного профиля обнаружили сопутствующие экстрагенитальные заболевания. Наиболее часто выявляется патология ЦНС, на втором месте заболевания ЛОР-органов, на третьем болезни пищеварительной системы.

По данным проведенного обследования опухолей яичников и надпочечников выявлено не было. Размеры матки и яичников по УЗИ органов малого таза больше возрастной нормы в 56,2% случаев.

Половая формула варьировала: A0P0Ma1Me(-); A0P0Ma2Me(-). У 12 60% девочек отмечалось ускорение темпов роста. Костный возраст (КВ) опережал паспортный на $2,06 \pm 1,09$ года у 18 (90%). У 5 девочек (25%) имело место ожирение I степени.

У девочек уровень ФСГ $12,1 \pm 0,41$ мМЕ/мл был достоверно выше, чем в контрольной группы, концентрация ЛГ $0,5 \pm 0,12$ мМЕ/мл соответствовала возрастной норме. Уровень эстрадиола, прогестерона, тестостерона и кортизола достоверно не отличался от контрольной групп ($p > 0,05$).

При исследовании уровня пролактина в крови у девочек нами установлено, что независимо от возраста обследованных при ПТ его среднее содержание в крови значительно превосходило аналогичный показатель у пациенток без признаков полового развития, но ни у одной из обследованных девочек не было выявлено истинной гиперпролактинемии (уровень пролактина не превышал 25 нг/мл).

При соответствующем возрасту уровне половых гормонов и повышенном содержании в крови ФСГ преждевременное развитие молочной железы (МЖ)

связывают с высокой чувствительностью ткани МЖ к эстрогенам. Сегодня в такой ситуации широко применяют свежеприготовленный картофельный сок, содержащий фитоэстроген, который блокирует рецепторы эстрадиола в МЖ. Девочки в группе А картофельный сок принимали по одной десертной ложки 3 раза в сутки перед едой в течение 3 мес. При регулярном приеме у 60% пациенток с ПТ отмечалось уменьшение размеров МЖ, а затем и полный их регресс. При этом содержание в крови ФСГ нормализовалось.

Во второй группе девочки принимали картофельный сок и препарат Циклодинон («Бионорика»). Действующее вещество Циклодинона – специальный экстракт *Agnus Castus* обладает отчетливым допаминергическим действием. Циклодинон назначали по 5 капель или по 1/8 таблетки утром, строго натощак, за 30 мин до приема пищи. К концу 3-х месячного курса лечения Циклодиноном содержание пролактина в крови нормализовалось практически у всех пациенток, чего не наблюдалось у девочек, не принимавших этот препарат (рис. 1).

При регулярном приеме картофельного сока и Циклодинона у 80% пациенток с ПТ отмечалось уменьшение размеров МЖ, а затем и полный их регресс.



Рис.1. Содержание пролактина в крови девочек принимавших и не принимавших циклодинон.

ВЫВОДЫ

Таким образом, отягощенный акушерский анамнез и экстрагенитальная патология являются фактором риска для развития ПТ. У девочек с ПТ достоверно уровень пролактина выше, чем у здоровых сверстниц. При регулярном приеме картофельного сока и Циклодинона у 80% пациенток с ПТ отмечалось уменьшение размеров МЖ, а затем и полный их регресс, содержание пролактина в крови нормализовалось практически у всех пациенток, чего не наблюдалось у девочек, не принимавших этот препарат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И. Половое развитие детей: норма и патология / И.И. Дедов, Т.В. Семичева, В.А. Петеркова // М.: Медицина, 2002. – 232 с.
2. Гуркин Ю.А. Современный взгляд на лечение девочек и девушек, страдающих патологией МЖ / Ю.А. Гуркин // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – № 3. – С. 55-58.
3. Зелінський О.О. Передчасний статевий розвиток у дівчат / О.О. Зелінський, Н.В. Сербенюк, Л.С. Будяк // Одеса: ОКА, 2003. – 152 с.
4. Левенець С.О. Рівень пролактину та його ко-

рекция у девочек из передчасным телархе/ С.О.Левенец, О.Г.Верхошанова, В.В. Перевозчиков// Здоровье женщины. –2007. –№1 (29). –С.134–139.

5. Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева и др. – М.: Мед. информ. – 1997. – С. 97-150.

6. Уварова Е.В. Преждевременное развитие молочных желез у девочек. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения / Е.В. Уварова//РМЖ «Мать и

дитя». –2008. –№ 16 (19). – С.1274–7.

7. Lazala C. Pubertal gynecomastia / C.Lazala , P.Saenger// J Pediatr Endocrinol Metab.– 2002. – №15 (5). –Р. 553–560.

8. Treatment of true precocious puberty with a potent luteinizing hormone-releasing factor against: effect of growth, sexual maturation, pelvic sonography and hypothalamic-pituitary-gonadal axis / D.M. Styne et al. // J. Clin Endocr. – 1985. – Vol. 61, N 1. – P. 142-151.