

ный рост нарушения функционирования репродуктивной системы требует особого внимания со стороны детских гинекологов и педиатров.

2. Необходимой является модификация образа жизни с коррекцией массы тела в зависимости от группы заболевания: диета и физические упражнения для девушек с избыточной массой тела; для девушек с дефицитом массы тела необходимо оптимизировать рацион питания за счет натуральных высококалорийных продуктов и блюд.

3. Обязательно следует проводить углубленное обследование щитовидной железы с последующей консультацией эндокринолога.

4. Тщательное диспансерное наблюдение с коррекцией лечения строго показано девочкам с НМЦ, что позволит избежать серьезных осложнений для реализации репродуктивной функции в дальнейшем.

ЛИТЕРАТУРА

1. The menstrual cycle a biological marker of general health in adolescents / V. B. Popat [et al.] // Ann N Y Acad Sci. 2008. Vol. 1135. P. 43–51.
2. Гуркин, Ю. А. Гинекология подростков : рук-во для врачей / Ю. А. Гуркин. СПб. : ИКН «Фолиант», 2009 574 с.
3. Геворкян, М. А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / М. А. Геворкян, А. Г. Тумилович, И. Б. Манухин. М. : Гэотар-Медиа, 2020. 272 с.

УДК 612.6-055.25

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОГО ТЕЛАРХЕ У ДЕВОЧЕК

Зайцева А. П.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Громыко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время проводится значительное количество исследований по изучению распространенности, выявлению этиопатогенетических механизмов, особенности клиники преждевременного развития молочных желез. Преждевременным половым развитием (ППР) является проявление вторичных половых признаков у девочек до 8 лет. Распространенность ППР зависит от нозологического варианта, пола и возраста [1]. В последние годы данное заболевание встречается все чаще. Актуальность данной проблемы обусловлена развитием таких осложнений (если отсутствует лечение), как низкорослость (результат преждевременного закрытия зон роста трубчатых костей), диспластическое телосложение (короткие конечности, длинное туловище, широкий таз), ранняя сексуальность, нарушение функций репродуктивной системы [2].

Цель

Изучить клиническое течение и причины возникновения, изолированного телархе у девочек.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование случаев изолированного телархе у девочек. Изучены медицинские карты 34 пациентов, состоявших на диспансерном учете на базе городского консультативного отделения детской гинекологии филиала № 3 ГУЗ «Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника». Описание качественных признаков проводилось с помощью вычисления доли и 95 % доверительного интервала. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «Excel 2021».

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение девочек по возрасту сложилось следующим образом: до 2 лет — 3 девочки (11,76 %; 3,3–27,45 %), от 2 до 4 лет — 18 пациенток (52,94 %; 35,13–70,22 %), от 5 до 8 лет — 13 человек (38,24 %; 22,17–56,44 %).

Основными жалобами при обращении к врачу являлись: жалобы на увеличение обеих молочных желез — 9 человек (26,47 %; 12,88–44,36 %), одностороннее увеличение молочной железы — 24 человека (70,59 %; 52,52–84,9 %), рост волос в подмышечной впадине и на лобке — 2 человека (5,88 %; 0,72–19,68 %).

Средний вес при рождении составил 3230 г, минимальное значение — 2100 г, максимальное — 4100 г.

Осложнения во время беременности наблюдались у 20 % матерей девочек: угроза прерывания беременности — 3 человека (8,82 %; 1,86–23,68 %), преждевременное созревание плаценты — 1 человек (2,94 %; 0,07–15,33), многоводие — 1 человек (2,94 %; 0,07–15,33 %), преждевременные роды — 2 человека (5,88 %; 0,72–19,68 %). Патология во время беременности не выявлена у 27 матерей (79,4 %; 62,10–91,30 %).

Структура экстрагенитальной патологии со стороны эндокринной системы у девочек с изолированным телархе представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Структура экстрагенитальной патологии со стороны эндокринной системы у девочек с изолированным телархе

Заболевание	Частоты встречаемости (n; %; 95 %ДИ)
Диффузный эпидемический зоб	19 (55,88 %; 37,89–72,81 %)
Гиперплазия щитовидной железы	2 (5,88 %; 0,72–19,68 %)
Эутиреоз при нарушенной структуре щитовидной железы	1 (2,94 %; 0,07–15,33 %)
Сахарный диабет 2 типа	2 (5,88 %; 0,72–19,68 %)
Ожирение 2 степени	2 (5,88 %; 0,72–19,68 %)
Микроузлы и кисты щитовидной железы	2 (5,88 %; 0,72–19,68 %)
Без патологии	6 (17,65 %; 6,76–34,53 %)

Реже наблюдались нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы — порок сердца — 1 девочка (2,94 %; 0,07–15,33 %). Со стороны сенсорной системы наблюдался астигматизм у 1 девочки (2,94 %; 0,07–15,33 %), гиперметропия слабой степени у 2 девочек (5,88 %; 37,89–72,81 %). Синдром поликистозных яичников был диагностирован у одной пациентки (2,94 %; 0,07–15,33 %).

Всем девочкам было проведено клинико-лабораторно обследование согласно протоколам обследования и лечения. Основные показатели общего и биохимического анализа крови находились в пределах нормы.

Число девочек с выявленными отклонениями в уровнях гормонов в периферической крови представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Показатели гормонального исследования у девочек (n; %; 95 % ДИ)

Гормон	Выше возрастной нормы	Нормальное значение
ФСГ	25 (73,53 %; 55,64–87,12 %)	9 (26,47 %; 12,88–44,36 %)
Пролактин	18 (52,94 %; 35,13–70,22 %)	16 (47,06 %; 29,78–64,87 %)
ЛГ	16 (47,06 %; 29,78–64,87 %)	18 (52,94 %; 35,13–70,22 %)
Эстрадиол	12 (35,29 %; 19,75–53,5 %)	22 (64,71 %; 46,4–80,25 %)

На базе поликлиники всем девочкам было проведено УЗИ молочных желез при постановке диагноза и после назначенного лечения. Результаты сложились следующим образом: увеличение желез 1 степени — 20 человек (58,82 %; 40,70–75,35 %), 2 степени — 7 (20,59 %; 8,70–37,90 %), 3 степени — 7 человек (20,59 %; 8,7–37,9 %). После проведенного лечения: норма — 23 человека (67,65 %; 49,47–

82,61 %), 1 степень — 8 (23,53 %; 10,75–41,17 %), 2 степень — 2 человека (5,88 %; 0,72–19,68 %), 3 степень — 1 человек (2,94 %; 0,07–15,33 %).

Так как изолированное телархе может быть одним из первых признаков преждевременного полового созревания, то исследование костного возраста является необходимым. По результатам исследования костный возраст у 50 % девочек на 2 года опережал их истинный возраст. Исходя из полученных данных, мы можем сделать вывод, что у половины девочек изолированное телархе было маркером начала преждевременного полового развития.

У части девочек было проведено УЗИ органов малого таза с целью выявления раннего созревания фолликулов в яичниках, обнаружения кист, объемных новообразований, увеличения матки.

После проведенного обследования медикаментозное лечение было назначено — 3 девочкам (8,82 %; 1,86–23,68 %). Лечение производилось трипторелином в дозировке 3,75 мг в/м 1 раз в 28 дней в течение 6 месяцев.

Выводы

1. Изолированное телархе преимущественно проявляется в одностороннем увеличении молочных желез, сопровождается изменением уровня половых органов, сочетается с экстрагенитальной патологией.

2. Наиболее частой патологией являются заболевания щитовидной железы, что требует дополнительного обследования и лечения у эндокринолога.

3. Течение беременности у матерей девочек связано с возникновением изолированного телархе, что требует проведения своевременной коррекции и профилактики осложнений во время беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карева, М. А. Федеральные клинические рекомендации — протоколы по ведению пациентов с врожденной дисфункцией коры надпочечников в детском возрасте / М. А. Карева, И. С. Чутунов // Проблемы эндокринологии. 2014. Т. 60, № 2. С. 42–50.

2. Смирнов, В. В. Преждевременное половое развитие: причины, диагностика, лечение / В. В. Смирнов, А. А. Накула // Лечащий врач. 2014.

УДК 618.173(476.2)

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОДА ПОСТМЕНОПАУЗЫ И МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА У ЖЕНЩИН ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Каркач А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Корбут

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Менопауза — последняя самостоятельная менструация, обусловленная функцией яичников. Последний менструальный цикл определяется ретроспективно — только после 12 месяцев аменореи. Постменопауза следует за менопаузой и продолжается в среднем треть жизни женщины. Гормональные и метаболические изменения происходят в перименопаузе постепенно. В период перименопаузного перехода и в постменопаузальном периоде отмечается снижение секреции эстрадиола и эстрогена, что сопровождается гормональной перестройкой в организме женщины. Эстрадиол одновременно участвует в процессах гомеостаза, в регуляции утилизации и сохранении энергии, поэтому его дефицит приводит к развитию менопаузального метаболического синдрома [1].

При ожирении в период менопаузы снижается количество массы, которая не содержит жира, а именно мышечной массы. Из-за дефицита эстрогена развивает-