

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Галина Т. В. Преэклампсия: новые аспекты патогенеза, концепции скрининга и профилактики / Т. В. Галина, Е. А. Девятова, Ч. Г. Гагаев // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 3. – С. 66–76.
2. Щеголев, А. И. Нарушение структуры и васкуляризации ворсин плаценты при преэклампсии / А. И. Щеголев, У. Н. Туманова, В. М. Ляпин // Гинекология. – 2018. – № 20. – С. 12–17.

УДК 612.661:618.1–053.2

**В. О. Фригина<sup>1</sup>, У. И. Филиппова<sup>1</sup>, А. В. Тамеева<sup>2</sup>**

*Научные руководители: д.м.н., проф. З. Г. Тадтаева<sup>1</sup>, к.м.н. Н. В. Евдокимова<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

*<sup>2</sup>Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь*

## ЗНАЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

### **Введение**

Преждевременное половое развитие (ППР) – появление вторичных половых признаков у девочек до 8 лет и у мальчиков до 9 лет – является одним из наиболее частых нарушений полового созревания у детей. Распространенность преждевременного полового развития зависит от нозологического варианта, пола и возраста. По данным мировой литературы распространенность центральных форм ППР у девочек до 2 лет составляет 0,5 случаев на 10 000 детского населения, от 2 до 4 лет – 0,05:10 000, от 5 до 9 лет – 8:10 000. Идиопатическая форма (иППР) является наиболее распространенной среди всех центральных форм ППР (от 30 до 70%) и встречается преимущественно у девочек. При неправильной диагностике и лечении, иППР может приводить к низкорослости во взрослом возрасте, инвалидизации, снижению качества жизни, социальной депривации, репродуктивным нарушениям, опухолевым заболеваниям [1, 2].

Нарушение полового созревания может вызывать различные патологические состояния соматического, психоэмоционального и репродуктивного характера у девочки в будущем и является междисциплинарной проблемой, с которой могут столкнуться участковые педиатры, акушеры-гинекологи, эндокринологи, а при церебральной этиологии – неврологи и нейрохирурги. Поэтому при обнаружении пациенток с ППС важен междисциплинарный подход, позволяющий грамотно провести обследование, как можно раньше поставить верный диагноз, выделить возможные сопутствующие патологии и назначить эффективное лечение для того, чтобы избежать проблем в будущем.

### **Цель**

По данным историй болезней девочек, поступивших на отделение СПбГПМУ, проанализировать влияние иППР на половое развитие и гормональный фон девочек дошкольного и младшего школьного возраста, эффективность фармакологической терапии Трипторелином, а также по данным научной литературы оценить влияние на репродуктивную систему иППР в случае отсутствия правильного лечения с детского возраста.

### **Материал и методы исследования**

В клинике СПбГПМУ проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование 30 девочек в возрасте 5–9 лет с идиопатическим ППР. Контрольную груп-

пу составили 10 здоровых детей. Оценка физического развития проводилась по данным истории болезней методами центильных и сигмальных таблиц, стадии полового развития девочек оценивались по Tanner. Компонентный состава тела оценивали с помощью биоимпедансометрии аппаратом «МЕДАСС». Для установления характера иППР проводилась диагностика Трипторелином в дозе 0,1 мг.

Результаты терапии анализировали на протяжении от 3 недель до 12 месяцев. Статистическая обработка данных произведена с помощью MS Exele 2016. Сбор и обработка отечественной и зарубежной литературы по теме исследования по Elibrary, PubMed.

### ***Результаты исследования и их обсуждения***

У всех девочек до начала терапии выявлены следующие признаки физического развития: рост выше среднего отмечался у 100% пациенток, ожирение 1–2 степени у 77% пациенток, дефицит массы тела – у 23%. Среднее значение опережения паспортного возраста у исследуемых составляет 2,5 года.

Половое развитие девочек до начала терапии соответствовало II стадии по Таннеру. У 70% девочек половые органы сформированы правильно, у 30% – изосексуального типа. У 58% обследованных наблюдался «инвертированный» пубертат, который начинался с оволосения подмышечных впадин и (или) лобка. Развитие половых признаков началось с увеличения молочных желёз (42%), с появления потливости (17%), с увеличения темпов роста (8%), стоит отметить, что при этом у 15% пациенток наблюдалось акне. По данным УЗИ органов малого таза у всех девочек с диагностированным иППР отмечалось увеличение матки и яичников. По данным УЗИ молочной железы у 42% пациенток отмечалось наличие железистой ткани.

Компонентный состав тела до терапии: у 100% девочек количество скелетно-мышечной массы (ССМ) и ее доли (дСММ) были выше нормы. Показатель минеральной массы костной ткани (ММКТ) увеличен у 88% детей. У 33% обследованных показатель активной клеточной массы (АКМ) и ее доли (дАКМ) – выше нормальных значений. Уровень основного обмена (ОО) повышен у всех детей.

У всех девочек до терапии Трипторелином отмечено повышение уровня ФСГ (100%) и уровня кортизола (30%). Через 3 недели после терапии Трипторелином у всех девочек нормализовался уровень гонадотропинов. Уровень половых гормонов и кортизола, а также прибавка в росте и весе нормализовались в соответствии с возрастом. По данным УЗИ органов малого таза и молочной железы через 6 месяцев уменьшение объема гонад отмечено почти у всех девочек, и еще через 12 месяцев – объема железистой ткани молочной железы. Уменьшился интервал между костным и биологическим возрастом. Через 12 месяцев основные показатели компонентного состава тела нормализовались в соответствии с возрастом пациенток.

По данным анализа литературных источников, девочек с преждевременным адренархе, патогенез которого на сегодняшний день остается неясным, относят к группе риска по развитию синдрома поликистозных яичников, ановуляции и бесплодия. Некоторые исследования показывают связь между ранним половым созреванием у девочек и несколько повышенным риском развития рака молочной железы в более позднем возрасте [3].

### ***Выводы***

1. Таким образом, у всех пациенток на фоне терапии Трипторелином отмечена нормализация показателей гормонов (ФСГ и кортизола).

2. Отсутствовало прогрессирование преждевременного развитие вторичных половых признаков, регрессировали неприятный запаха пота и акне.

3. По данным ультразвукового исследования отмечено уменьшение железистой ткани молочных желез и объема гонад.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации «преждевременное половое развитие» / В. А. Петеркова [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2021. – № 5.
2. Чеботарева, Ю. Ю. Некоторые аспекты преждевременного полового развития у девочек дошкольного возраста / Ю. Ю. Чеботарева, Ю. А. Петров, М. А. Родина // РМЖ. Мать и дитя. – 2022. – № 5(3). – С. 215–222. – doi: 10.32364/2618–8430–2022–5–3–215–222.
3. Hamilton, A. S. Puberty and genetic susceptibility to breast cancer in a case-control study in twins / A. S. Hamilton, T. M. Mack // N Engl J Med. – 2003. – Jun 5, Vol. 348(23). – P. 2313–22. – doi: 10.1056/NEJMoa021293. PMID: 12788995.

УДК 618.36:618.146]–08

**Е. Н. Хроленко, А. В. Марченко**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПРОГЕСТЕРОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

#### ***Введение***

Проблема преждевременных родов (ПР) сохраняет свою актуальность в современном мире, так как ПР – основная причина перинатальной заболеваемости и смертности. В 30% наблюдений причиной ПР является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), а ее бессимптомное течение служит предпосылкой к росту их частоты [1].

Ведение беременности у женщин с ИЦН остается сложной и многогранной проблемой. Меры, направленные на профилактику ПР по причине ИЦН, не приводят к значительному снижению их частоты, в связи с чем необходимо не только понимать этиологию, но и учитывать анатомо-гистологические особенности строения шейки матки, а также роль и действие прогестерона во время беременности. Оценка факторов риска и раннее выявление ИЦН позволят своевременно провести профилактику ее формирования или начать терапию, назначив необходимую дозировку микронизированного прогестерона, а при необходимости скорректировать тактику лечения. На сегодняшний день такой подход является основным способом снижения частоты ПР и ассоциированных с ними перинатальных осложнений [2].

#### ***Цель***

Оценить эффективность профилактики ПР у пациенток с ИЦН с помощью применения микронизированного прогестерона (сустен) и модифицированного прогестерона (дюфастон).

#### ***Материал и методы исследования***

Исследование проводилось на базе УЗ «Могилевская поликлиника № 5» и УЗ «Могилевская поликлиника № 4». Был проведен ретроспективный анализ 69 амбулаторных карт пациенток с невынашиванием и ИЦН на 14–36 неделе беременности в период с 2022 по 2024 гг. Критерии включения были следующими: длина шейки матки менее 25 мм на сроке 14–18 недели гестации, невынашивание беременности, одноплодная беременность. Первую группу (n=42) составили пациентки, которым был назначен Дюфастон в суточной дозе 20 мг. Прием препарат продолжался до 21 недели гестации. Во вторую группу (n=27) были включены беременные, принимавшие препарат Сустен в суточной дозе 400 мг, вводили интравагинально 2 раза в сутки до 22 недели гестации.