

geometric remodeling in essential hypertension// J Am Coll Cardiol. – 1992. - №19. –С.1550-1558.

17. Verdecchia P., Porcellati C., Zampi I. et al. Asymmetric left ventricular remodeling due to isolated septal thickening in patients with systemic hypertension and normal left ventricular masses// Am J Cardiol. – 1994. - №73. – С.247-252.

18. Зиц С.В., Скворцова И.М. Влияние эналаприла на гемодинамику и ремоделирование миокарда у пожилых больных постинфарктным кардиосклерозом и артериальной гипертензией// Кардиология. – 2001. - №1. – С.39-42.

19. Кахновский И.М., Сивков С.И. Гаврилова Е.Н. Использование престариума у больных с гипертонической болезнью // Клиническая медицина. – 1998. - №9. – С.52-54.

20. Терапевтический справочник Вашингтонского университета/ Под ред. Ч. Кэри, Х. Ли, К. Велтье. – 2-е русское изд. – М.: Практика. - 2000. – 879с.

21. Болезни сердца и сосудов: в 4 т. Т.1. Болезни сердца и сосудов: руководство для врачей/ Под ред. Е.И. Чазова. – М.: Медицина. – 1992. – 496с.

22. Бузиашвили Ю.И., Ключников И.В., Мелконян А.М. и др. Ишемическое ремоделирование левого желудочка (определение, патогенез, диагностика, медикаментозная и хирургическая коррекция)// Кардиология. – 2002.-№10.- С.88-94.

23. Врублевский А.В., Бощенко А.А., Карпов Р.С. Стресс-ультразвуковое исследование гемодинамического резерва аортальной компрессионной камеры при атеросклерозе: влияние на коронарный кровоток // Кардиология. – 2002. - №1. – С.41-47.

24. Мартынов А.И., Остроумова О.Д., Синицин В.Е. и др. Растяжимость аорты при артери-

альной гипертензии // Кардиология. – 2002. - №2. – С.59-65.

25. Гользари Х., Цебул Р., Балер Р. Мерцание предсердий: восстановление и поддержание синусового ритма и показания к антикоагулянтной терапии// Международный журнал медицинской практики. – 1997. - №2. – С.48-67.

26. Канорский С.Г., Скибицкий В.В., Федоров А.В. Динамика ремоделирования левых отделов сердца у больных. Получавших эффективное противорецидивное лечение пароксизмальной фибрилляции предсердий // Кардиология. – 1998. - №2. – С.37-42.

27. Irimpen A.M., Tenaglia A.N., Shin D.J., Buda A.J. Lack of ventricular remodeling is non-Q-wave myocardial infarction // Am Heart J. – 1996. - №131. – P. 466-471.

28. Zhang J., Wilke N., Wang Y. et al. Functional and bioenergetic consequences of postinfarction left ventricular remodeling in a new porcine model. MRI and 31 P-MRS study // Circulation. – 1996. - №94. – P.1089-1100.

29. Linzbach A.L., Heart failure from the point of view of quantitative anatomy // Am J Cardiol. – 1960. - №5. – P.370-382.

30. Pfeffer M.A., Pfeffer J.M. Ventricular enlargement and reduced survival after myocardial infarction // Circulation. – 1987. - №75. – P.93-97.

31. McKay R.G., Pfeffer M.A., Pasternak R.C. et al. Left ventricular remodeling following myocardial infarction: A corollary to infarct expansion // Circulation. – 1986. - №74. – P.693-702.

32. Bonow R.O. The hibernating myocardium: implications for management of congestive heart failure // Am J Cardiol. - 1995. - №75. – P.17-25.

УДК 612.661:613.956

Е.Е. Храмова, Е.И. Макеева, Л.Ф. Шолохов

### ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕВОЧЕК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ СОЗРЕВАНИЕМ

*Государственное Учреждение Научный Центр Медицинской Экологии  
Восточно-Сибирского Научного Центра Сибирского Отделения  
Российской Академии Медицинских Наук (Иркутск)*

*Целью работы является выявление клинических и лабораторных различий течения преждевременного полового развития у девочек.*

*Материалы и методы.* В исследование включены 26 девочек 1,5-8 лет с признаками полового созревания. Проведено полное клинико-лабораторное обследование больных, выявлены 4 группы преждевременного полового развития.

*Заключение.* Появление признаков полового созревания является маркером неблагополучия системы гипоталамус – гипофиз – надпочечники – яичники.

*Ключевые слова:* преждевременное половое развитие, изолированное телархе, адренархе.

## DIAGNOSTICS, TREATMENT AND DISPENSARY SUPERVISION OF THE GIRLS WITH PREMATURE PUBERTY

E.E. Hramova, E.I. Makeeva, L.F. Sholohov

*The purpose of work is revealing clinical and laboratory distinctions of current of premature sexual development at the girls.*

*Materials and methods.* 26 girls 1,5-8 years with attributes of puberty are included in research. The complete clinical-laboratory inspection of the patients is spent, 4 groups of premature sexual development are revealed.

*The conclusion.* The occurrence of attributes of puberty is a marker of trouble of system «hypothalamus - hypothesis - adrenal – ovarium».

*Key words:* an anticipatory sexual development

### ВВЕДЕНИЕ

Преждевременное половое созревание является частой патологией в детском возрасте и составляет по данным разных авторов от 1 до 5%. Согласно нашим наблюдениям и сообщениям зарубежных авторов за последние годы происходит увеличение данной патологии. Признаками преждевременного пубертата являются: появление вторичных половых признаков у девочек до 8 лет и мальчиков до 9 лет. Преждевременное половое развитие может быть изосексуальным полным (неполным), гетеросексуальным (всегда неполное). Причины, приводящие к процессам ретормаживания механизмов, сдерживающих половое созревание чрезвычайно разнообразны. Наиболее частой причиной изосексуального ППР является органическое поражение ЦНС, в результате чего происходит преждевременное и гетерохромное созревание структур ответственных за половое развитие. ППР чаще встречается у девочек и является не только медицинской, но и социальной проблемой.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследовано 26 девочек 1,5 – 8 лет, обратившихся с жалобами на появление вторичных половых признаков до 8 лет.

#### Распределение детей по возрасту

Возраст	До 2 лет	2-5 лет	5 – 8 лет
Кол-во	5	5	16

Всем детям проведено комплексное обследование: антропометрия, оценка степени развития вторичных половых признаков, эхография орга-

нов малого таза, костный возраст, МРТ головного мозга, определение уровня тропных гормонов в сыворотке крови и проведение стимуляционных проб с диферелином 0,1 и синакте-ном-депо 1 мг.

Обследованные пациенты распределены на следующие группы:

I группа – истинное изосексуальное ППР неполная форма (изолированное телархе) – 18 чел.

II группа – истинное изосексуальное ППР полная форма – 2 чел.

III группа – ложное гетеросексуальное ППР (врожденная дисфункция коры надпочечников неклассическая форма) – 3.

IV группа – ложное изолированное гетеросексуальное (изолированное адренархе) – 3 чел.

Наиболее многочисленной является первая группа с изосексуальным ППР неполной формой – изолированное телархе, возраст девочек 1,5 – 8 лет - 18 человек. При обследовании выявлено незначительное ускорение темпов физического созревания, увеличение молочных желез 1 – 2 ст. по Tanner, костный возраст опережал у всех обследованных на 1 – 1,5 года, эхография органов малого таза – незначительное увеличение размеров матки и яичников, кольпоцитология влагалищных мазков 1-2 ст. атрофии. Базальный уровень гонадотропинов: уровень ЛГ соответствовал возрасту, уровень ФСГ соответствовал пубертатным значениям, отмечена умеренная гиперпролактинемия.

Вторая группа – истинное преждевременное половое созревание изосексуальное полная форма. Клинически характеризуется ускоренными темпами физического созревания, 2-3

степенью развития вторичных половых признаков по Таппер, менархе в 7 лет, эхография органов малого таза – размеры матки и яичников соответствуют пубертатным размерам, костный возраст 12 годам. Базальный уровень гонадотропных гормонов превышал возрастную норму и соответствовал пубертатным значениям, стимуляционная проба с диферелином 0,1 свидетельствовала об истинном ППР (повышение уровня ЛГ > 10 мЕД/мл) (рис. 1,2).

Больные с истинным гонадотропинзависимым ППР получали лечение диферелином 3,75 мг в/м 1 раз в 28 дней. Через 3 мес. после начала лечения отмечался регресс вторичных половых признаков и прекращение менструаций, уменьшение размеров матки и яичников, уровень гонадотропинов соответствовал возрастной норме:

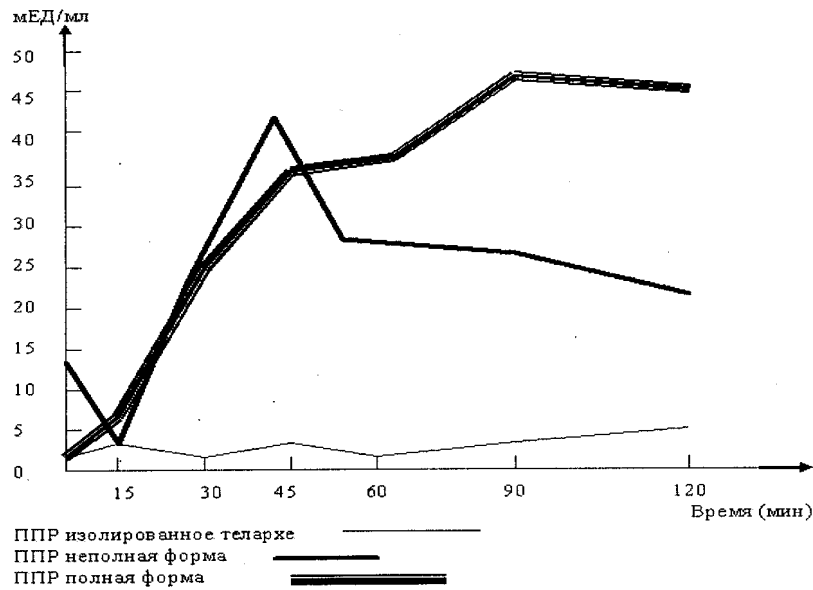


Рис. 1. Динамика уровня ЛГ в ходе теста с Диферелином 0,1 у девочек 7 лет с преждевременным телархе и истинным ППР.

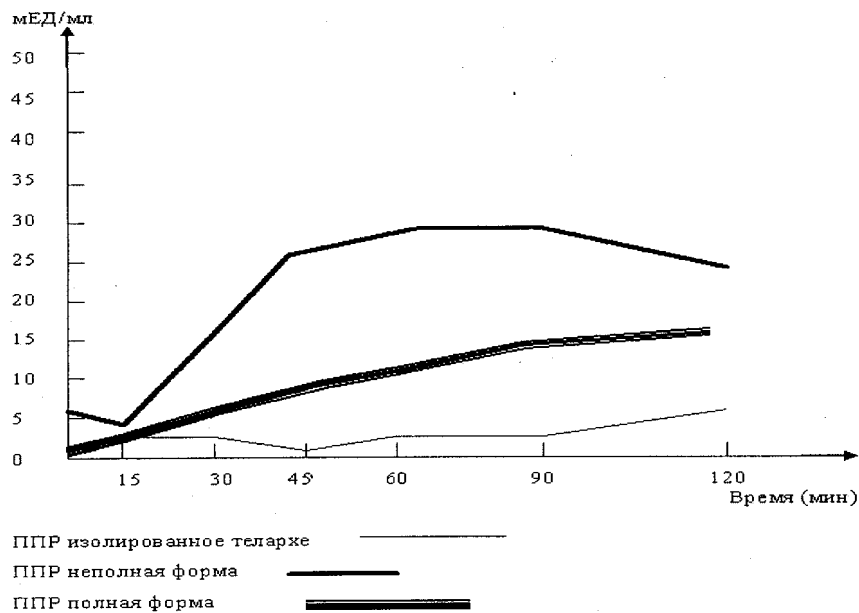


Рис. 2. Динамика уровня ФСГ в ходе теста с Диферелином 0,1 у девочек 7 лет с преждевременным телархе и истинным ППР.

Через 6 мес от начала терапии отмечено снижение скорости роста с 10-15 см в год до 4-5 см, что соответствует возрастной норме. Базальные и стимулированные уровни гонадотропинов через год лечения диферелином 3,75- соответствовали возрасту (рис. 3,4).

Третья группа – больные с врожденной дисфункцией коры надпочечников неклассическая

форма. Клинически характеризуется появлением лобкового и аксиллярного оволосения 1-2 ст. по Tanner, физическое развитие и костный возраст опережает календарный на 2 года, эхография органов малого таза соответствовала возрасту. Базальные и стимулированные уровни гонадотропинов соответствовали возрастной норме.

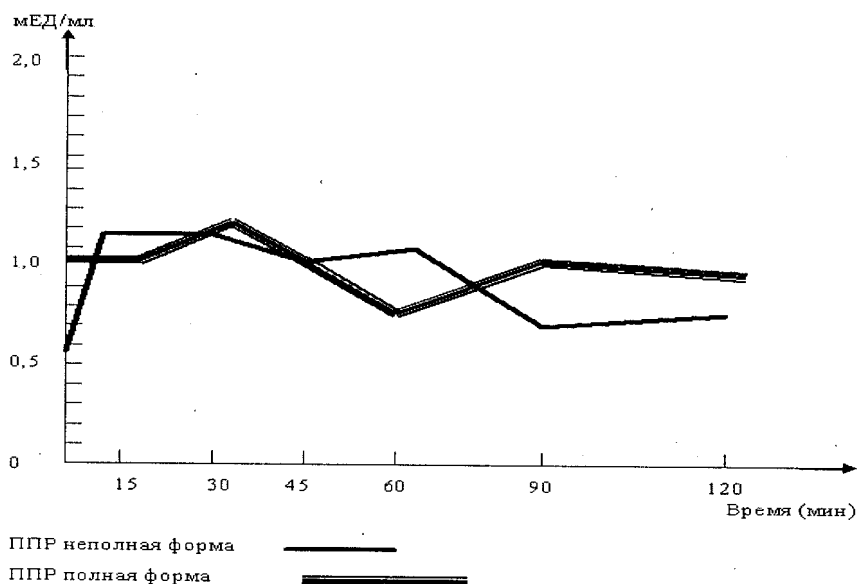


Рис. 3. Динамика уровня ЛГ в ходе теста с Диферелином 0,1 у девочек 7 лет с преждевременным телархе и истинным ППР после лечения.

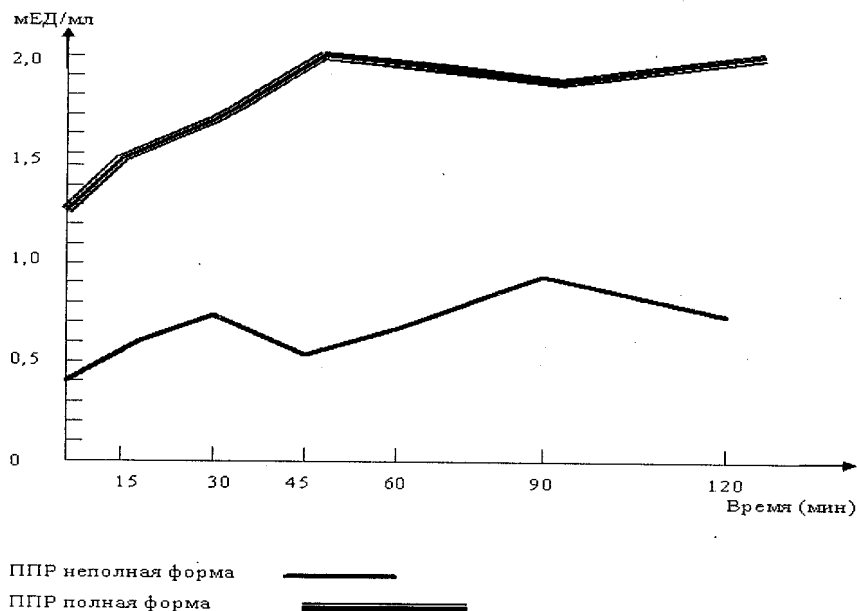


Рис. 4. Динамика уровня ФСГ в ходе теста с Диферелином 0,1 у девочек 7 лет с преждевременным телархе и истинным ППР после лечения.

Проба с синактеном выявила значительное повышение уровня 17ОНП. Больные этой группы наблюдаются и лечатся детским эндокринологом и гинекологом детей и подростков.

У больных четвертой группы выявлено появление полового оволосения, без признаков ускорения физического развития и костного возраста. Базальные и стимулированные уровни гонадотропинов и андрогенов соответствовали допубертатным значениям. Пациентки данной группы нуждаются только в наблюдении.

### ВЫВОДЫ

Появление признаков полового созревания у девочек до 8 лет, является маркером неблагоприятной системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники-яичники.

Пациенты требуют комплексного обследования, определения базальных и стимулированных уровней гонадотропинов и андрогенов.

Больные с полной истинной формой ППР нуждаются в лечении агонистами ЛГ-РГ.

Больные с изолированными формами ППР в лечении агонистами не нуждаются.

Все пациенты с признаками ППР нуждаются в диспансерном наблюдении.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: Медицина, - 1997. – С. 214 – 236.

2. Кобозева Н.В., Кузнецова М.Н., Гуркин Ю.А. Гинекология детей и подростков. – М.: Медицина, - 1988. – С. 196 – 210.

3. Эндокринология. Под ред. Н. Левина. Пер. с англ. – М.: Практика, - 1999. – С. 296 – 312.

4. Петеркова В.А., Семичева Т.В., Горелышев С.К., Лозовая Ю.В. ППР. Клиника, диагностика, лечение.

УДК 616.5-002-053

Е.А. Шипулина

## КЛАРИДОЛ - ПРИМЕНЕНИЕ В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

*ГУЗ Областной консультативно-диагностический центр для детей (Чита)*

*Антигистаминные препараты всегда включаются в комплексное лечение atopического дерматита. Обязательным условием выбора тактики лечения остается индивидуальный подход к каждому больному, учитывающий клинические особенности формы и тяжести патологии, а также социальные, поведенческие и психологические аспекты, существенные для данного пациента. Применение Кларидола в качестве противозудного средства при atopическом дерматите является патогенетически оправданным, эффективным и обоснованным.*

**Ключевые слова:** дерматит, дети, кларидол

## CLARIDOL - APPLICATION IN THERAPY OF ATOPIC DERMATITIS AT CHILDREN

Н.А. Shipulina

*Regional consultative and diagnostic center for children (Chita)*

*The antihistamine drugs always actuated in complex treatment of atopic dermatitis. By compulsory condition of tactics selection of treatment there is a personal approach to each ill taking into account a clinical feature of the form and gravity of a pathology and also social, behavioral and psychologic aspects essential for the given patient. The application of Claridol as an antipruritic means at atopic dermatitis is justified, effective and reasonable.*

**Key words:** a dermatitis, children, claridol