

ным с наличием в культуральном исследовании грибов. При этом у 82 % обследованных девочек с положительным результатом на грибы в сыворотке крови определяется циркулирующий антиген СА, что указывает на инвазивную стадию микотического процесса, а также на его активацию.

Из данных нашего исследования следуют следующие выводы:

1. Микроскопия мазка не всегда отражает истинную картину процесса.

2. Необходимо проводить посев на грибы, т.к. они часто являются поддерживающим агентом воспаления, не определяясь при этом микроскопически.

3. При обнаружении грибов необходимо обследовать на наличие кандидозного антигена в крови, что говорит об инвазивном течении процесса и требует применение антимикотических средств перорального применения (флюконазол, оригинальный препарат — дифлюкан).

Таким образом, только тщательный анализ клинического состояния ребенка, полноценное лабораторное обследование позволят выявить истинную причину воспалительного процесса в урогенитальном тракте ребенка и в результате проведения адекватной терапии добиться полного клинико-этиологического излечения заболевания, что чрезвычайно важно для профилактики нарушений репродуктивной функции у девочки в будущем.

Е.А. Дикушина

ДИСМЕНОРМ В ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМНОРЕИ

ГУ Нижегородская областная детская клиническая больница (Нижний Новгород)

Появление новых лекарственных препаратов природного происхождения расширяет арсенал негормональных методов терапии нарушений менструальной функции у девушек-подростков.

Незрелость системы регуляции менструальной функции в подростковом периоде, высокая её чувствительность к факторам внешней и внутренней агрессии определяет необходимость более широкого использования растительных препаратов, благодаря их особенностям: мягкости воздействия, полифункциональности, наличии эффекта последствия, отсутствию эффекта отмены препарата.

По материалам кабинета гинекологии детей и подростков КДЦ ГУ НОДКБ за 2005 год нарушения менструального цикла составили 26 % (1260 девушек) в структуре выявленных гинекологических заболеваний у девочек и подростков от 0 до 18 лет, являясь основной причиной обращения у девушек 12 — 18 лет.

Анализ структуры нарушений менструальной функции показал, что наибольший удельный вес занимают различные проявления дисменореи.

404 пациентки (32 %) предъявляли жалобы на болезненные, обильные, нерегулярные менструации, 139 (11 %) — на болезненные, обильные, регулярные менструации.

132 девушки (10,5 %) были экстренно госпитализированы в стационар с Ю.М.К. 359 пациенток (28,5 %) указали на те или иные проявления гипоменструального синдрома. По поводу аменореи I обратилось 158 (12,6 %) пациенток, аменореи II — 68 (5,4 %) девушек.

Целью нашего исследования была оценка клинической эффективности препарата Дисменорм у 60 девушек 14 — 17 лет с первичной дисменореей, первично обратившихся в КДЦ ГУ НОДКБ в пе-

риод задержки менструаций на 2 — 3 месяца, но не пожелавших по разным причинам пройти комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение в условиях стационара.

После первичного гинекологического осмотра, с производством вагиноскопии, УЗИ органов малого таза, консультации невролога, эндокринолога, ЛОР, по показаниям — УЗИ молочных желёз и щитовидной железы пациенткам назначался препарат Дисменорм по 1 таблетке 3 раза в день за полчаса до еды на протяжении 3 месяцев.

Дисменорм является комплексным препаратом природного происхождения, который нормализует ритм, интенсивность и продолжительность менструальных кровотечений.

Анализ клинических результатов лечения через 3 месяца показал, что менструации возобновились у всех 60 девушек (100 %) уже через 10 — 14 дней от начала приёма препарата.

Однако 3 девушки (5 %) с приходом менструаций приём препарата прекратили в виду появления аллергической сыпи на коже предплечий и груди через 2 недели от начала лечения (в состав препарата входит *Apis mellifica* — пчела медоносная).

Из 57 пациенток, продолживших приём препарата, 49 девушек (86 %) отметили сокращение менструального кровотечения на 1 — 2 дня во время 2 и 3 циклов, 52 человека (91,2 %) указали на значительное уменьшение интенсивности болевых ощущений. 5 человек (0,8 %) по-прежнему использовали обезболивающие препараты. Исчезновение побочных явлений во время менструации (головная боль, слабость, головокружение, тошнота) отмечали все 57 девушек (100 %). Через 3 месяца при углублённом обследовании 5 пациенток с болезненными

менструациями в стационаре выявлены воспалительные изменения в органах малого таза

Таким образом, выявлен отчётливый лечебный эффект препарата Дисменорм у девушек-подростков с первичной дисменореей.

Неэффективность препарата может служить своеобразным скрининг-симптомом необходимости поиска органических причин дисменореи.

Е.Ю. Загарских

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ И РОСТОВОЙ ПРОГНОЗ

Клиника ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Период полового созревания является крайне важной — рубежной фазой развития человека. От того, насколько полноценно у ребенка протекает и насколько благополучно завершается пубертат, во многом зависит окончательное становление репродуктивных функций, фертильность и детородный прогноз, финальный рост и метаболический статус у взрослого поколения.

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. ППР и ранее половое развитие бывает у 0,5 % населения, чаще у девочек Д/М = 4–5 : 1. От 1 до 3 % девочек в возрасте до 8 лет имеют развитие тех или иных вторичных половых признаков. У детей обоего пола увеличивается скорость роста, которая обычно достигает значений, характерных для пубертатного «ростового скачка» — 10–15 см/год. Ускорение скорости роста можно отметить за 6–12 месяцев до появления вторичных половых признаков. Также отмечается ускорение дифференцировки костей скелета, что приводит в дальнейшем к преждевременному закрытию зон роста. Средний конечный рост девочек с истинным ППР колеблется от 146 до 150 см. Ускорение «костного возраста» наиболее точно отражает интенсивность процесса полового созревания.

ЦЕЛЬ

Изучить особенности полового созревания у девочек с ППР и конечный ростовой прогноз.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 24 девочки с ППР в возрасте $4,2 \pm 3,7$ лет, которым проводилось общеклиническое обследование, определение уровней ЛГ, ФСГ, пролактина, ТТГ, тироксина, рентгенография кисти, компьютерная томография гипофиза. Проведение диагностической пробы препаратом естественного люлиберина (ЛГ-РГ — диферелин 0,1 мг): при максимально высоком увеличении ЛГ на введение диферелина 0,1 мг диагностируется гонадотропин (ГТ) — зависимая форма ППР, при

минимально низком ЛГ-ГТ — независимая форма ППР, при пубертатных значениях ЛГ-ГТ — зависимая, неполная форма истинного ППР. Лечение истинного ППР проводилось агонистами ЛГ-РГ (трипторелин, лейпрорелин).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все обследованные дети имели физическое развитие выше среднего возрастного на 3–4 центильных коридора. Средняя скорость роста колебалась от 8 до 10 см/год (10 ± 3 см/год), средний костный возраст опережал паспортный на 4 ± 2 года, что снижает прогнозируемый рост на 5–11 см по сравнению с нормальным для здоровых девочек. Однако при использовании антропометрических параметров для оценки ростового скачка возможно сопоставление их соответствия стадиям полового развития по Таннеру. В большинстве исследований течение этого периода рассматривается как ориентир, на который опираются при анализе пубертатного роста. При исследовании гормонального фона уровни гонадотропных гормонов крови имели пубертатные и взрослые значения (ЛГ — $2,8 \pm 0,8$ мЕД/мл, при норме для девочек до пубертатного возраста 0,1 мЕД/мл, ФСГ — $2,4 \pm 1,6$ мЕД/мл, при норме 0,1 мЕД/мл). Значения уровня пролактина крови редко превышало норму. Проведение пробы позволяет дифференцировать формы ППР, для уточнения тактики лечения этого заболевания. Нормализация гормонального фона происходит на 5–6 месяце лечения агонистами ЛГ-РГ. В течение первого года лечения скорость роста снижается до среднего значения 5,4 см, а костный возраст увеличивается в среднем на 1,1 года/год.

ВЫВОДЫ

Антагонисты ЛГ-РГ угнетают гонадотропную ось и блокируют половое развитие у детей с центральными формами ППР. Это лечение направлено на уменьшение нежелательных психологических аспектов ППР, улучшение прогноза конечного роста и нормализация темпов полового развития.