**Косовцова Ганна Василівна. Затримка статевого розвитку у хлопців-підлітків та підходи до їх реабілітації: Дис... канд. мед. наук: 14.01.14 / АМН України; Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків. - Х., 2002. - 180 арк. - Бібліогр.: арк. 153-180**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Косовцова Г. В.**Затримка статевого розвитку у хлопців-підлітків та підходи до їх реабілітації.— Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.14 – ендокринологія.— Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка АМН України, Київ, 2003.  Дисертація присвячена вивченню клініко-гормональних особливостей хлопців-підлітків із ЗСР, розробці та апробації реабілітаційних комплексів для цього контингенту хворих.  Визначено клінічні варіанти захворювання, наведено їх клініко-гормональну характеристику. Виявлено відхилення психологічного статусу хлопців із ЗСР. На підставі отриманих результатів розроблено та апробовано реабілітаційні комплекси для підлітків із ЗСР, які включають медикаментозні, немедикаментозні методи лікування та психокорекцію. Доведено ефективність застосування перитолу при початково підвищеному рівні серотоніну в крові та доцільність використання точкового масажу в комплексному лікуванні ЗСР.  З метою розробки прогнозу віддалених результатів лікування визначено порівняльне прогностичне значення вихідних клініко-анамнестичних та гормональних показників при ЗСР у хлопців, а також складено дві прогностичні таблиці для підлітків із ЗСР у віці 14-ти і 15-16-ти років. | |
| |  | | --- | | 1. У дисертаційній роботі обгрунтувано та розроблено комплекс реабілітаційних заходів для хлопців із ЗСР та розраховано прогноз їх ефективності на підставі визначення особливостей нейрогормональної регуляції статевого дозрівання, клінічних проявів захворювання та психологічного статусу.  2. У більшості (74,2%) хлопців із ЗСР реєструються істотні відхилення у фізичному розвитку, переважно за рахунок низькорослості (56,1%), рідше – дефіциту (11,6%) і надлишку (6,5%) маси тіла; практично у всіх підлітків формуються патологічні пропорції будови тіла, частіше інфантильний (63,4%) і інфантильно-євнухоїдний (24,2%), рідше євнухоїдний (3,9%), гіноїдно-євнухоїдний (3,9%), гіноїдний (3,3%) та інфантильно-гіноїдний (1,3%) морфотипи. По мірі обтяження ступеня патології питома вага дисгармонійного фізичного розвитку у хворих збільшується, досягаючи 100% при III ступені ЗСР; відзначається зростання порушень морфотипового диференціювання кістяка за рахунок прогресування інфантильності та євнухоїдності статури.  3. Виділено три клінічних варіанти затримки статевого розвитку: затримка статевого розвитку у поєднанні із затримкою зросту (56,1%), затримка статевого розвитку без виражених порушень з боку зросту і маси тіла (37,4%), затримка статевого розвитку у поєднанні із надлишковою масою тіла або ожирінням (6,5%).  4. Гормональний статус хлопців із ЗСР характеризується низьким вмістом Т та Е2(49,3%), порушенням їх співвідношення, зниженням рівня одного (43,1%) або одночасно обох гонадотропінів (18,3%), частіше низькими (43,7%), ніж нормальними (30,1%) або підвищеними (26,2%) значеннями ПРЛ. Вираженість гормональних порушень пов'язана з клінічним варіантом ЗСР. Наростання ступеня патології супроводжується істотним зменшенням Т та гонадотропінів у крові хворих.  У більшості підлітків із ЗСР відзначається значне підвищення рівня серотоніну у крові при зниженій добовій екскреції катехоламинів – ДА і НА.  5. Переважне число підлітків із ЗСР мають порушення розвитку самосвідомості, що полягає у формуванні неадекватної (76,2%), головним чином, заниженої (69,31%) самооцінки, наявності поведінкових відхилень, проявів соціальної дезадаптації (63,0%), сформованості неадекватних навичок емоційного реагування у ситуаціях фрустрації, схильності до проявів агресії (29,3-34,5%), що підтверджує необхідність надання медико-психологічної допомоги даному контингенту хворих.  Включення до реабілітаційного комплексу психокорекційних заходів із використанням запропонованих психотерапевтичних формул сприяє формуванню більш адекватної самооцінки і підвищенню рівня групової конформності, поліпшуючи у цілому психологічну і соціальну адаптацію підлітків із ЗСР.  6. Призначення антисеротонінового препарату перитолу дозволяє знизити підвищений рівень серотоніну у підлітків із ЗСР і сприяє активації гіпоталамо-гіпофізарно-гонадного комплексу, досягненню адекватних віку показників статевого і фізичного розвитку, підвищує ефективність лікування до 84,0%.  7. Як альтернативний і доступний немедикаментозний метод у комплексному лікуванні пацієнтів зі ЗСР доцільно використовувати точковий масаж БАТ загальностимулюючої дії (GI4, E36) і сегментарних відносно гонад (V31-34, J2, J3, J4, J6), що забезпечує збільшення ефективності традиційної загальностимулюючої терапії до 71,9%.  8. Визначено інформативність анамнестичних, вихідних клінічних і гормональних показників по відношенню до ефективності розробленого реабілітаційного комплексу при ЗСР у хлопців.  Прогностично несприятливими для підлітків із ЗСР є відсутність початкового збільшення тестикулів, клінічний варіант захворювання з надлишком маси тіла або затримкою зросту, поєднання вираженої інфантильності статури з помірною євнухоїдністю, недостатня маса тіла при народженні, обтяжена спадковість щодо ЗСР, виражене зниження вмісту гонадотропінів, тестостерону й естрадіолу, високі рівні пролактину, нормальні величини вмісту серотоніну в крові, підвищена екскреція дофаміну і норадреналіну із сечею. | |