**Перевозчиков Вячеслав Володимирович. Клініко-патогенетичні особливості затримки статевого розвитку у дівчаток-підлітків, які виховуються в різних мікросоціальних умовах. : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2007.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Перевозчиков В.В. Клініко-патогенетичні особливості затримки статевого розвитку у дівчат-підлітків, які виховуються в різних мікросоціальних умовах. –**Рукопис.Дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Харківський державний медичний університет, Харків, 2006.Дисертація присвячена визначенню клінічних проявів затримки статевого розвитку і уточненню патогенетичних механізмів формування цієї патології у дівчат-підлітків, які виховуються в різних мікросоціальних умовах.Визначено, що патогенетичні механізми ЗСР, клінічні прояви та психологічні характеристики у підлітків із повних благополучних сімей і сімей соціального ризику мають суттєві відмінності. Показано, що пацієнткам із благополучних сімей більш притаманна ЗСР із затримкою фізичного розвитку, гіпогонадотропна форма патології, гіпоестрогенемія та гіпоплазія матки.У патогенезі ЗСР у підлітків із сімей соціального ризику суттєву роль відіграє відсутність стимулюючого впливу ПРЛ на статевий розвиток, а також високі рівні індоламінів (серотоніну і мелатоніну).У дівчат із сімей соціального ризику виявляються високі показники стресу, в хворих із благополучних сімей – високий рівень тривожності.На підставі отриманих результатів були розроблені та впроваджені в практику нові негормональні методи лікування дівчат із ЗСР. Ефективність неспецифічної загальностимулюючої терапії, в складі якої, крім медикаментів, застосовувався ультрафонофорез вітаміну Е, вище у пацієнток із соціально неблагополучних сімей тільки при І ступені патології. Застосування кломіфенцитрату за спадаючою схемою дозволяє індукувати менархе у 80,6 % підлітків із благополучних сімей і тільки у 25,8 % із сімей соціальногоризику. Гормональної стимуляції статевого розвитку потребує більшість хворих із соціопатичних сімей вже при ІІ ступені ЗСР, із благополучних сімей – із ЗСР ІІІ ступеня. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертаційній роботі подано нове вирішення наукової задачі, суть якої полягає в удосконаленні лікування дівчат-підлітків із затримкою статевого розвитку шляхом уточнення патогенетичних механізмів ЗСР і визначення особливостей клінічних проявів даної патології в дівчат, які виховуються в різних мікросоціальних умовах.1. У результаті проведеного дослідження встановлено наявність особливостей клінічних проявів ЗСР і механізмів її формування в дівчат-підлітків, які виховуються в різних мікросоціальних умовах. Показано, що ефективність негормональних методів лікування в порівнюваних групах неоднакова.2. Перинатальний анамнез дівчат із ЗСР із сімей соціального ризику більш обтяжений, ніж у хворих із повних благополучних сімей: тяжкий гестоз першої половини вагітності матері цих дівчат переносять втричі частіше ніж вагітні із повних благополучних сімей (20,0 % і 7,1 % відповідно Р<0,001), у них частіше реєструються передчасні пологи (10,6 % і 4,2 % відповідно Р<0,02), оперативні втручання в пологах (11,8 % і 2,8 % відповідно Р<0,001), гіпоксія плоду й асфіксія новонародженої (22,4 % і 8,5 % відповідно; Р<0,001). Діти з малою вагою при доношеній вагітності (2500 гр і менше) частіше народжуються в повних благополучних сім’ях (16,5 % проти 9,4 % в сім’ях соціального ризику; Р<0,04). Дівчата із сімей соціального ризику частіше ніж підлітки із благополучних сімей мають патологію ЦНС (85 % та 69,4 % відповідно; Р<0,01), для останніх в 1,5 рази частіше діагностуються хвороби травної системи (52,8 % проти 38,1 % в сім’ях соціального ризику; Р<0,001).3. У дівчат із ЗСР із повних благополучних сімей більш ніж в два рази частіше в порівнянні з хворими із сімей соціального ризику відмічається поєднання дефіциту маси тіла з затримкою росту. У хворих із соціопатичних сімей частіше ніж в пацієнток із благополучних сімей спостерігається інвертований пубертат (34,6 % і 24,1 % відповідно; Р<0,002), андрогензалежні дермопатії (23,5 % і 15,8 % відповідно; Р<0,02), та в 15-18 років майже в 3 рази рідше виявляється різко виражена гіпоплазія матки (9,2 % проти 25,4 % в благополучних сім'ях; Р<0,003).4. Для дівчат-підлітків із ЗСР, незалежно від особливостей макросоціального оточення, характерним є гіповітаміноз Е, який виявляється в76,3 % з них. Хворі з повних благополучних сімей достовірно частіше, ніж пацієнтки з деструктивних сімей, мають гіпогонадотропний варіант ЗСР. У 16-18 років у цих підлітків поряд із гіпогонадотропінемією виявляється дисгонадотропінемія з домінуванням ФСГ над ЛГ, що свідчить про збереження інфантильного типу функціонування гіпоталамо-гіпофізарного комплексу. У підлітків із сімей соціального ризику до 16-18 років спостерігається „дозрівання” функції гіпоталамо-гіпофізарної системи, і показники ЛГ і ФСГ більш ніж у половини (62,9 %) наближаються до вікової норми. У хворих із повних благополучних сімей частіше, ніж в їх перевесниць із сімей соціального ризику, виявляється знижений рівень естрадіолу в крові при однакових значеннях тестостерону (55,8 % і 39,5 % відповідно; Р<0,01).5. Лише в 44,2 % дівчат із ЗСР із сімей соціального ризику вміст ПРЛ в крові не виходить за межі вікових норм за рахунок високої частоти зниженого його рівня (45,3 % проти 17,1 % в благополучних сім'ях; Р<0,001). Відсутність стимулюючого впливу ПРЛ на статевий розвиток відіграє важливу роль у патогенезі формування ЗСР в дівчат із соціально неблагополучних сімей. У 60,5 % хворих із таких сімей ЗСР перебігає на тлі підвищеного рівня мелатоніну (проти 33,3 % в благополучних сім’ях; Р <0,02) і серотоніну (72,4 %проти 47,6 % відповідно; Р<0,03), що є однією із важливих ланок патогенезу ЗСР в них.6. У дівчат-підлітків із ЗСР, які виховуються в сім’ях соціального ризику, спостерігаються дезадаптивні тенденції, що відбивається в більш високих показниках стресу. Хворі з повних благополучних сімей усвідомлюють і відображають у тестових відповідях високе психоемоційне напруження, яке проявляється в показниках рівня особистісної тривожності.7. Неспецифічна загальностимулююча терапія із включенням в неї ципрогептадину і ультрафонофорезу вітаміну Е відносно показників фізичного розвитку і збільшення розмірів матки більш ефективна в групі дівчат із сімей соціального ризику, але зменшення вираженості патології достовірно частіше спостерігається тільки при ЗСР І ст. (76,7 %) і вдвічі зменшується при ЗСР ІІ-ІІІ ст. У дівчат із благополучних сімей таке лікування є досить ефективним при ЗСР І-ІІ ст. (54,8-55,7 %) і достовірно знижується тільки при ЗСР ІІІ ст. Прогностично несприятливими показниками відносно ефективності загальностимулюючої неспецифічної терапії в соціопатичних сім'ях є низький рівень ПРЛ у крові, в благополучних сім'ях – значно виражена гіпоестрогенемія. Поява менархе при його індукції кломіфенцитратом за розробленою нами схемою відмічається у 80,6 % дівчат з повних благополучних сімей і лише у 25,8 % (Р<0,001) хворих, які виховуються в несприятливих мікросоціальних умовах. |

 |