СТРУКТУРА ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ

Каболова К.Л., Латышев О.Ю., Окминян Г.Ф., Киселева Е.В., Ромайкина Д.С., Касаткина Э.П., Самсонова Л.Н.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерство
здравоохранения Российской Федерации, Москва

ЦЕЛЬ: изучить структуру задержки полового созревания у девочек в зависимости от клинической картины.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: обследована 51 девочка в возрасте $14,2 \pm 0,82$ лет с задержкой полового созревания.

Критерии включения: отсутствие вторичных половых признаков в возрасте ≥ 13 лет, или отсутствие менархе в возрасте ≥ 15 лет, или отсутствие менархе в течение 3 лет и более от начала появления эстрогензависимых признаков полового созревания.

Критерии не включения: возраст ≥ 18 лет, неправильное строение наружных половых органов.

В зависимости от клинической картины все пациентки разделены на три группы:

- I группа — девочки с отсутствием вторичных половых признаков в возрасте ≥ 13 лет (B1 по шкале Таннер, средний возраст $13,6 \pm 0,7$ лет).
- II группа — девочки с отсутствием прогрессирования вторичных половых признаков в возрасте ≥ 14 лет (B 2–3 по шкале Таннер, средний возраст $15,1 \pm 0,8$ лет).
- III группа — девочки с отсутствием менархе, в возрасте ≥ 15 лет (B 4-5 по шкале Таннер, средний возраст $15,5 \pm 0,5$ лет).

У всех девочек оценивали стадию полового развития по шкале Таннер, антропометрические показатели, костный возраст, гениометрические показатели, содержание лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, эстрадиола, пролактина, тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата, ингибина В, антимюллерова гормона в сыворотке крови, тест с аналогом ГнРГ ($n=24$). Проводили цитогенетическое исследование ($n=45$), молекулярно-генетический анализ ($n=7$), МРТ головного мозга с контрастированием ($n=5$).

Для анализа данных использовалось классификационное деление на 2 группы: перманентная форма задержки полового созревания (гипогонадотропный гипогонадизм, гипергонадотропный гипогонадизм) и транзиторная форма (функциональный гипогонадизм, конституциональная задержка пубертата).

РЕЗУЛЬТАТЫ: анализ структуры задержки полового созревания у девочек в зависимости от картины заболевания показал, что I группу составили 39,2% (20/51) пациенток, из которых 75% (15/20) девочек с перманентной формой, 25% (5/20) — с транзиторной формой задержки полового созревания ($p=0,002$).

Вторую группу составили 21,6% (11/51) девочек. Структура задержки полового созревания у пациенток данной группы в большинстве случаев (81,8% (9/11)) была представлена перманентной формой и лишь в 18,2% (2/11) транзиторной формой задержки полового созревания ($p=0,003$).

Третью группу составили 39,2% (20/51) девочек. В отличие от первых двух групп, перманентная форма диагностирована у 10% (2/20) пациенток, транзиторная форма задержки полового созревания выявлена у 90% (18/20) девочек ($p<0,001$).

Сравнение данных по группам показало, что по структуре задержки полового созревания (перманентная/транзиторная формы) I и II группы сопоставимы ($p>0,05$), в то время как III группа отличалась от двух других групп, преобладанием в своей структуре транзиторной формы задержки полового созревания ($p<0,001$).

ВЫВОДЫ: установлена зависимость перманентной/транзиторной формы задержки полового созревания у девочек от клинической картины заболевания. В группах, где клиническая картина заболевания характеризовалась отсутствием вторичных половых признаков или их прогрессирования, в структуре преобладала перманентная форма задержки полового созревания, в то время как в случаях первичной аменореи – транзиторная форма.