

Альферович Е. Н., Войтович Т. Н., Грак Л. В., Саржевская Е. А.
**ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ
ДЕВОЧЕК НА ФОНЕ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ**

2-я кафедра детских болезней БГМУ, г. Минск

В настоящее время опубликовано большое количество исследований, касающихся проблем связанных с заболеваниями щитовидной железы. Установлено, что наличие тиреоидной патологии у детей оказывает негативное влияние на гипофизарно-тиреоидную систему, приводит к нарушениям менструальной функции, влияет на физическое и половое развитие, приводит к серьезным проблемам в детородном возрасте, негативно влияет на рост и развитие родившегося ребенка, что требует унифицированных подходов к наблюдению и обследованию девочек, подростков, женщин с патологией ЩЖ и их новорожденных детей. Это диктует необходимость включать в программу диспансерного наблюдения кроме эндокринолога и обязательный регулярный осмотр детского гинеколога для выработки правильной тактики при назначении лечения и последующей реабилитации.

В результате проведенных исследований нами разработана скрининг-программа, включающая выделение детей в группу риска по развитию тиреоидной патологии и нарушений полового созревания, раннюю диагностику и наблюдение за детьми с нарушениями полового созревания и заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ)

Скрининг-программа выделения детей в группу риска нарушений полового созревания на фоне тиреоидной патологии

Алгоритм диагностики нарушений полового созревания у детей и подростков с тиреоидной патологией включает: сбор и анализ данных материнского анамнеза, имеющих у нее заболеваний ЩЖ и получаемое по их поводу лечение, отягощенную наследственность и предрасположенность к патологии щитовидной железы у ребенка, оценку наличия и степени влияния факторов риска (составление родословной, расчет индекса отягощенности, определение вкусовой чувствительности к горечи); анализ

медицинской документации, клинический осмотр с подробным исследованием параметров физического, полового развития, состояние эндокринной и половой систем, проведение клинических и специальных лабораторных методов диагностики. Ввиду того, что нарушения полового созревания часто проявляются на фоне патологии ЩЖ, требуется привлечение ряда смежных специалистов для полноценной поэтапной диагностики и последующей коррекции выявленных нарушений.

Первый этап

Цель первого этапа — в неонатальном периоде выделить группу детей с риском реализации заболеваний ЩЖ.

Организации здравоохранения и специалисты: акушеры-гинекологи женских консультаций; родильные дома, врачи-неонатологи; на амбулаторно-поликлиническом этапе участковые педиатры; педиатрические отделения перинатальных центров III–IV уровня, врачи педиатры.

1. Наблюдение и ведение беременности у женщин с патологией ЩЖ необходимо осуществлять совместно акушером-гинекологом и эндокринологом.

2. Сбор генеалогического анамнеза у женщины: сведения о внутрисемейной распространенности патологии ЩЖ (зоб, аутоиммунный тиреоидит, рак щитовидной железы) среди родственников. Консультация эндокринолога.

3. Эндокринолог у беременной с патологией ЩЖ определяет уровни ТТГ, Т4, АТ к ТПО в 1 триместре беременности, УЗИ ЩЖ в 1 триместре беременности, коррекция выявленных нарушений.

4. Акушер-гинеколог проводит УЗИ плода и коррекцию патологии, выявленной во время беременности.

5. Неонатолог оценивает параметры физического развития при рождении по перцентильным кривым внутриутробного развития (Г. М. Деметьева 2007); морфофункциональную зрелость по шкале Петруссо. Дети с синдромом ЗВУР, признаками морфофункциональной незрелости, внутрисемейной распространенностью патологии ЩЖ, должны быть отнесены в группу риска реализации тиреоидной патологии. К концу неонатального периода у детей из группы риска развития патологии ЩЖ, педиатр проводит оценку параметров физического развития, прибавки массы тела, клинический осмотр. При выявлении плоской весовой кривой, пролонгированной неонатальной желтухи, очагов бактериальной инфекции (конъюнктивита, омфалита) необходимо лабораторное обследование.

6. Лабораторное обследование включает биохимический анализ крови (уровни общего и фракционного билирубина, холестерина). При выявлении непрямой гипербилирубинемии и повышении уровня холестерина необходима госпитализация ребенка в педиатрическое отделение перинатального центра III–IV уровня.

7. В педиатрическом отделении перинатального центра необходимо уточнить данные скрининга на врожденный гипотиреоз, проведенные на 4-е сутки в родильном доме, исследование гормонов ЩЖ — тиреотропного гормона, свободного тироксина.

8. Консультация эндокринолога, генетика для уточнения диагноза и лечения.

Второй этап

Задача второго этапа — наблюдение за детьми раннего возраста 2–3 лет из группы риска развития патологии ЩЖ; выделение девочек в возрасте 2–3 лет в группу риска по нарушению полового развития.

Организации здравоохранения и специалисты: педиатры, оказывающие помощь в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях детскому населению.

1. При осмотре участковым педиатром проводится оценка показателей физического развития, пальпаторное исследование щитовидной железы, тесты на психомоторное развитие.

На 1-м году проводится ежемесячно, на 2-м году — 1 раз в 3 месяца, на 3-м году — 1 раз в 6 месяцев. Детям от матерей с патологией ЩЖ и относящимся в группу часто и длительно болеющих, с низкими параметрами физического развития показана консультация узких специалистов: иммунолога, отоларинголога. При выявлении зоба у детей 2–3 лет из группы риска развития патологии щитовидной железы, педиатру необходимо направить ребенка на консультацию к эндокринологу с проведением УЗИ ЩЖ, определением уровней ТТГ, Т4, АТ к ТПО.

2. У девочек группы риска по развитию патологии ЩЖ в возрасте 2–3 лет может наблюдаться преждевременное половое развитие в виде изолированного телархе. Данная патология требует консультации эндокринолога и детского гинеколога с проведением дифференциальной диагностики с истинным преждевременным половым развитием. Девочки с изолированным телархе должны быть отнесены в группу риска по нарушениям полового созревания, им необходимо диспансерное наблюдение эндокринолога и детского гинеколога.

Третий этап

Задача третьего этапа — выявление нарушений полового созревания и заболеваний ЩЖ у детей раннего пубертатного возраста, родившихся от матерей с тиреоидной патологией.

Организации здравоохранения и специалисты: на амбулаторно-поликлиническом этапе участковые педиатры, детские гинекологи.

Дети, относящиеся к группе риска по развитию патологии ЩЖ, наблюдаются участковым педиатром: проводится оценка физического развития, его гармоничности по центильным таблицам (рост, вес, окружность грудной клетки, ИМТ, размеры таза), пальпаторное исследование

ЩЖ, степень развития вторичных половых признаков, соответствие их данному возрасту. Рекомендуется провести скрининг тест на выявление тиреоидной патологии методом определения вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду (ФТК). Психологическое тестирование.

При выявлении дисгармоничного физического развития с избытком массы тела, отклонений в появлении вторичных половых признаков, увеличения ЩЖ показана консультация детского гинеколога (УЗИ органов малого таза) и эндокринолога (мониторинг состояния ЩЖ 2 раза в год, определение гормонов ЩЖ).

Четвертый этап углубленного клинического и лабораторно-инструментального обследования, назначения лечения

Задачи четвертого этапа — при сочетании тиреоидной патологии с нарушениями полового созревания пациенты подлежат дальнейшему углубленному обследованию и динамическому наблюдению; подбор и назначение лечения пациентам с нарушениями полового развития; назначение профилактических мероприятий пациентам групп риска без лабораторных проявлений; научно-исследовательская, методическая, образовательная и санитарно-просветительная деятельность, направленная на исследование проблемы.

Организации здравоохранения и специалисты: врачи организаций здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь детскому населению, детские гинекологи, а также сотрудники учреждений, занимающиеся научно-исследовательской работой по данной проблеме.

Ведение пациентов с сочетанной патологией необходимо проводить совместно эндокринологом и детским гинекологом.

I. Детским гинекологом проводится: оценка гармоничности физического развития, полового развития (соответствие возрасту), выявление нарушения последовательности появления вторичных половых признаков, особенности становления менструальной функции, эхоскопия органов малого таза (размеры матки, толщина эндометрия, объем яичников), гинекологическое обследование, лабораторная диагностика — определение уровней половых и гипофизарных гормонов (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, прогестерон, эстрадиол, тестостерон), исследование минеральной плотности костной ткани, детям с аутоиммунным тиреоидитом, оперированным по поводу карциномы ЩЖ, длительно получающим препараты гормонов ЩЖ при лабораторном подтверждении снижения ионизированного Ca^{++} в крови. Девочкам с патологией ЩЖ и нарушениями становления менструального цикла рекомендовано при отсутствии кровотечений для регуляции менструального цикла использование фитопрепаратов содержащих вытяжку *agnus castus* по 30 капель ежедневно в сочетании с циклической витаминотерапией по схеме: фолиевая кислота по 0,002 г в сочетании с тиамин хлоридом 0,01 г, пиридоксин хлоридом 0,005 г, никотиномидом

0,02 г, цианокобаламином 0,00005 г по 1 таблетке в день в течение 10 дней, затем витамины «Антиоксикапс с селеном» по 1 драже в день в течение 10 дней, затем 10-дневный перерыв в течение 3 месяцев.

II. При выявлении у девочек с патологией ЩЖ выраженной реакции эмансипации, низкой конформности, лабильного типа акцентуации характера, необходима консультация психотерапевта.

Пятый этап наблюдения за девушками, женщинами детородного возраста с патологией ЩЖ

Задачи пятого этапа — мониторинг состояния девушки-подростка с патологией ЩЖ, планирование беременности.

Организации здравоохранения и специалисты: врачи подростковых кабинетов, детские гинекологи, акушеры-гинекологи женских консультаций, эндокринологи, психологи.

1. Врачи подростковых кабинетов, детские гинекологи осуществляют выявление нарушений в появлении вторичных половых признаков, особенностях становления менструальной функции, проводят эхоскопию органов малого таза (1 раз в год), гинекологическое обследование (1 раз в год), определение уровней половых и гонадотропных гормонов (1 раз в год), а также коррекцию выявленных нарушений.

2. Эндокринологи проводят УЗИ ЩЖ 2 раза в год, определение гормонов ЩЖ ежегодно 1 раз в 6 месяцев, при необходимости коррекции лечения чаще.

3. Психолог осуществляет оценку психологических особенностей личности, при необходимости направляет на консультацию к психотерапевту.

4. Планирование беременности осуществляется совместно гинекологом и эндокринологом, наблюдение во время беременности в женской консультации (этап I).

Таким образом, предложенная нами программа, направленная на выделение групп риска по тиреоидной патологии и нарушениям полового созревания у девочек, своевременное обследование и лечение выявленной патологии, приводит к улучшению как соматического, так и гормонального статуса. Это позволит девочкам с сочетанной патологией (ЩЖ и репродуктивной функции) благополучно вступать в детородный период и родить здорового ребенка, что имеет важное значение в плане обеспечения демографической безопасности нашей страны.