

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ИЗОЛИРОВАННОЕ ТЕЛАРХЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Артикова Дилфуза Махаматовна

*Кандидат медицинских наук, доцент Ташкентский государственный
медицинский университет*

Аннотация: В данной статье представлен клинический случай девочки 1,5 лет с изолированным преждевременным телархе. Был проведен тщательный динамический анализ ультразвуковых, клинико-лабораторных исследований пациентки, проведена дифференциальная диагностика с центральной формой преждевременного полового развития и предложена тактика дальнейшего ведения пациентки.

Ключевые слова: преждевременное половое развитие, телархе, увеличение груди

PREMATURE ISOLATED THELARCHA (CASE REPORT)

Artikova Dilfuza Makhamatovna

*Doctor of Philosophy (PhD) medical sciences, associate Professor Tashkent State
Medical University*

Abstract: This article presents a clinical case of a 1.5-year-old girl with isolated premature thelarche. A thorough dynamic analysis of the patient's ultrasound, clinical and laboratory studies was performed, differential diagnostics with the central form of premature sexual development was carried out, and tactics for further patient management were proposed.

Key words: precocious sexual development, thelarche, breast enlargement

ВВЕДЕНИЕ

Половое созревание – это первичный период, когда достигается половая зрелость и репродуктивная функция, а также происходят центральные соматические, психологические и поведенческие изменения, указывающие на взрослый фенотип [14; p.2129-2134; 3; p. 47485]. Половое созревание у девочек проявляется увеличением молочных желез (телархе), а у мальчиков – увеличением яичек либо в объеме, либо в длину (объем яичек = 4 мл, длина яичек = 25 мм или оба) [11; p.410; 10; p. 168–177]. Его нейроэндокринное состояние, определяемое полной стимуляцией оси гипоталамус-гипофиз-гонады (ГГГ), включает следующее: (1) гонадотропин-рилизинг-гормон (ГнРГ) из гипоталамуса; (2) гонадотропины из гипофиза [лютеинизирующий гормон (ЛГ) и фолликулостимулирующий гормон (ФСГ)]; и (3) гонадальные стероиды и пептиды, которые индуцируются

гонадотропинами гипофиза. Все эти этапы контролируются механизмами обратной связи, как положительной, так и отрицательной [4; p.149].

Преждевременное половое созревание (ПП) означает появление вторичных половых признаков до восьми лет у девочек и до девяти лет у мальчиков. [5; p.18-31; 1; с.84-103]. Выделяют два типа преждевременного полового созревания, а именно центральное ПП (ЦПП) и периферическое ПП (ППП) [9; p.0-5]. В первую очередь, крайне важно различать ЦПП и другие случаи, которые имитируют ЦПП, такие как изолированное преждевременное адренархе и изолированное преждевременное телархе (ИПТ) [12; p. 7-11]. Преждевременное адренархе описывается как пубархе, что обозначает наличие подмышечных и лобковых волос, акне и апокринового запаха тела. Преждевременное адренархе вызвано повышением уровня надпочечниковых андрогенов, независимо от нормальной оси HPG [6; p. 215-221]. Оно диагностируется методом исключения после выявления других патологических состояний, связанных с избытком андрогенов. Хотя преждевременная адренархия имеет благоприятный исход и считается доброкачественным состоянием, следует проявлять осторожность и периодически обследовать ребенка для раннего выявления других признаков полового созревания [8; p.64-67]. С другой стороны, ИПТ определяется как появление только ткани молочной железы (увеличением молочных желез до 3 стадии развития по Tanner) без других признаков, указывающих на половое созревание, таких как ускоренная скорость роста, опережающее созревание скелета и быстрое развитие молочных желез [7; p.466-471]. Чаще всего возникает в течение первых двух лет жизни и в большинстве случаев регрессирует, имеет обычно доброкачественный, самоограничивающийся характер и он редко прогрессирует [13; p.167-173; 1; с.84-103]. Длительный катамнез за пациентками с ИТ показал, что чаще всего наблюдается как регрессия или стабилизация роста молочных желез, так и возможен переход в полную форму преждевременного полового развития (ППР). Клиника ИТ имеет волнообразный характер течения с периодическим увеличением и уменьшением железистой ткани [2; с.314]

Цель. Разобрать клинический случай девочки 1.5 лет с преждевременным изолированным телархе.

Материал и методы. Разобран полный клинический статус девочки 1,5 лет. Обследование проводилось в Национальном детском медицинском центре г. Ташкент. Было проведено ультрозвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза (матки и яичники) и грудных желез на аппарате LOJIQ P7 Электронный линейный датчик 12 МГц и конвексный-4,0МГц. Проведены общеклинический анализ крови (ОАК) и сахар крови, гормональное исследование – ТТГ, св.Т4, эстрадиол, ФСГ, ЛГ, 17ОН-прогестерон, пролактин.

Результаты исследования и их обсуждение.

Клинический случай. На приём обратилась мама с ребенком девочкой 1.5 лет. Жалобы на симметричное увеличение грудных желез.

Анамнез ребёнка. Девочка от первой беременности. Родилась в срок 40 недель. Вес при рождении 3.800гр., рост 57см. По шкале Апгар 10 баллов. Ребенок на грудном вскармливании. Согласно существующим рекомендациям в срок были введены все прикормы. Водный режим правильный. Сейчас ребенок весит 9.200. рост 78см. Девочка склонна к запорам.

Анамнез матери. За 2 года до беременности перенесла вирусную инфекцию, которая поразила желудочно-кишечный тракт, а именно развился синдром раздраженного кишечника, реактивный панкреатит. Лечение проводилось амбулаторно с выздоровлением. Во время беременности мама часто употребляла пищу с добавлением мяса курицы. Беременность I, роды I естественные. Беременность у мамы протекала хорошо. Признаков угрозы в течение всей беременности не было

Объективно. Девочка правильного телосложения. Рост 78см, вес 9200гр. Активная. Психомоторное развитие соответствует возрасту. Сон хороший. Однократный дневной сон. На момент осмотра имеет 9 зубов. Пищу кусочками употребляет. Аппетит хороший. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Большие половые губы сомкнуты. Клитор не увеличен. Грудные железы симметрично увеличены, мягкие, безболезненные, без признаков воспаления.

Мама обращалась раньше 2 месяца назад. Сегодняшний осмотр был в динамике.

Первичный осмотр.

Возраст 1 год 4мес. Рост 75см, вес 8900гр. Грудные железы симметрично увеличены, безболезненные, без признаков воспаления. Большие половые губы сомкнуты. В этот осмотр ребёнку было проведено УЗИ матки и яичников и грудных желез. Гормональное обследование не проводилось. По данным УЗИ. Матка незначительно увеличена в AFV размерами до 22,3*7,4*6,7мм, контуры ровные, чёткие. Миометрий однороден, эхогенность не нарушена. М-эхо срединное. Эндометрий до 2,4 мм, эхогенность не нарушена. Полость матки не расширена. Правый яичник ячеистой структуры размерами до 15,3*10,5*10,4мм, не увеличен. Визуализируются антральные фолликулы размерами до 7,3мм. Левый яичник ячеистой структуры, размерами до 13,2*7,5*10,6мм, не увеличен. Визуализируются антральные фолликулы размерами до 6,8мм. Заключение. Эхокартина матки и придатков без явных эхопатологий (визуализируется эндометрий). В грудных железах прослеживается незначительное количество железистой ткани.

Было рекомендовано динамическое наблюдение в течение 2-х месяцев с последующим более глубоким гормональным исследованием и УЗИ матки и яичников и грудных желез.

Повторный осмотр был проведен через 2 мес.

Результаты обследования.

УЗИ матки и яичников. Матка незначительно увеличена в AFV размерами до 12,3*4,3*7,4мм, контуры ровные, чёткие. Миометрий однороден, эхогенность не

нарушена. М-эхо срединное. Эндометрий от 1,0мм до 1,6 мм, эхогенность не нарушена. Полость матки не расширена. Правый яичник ячеистой структуры размерами до 9,8*8,2*6,5, не увеличен. Визуализируются антральные фолликулы. Левый яичник ячеистой структуры, размерами до 12,9*10,5*9,0мм, не увеличен. Визуализируются антральные фолликулы. Заключение. Эхокартина матки и придатков без явных эхопатологий (визуализируется эндометрий). В грудных железах прослеживается незначительное количество железистой ткани (в динамике с уменьшением).

Лабораторные исследования.

ОАК- лейкоциты 9,33*10⁹/л (4,5-13,0), лимфоциты 7,02*10⁹/л (1,2-5,2), гемоглобин 125г/л (117,0-166,0), нейтрофилы 1,7*10⁹/л (1,8-8,0), эозинофилы 1,1% (1,0-6,0)

Гормональные исследования. ТТГ 1,68μU/mL (1-6 лет 0,85-6,5), св.Т4 23,45pmol/L (Эутиреоз 11.9-21.6 Гипотиреоз<11.9 Гипертиреоз>21.6), эстрадиол 21,4 pg/mL (2,4-233,0), ЛГ 0,24mIU/ml(1-5 лет 0,1-0,5), ФСГ5,10mIU/ml (3,3-12,9), пролактин309,6μIU/mL (102-496), 17 ОН прогестерон 0,66ng/ml(1-13лет: 0.1-2.28)

Диагноз. Преждевременное изолированное телархе (без активации гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси).

Клинического или лабораторного признака центрального ППР нет.

Обсуждение. У детей до 2-3 лет могут сохраняться небольшие молочные железы за счёт остаточного влияния материнских эстрогенов или активации собственной гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси в раннем возрасте («мини-пубертат»). Ключевой момент – симметричность, отсутствие покраснений, уплотнений, боли, выделений из сосков. Эндометрий тонкий – это норма в постнатальном «покое» после завершения мини –пубертата. Наличие антральных фолликулов- тоже физиологично, даже у маленьких детей могут визуализироваться единичные мелкие фолликулы. Это отражает базовую активность яичников, но не говорит о преждевременном половом развитии, если нет клинических признаков (рост груди, оволосение, ускоренный рост, изменение костного возраста).

17 ОН прогестерон норма для этого возраста (патологическое значение для ВДКН обычно более 2-3 нг/мл), ПРЛ для детей до 2-х лет обычно до 500мЕД/л, соотношение ФСГ больше ЛГ это норма, ТТГ у детей в норме (0,7-6,0 μU/mL)

Для девочки 1,6 лет ОАК анализ крови в пределах физиологической лимфоцитарной фазы – после «первого перекреста» в 4-5 лет нейтрофилы начинают преобладать. Если нет симптомов инфекции или иммунодефицита, лечить и дополнительно обследовать не требуется- только динамическое наблюдение при контрольном ОАК.

Рекомендации. Наблюдение в динамике каждые 3-6 мес. Контроль роста и костного возраста при ускорении темпов роста или появлении новых признаков полового развития. Исключить воздействие экзогенных эстрогенов (кремы, фитопрепараты), быть осторожными в диете. Исключить продукты - соевые

продукты (соевое молоко, соевый соус), семена льна – там высокий уровень растительных эстрогенов, семена кунжута в больших количествах, фастфуды и полуфабрикаты (особенно мясо птицы), мясо и молочные продукты без маркировки «без гормонов», бутылочки и контейнеры из старого пластика. Больше в рационе белка (яйцо, рыба, бобовые, нежирное мясо), молочные продукты (йогурт, творог, кефир), овощи и фрукты – брокколи, цветная капуста, злаки-овсянка, гречка, рис, кукуруза, здоровые жиры- оливковое масло, авокадо, умеренно орехи. Не храните еду в пластиковых контейнерах при нагреве.

Заключение.

Преждевременное телархе является доброкачественным заболеванием и не требует лечения, за исключением поддержки родителей. Поскольку увеличение молочных желез может быть первым признаком центрального преждевременного полового созревания, во всех случаях показано длительное наблюдение каждые 3–6 месяцев с тщательным мониторингом других пубертатных событий и линейного роста.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES:

1. Петеркова В.А., Алимова И.Л., Башнина Е.Б., Безлепкина О.Б., Болотова Н.В., Зубкова Н.А., Калинин Н.Ю., Карева М.А., Кияев А.В., Колодкина А.А., Кострова И.Б., Макажан Н.В., Малиевский О.А., Орлова Е.М., Петряйкина Е.Е., Самсонова Л.Н., Таранушенко Т.Е. Клинические рекомендации «Преждевременное половое развитие». Проблемы Эндокринологии. 2021;67(5):84-103

2. Тихомирова А.В. Распространенность синдрома изолированного телархе у девочек, проживающих в Саратовской области ЖУРНАЛ Бюллетень медицинских интернет-конференций 2013 С.314]

3. Ahmed Alghamdi. Precocious Puberty: Types, Pathogenesis and Updated Management Cureus . 2023 Oct 22;15(10):e47485.

4. Bianco SD. A potential mechanism for the sexual dimorphism in the onset of puberty and incidence of idiopathic central precocious puberty in children: sex-specific kisspeptin as an integrator of puberty signals. Front Endocrinol (Lausanne) 2012;3:149.

5. Brito VN, Latronico AC, Arnhold IJ, Mendonça BB. Update on the etiology, diagnosis and therapeutic management of sexual precocity. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2008;52:18–31.

6. DeSalvo DJ, Mehra R, Vaidyanathan P, Kaplowitz PB. In children with premature adrenarche, bone age advancement by 2 or more years is common and generally benign. J Pediatr Endocrinol Metab. 2013;26:215–221. doi: 10.1515/jpem-2012-0283.

7. De Vries L, Guz-Mark A, Lazar L, et al. Premature thelarche: age at presentation affects clinical course but not clinical characteristics or risk to progress to precocious puberty. J Pediatr. 2010;156(3):466-471.

8. Eugster EA. Peripheral precocious puberty: causes and current management. *Horm Res.* 2009;71 Suppl 1:64–67.
9. Khokhar A, Mojica A. Premature thelarche. *Pediatr Ann.* 2018;47:0–5.
10. Kim SJ, Kim JH, Hong YH, et al. 2022 Clinical practice guidelines for central precocious puberty of Korean children and adolescents. *Ann Pediatr Endocrinol Metab.* 2023;28:168–177.
11. Lanciotti L, Cofini M, Leonardi A, Penta L, Esposito S. Up-to-date review about minipuberty and overview on hypothalamic-pituitary-gonadal axis activation in fetal and neonatal life. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2018;9:410.
12. Novello L, Speiser PW. Premature adrenarche. *Pediatr Ann.* 2018;47:7-11
13. Schultz KA, Sencer SF, Messinger Y, Neglia JP, Steiner ME. Pediatric ovarian tumors: a review of 67 cases. *Pediatr Blood Cancer.* 2005;44:167–173.
14. Shahab M, Mastronardi C, Seminara SB, Crowley WF, Ojeda SR, Plant TM. Increased hypothalamic GPR54 signaling: a potential mechanism for initiation of puberty in primates. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2005;102:2129–2134. doi: 10.1073/pnas.0409822102.