

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК

О.Г. Верхошанова

Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины, г. Харьков

РЕЗЮМЕ

На основании тщательного изучения анамнеза жизни и болезни, семейного анамнеза 140 девочек в возрасте от 5 месяцев до 8 лет с преждевременным половым развитием были выделены наиболее значимые факторы риска формирования преждевременного полового развития, к которым, помимо известных, относятся молодой возраст матери, разница в возрасте родителей более 8 лет, тяжелый гестоз первой половины беременности, угроза прерывания беременности, осложнения во время родов, роды путем кесарева сечения, внутриутробная гипоксия плода, асфиксия новорожденного, перенесенные заболевания и частые ОРВИ на первом году жизни, патология ЦНС с рождения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: преждевременное половое развитие, факторы риска

Физиологическое течение периода полового созревания служит одним из важнейших факторов, которые обеспечивают полноценность репродуктивной функции у жен-щин в будущем [3, 5]. В связи с этим изучение разнообразных отклонений в течении процесса полового созревания у девочек заслуживает повышенного внимания специалистов. К наименее изученным проблемам относится преждевременное половое развитие (ППР) у девочек, не связанное с опухолевыми процессами и генетическими заболеваниями.

Общепринятым является положение о том, что ППР – это появление вторичных половых признаков у девочек до 8 лет и менструаций до 10 лет [1, 2, 4]. Важность этой проблемы обусловлена тем, что девочки с ППР в раннем возрасте имеют множество социальных проблем, связанных с ускоренным ростом и особенностями телосложения, а в более старшем возрасте эти дети остаются низкорослыми, что приводит к нарушению социальной адаптации их в обществе, а так же ППР откладывает значительный отпечаток на функционирование репродуктивной системы в будущем. Раннему выявлению ППР способствует наблюдение за группами риска возникновения этой патологии.

В литературе имеются данные о том, что к факторам риска возникновения ППР у девочек относится прием продуктов с повышенным содержанием фитоэстрогенов, в том числе блюд из сои и мяса птицы, при кормлении которой использовались пищевые добавки для быстрого увеличения массы [2].

Целью исследования было выделение не изучавшихся ранее факторов риска формирования ППР у девочек.

Работа выполнялась в соответствии с

комплексной научно-исследовательской работой отделения гинекологии Института охраны здоровья детей и подростков АМН Украины «Разработать оптимальные алгоритмы обследования и лечения девочек и девушек-подростков с нарушениями функции половой системы на основании изучения отдаленных последствий этих нарушений при использовании разных методов лечения», № госрегистрации 0102U002286.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 140 девочек в возрасте от 5 месяцев до 8 лет с ППР, в том числе 23 – с полной формой патологии, 92 – с изолированным преждевременным телархе и 25 – с изолированным преждевременным пубархе. Контрольную группу составила 81 девочка в возрасте до 9 лет без признаков полового созревания.

Проводилось тщательное изучение анамнеза жизни и болезни, семейного анамнеза по общепринятой методике. Обращалось внимание на характер течения беременности и родов у матери, порядок рождения ребенка в семье, возраст родителей во время беременности, перенесенные ранее заболевания.

Все больные были осмотрены невропатологом, эндокринологом, отоларингологом, окулистом и педиатром с проведением необходимых параклинических методов обследования.

Результаты работы обработаны статистически с применением пакета программ Microsoft Excel. Определялись число пациентов в группах (n) и их процентное соотношение (%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведено изучение особенностей

течения перинатального периода у обследованных больных. Полученные данные приведены в таблице.

Приведенные в таблице данные свидетельствуют о том, что различные осложнения беременности и родов у матерей девочек с ППР встречаются чаще, чем в контрольной группе. Во всех группах обследованных наиболее часто отмечалась угроза прерывания беременности, которая наблюдалась у них в 2,5 раза чаще, чем в контрольной группе.

Чаще, чем в контроле встречался тяжелый ранний гестоз, который у большинства женщин сохранялся даже до родов, причем у

матерей девочек с изолированным преждевременным пубархе эта патология встречалась в 2,5 раза чаще, чем у матерей девочек с ППР по изосексуальному типу (33,3% и 13,1% соответственно; $P_f < 0,001$). Таким образом, тяжелый продолжительный ранний гестоз является фактором риска ППР по гетеросексуальному типу.

Обратило на себя внимание высокая частота фетоплацентарной недостаточности и асфиксия в период новорожденности девочек с полной формой ППР и изолированным телархе в сравнении с такими в контрольной группе (24,6% и 6,3% соответственно; $P_f < 0,001$).

Таблица

Течение беременности и родов у матерей девочек с разными формами ППР

Группы обследованных	Без осложнений		Тяжелый ранний гестоз		Поздний гестоз		Угроза прерывания беременности		Оперативные вмешательства во время родов		Другие осложнения	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Контрольная группа N=81	36	44,4	3	3,7	3	3,7	15	18,5	11	13,5	5	6,2
Полная форма ППР N=22	5	22,7*	4	18,2*	2	9,1	10	45,5**	6	27,3	5	22,7*
Преждевременное изолированное телархе N=92	24	26,1**	11	11,9*	3	3,3	36	39,1 [^]	17	18,5	21	22,8 [^]
Преждевременное изолированное пубархе N=24	4	16,7**	8	33,3 [^]	-	-	10	41,7**	2	8,3	2	8,3

^o $P_f < 0,03$
^{*} $P_f < 0,01$
[^] $P_f < 0,001$

Установлено, что матери девочек с изолированным преждевременным телархе в 4 раза чаще, чем в контрольной группе к моменту родов не достигали возраста 20 лет (14,5% и 3,7% соответственно; $P_f < 0,04$). При других формах ППР возраст обоих родителей не отличался от контрольных данных. В то же время в группе девочек с изолированным преждевременным телархе разница в возрасте родителей больше, чем на 8 лет регистрировалась в два раза чаще, чем в популяции и при полной форме ППР. Полученные результаты позволяют отнести к факторам риска формирования ППР молодой возраст матери (до 20 лет) во время родов.

У 33% больных на фоне отягощенного перинатального анамнеза перед появлением молочной железы имели место острые инфекционные заболевания на первом году жизни (гнойный отит, обструктивный бронхит, пневмония, частые ОРВИ и др.) Главной причиной ППР в этой группе девочек является, вероятно, активация

гипоталамо-ги-пофизарно-яичниковой системы под воздействием сочетанного влияния неблагоприятных перинатальных факторов и интоксикации.

Среди девочек, у которых признаки ППР появились после двух лет жизни заболевания ЦНС с периода новорожденности (резидуально-органическая энцефалопатия, синдром ликворной гипертензии вследствие токсико-ишемического поражения ЦНС и др.), диагностировались в три раза чаще, чем среди девочек с появлением ППР до двух лет и у здоровых ровесниц.

Длительные патологические изменения в результате неврологического заболевания могут быть пусковым механизмом активации системы гипоталамус-гипофиз-яичники. Развитие токсико-ишемического поражения ЦНС у 58,1% девочек было обусловлено тяжелым гестозом матерей, а у 50,0% угрозой прерывания беременности, по поводу чего 40,0% женщин принимали туринал или угрожестан. Интранатальное поражение ЦНС, вызванное асфиксией,

наблюдалось у 45,2% больных. 30,0% девочек были рождены путем кесарева сечения, при котором также невозможно исключить травматическое повреждение шейного отдела позвоночника.

ВЫВОДЫ

1. К наиболее значимым факторам риска формирования ППР относится отягощенный перинатальный анамнез.
2. К факторам риска возникновения ППР у девочек по данным наших исследований относятся возраст матери к моменту родов до 20 лет и разница в возрасте родителей более 8 лет.

3. Перенесенные тяжелые острые инфекционные заболевания и частые ОРВИ на первом году жизни могут вызвать возникновение ППР у девочек.

Перспективы дальнейших исследований состоят в том, что определение основных факторов риска формирования ППР позволит выделить необходимый объем диспансерных методов наблюдения за девочками группы риска, минимальные методы обследования и своевременное назначение патогенетически обусловленного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левенец С.А., Дынник В.А., Куликова Л.Ф. и др. // Буковинський мед. вісник. - 2004. - № 2. - С. 65-69.
2. Ткаченко Л.Ф. // Журнал акушерства и женских болезней. - 2000. - № 3. - С. 36-39.
3. Дедов И.И., Семичева Т.В., Петеркова В.А. Половое развитие детей: норма и патология. -М. - 2002. - 232 с.
4. Зелінський О.О., Сербенюк Н.В., Будяк Л.С. Передчасний статевий розвиток у дівчат. -Одеса: ОКА. - 2003. - 152 с.
5. Преждевременное половое развитие / В.А. Петеркова, Т.В. Семичева, С.К. Горелышев, Ю.В. Лозовая.-М. - 2003. - 40 с.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНОГО СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ У ДІВЧАТ

О.Г. Верхошанова

Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України, м. Харків

РЕЗЮМЕ

На підставі вивчення анамнезу життя та хвороби, сімейного анамнезу 140 дівчаток віком від 5 місяців до 8 років з передчасним статевим розвитком (ПСР) були відхилені найбільш значущі фактори ризику формування ПСР, до яких, крім загальновідомих, відносяться молодий вік матері, вікова різниця батьків більш 8 років, тяжкий гестоз першої половини вагітності, загроза переривання вагітності, ускладнення під час пологів, пологи шляхом кесарського розтину, внутрішньоутробна гіпоксія плода, асфіксія новонародженого, перенесені гострі інфекційні захворювання на першому році життя, патологія ЦНС з періоду новонародженості.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: передчасний статевий розвиток, фактори ризику

RISK FACTORS OF PREMATURE SEXUAL DEVELOPMENT FORMATION IN GIRLS

O.G. Verkhoshanova

Institute of Children and Adolescents Health Care of AMS of Ukraine, Kharkiv

SUMMARY

On the basis of thorough studying life and disease anamnesis and family anamnesis of 140 girls with premature sexual development (PSD), aged 5 months to 8 years, there have been singled out principal risk factors of PSD formation. Apart from already known factors to them belong young age of the mother, age difference between the parents more than 8 years, severe gestosis of recent pregnancy, threatened abortion, complicated parturition, delivery by cesarean section, fetus intrauterine hypoxia, postnatal asphyxia, as well as endured diseases and frequent acute respiratory virus infections during the first year of life, and also CNS pathology from birth.

KEY WORDS: premature sexual development, risk factors