ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С НИЗКОРОСЛОСТЬЮ

© *Дорошенко Ирина Тоймурадовна*

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, 223027, Республика Беларусь, Минская область, Минск, E-mail: irinadoroshenkot@gmail.com

Ключевые слова: дети; половое развитие; низкорослость; ограничение жизнедеятельности.

Введение. Важным показателем при оценке физического развития ребенка является половое созревание. Половое развитие в пубертатном периоде отражает состояние гормонального фона ребенка, степень зрелости его репродуктивной системы, а также биологический возраст.

Цель исследования. выделить основные закономерности полового развития детей и подростков, имеющих ограничение жизнедеятельности, вследствие низкорослости.

Материалы и методы. Было проведено исследование и оценка полового развития по Таннеру у 150 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие низкорослости. Средний возраст составил 8,07±3,72 года.

Контрольная группа формировалась из 150 лиц, имеющих нарушения роста обусловленное конституциональной и семейной низкорослостью (КСН) и не приводящее к ограничению жизнедеятельности. Возрастные и гендерные различия в обоих группах отсутствовали (P>0,05).

У минимальной границы возраста старта пубертата (девочки с 8 лет и мальчики с 9 лет согласно общепринятым нормам появления вторичных половых признаков) находилось 67 детей основной группы и 80 детей контрольной.

У максимальной границы возраста наступления пубертата (девочки с 13 лет и мальчики с 14 лет) находилось 15 детей основной группы и 18 детей контрольной.

Для оценки полученных результатов применялись методы описательной статистики: абсолютное число, относительная величина (p), стандартная ошибка относительных величин (m_p). Достоверность различий качественных показателей между исследуемыми группами определялась по критерию χ^2. Различия считались достоверными при уровне значимости (P<0,05).

Степень развития вторичных половых признаков оценивалась по классификации Таннера, данные показатели выражались общей формулой, на основании которой выставлялась стадия полового созревания. Сравнение стадии полового созревания по Таннеру с долженствующей стадией проводилась у детей с минимальной границей возраста старта пубертата. Задержка полового развития устанавливалась у девочек с 13 лет при отсутствии развития молочных желез к 13 годам и/или отсутствие первой менструации к 15 годам и у мальчиков при отсутствии увеличения объема яичек > 4 мл (или длины яичек > 2,4 см) к 14 годам.

Результаты. По результатам проведенного исследования полового развития детей с низкорослостью было установлено, что у всех (100,0%) детей, находившихся в возрасте минимальной границы старта пубертата была I стадия полового созревания по Таннеру (препубертат), что соответствовала нормальному половому развитию данной категории детей.

У детей выше указанного возраста наиболее часто также встречалась I стадия полового созревания: (у 56,7±6,1% детей основной группы и у 47,5±5,6% — контрольной), несколько реже — V (у 20,9±5,0% детей — основной группы и у 25,0±4,8% — контрольной), редко — II (у 14,9±4,4 % детей — основной группы и у 15,0±4,0% — контрольной), III и IV стадии по Таннеру были представлены единичными случаями в обоих группах (P>0,05).

Анализ соответствия стадии полового созревания долженствующей согласно полу и возрасту ребенка показал, что у 29,9±5,6% детей, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие низкорослости отмечалось опережение стадии полового созревания (в 65,0±10,9% случаев на одну стадию), а у 28,4±5,5% — отставание (в 52,6±11,8% случаев на одну стадию). Статистически достоверной разницы между детьми двух групп обнаружено не было (P>0,05).

В ходе анализа данных было установлено, что задержка полового развития встречалась у 5 (33,3±12,6%) детей, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие низкорослости и 3 (16,7±9,0%) детей в группе КСН (P>0,05). Наиболее частой (40,0±24,5%) нозологией,

приводящей к задержка полового развития у детей основной группы была множественная недостаточность гормонов гипофиза. Единичными случаями (20,0±20,0%) были представлены такие заболевания, как синдром Шерешевского-Тернера, остеохондроплазия и гипотиреоз.

Заключение. Таким образом, установлено, что у 29,9±5,6% детей, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие низкорослости отмечается опережение стадии полового созревания (в 65,0±10,9% случаев на одну стадию), а у 28,4±5,5% — отставание (в 52,6±11,8% случаев на одну стадию). Не отмечается статистически достоверной разницы в половом развитии между детьми, имеющими ограничение жизнедеятельности вследствие низкорослости и детьми с КСН. Задержка полового развития встречается у 33,3±12,6% детей, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие низкорослости, и наиболее часто (40,0±24,5%) к ней приводит множественная недостаточность гормонов гипофиза.