

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 $8,07 \pm 3,72$ 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 обеих 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 фор-

мулой, на основании которой выставлялась стадия полового созревания. Сравнение стадии полового созревания по Таннеру с должествующей 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 $56,7 \pm 6,1\%$ детей основной группы и у $47,5 \pm 5,6\%$ — контрольной), несколько реже — V (у $20,9 \pm 5,0\%$ детей — основной группы и у $25,0 \pm 4,8\%$ — контрольной), редко — II (у $14,9 \pm 4,4\%$ детей — основной группы и у $15,0 \pm 4,0\%$ — контрольной), III и IV стадии по Таннеру были представлены единичными случаями в обеих группах ($P > 0,05$).

Анализ соответствия стадии полового созревания должествующей согласно полу и возрасту ребенка показал, что у $29,9 \pm 5,6\%$ детей, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие низкорослости отмечалось опережение стадии полового созревания (в $65,0 \pm 10,9\%$ случаев на одну стадию), а у $28,4 \pm 5,5\%$ — отставание (в $52,6 \pm 11,8\%$ 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 ($33,3 \pm 12,6\%$) детей, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие низкорослости и 3 ($16,7 \pm 9,0\%$) детей в группе КСН ($P > 0,05$). Наиболее частой ($40,0 \pm 24,5\%$) нозологией,

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

Заключение. Таким образом, установлено, что у $29,9 \pm 5,6\%$ детей, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие низкорослости отмечается опережение стадии полового созревания (в $65,0 \pm 10,9\%$ случаев на одну стадию),

а у $28,4 \pm 5,5\%$ — отставание (в $52,6 \pm 11,8\%$ 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 $33,3 \pm 12,6\%$ детей, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие низкорослости, и наиболее часто ($40,0 \pm 24,5\%$) к ней приводит множественная недостаточность гормонов гипофиза.