

В.А. Дынник

Патоморфоз физического, полового развития и сопутствующей экстрагенитальной патологии у больных с аномальными маточными кровотечениями пубертатного периода за последние 30 лет

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков
 SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.3(67):120-124; doi10.15574/SP.2015.67.120

Цель: выяснение динамики изменений за 30 лет физического, полового развития, сопутствующей соматической патологии у девочек-подростков с аномальными маточными кровотечениями (АМК).

Пациенты и методы. Сравнивались данные, полученные при обследовании подростков с АМК, находившихся на лечении в гинекологическом отделении ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН» Украины в 1982–1985 гг. (122 девочки), в 1997–2002 гг. (375 девочек) и 2008–2012 гг. (232 девочки).

Результаты. Выявлено достоверное увеличение удельного веса пациенток с избыточной массой тела; значительно выросло количество больных 11–13-летнего возраста с опережением полового развития, различными кожными проявлениями гиперандрогении. Неизменным остался средний возраст появления менархе. Изменилась структура сопутствующей соматической патологии: на первое место вышли заболевания эндокринной системы (в основном за счет диффузного нетоксического зоба I, II степени), значительно выросло количество девочек, имеющих два и более сопутствующих соматических заболеваний.

Выводы. За последние 30 лет произошли существенные изменения со стороны физического, полового развития у подростков с АМК. Увеличение частоты сопутствующей соматической патологии свидетельствует об ухудшении общего здоровья подрастающего поколения. Все это должно учитываться при построении персонализированных схем лечения и профилактики у данного контингента больных.

Ключевые слова: физическое и половое развитие, сопутствующая соматическая патология, аномальное маточное кровотечение, пубертатный период.

Здоровье — важнейший компонент человеческого благополучия и счастья, одно из неотъемлемых прав человека, условий успешного социального и экономического развития любой страны. Особую обеспокоенность вызывает здоровье детей, ибо в XXI веке здоровье нации и всего общества в целом связаны со здоровьем человека. Однако физическое состояние детей свидетельствует о том, что здоровье подрастающего поколения не соответствует ни потребностям, ни возможностям современного общества [12, 14]. Низкие показатели рождаемости, относительно высокая младенческая и детская смертность, рост распространенности хронических болезней у детей и детской инвалидности в значительной степени определяют величину репродуктивных потерь, негативно влияющих на развитие общества. Состояние здоровья детей и подростков Украины претерпевает значительные изменения, характеризуется устойчивыми тенденциями к росту заболеваемости, увеличением распространенности хронической патологии, снижением количества здоровых детей во всех возрастно-половых группах [1,6,17]. Увеличение общей заболеваемости в детской среде неразрывно связано с экологическими, биологическими, социальными факторами, которые сейчас приобретают все более негативный характер [1,3,11,13]. Необходимо подчеркнуть ценность здоровья девочек-подростков, составляющих основную часть репродуктивного потенциала нации. Проблему в области народонаселения решить невозможно, если не уделять пристального внимания репродуктивному потенциалу подрастающего поколения, которое в ближайшем будущем вступит в фертильный возраст. Известно, что репродуктивное здоровье прямо зависит от соматического, а формирование будущей матери — от ее физического, полового развития и болезней, которые она перенесет в подростковом возрасте, — одним из наиболее важных

периодов жизни [18]. Это период характеризуется чрезвычайно напряженными процессами роста и развития, морфофункциональными перестройками, именно в этот период организм наиболее чувствителен к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды [7,19].

В этой связи представляют интерес исследования, направленные на изучение особенностей физического, полового развития, становления менструальной функции, как составляющих репродуктивного потенциала, у современных подростков. Данные литературы позволяют утверждать, что наблюдается увеличение частоты гинекологической патологии не только среди женщин репродуктивного возраста, но и среди подростков [15]. В основе причин, приводящих к нарушению менструального цикла, лежат функциональные расстройства как следствие неустойчивости регуляторных взаимосвязей в репродуктивной системе и её высокой чувствительности к воздействию неблагоприятных факторов, как экзогенного, так и эндогенного генеза [10,16]. Нестабильность социальных и экономических отношений в стране приводит к формированию хронического стресса у населения. Стресс, наряду с другими неблагоприятными воздействиями эндо- и экзогенного характера, служит патогенетической основой эндокринных нарушений, особое место среди которых занимают аномальные маточные кровотечения (АМК) пубертатного периода.

Целью настоящего исследования явилось выяснение динамики изменений за 30 лет физического, полового развития, сопутствующей соматической патологии у девочек-подростков с аномальными маточными кровотечениями.

Материал и методы исследования

В работе сравнивались данные, полученные при обследовании пациенток 11–18 лет с АМК, находящихся

на лечении в гинекологическом отделении ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН» Украины в 1982–1985 гг. (122 девочки), в 1997–2002 гг. (375 больных) и 2008–2012 гг. (232 девочки).

В соответствии с протоколом исследования, всем пациенткам проводилось измерение антропометрических параметров (роста, веса, вычисление индекса массы тела) и визуальная оценка полового развития. Уровень биологического развития девушек оценивался по половой формуле и возрасту менархе. При оценке степени полового созревания использовали методику Л.Г. Тумилович и соавт., в основу которой положена цифровая (балльная) оценка степени развития каждого полового признака и их биологической значимости [8]. Возраст менархе и особенности менструального цикла определялись в ходе опроса. Индекс массы тела (ИМТ) вычислялся по формуле: $ИМТ = m/h^2$, где m — масса тела, кг, h — рост, м. Оценка ИМТ проводилась с помощью процентильных таблиц в соответствии с протоколами оказания специализированной помощи детям с эндокринной патологией [9]. Все больные были осмотрены смежными специалистами для выявления сопутствующей соматической патологии (педиатром, эндокринологом, психиатром, ЛОРом, окулистом).

Статистическая обработка материала производилась с помощью программного пакета STATISTICA-6.0 (StatSoft Inc., США). Значимость различий между группами оценивалась с помощью критериев углового преобразования Фишера, Wilcoxon–Mann–Whitney, χ^2 . Разница в показателях считалась достоверной при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение анамнестических данных позволило выяснить, что только от 18,9% до 24,6% девочек-подростков не болели детскими инфекциями. Этот показатель за последние 30 лет существенно не изменился. А вот данные относительно перенесённых детских инфекций претерпели значительные изменения. Как видно на рис. 1, в 1985 г. ведущие места занимали такие инфекции, как ветряная оспа (63,8%), эпидемический паротит (28,3%), корь (26,7%), скарлатина (17,3%) и краснуха (14,2%). В 2002 г. и 2012 г. среди перенесённых детских инфекций первые места стали занимать ветряная оспа и краснуха. Заболеваемость ветряной оспой остается высокой и колеблется в пределах 70,9% (2002 г.) и 70,7% (2012 г.). По сравнению с 1985 г. достоверно возросло количество детей, перенесших краснуху (1985 г. — 14,2%; 2002 г. — 22,7%; 2012 г. — 18,8%; $p_{1,2} < 0,02$). С 2011 г. Календарь профилактических прививок в Украине предусматривает

обязательные прививки детского контингента против краснухи (приказ МЗ Украины от 16.09.2011 № 595). Значительно снизилась заболеваемость корью: в 5,5 раза по сравнению с 2002 г. и 18 раз по сравнению с 2012 г. ($p_{1,2} < 0,0001$). Аналогичная тенденция отмечалась и относительно эпидемического паротита и скарлатины. По сравнению с 1985 г. удельный вес девочек с этими инфекциями снизился в 2,5–3 раза по отношению к 2002 г. и 18–29 раз по отношению к 2012 году. Перенесли три и более детские инфекции в 1985 г. 19,5% пациенток, в 2002 г. этот показатель снизился в 2,5 раза (7,8%; $p < 0,0001$), в 2012 г. — в 10 раз (1,9%; $p < 0,0001$).

На наш взгляд, снижение заболеваемости «управляемыми инфекциями» связано с достаточно продолжительным и настойчивым обсуждением в средствах массовой информации необходимости прививок и их безопасности и, как результат, большим охватом обязательными прививками детского контингента. То есть усилия медиков (педиатров, семейных врачей, эпидемиологов, инфекционистов), соответствующих департаментов здравоохранения, журналистов дали свои позитивные результаты. Однако выявленная нами достаточно массивная вирусная интервенция еще в детстве у обследованных больных может приводить к ослаблению иммунной системы и в определенной мере способствовать возникновению нарушений менструальной функции в подростковом возрасте. В связи с этим активная иммунизация остается ключевым звеном в предотвращении переноса и распространения патогенного возбудителя детских инфекционных заболеваний.

Изучение физического развития в динамике за 30 лет выявило, что у подростков с АМК, находящихся на лечении в 1982–1985 гг., отмечалось гармоничное физическое развитие в 66,0% случаев, в 1997–2002 гг. — в 69,0%, а в 2008–2012 гг. только 55,2% не имели отклонений в физическом развитии, что достоверно реже, чем в прежние годы ($p_{\chi^2} < 0,01–0,001$; рис. 2).

Обращает внимание, что в 80-х годах прошлого века высокорослость отмечалась у 8,5% обследованных девочек с АМК, а в конце 90-х годов и в первом десятилетии XXI века только у 3,5% и 4,8% соответственно, что значительно реже, чем в 80-х годах ($p_{\chi^2} < 0,05$; рис. 3).

В настоящее время с целью адекватной оценки массы тела используют коэффициент ИМТ, который тесно коррелирует с общим содержанием жира в организме и вычисляется по формуле Кетле. Выяснилось, что у пациенток с АМК еще 7–10 лет тому назад ИМТ в пределах физиологических колебаний регистрировался у 73,1%, избыточная масса тела (выше 85 перцентиля) — у 9,6%, из них у 19%

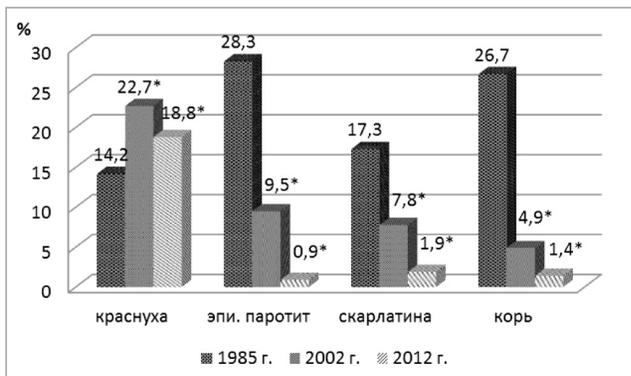


Рис. 1. Динамика изменений заболеваемости детскими инфекциями

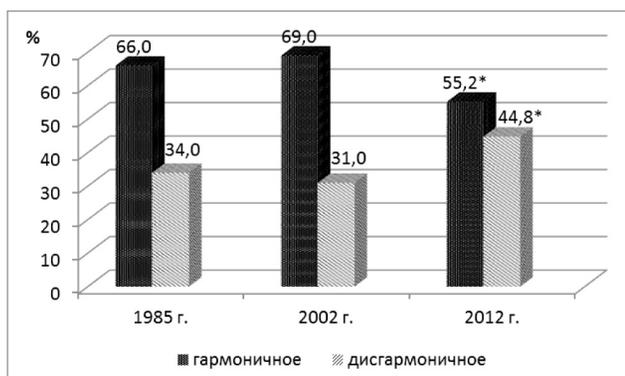


Рис. 2. Динамика показателей физического развития подростков с АМК

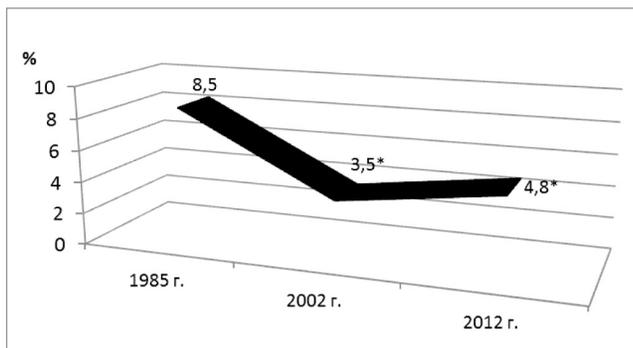


Рис. 3. Динамика показателей высокорослости у подростков с АМК

ИМТ превышал 97 перцентиль, то есть имело место ожирение. С дефицитом массы тела было 17,3% больных. Определение аналогичных параметров у современных подростков с АМК выявило, что нормативный ИМТ определялся только у 55,2%, что значительно реже, чем раньше ($p < 0,001$). Вырос удельный вес пациенток с избыточной массой тела (24,8%; $p < 0,001$), причем уже у каждой третьей их них отмечалось ожирение (30,5%; $p < 0,001$). Количество же девочек с дефицитом массы тела достоверно уменьшилось и составило 13,9% ($p < 0,001$).

Физическое развитие ребенка и половое созревание — это неотъемлемые процессы, которые дополняют друг друга. Анализ полового развития выявил, что его опережение 10 лет тому назад регистрировалось у 47,7% больных 11–13 лет с АМК (рис. 3). Причем опережение полового развития наиболее часто формировалось у пациенток с избыточной массой тела (68,4%), несколько реже — у больных с физиологическими параметрами роста-весовых показателей (58,4%) и в единичных случаях на фоне дефицита массы тела (3,3%). В современном социуме удельный вес опережения полового развития среди 11–13-летних пациенток с АМК остался на прежнем уровне (42,6%). Как и в предыдущие годы, в основном это происходит на фоне избыточной массы тела (56,5%), а вот при нормативном ИМТ опережение полового развития отмечается достоверно реже (16,7%; $p < 0,001$) и в единичных случаях формируется на фоне дефицита массы тела (4,3%). При сопоставлении этих данных с показателями полового созревания пациенток с АМК в 80-х годах прошлого века следует отметить, что опережение полового развития у них регистрировалось достоверно реже (25%; $p_{1,2} < 0,001$), ретардация же полового развития за этот период времени отмечалась с одинаковой частотой (1980-х гг. — 6,1%, 2002 г. — 6,6%, 2012 г. — 3,4%).

Дискретным признаком, позволяющим четко указать период включения овариальной функции, служит менархе.

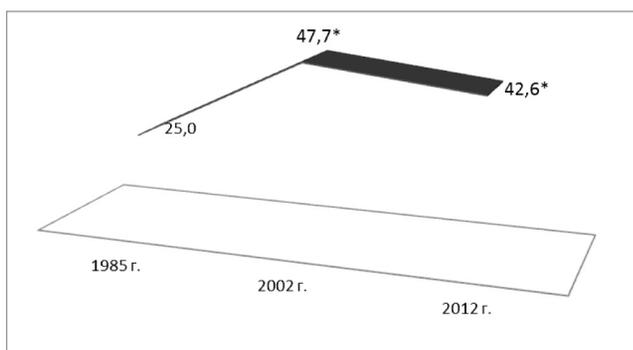


Рис. 3. Динамика изменений удельного веса опережения полового развития среди подростков 11–13 лет с АМК

Средний возраст наступления первой менструации у пациенток с АМК за последние 30 лет не претерпел существенных изменений. У современных подростков с АМК он составляет ($12,7 \pm 0,08$) лет, существенно не отличаясь от показателей в прежние годы. Причем достоверных различий от того, впервые возникло кровотечение или носит рецидивирующий характер, не выявлено. В качестве прогностического критерия наступления менархе специалистами наиболее часто рассматриваются антропометрические данные — ИМТ, масса тела и рост. Анализ сроков появления менархе в зависимости от ИМТ позволил выяснить, что, как и в предыдущие годы, у пациенток с избыточной массой тела средний возраст менархе достоверно меньше, чем при нормативных роста-весовых показателях и дефиците массы тела ($p_{1,2} < 0,001$). Удельный вес пациенток с ранним менархе (до 11 лет) остался в прежних пределах (около 5%), однако это достоверно чаще, чем у здоровых сверстниц (2,0%; $p < 0,01$). Причем значительно увеличилось количество больных с ранним менархе на фоне избыточной массы тела (13,6% против 8,1% в предыдущие годы; $p < 0,01$). Позднее менархе (после 15 лет) регистрируется, как и прежде, только у каждой 17–20 девочки (от 4,3% до 6,6%), что не отличается от здоровых сверстниц.

Дебют кровотечения у каждой 5–6 девочки приходится на менархе, и за последние 30 лет этот показатель не претерпел существенных изменений (1985 г. — 21,3%, 2002 г. — 19,7%, 2012 г. — 16,5%). Возникновение маточного кровотечения в первый год существования менструальной функции значительно чаще стало регистрироваться среди пациенток с АМК в начале нового столетия, по сравнению с 1980-х гг. прошлого столетия (44,7% и 40,3% соответственно против 20,5%; $p_{1,2} < 0,001$). Следует отметить, что более чем в половине случаев кровотечения, начавшиеся в первый год существования менструальной функции, носят рецидивирующий характер. На наш взгляд, это связано с усилением негативного влияния микро- и макроокружающей среды, увеличением педагогических, психологических нагрузок, ухудшением общесоматического здоровья. В XXI веке значительно чаще маточные кровотечения стали носить характер меноррагий (1985 г. — 44%, 2002 г. — 60,2%, 2012 г. — 60,9%; $p_{1,2} < 0,0001$).

Анализ динамики андрогензависимой дерматопии — наличие гирсутизма и гипертрихоза, полос растяжения, аспе *vulgaris*, жирной себореи — показал, что у подростков с АМК они встречаются у каждой 4–7 пациентки (1980-е гг. — 28,7%, 2002 г. — 15,2%, 2012 г. — 23,7%). Следует отметить, что за последние 30 лет достоверно увеличилось количество девочек младшей возрастной группы (11–14 лет) с АМК и различными кожными проявлениями гиперандрогении. Если в 1980-х гг. этот показатель был 5,9%, то в 2002 г. он составлял уже 9,9% ($p < 0,001$), а в 2012 г. — 17,7% ($p_{1,2} < 0,001$).

Одним из наиболее значительных факторов, отрицательно влияющих на формирование репродуктивного потенциала, является уровень соматической заболеваемости [18,19]. Изучение состояния здоровья на момент обследования пациенток с АМК позволило установить наличие у абсолютного большинства больных различной сопутствующей соматической патологии (1980-е гг. — 68%, 2002 г. — 79,2%, 2012 г. — 84,5% (рис. 4), однако во всех наблюдениях заболевания протекали в стадии компенсации или субкомпенсации).

Обращает внимание, что в 1980-х гг. преобладающими были пограничные психические расстройства (ВСД, астенический, астено-невротический синдромы, невротические

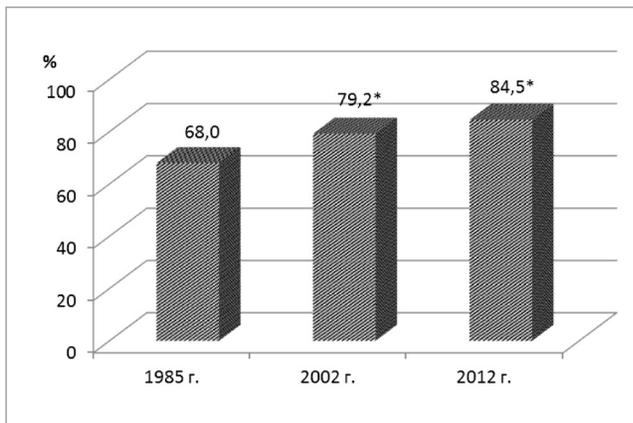


Рис. 4. Динамика роста экстрагенитальной патологии у больных с АМК

реакции и т.п.) — 27%, на втором месте расположились заболевания эндокринной системы — 19%. В 2002 г. и 2012 г. на первое место вышли заболевания эндокринной системы (42,1% и 42,3% соответственно), в основном за счет увеличения количества девочек с диффузным нетоксическим зобом (30,4% и 27,6% соответственно). Второе ранговое место заняли пограничные психические расстройства (39,2% и 42,3% соответственно). Увеличился также удельный вес больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (с 8,8% в 1980-х гг. до 19,7% в 2002 г. и 12,1% в 2012 г.; $p_1 < 0,001$). На наш взгляд, рост числа заболеваний со стороны пищеварительного тракта за последние годы связан как с ассортиментом, так и качеством потребляемых продуктов, ростом популярности у детей и молодежи продуктов питания быстрого приготовления, содержащих в большом количестве различные ароматизаторы, красители, модифицированные компоненты. Следует отметить неуклонное увеличение и количества пациенток с заболеваниями органов зрения (1980-е гг. — 4,4%; 2002 г. — 8,8%; $p_1 < 0,03$; 2012 г. — 13,4%; $p_{1,2} < 0,001$). Одним из факторов, приводящим к патологии органов зрения, является возрастающая компьютеризация. При несоблюдении психогигиенического режима компьютер превращается из друга во врага, «общение» с компьютером требует жесткой установки рабочего времени и разработки санитарно-гигиенических правил по профилактике вредных воздействий ЭМИ на растущий организм.

Изменения коснулись и количественной составляющей сочетанной сопутствующей соматической патологии.

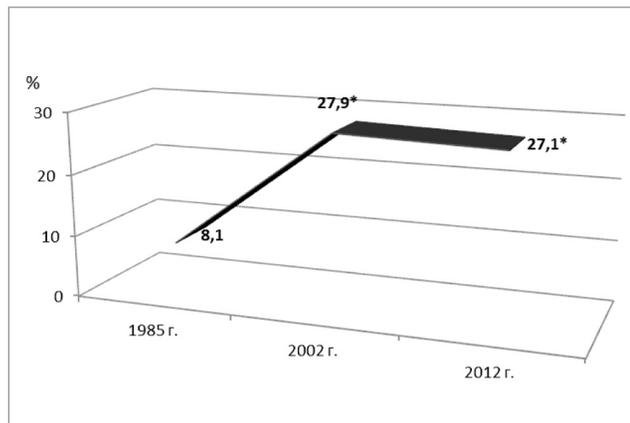


Рис. 5. Динамика роста удельного веса больных, имеющих три и более сопутствующих соматических заболеваний

В XXI веке значительно вырос удельный вес пациенток, имеющих несколько соматических заболеваний. Если в 1985 г. два соматических заболевания имели 15,1% больных, то в новом тысячелетии — 28,9% (2002 г.) и 28,3% (2012 г.) ($p_{1,2} < 0,0001$). Что касается наличия у пациенток с АМК трёх и более сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, то количество их увеличилось в 3–3,5 раза по сравнению с 80-ми гг. прошлого века ($p_{1,2} < 0,0001$; рис. 5). Эти данные позволяют говорить об ухудшающемся состоянии здоровья нового поколения девочек, вступающих в фертильный возраст.

Выводы

За последние 30 лет произошли определенные изменения со стороны физического, полового развития, сопутствующей соматической патологии у пациенток с АМК пубертатного возраста. Достоверно увеличился удельный вес пациенток с избыточной массой тела, значительно возросло количество больных 11–13-летнего возраста с опережением полового развития, различными кожными проявлениями гиперандрогении. Изменения коснулись и сопутствующей соматической патологии: несколько изменилась ее структура, на первое место вышли заболевания эндокринной системы (в основном за счет диффузного нетоксического зоба I, II степени), значительно выросло количество девочек, имеющих два и более сопутствующих соматических заболевания. Неизменным остался средний возраст появления менархе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аналіз та тенденції захворюваності дитячого населення України / Р.О. Моїсеєнко, Я.І. Соколовська, Т.К. Кульчицька, Т.М. Бухановська // Совр. педиатрия. — 2010. — № 3 (31). — С. 13–17.
2. Белякова В. А. Влияние загрязненного атмосферного воздуха на физическое развитие детей / В. А. Белякова, А. В. Васильев // Гигиена и санитария. — 2003. — № 4. — С. 33–34.
3. Взаємозв'язок дитячої соматичної захворюваності в анамнезі жінок фертильного віку зі станом їх репродуктивного здоров'я (прогнозування порушень) / В. В. Подольский [та ін.] // Здоровье женщины. — 2005. — № 2. — С. 169–173.
4. Вплив екстрагенітальної патології на становлення менструальної функції в дівчат-підлітків / С. О. Левенець, В. О. Диннік, І. Б. Вовк, Т. А. Начьотова // 36. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів. — К., 2010. — С. 200–205.
5. Диннік В. О. Вплив соматоморфологічних особливостей на перебіг пубертатних маткових кровотеч (ПМК) / В. О. Диннік, О. О. Диннік // Здоровья дитина: формування інноваційної парадигми збереження здоров'я дітей : матеріали V міжнар. наук.-прак. конф. — Чернівці, 2007. — С. 95–96.
6. Дудіна О. О. Динамика здоров'я дитячого населення України / О. О. Дудіна, Г. Я. Пархоменко // Совр. педиатрия. — 2011. — № 5 (39). — С. 37–39.
7. Коколина В. Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков : рук-во для врачей / В. Ф. Коколина. — М. : МИА, 2001. — 251 с.
8. Левенець С. О. Клініко-гормональна характеристика затримки розвитку жіночої статеві системи центрального генезу / С. О. Левенець, О. І. Плехова // Акушерство и гинекология. — 1986. — № 7. — С. 50–53.
9. Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча ендокринологія» / МОЗ України; за ред. Н. Б. Зелінської. — К., 2006. — 94 с.
10. Распространенность и структура неинфекционных заболеваний у детей и подростков, проживающих в регионах с различной антропогенной нагрузкой / С. Е. Лебедькова, Г. Б. Кацова,

- Г. Ю. Евстифеева [и др.] // Гигиена и санитария. — 2003. — № 2. — С. 43—46.
11. Сиротченко Т. А. Подростковый возраст в зеркале медико-социальных проблем / Т. А. Сиротченко, Н. А. Белых // Совр. педиатрия. — 2011. — № 4 (38). — С. 188—190.
 12. Соснина С. Ф. Медико-социальные аспекты здоровья девочек подросткового возраста / С. Ф. Соснина, Л. К. Волосников // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2011. — № 3. — С. 43—46.
 13. Стан здоров'я школярів великого міста / В. П. Неділько, Т. М. Камінська, С. А. Руденко, А. П. Пінчук // Здоровье ребенка. — 2008. — № 1 (10). — С. 14—18.
 14. Султанаева З. М. Заболеваемость в детском и подростковом возрасте как фактор формирования репродуктивного здоровья / З. М. Султанаева, И. Х. Шарафутдинова // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2010. — № 2. — С. 22—25.
 15. Ушакова Г. А. Репродуктивное здоровье современной популяции девочек / Г. А. Ушакова, С. И. Елгина, М. Ю. Назаренко // Акушерство и гинекология. — 2006. — № 1. — С. 34—39.
 16. Фурман Ю. В. Социальные факторы риска здоровья школьников / Ю. В. Фурман, М. Ю. Смахтин // Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку і підлітків: матеріали наук.—практ. конф. з міжнар. участю. — Х., 2014. — С. 912—92.
 17. Шкробанець І. Д. Захворюваність і поширеність хвороб серед дитячого населення Чернівецької області / І. Д. Шкробанець // Здоровье женщины. — 2010. — № 2 (48). — С. 188—189.
 18. Adolescent Health Care: A Practical Guide. — 4th ed. / ed. L. Neinstein. — Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. — P. 328—329.
 19. Adolescent health: a rural community's approach / J. N. Groft, B. Hagen, N. K. Miller [et al.] // Rural Remote Health. — 2005. — Vol. 5, № 2. — P. 366.

Патоморфоз фізичного, статевого розвитку і супутньої екстрагенітальної патології у хворих з аномальними матковими кровотечами пубертатного періоду за останні 30 років

В.О. Динник

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України», м. Харків

Мета: з'ясування динаміки змін за 30 років фізичного, статевого розвитку, супутньої соматичної патології у дівчат-підлітків з аномальними матковими кровотечами (АМК).

Пацієнти і методи. Порівнювалися дані, отримані при обстеженні підлітків з АМК, які знаходилися на лікуванні в гінекологічному відділенні ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» у 1982–1985 рр. (122 дівчинки), у 1997–2002 рр. (375 дівчаток) і у 2008–2012 рр. (232 дівчинки).

Результати. Виявлено достовірне збільшення питомої ваги пацієток з надлишковою масою тіла; значно зросла кількість хворих 11–13 років з випередженням статевого розвитку, різними шкірними проявами гіперандрогенії. Незмінним залишився середній вік появи менархе. Змінилася структура супутньої соматичної патології: на перше місце вийшли захворювання ендокринної системи (переважно за рахунок дифузного нетоксичного зобу I, II ступеня), значно зросла кількість дівчат з АМК, які мають два і більше супутніх соматичних захворювання.

Висновки. За останні 30 років відбулися істотні зміни з боку фізичного, статевого розвитку у підлітків з АМК. Збільшення частоти супутньої соматичної патології свідчить про погіршення загального здоров'я підростаючого покоління. Усе це повинно враховуватися при побудові персоналізованих схем лікування і профілактики у даного контингенту хворих.

Ключові слова: фізичний та статевий розвиток, супутня соматична патологія, аномальні маткові кровотечі, пубертатний період.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.3(67):120-124; doi10.15574/SP.2015.67.120

Pathomorphosis of physical and sexual development as well as concomitant extragenital pathology over the past 30 years in the patients with abnormal uterine bleeding at puberty

V.O. Dynnik

SI «Institute for Children and Adolescents Health Care of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine»

The aim: to specify the dynamics of changes in physical and sexual development, and in concomitant somatic pathology of adolescents with abnormal uterine bleeding (AUB) over the last 30 years.

The scope and methods. The data obtained were compared in the examination of adolescent girls with AUB which underwent treatment in the gynecologic department of the SI «Institute for Children and Adolescent Health Care of the NAMS of Ukraine» in 1982–1985 (n = 122), in 1997–2002 (n = 375), and in 2008–2012 (n = 232).

Results. A significant increase has been recorded in the proportion of patients with overweight, and the number of patients aged 11–13 years with precocious sexual development and various dermal manifestations of hyperandrogenia has become statistically credible. The average age of menarche onset remained unchanged. The structure of the concomitant somatic pathology has changed: the first place took the endocrine system diseases (mainly due to the diffuse nontoxic goiter, degree I and II), and the number of girls with two or more comorbid somatic diseases increased significantly.

Conclusion. It has been established that significant changes in the physical and sexual development took place in adolescents with AUB over the past 30 years. The number of girls with concomitant somatic pathology increased, reflecting a decline in the health state of the rising generation. All the results obtained should be taken into account in the design of individual treatment and prevention schedules for patients of that kind.

Key words: physical and sexual development, somatic pathology, abnormal uterine bleeding, pubertal period.

Сведения об авторах:

Динник Виктория Александровна — ученый секретарь ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков Национальной академии медицинских наук» доктор медицинских наук. Адрес: г. Харьков, пр. 50-летия ВЛКСМ, 52-А; тел. (0572) 62-71-70; e-mail: viktorija-dynnik@yandex.ua

Статья поступила в редакцию 25.03.2015 г.