

**ФАКТОРЫ РИСКА ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У
ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ**

Мамаризаев Иброхим Комилжонович

Ассистент кафедры №1 педиатрии и неонатологии

Самаркандского государственного медицинского университета

Самарканд. Узбекистан.

Аннотация. В имеющейся литературе ваимеются единичные и отдельные упоминания о влиянии экстрагенитальной патологии и наследственности на развитие задержки полового развития. Социальные и медицинские факторы, провоцирующие эту патологию, не изучены, и поэтому нет рекомендаций по доклиническому выявлению детей с риском позднего полового созревания.

Изучение влияния неблагоприятных факторов и содержания на основной прогностический риск и сложная, своевременная профилактика задержки полового развития-актуальная задача. Современные методы лечения этой патологии зачастую неэффективны. Это обусловлено, с одной стороны, поздним посещением врача, а с другой- наличием достаточно эффективных методов диагностики и лечения, позволяющих сформировать репродуктивное здоровье и нормализовать функции второй системы: психоэмоциональной, эндокринной, иммунной.

Задержка полового развития у девочек-подростков требует дальнейшего изучения и разработки рекомендаций по прогнозу, диагностике и лечению данного заболевания.

Ключевые слова: пол, развитие, девочки, подростки, иммунитет, эндокринная система

Актуальность. Задержка полового развития в структуре гинекологических заболеваний встречается у 15-18% девочек. При проведении целевого медицинского осмотра этот показатель может возрасти до 23%. За последнее десятилетие интерес к детской гинекологии возрос, но многие вопросы диагностики, лечения и профилактики нарушений полового развития изучены недостаточно. Учитывая, что за последние 10 лет число девочек-подростков с хроническими соматическими заболеваниями и нарушениями в формировании репродуктивной системы,7 увеличилось до 76,7%, эта проблема приобретает не только медицинское, но и социальное

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 7, 31 Июль

значение. Особенности задержки полового развития на современном этапе являются изменения не только в репродуктивной системе, но и в эндокринной, иммунной, нервной системе. В этих условиях изучение преморбидного состояния организма девочки, выявление основных патогенетических механизмов, своевременная диагностика и лечение выявленных нарушений не будут существенным вкладом в решение этой проблемы. В имеющейся литературе встречаются единичные и отдельные упоминания о влиянии экстрагенитальной патологии и наследственности на развитие задержки полового развития. Социальные и медицинские факторы, провоцирующие эту патологию, не изучены, и поэтому нет рекомендаций по доклиническому выявлению детей с риском позднего полового созревания.

Изучение влияния неблагоприятных факторов и содержания на основной прогностический риск и сложная, своевременная профилактика задержки полового развития-актуальная задача. Современные методы лечения этой патологии зачастую неэффективны. Это обусловлено, с одной стороны, поздним посещением врача, а с другой-ванализируем достаточное эффективных методов диагностики и лечения, позволяющих сформировать репродуктивное здоровье и нормализовать функции второй системы: психоэмоциональной, эндокринной, иммунной.

Таким образом, задержка полового развития у девочек-подростков требует дальнейшего изучения и разработки рекомендаций по прогнозу, диагностике и лечению данного заболевания.

Цель исследования. Выявление факторов риска, провоцирующих задержку полового развития у девочек-подростков.

Исследованы материалы и методы исследования.

Мы обследовали 30 девочек-подростков в возрасте 12-18 лет, обратившихся в Самаркандский областной многопрофильный детский медицинский центр на 2020-2023 годы, с помощью ретроградного анализа истории болезни, амбулаторных карт, и разделили их соответственно на следующие группы: 1-ю группу составили 15 девочек с диагнозом задержка полового развития I степени, 2 - ю группу составили 15 девочек с диагнозом 33,3% составили девочки с диагнозом задержка полового развития II-III степени, а контрольную группу составили девочки из групп 1 и 2 уровня здоровья и 10 девочек того же возраста с нормальным половым развитием.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 7, 31 Июль

Изучены факторы риска ЦРТ центрального происхождения у девочек-подростков, систематизированы в виде 4-х комплексов: особенности генеалогического анамнеза, патологии беременности и родов, особенности неонатального периода, заболеваемости и развития ребенка в другие возрастные периоды.

Из анамнеза потомства были выделены: гинекологические заболевания матери, поздняя менструация у матери (после 15 лет), а также задержка полового развития у родственников 1 и 2 степени родства со стороны отца и матери.

При изучении акушерского анамнеза обращалось внимание на вредные привычки матери во время беременности (курение, алкоголизм), наличие риска выкидыша, гестозы, вирусные и бактериальные заболевания матери, прием медикаментов во время беременности.

Отмечаются особенности процесса родов во внутриутробном периоде: преждевременные роды, быстрые и затрудненные роды, слабость родовых сил.

В неонатальном периоде изучалось состояние здоровья детей: крупный плод (массой 4000 г и более); маленькие дети (менее 3000 г); преждевременные роды.

Кроме того, формировался общий фон, это ранний переход на искусственное вскармливание (до 4 месяцев), формирование двигательных навыков в раннем возрасте и медленные темпы физического развития; заболевания других возрастных групп (хроническая патология желудочно-кишечного тракта, нефроурологическая патология, хроническая патология ЛОР-органов, бронхоопухолевые заболевания, тубинфекция, неврологическая патология и др), наличие повышенной физической нагрузки.

Результаты исследований и их обсуждение.

В результате исследований из общего числа параметров, характеризующих состояние здоровья обследованных девочек-подростков, было выбрано 26 признаков, которые имели существенные отличия в сравниваемых группах и характеризовались наибольшей информативностью.

В зависимости от значения коэффициента AP было выявлено 3 степени риска. Уровень I (минимальный риск) - $AR < 30\%$, уровень II (средний риск) -

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 7, 31 Июль

AR = 30-60%, уровень III (высокий риск) - AR > 60%. Вероятность прогнозирования данной патологии возросла с I степени до III степени.

Сравнительный анализ значений AR показал, что самый высокий процент развития ЗПР в исследуемой группе I ожидался у девочек-подростков с тяжелым наследственным анамнезом. У девочек II группы, однако, наблюдался более высокий риск в раннем возрасте (AR - 69,9%), а также более низкая масса тела менее 3000 г (AR - 61,4%), замедление развития моторики и физического развития.

К средним факторам риска у девочек I группы относят задержку полового развития у родственников 1 и 2 степени родства по материнской линии (AR-32,0,0%).

Средними факторами риска у девочек II группы были: тяжелый акушерский анамнез (преждевременные роды - 38,5,5%, риск выкидыша - 32,6%, гестозы - 31,0%); длительный прием препарата во время беременности-31,6%. Умеренные факторы риска в обеих опрошенных группах: раннее искусственное вскармливание (AR-30,9,9%) - I группа и AR-31,0% II группа), хроническая желудочно-кишечная патология (AR-48,4% и AR). -58,7%, хроническая нефроурологическая патология (ар-42,8% и ар-46,39%), хроническая патология ЛОР-органов (ар-50,7% и ар-50,8%), частые респираторные заболевания (ар-40,0% и ар-42,6%).).

Минимальные факторы риска сыграли меньшую роль в формировании изучаемой патологии. В обеих обследованных группах были: неполная семья (13,8% I группы и 8,7% II группы), тяжелый наследственный анамнез гинекологических заболеваний матери (16,8% и 19,5%), сексуальные расстройства у родственников 1 и 2 степени родства со стороны отца (8,7% и 7,6%), возраст матери до 20 лет (5,7%). возраст отца до 20 лет (1,2% и 1,4%), возраст отца старше 35 лет (1,5% и 3,0%), возраст матери старше 35 лет (2,5% и 20,8%), вредные привычки матери во время беременности (2,5% и 20,8%), вирусные и бактериальные заболевания (17,5% и 27,5%), быстрые и тяжелые роды (1,6% и 0,3%), слабость родовой деятельности (3,4% и 10,1%), вес при рождении 4000 г и более (1,0%, 1,1%), перинатальная энцефалопатия (28,4% и 23,0%), неврологические выявлены патологии (26,6% и 26,6%), туберкулез (7,7% и 1,6%), физические нагрузки (16,8% и 2,3%).

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 7, 31 Июль

Среди девочек с ЗПР I группы физическое развитие оценивалось как в среднем гармоничное у 5 человек (33,3%). У 2 детей (13,3 %) наблюдалось снижение показателей физического развития, у 2 (13,3%)-13.3 низкие показатели, у 1 ребенка (0,66%) - высокие показатели, у 2 детей (13,3%) - низкие (табл.3.1).

Физическое развитие контрольной группы существенно отличалось от физического развития девочек основной группы. Гармоничное физическое развитие характерно для всех 15 девочек с нормальным половым развитием, у 10 девочек (66,6 %) оно оценивалось как умеренно гармоничное, у 2 девочек (13,33%) - как гармоничное выше среднего. В этой группе мезоморфный соматотип преобладал у 11 человек (73,3%). Небольшая доля: лептоморф - 2 у девочек (13,3%), долихоморф - 2 (13,3%) и брахиморф - 1 (0,66%).

При оценке физического развития пациентов II группы преобладали низкие показатели - 11 человек (73,3 %) и снижение показателей физического развития - 4 человека (26,6 %).

Выявлен соматотип всех обследованных девочек - антропометрические (морфологические) особенности организма (У.Е.Вельтищевым., 1998). По классификации Бунака были получены следующие варианты соматотипов: в группе с ЗПР I степени преобладал мезоморфный тип - 45,5,5%, значительную часть составлял лептоморфный тип - 28,4%. Неопределенный тип составлял 13,6,6%, меньшую часть составляли соматотипы: долихоморф - 78,0%, брахиморф - 3,4% и 1,1 % андроморф.

Во II группе у изучаемых девочек преобладал неопределенный соматотип - 76,9,9%, лептоморф - 18,0% и мезоморф-5,1%.

В контрольной группе мезоморфный соматотип имел большую долю - 82,1,1%, небольшая доля приходилась на лептоморфные - 5,4%, долихоморфные - 3,6% и брахиморфные-1,8% соматотипов.

Половое развитие девочек - подростков во всех группах оценивалось по шкале Таннера и выражалось формулой: Ма, топор, п, я, где Ма - молочные железы; Ах - волосы подмышечных впадин; п - волосы чау-чау-области; я - менструальный возраст.

У большинства девочек с ЗПР в группе 1 наблюдались нарушения половой формулы: вторичные половые признаки выражены слабо - 52,3% Маi AXL Pi; вторичные половые признаки значительно не отстают от возрастных

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 7, 31 Июль

- в 29,5% случаев > Ma2 ax2 P2; полное отсутствие вторичных половых признаков - в 10,2% случаев, Ma0 Ax0 P0; вторичные половые признаки развиты традиционно - В 7,9% случаев был обнаружен Ma3 Ax3 R3.

У всех пациентов II группы половая формула to'g'rine соответствовала возрасту: у 8 человек (53,3%) отсутствовали вторичные половые признаки Ma0 Ax0 P0; вторичные половые признаки у 3 человек (20%) Ma1 Ax1 P1 развивались слабо.

При оценке полового развития в контрольной группе развитие вторичных половых признаков варьировалось в зависимости от возраста: 12-13 лет Ma2 Ax2 P2; 14 и более лет MA3 AX3 R3 и соответствует возрастным стандартам.

Выводы. Таким образом, для степени 1 центрального генеза ЗПР у девочек - подростков тяжелый наследственный анамнез-задержка менструации у матери, преждевременные роды, низкий вес при рождении кабилар уцогі-является фактором высокого риска. У девочек с центральным ЗПР гормональное физическое развитие преобладает над дисгармоничным. Для девочек с ЗПР, специфичным для яичников, характерно дисгармоничное физическое развитие.

Таким образом, анализируя половое развитие в группе с центральным происхождением, было отмечено, что вторичные половые признаки выражены слабо, в редких случаях они отсутствуют. Большинство девушек из группы II не имеют вторичных половых признаков.

Список литературы:

1. Безлепкина О. Б. Гонадотропинзависимое преждевременное половое развитие: клинические характеристики и молекулярно-генетическая гетерогенность.

2. Далимова Г. А., Алиева Д. А., Хайдарова Р. Т. ГЕНЕТИКА ЗАДЕРЖКИ ПУБЕРТАТА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ //инновационное развитие в образовательной деятельности. – 2023. – Т. 2. – №. 10. – С. 11-24.

3. Урокова К. Х. ЭФФЕКТ ВЛИЯНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НА НАРУШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ПОДРОСТКОВ //ОБРАЗОВАНИЕ НАУКИ И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ. – 2024. – Т. 43. – №. 3. – С. 61-65.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 7, 31 Июль

4. Чилачава К. Х., Масленникова Д. А., Ромайкина Д. С. СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ //Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение. – 2023. – Т. 12. – №. 2 (43). – С. 130-133.

5. Джураев Ж. Д., Абдукадирова Ш. Б., Мамаризаев И. К. HISTORICAL, CLINICAL, LABORATORY AND INSTRUMENTAL CHARACTERISTICS OF HEMORRHAGIC DISEASE OF NEWBORNS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2024. – Т. 5. – №. 2.

6. Атаева , М. С., Ахмедова , Д. Ю., & Ибрагимова , М. Ф. (2024). ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МОНТЕЛУКАСТ У ДЕТЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ. *SCHOLAR*, 2(6), 23-28. <https://scholar-journal.org/index.php/s/article/view/131>

7. Сидорова И. Г. ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫМИ //АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ. – 2020. – С. 157-166.

8. Komilzhonovich M. I. OPTIMIZATION OF TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN //International journal of scientific researchers (IJSR) INDEXING. – 2024. – Т. 5. – №. 2. – С. 642-646.

9. Каримова Н. А., Курбанова Н. С. Нарушение физического развития у подростков и его осложнения //Journal of cardiorespiratory research. – 2021. – Т. 2. – №. 2. – С. 64-67.

10. Томилина Ю. М., Софронова Л. В., Ахмедова Р. М. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ //Актуальные вопросы педиатрии. – 2021. – С. 122-126.