

УДК 616–056.2–055.25:618.14–005

© О. О. Диннік, 2012.

## ХАРАКТЕР СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ ІЗ ПУБЕРТАТНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ

О. О. Диннік

Кафедра акушерства і гінекології №1 (зав. – професор М. О. Щербина), Харківський національний медичний університет, м. Харків.

### CHARACTER OF SOMATIC PATHOLOGY IN ADOLESCENT GIRLS WITH PUBERTAL UTERINE BLEEDING O. O. Dynnik

#### SUMMARY

Features of the endured childhood infections and somatic pathology have been studied in patients with pubertal uterine bleeding. Less than a third of patients did not suffer from the children's infections. The leading place is occupied by viral infections (chicken pox, rubella) in the majority of patients. Concomitant extragenital pathology has been revealed in the structure of the above-mentioned diseases the first place belonged to neurologic disorders. The second place was taken by endocrine pathology. Infections and somatic pathology got over in childhood can serve both an independent and indirect cause of menstrual dysfunction in the examined patients.

### ХАРАКТЕР СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПУБЕРТАТНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

А. А. Дынник

#### РЕЗЮМЕ

Исследовали особенности перенесенных детских инфекций и соматической патологии у больных с пубертатными маточными кровотечениями. Менее трети пациенток не болели детскими инфекциями. Ведущее место занимают вирусные инфекции (ветряная оспа, краснуха). У абсолютного большинства пациенток выявлена сопутствующая экстрагенитальная патология. В структуре этих заболеваний первое место заняли неврологические заболевания, второе – эндокринная патология. Перенесенные детские инфекции и соматическая патология могут быть как самостоятельной, так и опосредованной причиной нарушения менструальной функции у обследованных пациенток.

**Ключові слова:** пубертатні маткові кровотечі, інфекційні захворювання дитячого віку, соматична патологія.

Перше десятиріччя XXI віку характеризується зростанням негативних тенденцій у стані здоров'я підростаючого покоління, серед яких особливого значення набуло збільшення поширеності хронічних і соціальнозначущих хвороб, погіршення показників фізичного розвитку, зростання психічних порушень і граничних станів, зменшення репродуктивного потенціалу молоді [7, 8].

Одним з найбільш важливих та соціально значущих завдань медичної науки є поліпшення демографічної ситуації в Україні, у зв'язку з чим безпосередній інтерес становлять дослідження, спрямовані на з'ясування нових аспектів патогенезу і розробки нових методів лікування гінекологічної патології, що дозволить зберегти та відновити репродуктивне здоров'я жінок.

Дані літератури свідчать, що при становленні репродуктивної системи її функції дуже нестабільні, і тому вплив будь-яких несприятливих факторів, а особливо інфекційних і хронічних захворювань, може привести до розладів в її

функціонуванні, насамперед це стосується менструальної функції [1, 3]. Доведено, що тривалий вплив соматичної патології призводить до виснаження і пригнічення функції яєчників. Найбільш значуще погіршення здоров'я дітей відбувається з 7 до 17 років, тобто в період пубертату, і супроводжується розвитком цілої низки захворювань, які, безумовно, мають свій негативний вплив на становлення репродуктивної системи [2, 4, 9]. Так, за останні роки в Україні поширеність захворюваності серед дітей 7-15 років зростає на 40,0%. Найбільші темпи зростання серед захворювань належать розладам ендокринної системи. Незважаючи на значні зусилля, спрямовані на збереження здоров'я молодого покоління, в тому числі і репродуктивного, проблема ця залишається далекою від свого вирішення. Тому метою нашого дослідження було з'ясування частоти і характеру перенесених дитячих інфекцій та екстрагенітальної патології у дівчат-підлітків із пубертатними матковими кровотечами (ПМК).

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Під спостереженням знаходилися 191 дівчинка-підліток із ПМК віком 11-18 років. У процесі дослідження в усіх пацієнок збирався перинатальний, соматичний, гінекологічний анамнез. Усі дівчата були оглянуті педіатром, невропатологом, ендокринологом, окулістом.

Антропометричне дослідження включало визначення зросту, маси тіла, обводу талії (ОТ) та стегон (ОС), співвідношення ОТ/ОС. З метою адекватної оцінки маси тіла застосовували індекс маси тіла (ІМТ). Оцінка ІМТ проводилася за Протоколами надання спеціалізованої допомоги дітям з ендокринною патологією [6]. Усіх хворих було розподілено на групи в залежності від ІМТ: у першу увійшли 105 хворих (52,6%) із нормативними параметрами фізичного розвитку, ІМТ ( $19,3 \pm 0,16$ ), до другої було включено 56 пацієнок (29,3%) із надлишковою масою тіла, ІМТ ( $26,47 \pm 0,51$ ), і третю групу склали 30 хворих (15,7%) із дефіцитом маси тіла, ІМТ ( $16,38 \pm 0,18$ ).

Ступінь статевої зрілості хворих оцінювали за методикою Л.Г. Тумилович із співавт. [5].

Визначення відмінностей між вибірками, які порівнювалися, проводили за допомогою критерію Стьюдента ( $t$ ), метода кутового перетворення Фішера ( $R\phi$ ),  $\chi^2$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Характерними для ПМК є значні відхилення показників фізичного і статевого розвитку, які опосередковано відбивають ендокринний статус організму, що розвивається.

Тільки 24,9% пацієнок не вказували на перенесені дитячі інфекції. Рідше за все це відмічалось у хворих із дефіцитом маси тіла. Серед перенесених дитячих інфекцій провідне місце займають такі вірусні інфекції, як вітряна віспа – 69,5%, краснуха – 18,3%. Звернуло на себе увагу досить часто поєднання цих двох інфекцій (11,7%). Треба зазначити, що за останні 20-30 років змінилися дані стосовно перенесених дитячих інфекцій. Якщо у 80-90 роках минулого століття при аналізі частоти перенесених дитячих інфекцій у хворих на ПМК перші два місця посідали вітряна віспа і епідемічний паротит, причому останній відмічався у кожної 3-4 дівчинки, то в сучасний період ця загрозна інфекція спостерігається в поодиноких випадках. Ми це пов'язуємо з обов'язковим щепленням проти епідемічного паротиту, яке існує на сьогоднішній час. Проте в літературі є свідчення, що і вірус краснухи також ушкоджує діяльність фолікулярного апарату яєчників, а серед наших пацієнок кожна 5-6 перенесла цю дитячу інфекцію.

Одна дитяча інфекція реєструвалася в середньому у 56,0% дівчат із ПМК, причому найчастіше це відбувалося серед хворих III гр. (71,9%,  $p < 0,01$ ). Мали три і більше дитячі інфекції в середньому 2,0% пацієнок усіх трьох груп. Ці дані також відрізняються від аналогічних 20-30 річної давнини. В літературі на

той час наводилися дані стосовно того, що у дівчат із ПМК інфекційний індекс 3 і більше відмічався у кожної третьої дівчинки. Тобто зусилля педіатрів, спрямовані на обов'язкове щеплення, дали свої позитивні результати. Щодо частоти гострих вірусних респіраторних захворювань і наявності хронічного тонзиліту, то, як і в попередні роки, більш ніж третина (36,0%) хворих усіх трьох груп вказували на часті гострі респіраторні захворювання в анамнезі (I гр. – 30,8%, II гр. – 48,3% і III гр. – 31,2%). Найчастіше це відбувалося у пацієнок з надлишковою масою тіла.

У абсолютної більшості пацієнок на момент обстеження було виявлено супутню екстрагенітальну патологію. Структура цих захворювань має свої відмінності від показників розповсюдженості хвороб школярів. Так, якщо хвороби нервової системи серед школярів мають 6-е рангове місце, то в структурі соматичних захворювань у хворих на ПМК вони посідали перше місце (I гр. – 43,9%, II гр. – 48,2%, III гр. – 38,5%). Слід зазначити, що при оцінці неврологічного статусу у пацієнок із ПМК грубих неврологічних розладів не виявлено. Проте, привертає увагу, що найчастіше реєструвалися вегетосудинні дистонії, астено-невротичні і церебрастенічні стани, лікворно-гіпертензивний синдром, ознаки якого реєстрували клінічно і за допомогою додаткових методів дослідження (ехоенцефалографія, електроенцефалографія). Причому останній вірогідно частіше виявлявся серед хворих із надлишковою масою тіла (II гр. – 19,6% проти 6,5% в I гр. і 7,7% в III гр.;  $p < 0,01$ ). Для підлітків із дефіцитом маси тіла більш характерними були астено-невротичні і церебрастенічні стани (I гр. – 11,2%; II гр. – 12,5%; III гр. – 19,2%;  $p < 0,05$ ). Що стосується ендокринної патології, то серед школярів вона займає 7-е рангове місце, а при ПМК – друге, виявлялася вона в середньому у третини (30,0%) пацієнок I і III груп і була вірогідно вищою серед хворих із надлишковою масою тіла (78,6%;  $p < 0,001$ ).

При оцінці стану щитовидної залози встановлено, що у хворих усіх трьох груп переважав дифузний нетоксичний зоб I-II ст., а серед дівчат із надлишковою масою тіла – гіпоталамічний синдром пубертатного періоду (ГСПП). Третє місце посідають захворювання травної системи, так само як і в популяції (I гр. – 23,2%, II гр. – 12,5%, III гр. – 23,0%), переважно за рахунок дискінезії жовчовивідних протоків (ДЖВП). Звернуло на себе увагу, що гастрит достовірно частіше спостерігався у хворих із дефіцитом маси тіла (I гр. – 5,6%, II гр. – 3,6%, III гр. – 15,4%;  $p < 0,001$ ). Захворювання нирок мали від 2,0% до 4,0% хворих.

При проведенні офтальмологічного обстеження було виявлено початкові ознаки змін очного дна в середньому у 11,1% хворих. Найчастіше ангіопатія сітківки визначалася у пацієнок із надлишковою масою тіла (17,9% проти 11,2% – у I гр. і 3,9% – у III гр.;  $p < 0,001$ ). Слід зазначити, що хворі з надлишко-

вою масою тіла рідше мали одну екстрагенітальну патологію, значно частіше у них реєструвалися два та більше соматичних захворювань (57,1% проти 27,1% – у I гр. і 26,0% – у III гр.;  $p < 0,001$ ).

На теперішній час загальноновизнаною є значимість характеру статевого дозрівання в плані репродуктивного прогнозу. Нами було виявлено, що у абсолютної більшості хворих усіх трьох груп статевий розвиток відповідав паспортному (I гр. – 92,5%; II гр. – 76,5%; III гр. – 88,0%), проте у дівчат II гр., по відношенню до інших, це було вірогідно менше ( $p < 0,001$ ).

Відставання статевого розвитку у 14-18 річних значно частіше спостерігалось серед пацієнток із дефіцитом маси тіла (I гр. – 1,2%; II гр. – 2,9%; III гр. – 11,5%;  $p < 0,001$ ), а його випередження – серед 11-13 річних хворих із надлишковою масою тіла (I гр. – 30,0%; II гр. – 57,1%;  $p < 0,001$ ), у дівчат із дефіцитом маси тіла випередження статевого розвитку не спостерігалось.

Аналіз характеру екстрагенітальної патології залежно від рівня статевого дозрівання в кожній групі окремо з'ясував, що при статевому розвитку, який відповідає паспортному віку, екстрагенітальну патологію мають до 70,0% дівчат I гр. і III гр. і 95,3% – II гр. ( $p < 0,001$ ). При випередженні статевого розвитку соматичні захворювання також значно частіше реєструються у хворих із надлишковою масою тіла: 83,3% проти 50,0% в I гр. ( $p < 0,001$ ). Відставання статевого розвитку в 100,0% випадків у всіх трьох групах супроводжується різною екстрагенітальною патологією. У дівчат I і II гр. при фізіологічному статевому розвитку невротичні розлади реєструються з однаковою частотою (43,4% і 58,1% відповідно), а ендокринна патологія вірогідно частіше відмічається у пацієнток із надлишковою масою тіла (76,7% проти 31,3% – в I гр. і 31,8% – в III гр.;  $p < 0,001$ ). Аналогічна тенденція спостерігається і при випередженні статевого розвитку: у хворих I гр. перше місце посідають неврологічні розлади, друге – ендокринна патологія, у пацієнток II гр., навпаки, на першому місці ендокринна, а на другому – неврологічна патологія.

#### ВИСНОВКИ

1. У сучасному соціумі пацієнтки, хворі на ПМК, не мають високого інфекційного індексу в анамнезі на відміну від аналогічних показників у однолітків 30-років тому. Вони практично не хворіли на епідемічний паротит, проте у них значно частіше відмічається червона висипка (краснуха), вірус якої має негативний вплив на фолікулярний апарат яєчників.

2. З'ясовано, що характер і частота соматичної патології залежать від набутої маси тіла і ступеня статевого дозрівання. У дівчат із надлишковою масою тіла вірогідно частіше, ніж в інших, відмічається гіпоталамічний синдром періоду пубертату і лікворно-гіпертензивний синдром. Для дівчат із фізіологічною і низькою масою тіла більш характерним є наявність дифузного нетоксичного зоба I-II ст. і вегето-судинної дистонії.

3. При статевому розвитку, який відповідає календарному віку, і його випередженні, частота екстрагенітальної патології найбільша у хворих із надлишковою масою тіла. Причому у пацієнток з нормальною масою тіла перше місце посідають хвороби нервової системи, на другому – ендокринні розлади, а у хворих із надлишковою масою тіла, навпаки: перше місце займають ендокринні порушення, друге – розлади нервової системи. Відставання статевого розвитку в 100,0% випадків у всіх трьох групах супроводжується різною екстрагенітальною патологією.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Взаємозв'язок дитячої соматичної захворюваності в анамнезі жінок фертильного віку зі станом їх репродуктивного здоров'я (прогнозування порушень) / В. В. Подольський В. Л. Дронова, О. П. Гульчій [та ін.] // Здоровье женщины. – 2005. – № 2. – С. 169–173.
2. Данкович Н. О. Взаємозв'язок соматичного статусу і порушень менструального циклу у дівчаток у пубертатному періоді / Н. О. Данкович, А. О. Палагусинець, Р. О. Бакучава // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – № 2. – С. 80–81.
3. Коренев Н. М. Сохранение репродуктивного потенциала девушек-подростков – первичная профилактика репродуктивных расстройств у женщин репродуктивного возраста / Н. М. Коренев, С. А. Левенец // Розлади менструальної функції у дівчат-підлітків та їх віддалені наслідки: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 18–19 вересня 2008 р., Харків, Україна / ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України». – Харків, 2008. – С. 3–8.
4. Куликов А. М. Особенности заболеваний внутренних органов у девушек с нарушениями полового развития и расстройствами менструальной функции / А. М. Куликов, В. П. Медведев // Здоровье подростков / под ред. О. В. Шараповой. – СПб., 2007. – С. 79–86.
5. Левенец С. О. Клініко-гормональна характеристика затримки розвитку жіночої статевої системи центрального генезу / С. О. Левенец, О. І. Плехова // Акушерство и гінекологія. – 1986. – № 7. – С. 50–53.
6. Дитяча ендокринологія : протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю / под ред. Н. Б. Зелинской // Міністерство охорони здоров'я України. – К., 2006. – 94 с.
7. Репродуктивне здоров'я в Україні очима фахівців // Нова медицина. – 2003. – № 5. – С. 71.
8. Халимова Д. Р. Здоровье детей и подростков как показатель репродуктивного потенциала / Д. Р. Халимова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2007. – № 4. – С. 29–34.
9. Яковлева Е. Б. Оцінка стану репродуктивної системи дівчинок і дівчат, хворих на хронічний піелонефрит / Е. Б. Яковлева // Перинатологія та педіатрія. – 2001. – № 1. – С. 65–66.