

ная слабость родовой деятельности, клинически узкий таз, преэклампсия, перенашивание беременности. У 41% беременных при УЗИ выявлена фетоплацентарная недостаточность, с помощью доплерометрии выявлено уменьшение скорости кровотока в пупочных сосудах. При I степени ожирения 7%, при II степени 66,9% и при III степени в 17% случаев.

Родилось 60 новорожденных, из которых погибли 4 (2 антенатально), из 58 живых новорожденных 9 - в асфиксии различной степени. Из 60 беременных у 21 пациенток беременность протекала на фоне тяжелой преэклампсии и осложнилась синдромом задержки развития плода в 7 случаев и это явилось показанием к досрочному родоразрешению.

Масса плодов варьировалась от 3500 до 4400 гр. т.е. 58,3% родились крупными, имело место рождение гигантского плода в 1 случаев.

Послеродовой период в 2 случаях осложнился метроэндометритом: у 12 рожениц была субинволюция матки, гипогалактия - у 5,3% женщин.

Выводы. Таким образом, изучение особенностей течения беременности и родов у тучных женщин показало, что наиболее высокая частота развития преэклампсии у тучных беременных позволяет отнести выраженное ожирение к фактору риска развития эклампсии.

Роды часто осложнялись родовым излитием вод, слабостью родовой деятельности, клинически узким тазом. Высокий процент оперативных вмешательств - экстренное абдоминальное родоразрешение. Надо отметить увеличение частоты рождения детей с крупной массой, а послеродовой период протекал с субинволюцией матки, гипогалактией и метроэндометритом.

Литература

1. Прилепская В.Н. Поликлиническая гинекология. Ожирение. М, 2008
2. Стрюк Р.И., Бухонкина Ю.М., Смирнова В.А., Чижова Г.В. Функция эндотелия и маточно-плодово-плацентарный кровоток у беременных с артериальной гипертензией. Кардиология. 2010; 50(4): 18-22.
3. Reynolds B., Butters L., Evans J., Adams T., Rubin P.C. First year of life after the use of atenolol in pregnancy associated hypertension. Arch. Dis. Child. 1984; 59: 1061-3.
4. Subtil D., Goeusse P., Puech F., Lequien P., Biaisque S., Breart G. et al. Aspirin (100 mg) used for prevention of pre-eclampsia in nulliparous women: the Essai Regional Aspirine Mere-Enfant study (Part 1). Br J Obstet Gynecol. 2003; 110 (5): 475-84.
5. Sohn Ch., Voigt H. -J. Doppler Ultrasound in Gynecology and Obstetrics. Ed. by Sohn Ch., Voigt H. -J., Vetter K. Stuttgart: Thieme. 2004. 22lp.
6. Valensise H., Vasapollo B., Novelli G.P. et al. Maternal and fetal hemodynamic effects induced by nitric oxide donors and plasma volume expansion in pregnancies with gestational hypertension complicated by intrauterine growth restriction with absent end-diastolic flow in the umbilical artery. Ultrasound Obstet. Gynecol. 2008; 31(1): 55-64.
7. Von Dadelszen P., Omstein M.P., Bull S.B., Logan A.G., Koren G., Magee L.A. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: a meta-analysis. Lancet. 2000; 355(9198): 87-92.
8. Геворкян М.А. Ожирение и репродуктивное здоровье женщины. Ожирение и метаболизм 3'2008, стр 12-14.

Бекбаулиева Г.Н.,
Раззакова Н.С.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Ташкентская Медицинская Академия

Summary: Predicting the formation of the reproductive system disorders in girls with delayed puberty. Bekbaulieva G.N, Razzakova N.S. Tashkent Medical Academy. Comprehensive assessment of risk factors of formation of delayed puberty' allows a differentiated approach to the individual risk index for each girl in the prepubertal period of life, and after the initial assessment to predict the likelihood of developing the disease to warn of the action factors identified.

Резюме: Жинсий ривожланишдан орқада қолган қизлар- ўсмирларнинг даволаш эффеетивлигини баҳолаш ва диагностика критериси. Бекбаулиева Г.Н, Раззакова Н.С. Тошкент Тиббиёт Академияси. Жинсий ривожланишдан орқада қолишнинг хавф омилларини баҳолаш ҳар бир қизни препубертат ҳаёт даврини шахсий хавф индексини ҳисобга олиб дифференциал ёндашиш ва бирламчи текширишдан сунг касаллик ривожланиш даражасини аниқлаш, аниқланган хавфларни манфий таъсирини ўз вақтида оғохлантириш.

Согласно материалам ВОЗ (2005) проблема Репродуктивного здоровья находится в центре внимания ученых всего мира и является одним из приоритетных направлений в Республике Узбекистан, где почти 40% населения составляют дети и подростки [1]. При этом особое внимание обращено на период полового созревания девочек и девушек. Сохранение здоровья в этом возрасте считается перспективным вкладом в репродуктивный, интеллектуальный, экономический и социальный резерв общества. От состояния здоровья в подростковом периоде зависят жизненные планы, в том числе профессиональная ориентация, стремление к социальному развитию, создание семьи, рождение

полноценного потомства. Эта возрастная группа определяет здоровье следующих поколений, формируя в значительной степени фон и структуру различных гинекологических заболеваний, возможной акушерской патологии. [2,3]. К заболеваниям, проявляющимся именно в данный период жизни, относится задержка полового созревания (ЗПС). По данным различных авторов ЗПС выявляется у 2,5-7% девочек [4,5], в структуре гинекологической заболеваемости подростков Республики Узбекистан указанное заболевание составляет 10,4% [6]. Несмотря на значитель

ную распространенность и доказанность ее неблагоприятных последствий, даже выраженные формы ЗПС диагностируются довольно поздно, а менее манифестные зачастую не учитываются вовсе, что затрудняет профилактику расстройств репродуктивной системы. Отсутствуют данные относительно частоты и распространенности патологии в регионах Республики, нет четкого представления относительно удельного веса различных форм ЗПС. Полиэтиологичность заболевания и полиморфизм клинико-патогенетических форм определяет отсутствие четких, научнообоснованных лечебно-профилактических мероприятий, в том числе в вопросе прогнозирования факторов риска в зависимости от климатических, экологических, социально-экономических условий. Современные методы лечения данной патологии нередко оказываются малоэффективными. Обусловлено это, с одной стороны, поздней обращаемостью к врачу, с другой - отсутствием достаточно эффективных методов диагностики и лечения, способствующих формированию репродуктивного здоровья и нормализации функции других систем: психоэмоциональной, эндокринной, иммунной [7,8].

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

Цель исследования - повышение эффективности диагностики нарушений формирования репродуктивной системы у девочек с задержкой полового развития на основе выявленных этиопатогенетических факторов.

Материал и методы. Проведен анализ наблюдений 70 детей в возрасте от 13 до 18 лет. Основную группу составили 40 девочек с диагнозом задержка полового созревания (ЗПС). В группу сравнения вошли 30 девочек-подростков с нормальным половым развитием. Всего проанализировано 19 факторов. Эти же параметры были задействованы для прогнозирования ЗПС. Родителям девочек предлагалось заполнение анкеты клинико-генеалогического анамнеза по специально разработанному вопроснику (анкета). Особое внимание уделялось выявлению экстрагенитальных заболеваний во время осмотра, а также заболеваниям, по поводу которых девушки уже состояли на учете у соответствующего специалиста.

Результаты и их обсуждение. Анализ проведенных исследований показал, что на развитие ЗПС у девочек-подростков значительное влияние имело состояние репродуктивной системы у матерей или ближайших родственников: в первую очередь - позднее менархе - ($F=18,3$; $P<0,001$), а также различные нарушения менструальной функции ($F= 4,5$; $P<0,01$). К перинатальным факторам риска следует отнести: асфиксию

($F= 15,3$; $P<0,001$), преждевременные роды ($F= 3,2$; $P<0,01$), гестоз ($F= 3,1$; $P<0,05$). Значимыми факторами определены частые инфекционные заболевания у ребенка ($F= 5,3$; $P<0,01$), а также хронические соматические заболевания: анемия I-II степени ($F= 7,5$; $P<0,01$), заболевания ЖКТ ($F= 22,6$; $P<0,001$), заболевания почек ($F= 43$; $P<0,05$), диффузный зоб степени I-II ($F= 2,3$; $P<0,05$), сочетание 2-х и более заболеваний ($F= 8,2$; $P<0,01$). Важное место в развитии ЗПС занимали социальные факторы (неудовлетворительные материально-бытовые условия, неполноценное питание, алкоголизм в семье) ($F= 8,4$; $P<0,001$), хронические стрессовые ситуации - интенсивные физические и психоэмоциональные нагрузки и переутомление ($F= 12,4$; $P<0,001$). Дефицит массы тела (по ИМТ) на момент осмотра определен как один из наиболее значимых факторов ($F= 16,3$; $P<0,001$). Несмотря на высокую выявленную частоту других показателей - невынашивание беременности, ВЗОТ, запоздалые роды, угроза прерывания беременности, перенесенные детские инфекции, хронический тонзиллит, вирусный гепатит в анамнезе, хронические заболевания печени, ревматизм - ни были статистически недостоверными и соответственно не были включены в реестр факторов риска ЗПС. Не имели статистической значимости также показатели, характеризующие возраст родителей при рождении ребенка, паритет, весо-ростовые показатели ребенка на момент рождения. Комплексная оценка факторов риска формирования ЗПС позволяет дифференцировано подходить к расчету индивидуального индекса риска для каждой девочки в препубертатном периоде жизни и уже после первичного обследования прогнозировать степень вероятности развития заболевания, своевременно предупредить отрицательное действие выявленных факторов. Выделение группы неблагоприятного прогноза является обоснованием для проведения лечебно - профилактических мероприятий.

Таким образом, проведенный анализ результатов исследования показал, что существуют различные факторы риска развития патологии, которые как раздельно, по отдельным признакам, так и в совокупности служат прогностическими и клиническими критериями формирования ЗПС. Разработанная прогностическая матрица, учитывающая наиболее частые анамнестические и клинические признаки, предшествующие развитию ЗПС у девочек, позволяет с большей долей вероятности прогнозировать развитие заболевания, что важно для ранней диагностики и адекватной терапии.

Литература

- 1.. Артюкова О. В. Нарушение полового развития / О. В. Артюкова // Русский медицинский сервер-2003
2. Аюпова Ф.М. Состояние репродуктивного здоровья девушек в Узбекистане: Дис.... д-ра мед. наук. -1998. - 236 с.
- Богданова Е. А. Гинекология детей и подростков / Е. А. Богданова // М.-2000.
- Артюкова О. В. Нарушение полового развития / О. В. Артюкова .7 Русский медицинский сервер-2003.
- Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. - Санкт-Петербург: Наука, 2001. - 553 с.
- Исмаилов С.И., Хайдарова Ф.А., Музаффарова С.Д. Структура нарушений репродуктивной системы среди девушек-подростков.// Современные проблемы биохимии и эндокринологии: Материалы научно-практической конференции - Ташкент, 2006. - С. 258.
- Республикада абларга курсатилган гинекология хизматининг ҳолати ва унинг яхшилаш чора-тадбирлари - Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш вазирлиги хайъатининг қарори (27. 09. 2007) - Тошкент, 2007.
- Уварова Е.В. Современные проблемы репродуктивного здоровья девочек // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2005 - № 1. -С. 30-34. Хатимова Д.Р. Здоровье детей и подростков как показатель репродуктивного потенциала " Репродуктивное здоровье детей и подростков - 2007. - 264.-С. 17-19