

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Морева Г.В., Васильева Я.С., Данилова Ю.А.,
Захарова А.Е., Чернявский В.В.

Тюменский государственный медицинский университет
Минздрава России, Тюмень, Россия

Ключевые слова: девушки-подростки; физическое развитие; нейроэндокринная регуляция

Актуальность. Установлена связь нарушений обмена веществ, физического и полового развития детей. Белково-энергетическая недостаточность (БЭН) и ожирение среди девушек-подростков негативно сказывается на физическом и половом развитии, в том числе стабильности менструального цикла (МЦ), который отражает функцию нейроэндокринной регуляции. **Цель:** определить распространённость нарушений МЦ у девушек-подростков с недостаточным, избыточным весом и ожирением и оценить функцию эндокринной системы.

Материалы и методы. Обследованы 117 девушек-подростков в возрасте 10–17 лет, обратившихся к эндокринологу. Пациентки распределены на 3 группы: 1-я группа ($n = 31$) — с БЭН; 2-я ($n = 53$) — с избыточным питанием; 3-я ($n = 30$) — с ожирением. Отбор исследуемых был произведён по следующим критериям: возраст 10–17 лет; нарушение физического развития; нерегулярный МЦ. Определяли антропометрические показатели; жалобы и данные объективного осмотра; данные гинекологического анамнеза; лабораторные показатели.

Результаты. Установлено, что у девушек с ожирением менструальная функция начиналась в $10,53 \pm 1,18$ года, т.е. значительно раньше, чем у девушек с избыточной массой тела ($11,57 \pm 1,10$ года), и у девушек с БЭН ($12,44 \pm 0,89$ года) ($p < 0,05$). У пациенток 1-й группы средний вес составил $40,48 \pm 6,55$ кг, при этом минимальный вес в группе 22,1 кг — SDS ИМТ $-3,1$, что по центильным таблицам не укладывается в 1 коридор. В 1-й группе 22 девушки имели вес ниже критической массы тела, при этом 68% девушек имели менструацию. При этом выявлено, что избыток массы тела у девушек сопровождается тенденцией к повышению уровня тиреотропного гормона (ТТГ). У девушек 1-й группы средний уровень гормона составил $2,15 \pm 1,13$ мкМЕ/мл, 2-й — $2,67 \pm 2,13$ мкМЕ/мл, 3-й — $4,04 \pm 3,55$ мкМЕ/мл ($p < 0,05$) при норме 0,4–5,0 мкМЕ/мл. Уровень пролактина у девушек 1-й группы — $275,51 \pm 258,29$ мМЕ/л, 2-й — $660,78 \pm 386,92$ мМЕ/л, 3-й — $522,27 \pm 155,61$ мМЕ/л ($p < 0,05$) при норме 64–726 мМЕ/л. Уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ) у девушек 1-й группы составил 11,41 мМЕ/л, 2-й — 12,46 мМЕ/л, 3-й — 14,97 мМЕ/л ($p < 0,05$) при норме 0,5–19,0 мМЕ/л.

Заключение. Нарушения МЦ у девушек с одинаковой частотой встречаются при всех уровнях физического развития. При ожирении начало менархе отмечается раньше, чем у девочек с дефицитом веса. Девушки с БЭН имеют более низкий уровень гормональной регуляции, при этом у 68% девушек, имеющих массу тела ниже критической, отмечается наличие менструаций. Тенденция к повышенному уровню ТТГ, ЛГ и пролактина у пациенток с ожирением определяет необходимость снижения массы тела под патронажем врача-эндокринолога.

* * *