



Каримова Назира Алимовна

к.м.н., заведующая курсом эндокринологии

Самаркандский государственный медицинский институт

Узбекистан, Самарканд

Курбанова Нозима Сабиржановна

Самаркандский государственный медицинский институт

Узбекистан, Самарканд

НАРУШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ПОДРОСТКОВ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

For citation: Karimova N.A., Kurbanova N.S. Developmental impairment in adolescents and its complications. Journal of cardiorespiratory research. 2021, vol.2, issue 2, pp.64-67



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0974-2021-2-11>

АННОТАЦИЯ

В последние годы во всем мире, проблема нарушения физического развития подростков приобретает особую медицинскую и социальную значимость, в связи с неуклонным ростом заболеваемости. Спектр патологии физического развития — это нарушение сердечной деятельности, сопровождающиеся отеками конечностей, гипоталамическое ожирение, патологии репродуктивной системы с гормональными нарушениями. Особую настороженность вызывает нарушение физического развития с задержкой полового развития у подростков с ожирением - это функциональное, темповое запаздывание появления признаков полового созревания более чем на два стандартных отклонения по сравнению со средними сроками.

Ключевые слова: нарушение физического развития, подростки, гипоталамическое ожирение, патология репродуктивной системы, осложнения.

Karimova Nazira Alimovna

Candidate of Medical Sciences,

Head of the Endocrinology Course

Samarkand State Medical Institute

Uzbekistan, Samarkand

Kurbanova Nozima Sabirzhanovna

Samarkand State Medical Institute

Uzbekistan, Samarkand

DEVELOPMENTAL IMPAIRMENT IN ADOLESCENTS AND ITS COMPLICATIONS

ANNOTATION

In recent years, all over the world, the problem of impaired physical development of adolescents has acquired special medical and social significance, due to the steady increase in morbidity. The spectrum of pathology of physical development is a violation of cardiac activity, accompanied by edema of the extremities, hypothalamic obesity, pathology of the reproductive system with hormonal disorders. Particular caution is caused by impaired physical development with delayed sexual development in obese adolescents - this is a functional, temporal delay in the appearance of signs of puberty by more than two standard deviations compared to the average period.

Keywords: impaired physical development, adolescents, hypothalamic obesity, pathology of the reproductive system, complications.

Karimova Nazira Alimovna

Tibbiyot fanlari nomzodi,

Endokrinologiya kursining rahbari

Samarqand davlat tibbiyot instituti

O'zbekiston, Samarqand

Qurbanova Nozima Sobirjonovna

Samarqand davlat tibbiyot instituti

O'zbekiston, Samarqand

O'SPIRINLARDA JISMONIY RIVOJLANISH BUZILISHI VA UNING ASORATLARI

ANNOTATSIIYA

So'nggi yillarda butun dunyoda o'spirin jismoniy rivojlanishining buzilishi muammosi kasallanishning muttasil o'sib borishi tufayli alohida tibbiy va ijtimoiy ahamiyatga ega bo'ldi. Jismoniy rivojlanish patologiyasining spektri - bu yurak faoliyatining buzilishi, bu oyoqlarning shishishi, gipotalamusli semirish, gormonal kasalliklar bilan reproduktiv tizim patologiyasi. Jismoniy rivojlanishning buzilishi semirib ketgan o'spirinlarda jinsiy rivojlanish kechikishi bilan yuzaga keladi - bu balog'at belgilari paydo bo'lishining funktsional, vaqtinchalik kechikishi o'rtacha davrga nisbatan ikkita standart og'ishdir.

Kalit so'zlar: jismoniy rivojlanish, o'spirinlar, gipotalamusli semirish, reproduktiv tizim patologiyasi, asoratlari.

Актуальность проблемы. В последние годы во всем мире, проблема нарушения физического развития подростков приобретает особую медицинскую и социальную значимость, в связи с неуклонным ростом заболеваемости. Спектр патологии физического развития — это нарушение сердечной деятельности (54,6%), сопровождающиеся отеками конечностей, гипоталамическое ожирение, патологии репродуктивной системы с, гормональными нарушениями (61,2%). Особую настороженность вызывает нарушение физического развития с задержкой полового развития у подростков с ожирением - это функциональное, темповое запаздывание появления признаков полового созревания более чем на два стандартных отклонения по сравнению со средними сроками. Так, частота задержки полового развития среди мальчиков старше 4 лет составляет 5 %. При этом в 70 % случаев задержка полового развития в сочетании с ожирением. Сочетание гормональных нарушений приводит не только к задержке физического развития но и формированию кардиопатии усугубляющей гипоксию гипофизарно гипоталамической системы Гиперпролактинемия (ГПРЛ) относится к числу наиболее распространенных эндокринных синдромов занимающих место на стыке репродуктивной эндокринологии клинической эндокринологии. Оздоровление подростков и профилактика патологии физического, является актуальной проблемой.

Нарушение физического развития у девочек, сочетается с синдром нарушения полового развития (87%) у девочек-подростков отсутствием менструаций. У мальчиков подростков отсутствием развития вторичных половых признаков, гинекомастией низкорослые, выглядят младше своих ровесников, лицо похоже на женское, отсутствует рост волос на лице, подмышечной впадине, лобковой области. Размеры яичек, мошонки и полового члена не отвечают возрастной норме и до 15 лет не достигают полного развития. На рентгенографии рук - "зоны роста" отстает на 2, 5-7 лет медленнее обычных сроков. Возможное уменьшение яичников (склероз) на УЗИ.

Цель исследования:

Изучить осложнения нарушения физического развития у подростков

Реализация;

- 1.Выявление патологии путем профилактических осмотров.
- 2.Оценка физического и полового развития у подростков с ожирением
3. Изучение гормонального фона у подростков с нарушением полового развития

Материал и методы исследования. Для решения поставленных цели и задач нами проводились профилактические осмотры в колледжах и школах районов: Общее число подростков составило 5982 в возрасте от 15-16 лет проживающих в Самаркандской области. Из них выявлены с патологией

репродуктивной системы 58. Из этого числа с ожирением и гинекомастией мальчиков 36 мальчиков в возрасте девочек-26. Критерии включения в исследование:-отставание физического развития с нарушением развития вторичных половых признаков

- возраст >14лет;
- ожирение ИМТ более 35.
- аменорея у девочек
- Гинекомастия у мальчиков

На первом этапе подростки с выявленной патологией обследованы в поликлинических условиях, где проводилась оценка соматического состояния и физического развития. При обследовании подростков выявлялось абдоминальное ожирение 83,3% случаев, нарушения углеводного обмена (80,0%), гипертриглицеридемия (63,3%) и снижение уровня ЛПВП (76,7%) кардиопатия 68%. Наличие гормональных нарушений гиперпролактинемия приводила к снижению уровня тестостерона у мальчиков, а у девочек гипогенезомии. Характерной особенностью было сочетание ожирения с кардиопатией. Кардиопатия проявлялась гипертрофией левого желудочка повышением диастолического давления и снижение ритма до 50-48 ударов в минуту.

На сегодняшний день доказано негативное влияние ожирения на репродуктивную систему. Установлено, что ожирение у мужчин может нарушать андрогенную функцию яичек. Доказано, что содержание общего и свободного тестостерона в сыворотке крови у пациентов с избыточной массой тела и ожирением было значительно ниже по сравнению с группой пациентов с нормальной массой тела. Предполагается, что снижение тестостерона у мужчин с избыточной массой тела и ожирением связано с повышением эстрогенов в сыворотке крови. Так, избыток жировой ткани приводит к ароматизации андрогенов в эстрадиол за счет повышения фермента ароматазы белой жировой ткани. Кроме того, для пациентов с ожирением характерна гиперинсулинемия, которая может приводить к уменьшению синтеза ГСПГ в печени, что приводит к увеличению свободной фракции эстрадиола. В свою очередь, избыточное количество эстрадиола по механизму отрицательной обратной связи может приводить к снижению секреции гонадотропных гормонов с формированием гипогонадизма. Это приводит к уменьшению амплитуды секреции ЛГ, снижение суммарной секреции ЛГ, ФСГ в течение суток у мужчин с ожирением. Кроме того, гиперэстрогения может подавлять выработку тестостерона клетками Лейдига, что подтверждается рядом исследований. Дополнительным доказательством ухудшения андрогенной функции у мужчин с ожирением является увеличение концентрации тестостерона в сыворотке крови при снижении массы тела.

Для установления генеза патологии у подростков была проведена магнитно-резонансная томография. Было обследовано 50 больных, из них:

1. У 26 больных было обнаружено пролактинома (макро и микроаденома)
2. У 2 больных синдром «пустого» турецкого седла
3. У 4 больных синдром поликистозных яичников
4. У 18 больных функциональная (идиопатическая) гиперпролактинемия.



Показатели	КЗПР с избыточной массой тела/ ожирением (n= 25)	КЗПР с нормальной массой тела (n= 38)	p
Ме [25;75]			
Пролактин, мМЕ/л	161,9 [106; 218]	158 [108; 206]	0,9
Кортизол, нмоль/л	273 [240; 315]	351 [266; 432]	0,07
ДГЭА-с, мкмоль/л	4,4 [3,7; 5,4]	3,3 [2,8; 4,5]	0,03
Инсулин, мкЕд/мл	9,7 [7,8; 12,8]	4,0 [3,2; 5,3]	0,00003

1. Профилактические осмотры должны проводиться с участием эндокринологов гинекологов, андрологов кардиологов.
 2. Проводить тщательную оценку физического, полового развития, при выявлении соматической патологии проводить эффективную реабилитационную терапию.
 3. Оценка патологии репродуктивной системы комиссионно с участием детского гинеколога, эндокринолога и педиатра.
 Проведённое лечение:

1. Диета терапия стол №9
 2. Достинек (Кобергалин) по 1 таб 2 раза однократно.
 3. Рибоксин, кокарбоксилаза, актовегин
 4. На фоне проведённого лечение через 3 месяца исчезала гинекомастия у мальчиков, появлялись вторичные половые признаки. Однако необходимо ежемесячный контроль веса и уровня пролактина. У 2 больных эффект был достигнут через год.

Список литературы/ Iqtiboslar/References

1. Алимджанова Н.Т. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья молодой семьи. Автореферат дисс. К.м.н. Ташкент 2008 с.1-4
2. Банюшевич И. Репродуктивное здоровье девочек-подростков 15-17 лет Омского региона // Врач-Москва 2010. №8- С. 79
3. Богданова Е.А. Особенности гормонального статуса девочек с маточным кровотечением пубертатного периода Проблемы репродукции –Москва, 2010. -№3 с.35-39

4. Алмазов В.А., Благодосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. Метаболический сердечно-сосудистый синдром.- СПб.: СПбГМУ, 2010.-202 с.
5. Американская диабетическая ассоциация. Диабет от А до Я. Необходимые Вам знания о сахарном диабете - в простом изложении. Пер с англ. Под ред. А.С. Фокина, А.А. Фокина, Л.П. Чурилова, Ю.И. Строева. - СПб: ЭлБи, 2013.- 206 с.
6. Александров О.В., Алехина Р.М., Григорьев С.П. и др. Метаболический синдром. Рос мед журн 2016; 6: 50—55.
7. Балаболкин М.И., Мамаева Г.Г., Кравченко Т.В. Полиморфизм генов у больных с артериальной гипертензией и сахарным диабетом инсулиннезависимого типа. / Актуальные проблемы современной эндокринологии. Матер. IV Всерос. конгресса эндокринологов. - СПб, 2011. - С. 19.
8. Баллюзек М. Ф. Возрастные особенности течения, надъювантная фототерапия сердечно-сосудистого метаболического синдрома: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- СПб., 2012.