

Урунбаева Д.А.,
Нажмутдинова Д.К.,
Садикова Н.Г.,
Артыкова Д. М.,
Шоназарова Н.Х.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПУБЕРТАТНО ЮНОШЕСКОГО ДИСПИТУИТАРИЗМА У ЮНОШЕЙ

Ташкентская Медицинская Академия
Кафедра подготовки ВОП с эндокринологией

УДК:616-053.7:616.432-056.52

One of the most common forms of obesity in this age is the period of puberty - Youth dispituitarizm (PYUD). According to the R.F Rudakova - Suvorova et al (1980), PYUD was 3.3% of patients treated with endocrine and 19% of patients with disorders of the hypothalamus. And according to the GV Lundin et al. (2003). this pathology is 61.4% of all endocrine disorders of adolescence.

Одной из наиболее распространённых форм ожирения этого возрастного периода является пубертатно - юношеский диспитуитаризм (ПЮД). По данным Р.Ф. Рудаковой - Суворовой с соавторами (1980), ПЮД составил 3,3% от всех лечившихся эндокринных больных и 19% от всех больных с патологией гипоталамуса. А по данным Г.В. Лундиной с соавт. (2003) эта патология составляет 61,4% среди всех эндокринных заболеваний подросткового периода.

Подростковый возраст является переходным между детством и половой зрелостью. Именно в этот период происходит ряд изменений, приводящих к физической, психологической и репродуктивной зрелости организма. Биологические изменения в период пубертата регулируются нейросекреторными факторами и гормонами, которые ускоряют соматический рост, развитие половых желёз, их эндокринную и экзокринную функции (Дедов И. И., Мельниченко Г.А. 2006).

ПЮД является одной из наиболее важных проблем современной медицины. ПЮД - это совокупность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, поликистозная дегенерация яичников, гинекомастия, гипертензия, инсулинорезистентности. ПЮД обуславливает раннее развитие атеросклеротических изменений сосудов, что создает предпосылки для возникновения и быстрого прогрессирования ряда тяжелых заболеваний, приводящих к ранней инвалидизации и ранней смерти. Учитывая значительную опасность развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных с ожирением, снижающих качество жизни и ведущих к инвалидизации, высокую актуальность приобретает разработка диагностических и профилактических программ, направленных на раннее выявление и предотвращение, как самого заболевания, так и вероятных осложнений у пациентов из группы риска.

В последние 16 лет распространенность ожирения и МТ среди детей и подростков Узбекистана не исследовалась (Рахимова Г.Н., 2008), а также ПЮД. Результаты проведенных исследований в мире показывают, что ПЮД среди детей и подростков тоже возрастает с годами. В частности, в США частота ПЮД среди всех подростков составляет 4% и достигает почти 30% среди подростков с повышенной массой тела (Скоокшиес при физической нагрузке 7(46.66%), быструю утомляемость 6 (40%), потливость 2 (13.4 %). головокружение 3 (20.0%), повышенный аппетит 5 (33,3%). Артериальная гипертензия выявлена у 2 (13.3%) больных

S. 2003). Изучение этих вопросов позволит более детально разобраться в механизмах патогенеза ожирения, в общем, и при ПЮД, в частности. Исходя из этого, мы решили изучить эту проблему.

цель исследования: анализ клинических особенностей пубертатно-юношеского диспитуитаризма у подростков город Ташкент.

Материалы и методы. В консультативной поликлинике 3-клиники ТМА и городском эндокринологическом диспансере обследовано 22 человека мужского пола. Основную группу составили 15 юношей с пубертатно-юношеским диспитуитаризмом (ПЮД), в возрасте 13 - 16 лет (средний возраст составил $14,8 \pm 0,14$ лет). В группу сравнения вошли 7 здоровый подростков, средний возраст которых составил $14,1 \pm 0,12$ лет.

Диагноз пубертатно - юношеского диспитуитаризма (ПЮД) ставился на основании жалоб и характерной клинической картины: наличие ожирения с висцеральным или глутеофemorальным типами распределения подкожно-жировой клетчатки, высокорослости, мелких розовых или белых перламутровых полос растяжения на коже плеч, груди, живота, бёдер, ягодиц, истинной, ложной или смешанной гинекомастии.

Учитывались также данные анамнеза: родовые травмы, вес при рождении, наличие инфекционных заболеваний и травм в детском и подростковом возрасте, возникновение или прогрессирование заболевания в период пубертатна, наследственная отягощённость.

Обследование всех пациентов проводилось по общепринятой для данного заболевания схеме. Кроме этого у всех больных исследовалось содержание тестостерона, ФСГ, ЛГ, инсулина, ПТ, уровень общего холестерина в сыворотке крови и концентрация глюкозы крови.

Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м}^2\text{)}$.

Оценка ИМТ проводилась с помощью перцентильных таблиц, предложенных Т.Cole. При этом, ИМТ выше 95 перцентили расценивался как ожирение, ИМТ выше 85 и до 95 перцентили как избыточная масса тела.

Результаты исследований. Чаще всего больные отмечали головную боль 8 (53.3%), одышку и боли в области сердца различной интенсивности, усиливаю [ПОД.

У 2-х (13,3%) больных в анамнезе было сотрясение головного мозга, у 9 (60%) выявлен хронический тонзиллит, у 4 (26,7%) родились с крупным весом. В

дальнейшем на фоне роста и развития вес у этих детей оставался выше по сравнению со сверстниками. При обследовании было выявлено, что у 3 (20%) больных выявлен избыточный вес, который наблюдался с раннего детского возраста и нарастал постепенно; 5(33.3%) больных отмечали новую прибавку в весе в течение первых лет пубертатного периода, на фоне уже имеющегося избыточного веса с раннего возраста. 7 (46,6%) юношей с пубертатно-юношеским диспитуитаризмом отмечали постепенное увеличение массы тела в течение последних 1 - 3 лет после начала пубертата, и по данным перцентильных таблиц у них диагностировано ожирение. При расчете ИМТ и сопоставлении ИМТ к перцентильной таблице у 9 (60.0%) юношей выявлен избыточный вес, т.е. больше 85 перцентилей, но меньше 95 перцентилей, у 6 (40.0%) - ожирение, т.е. выше 95 перцентилей.

При клиническом осмотре у 4 (26.66%) был выявлен ложный крипторхизм, у 8 (53.33 %) микропенис, ложная гинекомастия у 7 (46.66%), диффузный зоб имели 8 (53.3%) пациентов, по данным ТТГ выявлено эутиреоидное состояние. По клиническому варианту ГПОД протекал с преобладанием избыточного веса и

ожирения у 15 (100%) юношей, у этих пациентов имелись симптомы гиперкортицизма у 6 (40%). симптомы нейроциркуляторных расстройств у 4 (26.6%) юношей. По течению у всех юношей диагностирована стабильная форма ПЮД.

Изучение состояния гипоталамо-гипофизарно-герминативной системы при ПЮД представляет собой особый интерес, так как с момента описания заболевания обращало на себя внимание нарушение полового созревания. Лютеинизирующая функция гипофиза у юношей, страдающих ПЮД, по мнению одних авторов, не страдает, по мнению других снижена, хотя это снижение уровня ЛГ в крови не приводит к уменьшению содержания плазменного тестостерона.

Гонадотропная дисфункция при ПЮД зависит, по-видимому, от степени ожирения, возраста больных, давности заболевания. У больных изменяется реакция гонадотрофов гипофиза и гонад на стимуляцию ЛРГ. Отмечены умеренное снижение функциональных резервов ФСГ и высокий подъем уровня ЛГ. десинхронизация пиков секреции эстрадиола, тестостерона. Особенно выражено повышение уровня пикового ЛГ.

Таблица 1

Содержание гормонов у больных ГПОД

Параметры	Группа с избыточным		
	Группа сравнения п весом (> 85 перцентилей) п = 7	Группа с ожирением (>95 перцентилей) п = 9	Группа с ожирением (>95 перцентилей) п = 6
ЛГ, МЕ/л	5,2±1,09	10,9*2,30*	11,1*2,30*
ФСГ, МЕ/л	6,78±1,19	5,31*1,08	5,31*1,08
Т, пг/мл	0,98*0,06	0,87*0,08	0,87*0,08

* - p < 0,05

В таблице 1 приведены результаты исследования ЛГ, ФСГ и тестостерона у пациентов с ПЮД. Содержание ЛГ у юношей с ПЮД достоверно повышено как в группе с избыточным весом, так и в группе с ожирения на 57 и 58%, соответственно. Содержание ФСГ и тестостерона в крови у юношей с ПЮД было в пределах в нормы.

Несомненный интерес представляет изучение регуляции углеводного обмена при ПЮД: больные должны быть включены в группу риска по сахарному диабету, поскольку у них имеются гиперпродукция многих контринсулярных гормонов (СТГ, ПРЛ, кортизола, альдостерона), повышенное содержание инсулина в крови и постепенное истощение р-клеточного аппарата поджелудочной железы, свидетельствующее о риске возникновения сахарного диабета. Установлено, что содержание сахара крови натощак у таких больных нормальное. Лишь в небольшом числе случаев можно

зарегистрировать преходящую гипергликемию. не превышающую 8,01 ммоль/л. У большинства больных уровень гликемии или имеет тенденцию к снижению или постоянно ниже 3,1 ммоль/л, что вызвано повышенным содержанием инсулина в крови.

При анализе углеводного обмена нами не было выявлено повышение глюкозы натощак, а содержание ПРИ возрастало с увеличением ИМТ, это в свою очередь отразилось и на индексе НОМА. Так, если в контрольной группе этот индекс равен 1,29, в группе с избыточным весом и ожирением этот показатель возрастает на 2,4, 3,0 раза, что указывает на развитие инсулинрезистентного состояния.

Учитывая, что при ПЮД имеет место ожирение, инсулинрезистентное состояние, которое часто отражается и на липидном обмене, мы решили изучить содержание общего холестерина в крови.

Таблица 2

**Уровень ПРИ, глюкозы и коэффициент инсулинорезистентности
у больных ШОД в зависимости от степени ожирения**

группы и показатели	Г группа сравнения п = 7	ожирения	
		Степень вес >85 перцентилей п-9	>95 перцентилей п-6
ИРИ, мкЕД/мл	6,75±1,12	17,61 ±4,32*	19,32±5,72*
Глюкоза крови	4,3 ±0,11	4,12 ± 0,16	4.65 ± 0,27
натощак. ммоль/л			
Индекс НОМА	1,29	3,22	3,99
Общий холе- стерин, ммоль/л	3,5±0,9	5,3±0,70*	5,49±0,80*

* - p < : 0,05

У юношей с ПЮД имеет место нарушение жирового обмена, так с нарастанием ИМТ отмечается увеличение общего холестерина крови. Если этот показатель в контрольной группе составляет 3,5±0,9 ммоль/л, с нарастанием ИМТ этот показатель увеличивается на 34,0, 36,3 %, хотя остается в пределах нормальных значений.

При этом у 6 (40%) юношей ПЮД протекает с преобладанием гиперкортицизма (избыточный вес или ожирение, красно-багровые стрии на животе, артериальная гипертензия) и у 4 (26.6%) - с преобладанием нейроциркуляторных расстройств (раздражительность, плохой сон, снижение памяти).

Выводы

Таким образом, ПЮД чаще протекает с избыточной массой тела - 9 (60%), затем ожирения - 6 (40%). Чаще первичный ПЮД развивается на фоне хронической тонзиллогенной инфекции, затем вследствие ЧМТ,

вторичный ПЮД на фоне экзогенно-конституционального ожирения.

При исследовании гормонального фона было выяснено: содержание ЛГ в группе с избыточным весом и ожирения увеличилось на 57 и 58% по сравнению с контрольной группой. В тоже время содержание тестостерона остается в пределах нормы.

При анализе углеводного обмена у юношей с ПЮД нарушение со стороны углеводного обмена не было выявлено. Единственно, с нарастанием ИМТ отмечается нарастание ИРИ в обеих группах, что отражается на индексе ХОМА, который увеличивается на 2.4 и 3,0 раза, что указывает на развитие инсулин- резистентного состояние.

4. Исследование общего холестерина в крови показало, что с нарастанием ИМТ этот показатель увеличивается на 34,0, 36,3 %, хотя остается в пределах нормальных значений.

Литература

1. Витебская А. В. Диагностика инсулинорезистентности у детей и подростков / А. В. Витебская, О. В. Васюкова // Пробл. эндокринологии. — 2006. Т. 52, № 6. - С. 39-41.
2. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. под ред — М. /Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты : рук. для врачей /. : Мед. информ, агентство, 2006.-452 с.
3. Коваренко М. А. Гипоталамический синдром пубертатного периода или пубертатный метаболический синдром? / М. А. Коваренко, Л. А. Руюткина // Ожирение и метаболизм. — 2006. -№ 3. — С. 21-24.
4. Ожирение у подростков / Ю. И. Строев, Л. П. Чурилов, А. Ю. Бельгов, Л. А. Чернова. СПб.: Элби-СПб, 2003. - 216 с.
5. Рахимова Г.Н., Азимова Ш.Ш. Оценка частоты метаболического синдрома среди детей и подростков с ожирением проживающих в Узбекистане. // IV Всероссийский Диабетологический конгресс. - Москва. -2008,- С.253.
6. The obesity campaign view of diabetes prevention I N. Rigby, P. James // Diabetes Voice. 2003. - Vol. 48, spec. is. - P. 20- 23.