группы.

клетки спермой.

© Коллектив авторов, 2011

О.В. Барашева[1], Е.В. Плотникова[1], Л.В. Тыртова[1], Ю.Л. Скородок[1], А.А. Кравцова[1], А.Д. Зернюк[1], Л.В. Дитковская[1], Н.П. Шабалов[2]

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ АДРЕНАРХЕ У ДЕВОЧЕК

[1]ГБОУ ВПО СПб ГПМА Минздравсоцразвития России,
[2]ФГВОУ ВПО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны РФ, Санкт-Петербург

Проблемы, связанные с повышением уровня андрогенов в женском организме, являются предметом изучения разных медицинских дисциплин: гинекологии, эндокринологии, репродуктологии и педиатрии. У девочек в возрасте 5–7 лет наступает фаза адренархе – усиления продукции андрогенов корой надпочечников. У некоторых детей чрезмерное увеличение выработки этих гормонов приводит к преждевременному появлению лобкового и/или аксиллярного оволосения. При исключении неклассической формы врожденной гиперплазии коры надпочечников (НКВГКН), истинного преждевременного полового созревания, опухолей надпочечников и яичников устанавливают диагноз преждевременного адренархе (ПА). В связи с тем, что в дальнейшем у девочек с ПА могут развиться инсулинорезистентность и функциональная овариальная гиперандрогения, в т.ч. синдром поликистозных яичников, данная группа пациенток нуждается в динамическом наблюдении.

Целью нашего исследования явилось изучение клинических и лабораторных признаков ПА у девочек.

Обследованы 26 девочек в возрасте 4–8 лет, обратившихся с жалобами на раннее появление лобкового оволосения (пубархе). Средний возраст девочек составил 7±0,73 лет. Критериями исключения являлись истинное преждевременное половое развитие, телархе, вирилизирующие опухоли яичников и надпочечников. Оценивали данные анамнеза (рост и масса тела при рождении; возраст появления адренархе), наследственность, антропометрические показатели на момент обследования, костный возраст (КВ) по рентгенограмме лучезапястных суставов, данные УЗИ надпочечников, органов малого таза. Оценку развития вторичных половых признаков проводили по общепринятой методике J.M. Tanner (1976). Исследование гормонов проводили в иммуноферментной лаборатории Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, при этом в сыворотке крови определяли базальные концентрации лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина (ПРЛ), 17-гидроксипрогестерона (17-ОН-П), дегидроэпиандростерона-сульфата (ДГЭА-С), андростендиона (А4), кортизола, общего тестостерона (Т), глобулина, связывающего половые стероиды (ГСПС), эстрадиола (Э2), тиреотропного гормона, инсулина (ИРИ), глюкозы, холестерина. Проводили АКТГ-тест с исследованием 17-ОН-П, А4, ДГЭА-С через 1 ч и через 10–12 ч после введения Synacten-Depot в дозе 0,2 мг/м^2. Статистическую обработку полученных данных осуществляли с использованием программы Statistica, версия 8.

В результате проведенного обследования у 2 из 26 девочек (7,7%) с клинической картиной ПА была диагностирована НКВГКН вследствие недостаточности 21-гидроксилазы, на основании положительного теста с Синактеном (Synacten-Depot). Диагноз одной девочке установлен в возрасте 4 лет (пубархе с 3 лет), другой – в 6 лет (пубархе с 5,5 лет). Опережение роста составило +1,3 SD и +2 SD; ΔПВ/КВ (паспортный возраст) 2 года и 3 года соответственно. У старшей девочки также отмечались ускорение темпов роста и выраженный запах пота. У обеих девочек было ожирение II степени. Увеличения клитора не наблюдалось ни у одной из них. Уровень ИРИ составил 11 и 10,7 мкМе/мл, показатели базального 17-ОН-П – 3,54 и 4,3 нг/мл. А4 был повышен

(3,74 нмоль/л) у 4-летней девочки и находился в референтных значениях стадии III по Таннер. У 6-летней девочки А4 составлял 1,04 нмоль/л (норма для I стадии по Таннер). Значения ДГЭА-С составили 2,0 и 2,34 мкмоль/л (в пределах возрастной нормы), концентрации Т – 0,02 и 0,03 нмоль/л, ЛГ – 0,02 и 0,1 мМе/мл, значения ФСГ были допубертатными (3,05 и 1,3 мМе/мл). Размеры матки и яичников по данным УЗИ органов малого таза соответствовали возрастным значениям. УЗИ надпочечников у обеих девочек патологии не выявило. Этим пациенткам был назначен дексаметазон. Доза препарата подбиралась по нормализации уровня 17-ОН-П.

У 25% девочек с ПА среди родственников I и II степени родства были указания на ускоренный пубертат в анамнезе. Матери 72,7% обследуемых девочек имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (выкидыш и аборты в анамнезе; угроза прерывания или гестоз в период настоящей беременности).

В группе обследуемых с диагнозом ПА срок появления полового оволосения составил 6,22±0,9 лет, min – 4,5 года, max – 7,5 лет. Среди жалоб в 38,1% случаев отмечали «взрослый» запах пота; в 66,67% – эмоциональную лабильность, повышенную утомляемость. В 50% случаев лобковое оволосение сочеталось с аксиллярным. Половая формула варьировала: A1P2Ma1Me (–); A2P2Ma1Me (–). Клиторомегалии не было выявлено. У 9,09% пациенток были единичные элементы угревой сыпи. В 20,83% случаев диагностировано ожирение I степени. По данным УЗИ органов малого таза у них не выявлено отклонений от возрастной нормы. УЗИ надпочечников также у всех 24 обследуемых без патологии. У 52,38% девочек отмечалось ускорение темпов роста: SDS роста 1,58±0,6. КВ опережал ПВ на 2,06±1,09 года. Уровни ЛГ составили 0,31±0,32 мМе/мл, ФСГ – 1,66±1,15мМе/мл, ПРЛ – 213,45±90,79 мМЕ/мл и у всех девочек были допубертатные. Содержание Э2 составило 15,64±13,73 пг/мл и превысило возрастную норму у 32% девочек; Т – 0,27±0,25 нмоль/л. Умеренное повышение уровня Т по сравнению с возрастной нормой выявили у 33% девочек, у остальных концентрация гормона была нормальной. Уровень ГСПС был в норме (60,9±48,1 нмоль/л). Уровни 17-ОН-П (1,01±0,35 нг/мл) и А4 (3,86±1,49 нмоль/л) превысили норму для допубертатных детей в 71 и 86% случаев и соответствовали II и III стадии по Таннер. Концентрация ДГЭА-С (2,39±0,72 мкмоль/л) у 78,3% была в пределах возрастной нормы и у 21,7% соответствовала II стадии по Таннер. Гиперинсулинемия была выявлена только у одной обследуемой. Пациенток с ПА наблюдали без назначения медикаментозной терапии, поскольку опыт лечения этой группы девочек метформином пока недостаточен.

В нашем исследовании выявлены следующие зависимости: при отягощенном акушерско-гинекологическом анамнезе у матерей девочек с ПА уровни ДГЭА-С и А4 достоверно ($p<0,001$) были выше по сравнению с детьми с ПА и неотягощенным антенатальным периодом. Эмоциональная лабильность и повышенная утомляемость достоверно ($p<0,002$) коррелировала с повышением уровня ДГЭА-С.

Учитывая, что у большинства девочек с ПА базальный уровень 17-ОН-П превышает возрастную норму, проведение АКТГ-теста для исключения НКВГКН должно стать обязательным компонентом обследования этой группы пациенток.

Пациентки с ПА, не имеющие признаков метаболического синдрома, нуждаются только в динамическом наблюдении.

РЕФЕРАТЫ

УЛУЧШАЕТСЯ ЛИ МОНИТОРИНГ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА ПЕРЕД ВИЗИТОМ К ВРАЧУ?

Цель работы – оценить частоту следования рекомендациям врача в семьях, где ребенок страдает диабетом 1-го типа.

У 72 детей 2–11 лет с сахарным диабетом 1-го типа при четырех следующих друг за другом визитах к врачу были скачены из глюкометров данные измерений глюкозы крови. Данные были использованы для оценки мониторинга глюкозы крови (МГК) за 28 предшествующих дней.

Более частый МГК ассоциировался с лучшим контролем гликемии. Приверженность рекомендациям врача и частый МГК перед визитом к врачу отмечены только у больных с низким уровнем A1C .

Хорошо мотивированные родители, которые часто измеряли ребенку уровень глюкозы, увеличивали частоту МГК перед визитом к врачу. Добавочные измерения могут принести пользу ребенку, давая врачу больше данных об уровне глюкозы, на основе которых строились рекомендации.

K.A. Driscoll, S.B. Johnson, Y. Tang, F. Yang, et al. Diabetes Care. 2011; 34 (10): 2170–2173.