

© В. Ф. АНТЮФЬЕВ, Ю. В. КОДОЛОВА, 2004

УДК 616-008.9-06:616.11-08

В. Ф. Антюфьев, Ю. В. Кодолова

ОЦЕНКА УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Областная больница восстановительного лечения "Озеро Чусовское", Екатеринбург

На базе специализированной областной больницы восстановительного лечения "Озеро Чусовское" Екатеринбурга была отработана стационарная технология обследования и лечения пациентов с метаболическим синдромом, имеющих патологию сосудов сердца и мозга. Целью данной работы явились изучение характера метаболических и сердечно-сосудистых нарушений в зависимости от тяжести ожирения и оценка результатов их коррекции через 6 мес после начала адекватно подобранной терапии. Представлены результаты 6-месячного комплексного лечения метаболического синдрома, включающего в себя как медикаментозные, так и немедикаментозные методы: снижение массы тела и ее индекса на 8,5 и 19,86% соответственно, доли жира в организме на 9%, достоверное снижение уровня сахара в крови через 2 ч после нагрузки, печеночных трансаминаз, мочевой кислоты. Установлена достоверная зависимость между степенью ожирения и выраженностью сердечно-сосудистых и метаболических нарушений.

Ключевые слова: метаболический синдром, ожирение, сердечно-сосудистая система.

The stationary technique for examining and treating patients with the metabolic syndrome who had vascular diseases of the heart and brain was tested in the regional rehabilitative center "Ozero Chusovskoye" (Chusovsk Lake), Yekaterinburg. The purpose of the study was to examine the pattern of metabolic and cardiovascular disorders in relation to the severity of obesity and to assess the results of their correction 6 months after the initiation of adequately chosen therapy. The results of 6-month multimodality treatment for the metabolic syndrome, which involved both drug and non-drug methods, such as reduction in body weight and its index by 8.5 and 19.86%, respectively, in the proportion of fat in the body by 9%, a significant decrease in the blood level of sugar 2 hours after load, hepatic transaminases, uric acid are presented. A significant relationship was found between the degree of obesity and the severity of cardiovascular and metabolic disorders.

Key words: metabolic syndrome, obesity, cardiovascular system.

Болезни сердца и сосудов мозга занимают лидирующие места по заболеваемости, смертности и потерям трудоспособности, а совместно конкурентов не имеют. В связи с этим следует уделять большое внимание восстановительному лечению пациентов с этими болезнями, а также хорошей организации вторично-профилактических мероприятий по предотвращению у них повторных инфарктов и инсультов. Одним из способов снижения летальности является воздействие на известные сердечно-сосудистые факторы риска, на первом месте среди которых находится метаболический синдром, включающий в себя ожирение и избыточную массу тела, нарушение толерантности к углеводам (в том числе сахарный диабет типа 2), артериальную гипертензию, гиперхолестерин- и гипертриглицеридемию, гиперурикемию. В настоящее время распространение ожирения в мире колеблется от 20 до 50% [1, 4—12, 14—17], в Свердловской области этот показатель, по некоторым данным, достигает 60,3% [3]. Велика его медико-социальная и экономическая значимость. С данной патологией связаны увеличение числа дней временной нетрудоспособности, инвалидности, ухудшение качества жизни и преждевременная смерть [18].

В специализированной областной больнице восстановительного лечения "Озеро Чусовское" Екатеринбурга проходят реабилитацию пациенты, страдающие ишемической и гипертонической болезнями, в том числе перенесшие инфаркт миокарда и инсульт, оперативное вмешательство на сердце и сосудах или готовящиеся к ним (аортокоронарное шунтирование, клапанные протезирования, установки кардиостимуляторов). На базе клиники была отработана стационарная технология лечения

и обследования пациентов с метаболическим синдромом.

Нами были проанализированы результаты обследования 115 пациентов, имеющих избыточную массу тела и ожирение.

Целью данного исследования явились изучение характера метаболических и сердечно-сосудистых нарушений в зависимости от тяжести ожирения, а также оценка результатов их коррекции через 6 мес после начала лечения.

Материалы и методы

Все пациенты были осмотрены специалистами клиники (терапевтом, кардиологом, невропатологом, эндокринологом, специалистом по лечению атеросклероза, психотерапевтом, гинекологом). Осмотр включал в себя антропометрию, анкетирование и работу с дневниками питания. Всем пациентам были проведены инструментальные и лабораторные исследования для диагностики, оценки степени тяжести метаболического синдрома и определения характера сопутствующей патологии. Пациентам назначали лечебное питание, проводили медикаментозное и немедикаментозное лечение, а также обучение пациентов в школе для больных с избыточной массой тела. Немедикаментозное лечение включало в себя психо-, физио- и бальнеотерапию (α -камера в режиме коррекции массы тела, душ, гидромассажные и сухие углекислые ванны, сауна и другие процедуры). Работа с психотерапевтом была направлена на формирование у больных осознанной мотивации на лечение и коррекцию патологических вариантов пищевого поведения. Большое внимание уделялось лечебной физкультуре (в группе и индивидуально), занятиям

в тренажерном зале, лечебной дозированной ходьбе по территории, плаванию в озере (в теплое время года).

При выписке все пациенты получали рекомендации по рациональному питанию и физической активности. В дальнейшем, во время амбулаторного этапа лечения, пациенты регулярно посещали специалистов клиники с целью проведения контроля лабораторных показателей, массы тела и состояния внутренних органов. Продолжались работа с дневниками питания и коррекция медикаментозной терапии.

Средний возраст пациентов исследуемой группы составлял $48,20 \pm 10,16$ года (от 16 до 79 лет), мужчины составили 46,09%, женщины — 53,91%. Индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил $34,75 \pm 5,75$ кг/м² (от 25,25 до 60,55 кг/м²). Согласно этому показателю все обследуемые были разделены на 4 группы: 1-я — пациенты с избыточной массой тела (ИМТ 25–29,9 кг/м²), 2-я — пациенты с I степенью ожирения (ИМТ 30–34,9 кг/м²), 3-я — со II степенью ожирения (ИМТ 35–39,9 кг/м²), 4-я — с III степенью ожирения (ИМТ свыше 40 кг/м²).

Результаты и их обсуждение

Результаты обследования пациентов представлены в табл. 1 и 2. Как видно из табл. 1 и 2, с увеличением массы тела у пациентов достоверно чаще появляются стенокардия, одышка при нагрузке, воспалительные и дегенеративные заболевания суставов, а также признаки, позволяющие предположить наличие у них нарушения углеводного обмена (жажда, сухость во рту). Кроме того, отмечается тенденция к учащению сердечного ритма, а у лиц с более высокими степенями ожирения — статистически значимое повышение АД. Интересно, что средний возраст пациентов всех 4 групп достоверно не различался вопреки распространенному мнению о том, что масса тела увеличивается с возрастом. Наши данные свидетельствуют о том, что избыточная масса тела встречается примерно с одинаковой частотой у лиц всех возрастных групп, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

При анализе биохимических показателей обращает на себя внимание наличие достоверной тенденции к появлению скрытых нарушений толерантности к углеводам по мере увеличения массы тела. Интересно, что мы не выявили статистически значимых различий показателей липидного спектра между группами. Вероятно, это можно объяснить тем, что более половины пациентов со II и III стадиями ожирения страдают ишемической болезнью сердца, многие из них перенесли инфаркт миокарда и инсульты и в их лечении используются препараты, нормализующие липидный спектр (чаще всего статины). По мере увеличения степени ожирения наблюдалась тенденция к повышению уровня печеночных трансаминаз. Это расценивалось нами как нарушение функции печени в виде жирового гепатоза, что и подтверждалось впоследствии при ультразвуковом исследовании.

При анализе дневников питания отмечается, что калорийность суточного рациона у пациентов увеличивается от 1-й к 3-й группе, а в 4-й группе несколько снижается. Процент жира в суточном рационе, напротив, достоверно увеличивается от 1-й к 4-й группе. При расспросе выясняется, что пациенты с выраженным ожирением начинают самостоятельно уменьшать калорийность рациона, ошибочно делая это преимущественно за счет трудноусвояемых углеводов (исключает из рациона хлеб, каши, макаронные изделия), тем самым увеличивая процент жира.

Анализ анкет позволяет не только оценить пищевые привычки пациентов, их мотивацию к лечению и уровень знаний о своем заболевании, но и выявить причины, приводящие к нарушению обмена веществ. Так, интересно, что у мужчин самой частой причиной, приводящей к увеличению массы тела, является ограничение физической активности и прекращение занятий спортом (69,81% опрошенных), что достоверно выше аналогичного показателя у женщин (32,26%; $p = 0,00001$). Женщины же самой частой причиной ожирения называют нарушения в питании — 40,35% по сравнению с 28,30% у мужчин. Помимо вышеназванных, женщины в качестве причин ожирения указывают на беременность и роды (25,81%), а также на снижение функции щитовидной железы (19,35%), климакс (16,13%) и прием гормональных контрацептивов (4,83%). Мужчины же чаще упоминают наследственность (5,66%), прекращение курения (5,66%) и стресс (3,77%).

После проведения обследования всем пациентам было назначено лечение. Поскольку большинство пациентов с ожирением на момент госпитализации имели кардиологическую или сосудистую патологию, им назначали нитраты, дезагреганты, антигипертензивные, мочегонные и другие препараты. Как видно из табл. 3, по мере нарастания тяжести ожирения подобные препараты назначали все шире. Также пациентам назначали такие лекарственные средства, как ксеникал и меридиа, использующиеся для лечения ожирения. Ксеникал мы применяли чаще, так как он является препаратом периферического действия и, следовательно, имеет меньше противопоказаний к назначению. По мере увеличения степени ожирения частота его назначения нарастала. Так, в 1-й группе ксеникал принимали 15,38% пациентов, а в 4-й — уже 82,35% ($p = 0,0001$). Меридиа использовали лишь во 2-й и 3-й группах, поскольку пациентам с избыточной массой тела этот препарат редко бывает показан, а у лиц с резко выраженным ожирением обычно уже имеются противопоказания к его назначению (ИБС, аритмия, артериальная гипертензия). По мере нарастания степени ожирения увеличивалась и частота назначения пероральных сахароснижающих средств, преимущественно метформина (сиофора) и акарбозы (глюкобай), что связано с увеличением тяжести нарушений углеводного обмена у этих пациентов. В группах с избыточной массой тела и ожирением I степени мы чаще использовали глюкобай (26,92 и 24,44% случаев соответственно), затем частота его назначения снижалась до 11,11% ($p = 0,0001$). Напротив, сиофор в группе с избы-

Таблица 1

Клинические и антропометрические данные пациентов с избыточной массой тела

Группа обследованных	Возраст, годы	Одышка при нагрузке, %	Стенокардия, %	Сухость во рту, жажда, %	Боли в суставах при нагрузке, %	Воспаление суставов, %	Масса тела, кг	ИМТ, кг/м ²	ОТ, см	ЧСС в 1 мин	САД, мм рт. ст.	ДАД, мм рт. ст.	Доля жира в организме, %
1-я (n = 26)	46,73 ± 11,77	38,46	19,23	26,92	34,61	19,23	77,23 ± 7,93	27,95 ± 1,40	93,50 ± 7,09	75,67 ± 9,16	132,40 ± 22,75	81,00 ± 12,16	33,47 ± 5,60
2-я (n = 45)	46,80 ± 9,6	51,11	35,56	20,00	31,11	20,00	91,64 ± 10,98	32,22 ± 1,28	103,07 ± 9,64	75,53 ± 9,40	137,89 ± 26,87	88,44 ± 13,13	35,44 ± 5,27
3-я (n = 27)	50,04 ± 10,24	70,37	55,56	40,74	59,26	33,33	106,41 ± 9,96	36,82 ± 1,28	114,13 ± 8,14	76,14 ± 9,74	142,96 ± 22,24	89,63 ± 12,24	39,03 ± 5,43
4-я (n = 17)	51,24 ± 8,39	82,35	64,71	58,82	64,71	29,41	128,24 ± 24,26	45,21 ± 5,59	123,89 ± 10,73	84,06 ± 16,6	159,41 ± 38,64	95,59 ± 19,03	45,45 ± 6,80
p ₁₂₋₃₄	0,0556	0,0001*	0,002*	0,0003*	0,0009*	0,06	0,0001*	0,0001*	0,0001*	0,095	0,0054*	0,0248*	0,0001*

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3: * — достоверные различия 1-й и 2-й групп с 3-й и 4-й. ОТ — объем талии; ЧСС — частота сердечных сокращений; САД и ДАД — систолическое и диастолическое АД.

Таблица 2

Результаты лабораторных исследований и анализа пищевых дневников пациентов с избыточной массой тела

Группа обследованных	Холестерин, ммоль/л	ЛПВП, ммоль/л	ЛПНП, ммоль/л	ТГЛ, ммоль/л	КА	Сахар натошак, ммоль/л	ГТТ, ммоль/л	Мочевая кислота, ммоль/л	АСТ, ммоль/л	АЛТ, ммоль/л	Билирубин, ммоль/л	Суточный калораж, ккал/сут	Доля жира в суточном рационе, %
1-я (n = 26)	5,86 ± 1,40	1,27 ± 0,34	3,57 ± 1,45	2,06 ± 1,42	4,00 ± 2,11	5,36 ± 1,04	6,15 ± 0,74	402,45 ± 190,99	35,79 ± 13,64	39,05 ± 24,14	14,00 ± 5,88	3285,11 ± 956,83	47,22 ± 9,16
2-я (n = 45)	6,23 ± 1,03	1,21 ± 0,33	3,97 ± 0,99	2,33 ± 1,34	4,62 ± 2,10	5,81 ± 1,54	7,15 ± 2,81	367,47 ± 100,03	39,94 ± 22,08	41,81 ± 28,81	14,00 ± 3,47	3656,00 ± 1142,34	45,43 ± 11,50
3-я (n = 27)	5,58 ± 0,90	1,18 ± 0,28	3,53 ± 0,85	2,04 ± 1,44	3,94 ± 1,23	5,98 ± 2,62	8,71 ± 2,96	396,75 ± 118,05	39,64 ± 14,72	41,82 ± 20,78	12,86 ± 3,49	4068,89 ± 1955,19	50,58 ± 15,24
4-я (n = 17)	6,07 ± 0,99	1,31 ± 0,39	3,61 ± 1,07	2,23 ± 0,96	3,86 ± 1,23	6,24 ± 1,27	10,20 ± 4,25	365,05 ± 181,26	39,06 ± 18,82	53,50 ± 47,03	14,02 ± 2,72	3531,75 ± 1331,75	58,17 ± 16,61
p ₁₂₋₃₄	0,1352	0,9700	0,2174	0,6511	0,177	0,2300	0,040*	0,9582	0,7967	0,3601	0,5194	0,4060	0,0428*

Примечание. ЛПВП — липопротеиды высокой плотности; ЛПНП — липопротеиды низкой плотности; ТГЛ — триглицеридлипиды; КА — коэффициент атерогенности = (общий холестерин — ЛПВП)/ЛПВП; ГТТ — глюкозотолерантный тест (сахар крови через 2 ч после нагрузки глюкозой); АСТ — аспаратаминотрансфераза; АЛТ — аланинаминотрансфераза.

точной массой тела не использовали, в группе с ожирением I степени применяли лишь в 6,67% случаев, а в 4-й группе данный препарат был назначен в 47,06% случаев ($p = 0,0001$). Подобная достоверность имеется и в отношении антидепрессантов, частота использования которых возрастает с 3,85 до 23,53% ($p = 0,0266$). Для коррекции нарушений липидного обмена мы также использовали статины (зокор, липримар) и препараты никотиновой кислоты (эндурацин). Гепатотропные препараты (гептрал, эссенциале) применяли у пациентов с клиникой жировых гепатозов.

За 2 нед стационарного лечения пациенты теряли в массе от 0,5 до 10 кг. В среднем по группе масса тела снижалась с $97,26 \pm 20,79$ до $94,22 \pm 20,09$ кг (ИМТ $33,20 \pm 5,85$ кг/м²), т. е. на 3%. Необходимо отметить, что быстрое снижение массы тела в первые дни и недели терапии часто бывает обусловлено не столько снижением жировой массы, сколько коррекцией водно-солевого обмена вследствие назначения мочегонных препаратов, необходимых при лечении артериальной гипертензии, сердечной недостаточности. Подобное предположение подтверждается тем фактом, что процент жира в организме за первые 2 нед снижался несущественно.

Как видно из табл. 4 и 5, через 6 мес после начала лечения масса тела и ее индекс снижались на 8,5 и 19,86% соответственно, доля жира в организме уменьшалась на 9%. Эти показатели изменялись статистически значимо. ОТ и его отношение к объему бедер — ОБ (ОТ/ОБ), частота сердечных сокращений и показатели АД также достоверно уменьшались. Интересно, что отношение ОТ/ОБ уменьшалось преимущественно за счет ОТ.

Аналогичная динамика наблюдается и в отношении лабораторных показателей. Статистически значимо снижается уровень сахара в крови через 2 ч после нагрузки, имеется тенденция к снижению и уровня сахара натощак. Уровень АСТ снижается в 1,8 раза, а уровень АЛТ — в 2,5 раза и приходит в среднем к нормальным величинам. Уменьшается и содержание мочевой кислоты.

Интересные данные получены в отношении динамики показателей липидного обмена на фоне лечения ожирения. Отмечается достоверное снижение уровня общего холестерина — на 10,70%, как и ЛПНП — на 19,08%, имеется тенденция к умень-

шению уровня триглицеридов — на 10,12%. Однако следует отметить и неблагоприятные изменения — снижение содержания ЛПВП на 9,10% и повышение коэффициента атерогенности на 7,71%, хотя эти изменения и статистически незначимы. Можно предположить, что уменьшение жира в рационе таких больных ведет к уменьшению всех фракций жирных кислот. Для избежания подобных сдвигов необходимо более настоятельно рекомендовать пациентам принимать больше продуктов, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты (нежирная рыба, морепродукты).

При анализе дневников питания отмечается уменьшение общей калорийности рациона с $3374,43 \pm 1601,40$ до $2044,43 \pm 551,82$ ккал/сут, причем доля жира снижалась с $45,5 \pm 9,45$ до $35,5 \pm 10,01\%$ суточной калорийности рациона ($p = 0,009$), а количество потребляемого жира уменьшалось в 2,1 раза — со 170,6 до 80,64 г в сутки. Несмотря на значительные изменения в питании, рацион не был слишком ограниченным и превышал обычно рекомендуемые 1200–1500 ккал, что способствовало хорошей и длительной комплаентности, так как больные не испытывали чувства голода.

Наилучших результатов в лечении достигали пациенты, которые после выписки максимально точно выполняли данные им рекомендации по рациональному питанию, физической активности и продолжали прием назначенных препаратов. В настоящее время получены убедительные данные о том, что у пациентов, прошедших обучение в школе для больных с избыточной массой тела, значительно улучшаются показатели эффективности лечения ожирения [2, 13].

Проведенный анализ данных первичного анкетирования пациентов позволил установить следующее. Желаемая потеря массы тела на первом этапе в среднем составила 18 кг, или 18,5% от исходной, за 5,5 мес. Таким образом, налицо явно завышенные ожидания и отсутствие настроения на длительное лечение: 7,14% опрошенных желают похудеть за 10 дней, 21,43% — за 1 мес, 38,10% — за 3 мес и лишь 1/3 (33,33%) больных понимают, что процесс снижения массы тела займет от 6 до 12 мес. При оценке уровня самоконтроля пациентов отмечено, что подавляющее большинство (47,62%) взвешиваются чаще 1 раза в месяц и лишь 11,80% делают это реже

Таблица 3

Препараты, назначаемые пациентам с избыточной массой тела при стационарном лечении (в %)

Группа обследованных	Нитраты	β-Блокаторы	Ингибиторы АПФ	Мочегонные препараты	Ксеникал	Сиофор	Глюкобай	Меридиа	Статины	Препараты никотиновой кислоты	Дезагреганты	Антидепрессанты	Гепатотропные препараты
1-я (n = 26)	3,85	11,53	26,92	19,23	15,38	0	26,92	0	0	38,46	11,53	3,58	7,69
2-я (n = 45)	2,22	11,11	24,44	22,22	15,53	6,67	24,44	2,22	2,22	26,67	13,33	2,22	17,78
3-я (n = 27)	7,40	18,52	25,92	37,04	37,04	18,52	11,11	5,88	7,40	37,04	14,81	7,40	18,52
4-я (n = 17)	17,65	17,65	35,29	41,17	82,35	47,06	0	0	17,65	47,06	23,53	23,53	35,29
p _{12–34}	0,141	0,297	0,870	0,0417*	0,0001*	0,0001*	0,0124*	0,858	0,019*	0,277	0,419	0,026*	0,141

Таблица 4

Динамика клинических и антропометрических показателей у больных ожирением через 6 мес после начала лечения

Показатель	Масса тела, кг	ИМТ, кг/м ²	Доля жира в организме, %	ОТ, см	ОБ, см	ОТ/ОБ	ЧСС в 1 мин	САД, мм рт. ст.	ДАД, мм рт. ст.
Исходный	101,67 ± 19,22	34,75 ± 5,75	40,17 ± 4,83	113,00 ± 1,04	125,50 ± 4,70	0,93 ± 0,05	76,40 ± 12,83	134,00 ± 18,00	89,00 ± 9,32
Через 6 мес	93,03 ± 20,67	27,85 ± 11,51	36,55 ± 3,73	109,23 ± 15,56	124,97 ± 18,43	0,88 ± 0,10	68,00 ± 4,18	122,50 ± 8,47	85,00 ± 11,42
% снижения	8,50	19,86	9,00	7,96	0,42	5,85	10,99	8,58	4,49
<i>p</i>	0,000001*	0,000001*	0,015*	0,021*	0,922	0,034*	0,033*	0,008*	0,162

Примечание. Здесь и в табл. 5: * — достоверные различия между группами.

Таблица 5

Динамика лабораторных показателей у больных ожирением через 6 мес после начала лечения

Показатель	Холестерин, ммоль/л	ЛПВП, ммоль/л	ЛПНП, ммоль/л	ТГЛ, ммоль/л	КА	Сахар натошак, ммоль/л	ГТТ, ммоль/л	Мочевая кислота, ммоль/л	АСТ, ммоль/л	АЛТ, ммоль/л
Исходный	7,02 ± 1,22	1,22 ± 0,18	4,55 ± 0,90	3,60 ± 1,76	4,89 ± 1,49	6,39 ± 0,99	8,90 ± 0,79	436,00 ± 132,09	41,00 ± 14,65	53,33 ± 23,08
Через 6 мес	6,27 ± 0,87	1,11 ± 0,34	3,68 ± 0,61	3,24 ± 1,40	5,26 ± 2,17	5,94 ± 0,70	7,30 ± 0,21	324,67 ± 92,77	22,29 ± 0,76	20,71 ± 0,76
% снижения	10,70	9,10	19,08	10,12	+7,71	7,07	17,98	25,54	45,64	61,16
<i>p</i>	0,016*	0,164	0,0002*	0,426	0,484	0,071	0,000001*	0,004*	0,0029*	0,0012*

1 раза в год. Большинство больных (80,95%) знают уровень своего АД и измеряют его регулярно (35,71%) или в случае плохого самочувствия (47,62%). Что же касается уровня холестерина и триглицеридов в крови, то лишь 33,33 и 7,14% больных соответственно в той или иной мере осведомлены об этом. Из числа тех, кто знает свой уровень холестерина в крови, более половины (52,71%) оценивают его неверно. В то же время 42,86% пациентов уверены в том, что имеют повышенный уровень холестерина в крови. Большинство пациентов с ожирением (76,19%) до поступления в нашу клинику ни разу не определяли содержание холестерина в крови и лишь 14,29% делают это хотя бы раз в несколько лет. Только 9,52% больных с ожирением ранее когда-либо подсчитывали калорийность съеденной пищи и 11,91% знают, сколько килокалорий в сутки они должны употреблять с учетом пола, возраста и физической нагрузки. При ответе на вопрос анкеты все больные согласны с тем, что нужно заниматься профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний до того, как они развились, т. е. проводить коррекцию факторов риска. Однако реально лечить ожирение, дислипидемию, артериальную гипертензию согласны лишь 35,71% кардиологических больных, 16,67% ссылаются на нехватку времени, а 47,62% — на отсутствие необходимых для этого знаний.

Необходимо отметить, что основная цель школы для больных с избыточной массой тела — не просто передача информации, а формирование основной мотивации на лечение и самоконтроль, формирование у больных новых психологических установок, постепенный переход к правильному питанию, увеличение физической активности в сочетании с изменением образа жизни, а главное, понимание их личной ответственности за лечение.

Заключение

Результаты наблюдений позволяют сделать вывод о том, что у пациентов удалось сформировать мотивацию на снижение массы тела и коррекцию метаболических расстройств. Это является определяющим фактором в снижении риска развития сердечно-сосудистых осложнений, инвалидности, улучшении качества жизни и увеличении продолжительности жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аметов А. С., Демидова Т. Ю., Целековская А. А. // Тер. арх. — 2001. — № 8. — С. 66–69.
2. Дедов И. И., Бутрова С. А., Савельева Л. В. Обучение больных с ожирением. — М., 2001.
3. Дмитриев А. Н. Ожирение и метаболический синдром. — Екатеринбург, 2001.
4. Мельниченко Г. А., Пышкина Е. А. // Тер. арх. — 2001. — № 12. — С. 5–8.
5. Соколов Е. И. // Тер. арх. — 2002. — № 1. — С. 40–43.
6. Brown W. V. // Diabetes Obes. Metab. — 2000. — Vol. 2. — Suppl. 2. — P. S11–S18.
7. Colditz G. A., Willett W. C., Rostitzky A., Manson J. E. // Ann. Intern. Med. — 1995. — Vol. 122. — P. 481–486.
8. Fruhbeck G. // Eur. J. Clin. Nutr. — 2000. — N 3. — P. 272.
9. Grundy S. M. // Am. J. Cardiol. — 1999. — Vol. 83, N 9B. — P. 25F–29F.
10. Grundy S. M. // Circulation. — 2002. — Vol. 105, N 23. — P. 2696–2698.
11. Hauner H. // Eur. J. Clin. Nutr. — 2002. — Vol. 56. — Suppl. 1. — P. S25–S29.
12. Isomaa B., Almgren P., Tuomi T. et al. // Diabetes Care. — 2001. — Vol. 24, N 4. — P. 683–689.
13. Krahulec B., Raslova K. // Vnitř. Lek. — 1995. — N 2. — P. 151–155.
14. Ramos F., Baglivo H. P., Ramirez A. J., Sanchez R. // Curr. Hypertens. Rep. — 2001. — N 2. — P. 100–106.
15. Scheen A. J., Luyckx F. H. // Acta Chir. Belg. — 1999. — N 3. — P. 135–139.
16. Stern M. // Metabolism. — 1995. — Vol. 44. — Suppl. 3. — P. 1–3.
17. Timar O., Sestier F., Levy E. // Can. J. Cardiol. — 2000. — N 6. — P. 779–789.
18. Wolf A. M., Colditz G. A. // Am. J. Clin. Nutr. — 1996. — Vol. 66. — P. 466–469.

Поступила 16.09.02

© Т. В. СЕМИЧЕВА, Т. Д. БАКАНОВА, 2004

УДК 616.681-008.64-079.4:616-007.12

Т. В. Семичева, Т. Д. Баканова

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ ПУБЕРТАТА И ГИПОГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА У МАЛЬЧИКОВ

Эндокринологический научный центр (дир. — акад. РАН И. И. Дедов) РАМН, Москва

Задержка пубертата — отсутствие признаков полового развития у подростков. Целью работы явились изучение клинических критериев диагностики конституциональной задержки пубертата и гипогонадотропного гипогонадизма и оценка диагностической значимости теста с синтетическим аналогом ЛГ-РГ суточного действия бусерелином в дифференциальной диагностике этих состояний. Обследовано 52 подростка в возрасте от 13,5 до 15,5 лет, не имевших клинических и гормональных признаков начала полового созревания, 5 из этих пациентов имели аносмию, что позволило предположить у них синдром Кальмана (вторичный гипогонадизм). Всем пациентам проведена стимуляционная проба с бусерелином. У 7 пациентов (1-я группа), в том числе у 5 с аносмией, максимальное повышение уровня ЛГ в ответ на стимуляцию было ниже пубертатного значения (< 8 Ед/л). У остальных 45 подростков максимальное повышение уровня ЛГ достигало пубертатных значений и колебалось от 11,2 до 50,1 Ед/л, что позволило диагностировать у них транзиторную задержку пубертата (2-я группа). Все пациенты наблюдались в динамике в течение 1–3 лет. За это время у всех пациентов 2-й группы отмечалось прогрессирование пубертата; у пациентов 1-й группы самостоятельного пубертата не отмечено. Полученные результаты показали информативность теста с пролонгированным аналогом ЛГ-РГ бусерелином для дифференциальной диагностики конституциональной задержки пубертата и вторичного гипогонадизма у подростков.

Ключевые слова: пубертат, подростки, лютеинизирующий гормон гипофиза, фолликулостимулирующий гормон гипофиза, тестостерон, гипогонадизм, бусерелин.