

обмена диагностировались по критериям ВОЗ, чувствительность к инсулину оценивалась по индексу Matsuda, значение которого менее 3,4 расценивалось как инсулинорезистентность. Также проводилось исследование липидов сыворотки крови: ХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ рутинными методами.

Результаты исследования. При анализе полученных данных обращает на себя внимание высокий показатель SDS роста ($+1,9 \pm 0,9$) и SDS ИМТ ($+3,4 \pm 0,76$), что подтверждает имеющиеся данные о высоких темпах физического развития у детей с ожирением. Частота дислипидемии составила 46% (14 пациентов), причем в структуре нарушений липидного обмена преобладала смешанная дислипидемия, ассоциированная с повышением общего холестерина и холестерина ЛПНП (57%), изолированное снижение ЛПВП отмечалось у 28,5%, повышения уровня ТГ в данной возрастной группе не зафиксировано. Частота нарушений углеводного обмена составила 40% (12 человек), из которых у 6 диагностировано НТГ. Таким образом, в исследуемой группе допубертатных детей выявлена высокая частота нарушений углеводного обмена и дислипидемии. Анализ в группах простого и выраженного ожирения также показал высокую частоту метаболических нарушений в обеих группах. Структура исследуемых групп представлена в таблице.

Показатель	1-я группа (SDS ИМТ $>+3,5$)	2-я группа (SDS ИМТ $<+3,5$)
Число наблюдений	13	17
Средний возраст, годы	$7,3 \pm 0,9$	$8,7 \pm 1,2$
Средний SDS роста	$+2,2 \pm 0,6$	$+1,6,4 \pm 0,4$
Средний SDS ИМТ	$+4,08 \pm 0,7$	$2,9 \pm 0,8$

Полученные результаты демонстрируют высокую частоту дислипидемии как в группе выраженного ожирения (61%), так и в группе простого (35%). В обеих группах основным типом являлась смешанная дислипидемия. Нарушения углеводного обмена в 1-й группе диагностированы у 53%, из них НТГ составила 28%. Во 2-й группе нарушения углеводного обмена определялись у 29%, из них НТГ — у 80%.

Вывод. Ожирение, начавшееся в раннем детском возрасте, ассоциировано с высокой частотой метаболических нарушений независимо от степени ожирения, что требует более раннего начала скрининга осложнений ожирения в данной возрастной группе.

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Писарева Е.А., Стребкова Н.А.*, Петеркова В.А.

ФГБУ «Эндокринологический научный центр» МЗ РФ, Москва

*e-mail: strnata@rambler.ru

Актуальность. Наиболее частыми причинами центрального несахарного диабета у детей и подростков являются объемные образования хиазмально-селлярной

области (краниофарингиомы, герминомы и другие). Нередко несахарный диабет является первым симптомом.

Цель исследования — определение частоты возникновения центрального несахарного диабета как первого симптома объемных образований хиазмально-селлярной области.

Материал и методы. В НИИ детской эндокринологии ФГБУ ЭНЦ были обследованы 90 человек с краниофарингиомами, 14 — с герминативно-клеточными опухолями.

Результаты исследования. У 15 (16,6%) пациентов с краниофарингиомами несахарный диабет был установлен до выявления краниофарингиомы, из них у 5 (5,5%) несахарный диабет был первым симптомом. Средний возраст манифестации несахарного диабета составил 6,6 года (минимальный возраст 2 года, максимальный 14 лет). Средний интервал между установлением диагноза несахарный диабет и выявлением объемного образования хиазмально-селлярной области составил 2,8 года (минимально 0,2 года, максимально 8 лет). В этой группе была выявлена следующая локализация: 12 человек имели эндосупраселлярную опухоль, 2 — стебельную и 1 — интраэкстравентрикулярную.

В послеоперационном периоде в группе краниофарингиом несахарный диабет наблюдался у 74 человек, из них у 15 (82,2%) диагноз был установлен до оперативного вмешательства.

В группе пациентов с герминативно-клеточными опухолями у всех 14 (100%) человек несахарный диабет был установлен до выявления или в момент выявления герминативно-клеточной опухоли. Средний возраст манифестации несахарного диабета 10,1 года (минимально 6 лет, максимально 13 лет). Среди 14 человек диагноз несахарного диабета и герминативно-клеточной опухоли был установлен в одно время у 5 (35,7%), у остальных 9 (64,3%) диагноз несахарного диабета был установлен до выявления объемного образования хиазмально-селлярной области. При этом у 2 человек был установлен диагноз психогенная полидипсия (на основании пробы с ограничением жидкости, нормальной картины МРТ головного мозга), а в дальнейшем при динамическом наблюдении была выявлена герминома и подтвержден несахарный диабет. Средний интервал между постановкой диагноза несахарного диабета и выявлением герминомы в этой группе составил 1,8 года (минимально 1 мес, максимально 3,2 года).

Вывод. Центральный несахарный диабет у детей и подростков может быть первым симптомом объемных образований хиазмально-селлярной области. Всем детям с установленным диагнозом центрального несахарного диабета показано регулярное динамическое наблюдение, включающее проведение МРТ головного мозга для оценки состояния хиазмально-селлярной области как при постановке диагноза, так и в динамике. У пациентов с психогенной полидипсией при отсутствии положительной динамики на фоне сопроводительных мероприятий (наблюдение и/или лечение у невропатолога и т.д.) рекомендовано повторное обследование у эндокринолога.
