

# Особенности комплексного портрета девочек-подростков с гипоталамическим синдромом

О. С. Филиппов, М. В. Коваленко

Красноярская государственная медицинская академия

Гипоталамический синдром пубертатного периода (ГСПП) — эндокринная патология подросткового возраста, характеризующаяся сложными функциональными нарушениями в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системе [2]. Это заболевание, как правило, может возникнуть у девочек сразу после менархе или спустя 1—3 года. Факторами, способствующими развитию ГСПП являются хронические очаги инфекций, психоэмоциональные травмы, перенесенные оперативные вмешательства, частые вирусные заболевания, чрезмерные умственные нагрузки [1, 5].

## Материал и методы

Обследовано 182 девочки-подростка, в возрасте от 13 до 15 лет, страдающих гипоталамическим синдромом, выявленных в результате профилактических осмотров в школах города Красноярск. Диагноз выставлялся на основании клинических критериев (нейроэндокринно-обменные симптомы, нарушение терморегуляции, мотивационные нарушения), а также инструментальных и лабораторных методов исследования (рентгенография черепа и лучезапястных суставов, исследования глазного дна и полей зрения, УЗИ матки и придатков, надпочечников, измерение пульса, артериального давления, ЭЭГ, определение гормонов желез внутренней секреции).

Все пациентки были опрошены по специально разработанной карте-анкете, содержащей более 200 вопросов

сгруппированных в несколько блоков: социально-гигиеническая характеристика, соматическое здоровье; становление менструальной и репродуктивной функции; антропометрические показатели; характеристика поведенческих реакций; аспекты здоровья родителей.

## Результаты исследования и обсуждение

В социальном аспекте большинство опрошенных определяют свои бытовые условия как удовлетворительные — 86,3 %, хорошие — 10,4 % и неудовлетворительные 3,3 %. Отдельную комнату для проживания имеют 90,6 %; несмотря на это, 95,6 % девочек делают акцент на желании повышать материальный уровень.

Алиментарно-конституциональное ожирение нередко является благоприятным фоном для развития ГСПП [4]. Избыточная масса тела наблюдалась в 78,4 % случаев; при этом впервые её увеличение регистрировалось, как правило, после первой менструации или в полугодовой период до её наступления. Среди причин, по мнению респондентов вероятно вызвавших полноту, наиболее часто отмечали: обильный рацион, снижение физической активности и наследственную предрасположенность. При этом 55,5 % опрошенных принимают пищу 5 и более раз в день, отдавая предпочтение кондитерским изделиям, мясным продуктам и ведут малоподвижный образ жизни.

В картине соматического здоровья выделяется значительное количество лиц, имеющих аллергические реакции, очаги хронической инфекции и хронические заболевания.

Аллергические реакции отмечаются, главным образом, на пищевые продукты, а среди хронических заболеваний преобладают болезни желудочно-кишечного тракта. В 82,0 % случаев присутствие очагов хронической инфекции не сопровождается адекватным регулярным лечением. Кроме того, следует отметить высокую частоту заболеваний ОРВИ, которая у 82,0 % обследуемых составила более 4 раз в год.

Нарушение процесса становления менструальной функции в периоде полового созревания оказывает неблагоприятное влияние на репродуктивную систему женщины во все последующие периоды ее жизни [6,7]. Начало развития ГСПП 87 % пациенток отмечают через 1—1,5 года, а 13 % непосредственно после менархе. В изучаемой группе начало менструаций у девочек регистрировалось в возрасте  $12,2 \pm 0,4$  лет. У 82 % опрошенных становление регулярной функции наблюдалось в течение 1,5 лет, у 2 % — в течение нескольких месяцев и у 16 % это период протекал более 2 лет. Средняя продолжительность менструаций составила  $5,1 \pm 0,2$  дней. Наличие предменструального синдрома (ПМС) отмечалось в 89 % наблюдений. Чаще отмечались длительные (более 6 дней) менструации с выраженным ПМС, проявляющимся в психологических симптомах, отеке лица, чувстве тяжести в животе и нижних конечностях. Регулярные, умеренные и безболезненные менструации отмечались лишь у 14 % больных. У 86 % опрошенных присутствовали нарушения менструального цикла в виде: гиперполименореи — 47 %, ювенильных маточных кровотечений — 5 %, аменореи — 4 %, гипоменструального синдрома, характе-

ризующегося гипоменореей и олигоменореей, — 30 %. Задержка полового развития регистрировалась только у 1,0 % девочек. Преждевременное половое развитие отмечено у 39,5 % обследуемых и при изучении анкетирования связано с осложнениями беременности у матери.

Большинство девочек (67,0 %) родились от первой беременности, и у 23,4 % родителей средний возраст составил более  $34,6 \pm 3$  лет. Кроме того, в анамнезе зарегистрированы различные варианты родоразрешения. В 86,8 % беременностей наблюдались гестозы. В 95,6 % случаев был выставлен диагноз «церебральной ишемии», при этом в большинстве случаев пациенты наблюдались у невропатолога нерегулярно.

Таким образом, среди наблюдаемых девочек-подростков выявлены характерные для ГСПП изменения в становлении менструальной функции. Указанные отклонения объясняют высокую самостоятельную обращаемость за консультацией к детскому гинекологу, что говорит о достаточном уровне субъективного внимания в отношении собственного репродуктивного здоровья в группе исследуемых.

В психологическом портрете выделяется прочно сформированное убеждение о «болезненной» природе ожирения — 97,3 %. При этом указывают наличие полных людей среди знакомых сверстников 98,0 %, в том числе среди старших и младших сестер (42,0 % и 28,0 %). Негативно рассматривают собственный «лишний вес» 94,0 % опрошенных, констатируя, что полнота мешает им полноценно жить; 26,0 % относятся с неприязнью к таким людям в своем окружении. Остальные 74,0 % высказывают безразличие и ни в одном случае не просматривается открытого позитивного расположения к полным сверстникам.

Тем не менее, обследуемые считают, что полнота в будущем окажет влияние не только на общение с людьми, но и на дальнейшее обучение, устройство на ра-

боту, а также личную жизнь. В результате 100 % девочек-подростков имеют позитивную тенденцию «обязательно следить» в дальнейшем за своей массой тела и способствовать её нормализации. При этом лишь 13 % опрошенных пытались снизить свой вес до настоящего момента, используя такие методы как диета, физические упражнения и пищевые добавки. Среди причин, вызывающих перенос планов по коррекции массы тела на будущее выделялись: нехватка времени (57 %), отсутствие психологической поддержки со стороны окружающих (36 %), недостаток руководства и информации о возможных методах (23 %), а также сформировавшейся психологический стереотип неспособности изменить собственный вес и родившимся отсюда равнодушном примирении со сложившейся ситуацией.

Практически все обследуемые девочки отмечали недостаточную информированность о ходе процесса полового развития и навыках личной гигиены. Данную информацию они получают от родителей в 12 % случаев, но в недостаточном объеме, большая часть (57 %) — от сверстников. Из других источников: телевидение, радио, интернет, книги, журналы и газеты — только 3 %. Между тем, при опросе девочек о строении своего тела и физиологии женского организма 98 % затруднялись ответить. Получение подобной информации по мнению подростков необходимо им с 10—11 лет, в виде бесед и лекций с доктором-гинекологом — 89 %, психологом — 2 %, педиатром — 8 %. 1 % исследуемых — не желает принимать участие в подобных мероприятиях. Большая часть опрошенных, при возможности самостоятельного выбора лектора, отдавала предпочтение женщинам. При этом в установлении контакта подчеркивалось важность формирования доверительных отношений, исходящая из до-

статочной компетентности и опыта лектора в своей области знаний. Эти сведения диктуют важность проведения работы по информационной поддержке девочек-подростков в вопросах полового развития и приобретения навыков личной гигиены, необходимость которой уже неоднократно подчеркивается в отечественной литературе [3].

Во взаимоотношениях с родителями прослеживается недостаток согласия и взаимопонимания.

В результате проведенных исследований намечены основные пути предупреждения развития ГСПП:

— разработка профилактических мероприятий по снижению заболеваемости общесоматическими заболеваниями, как факторов риска ГСПП, прежде всего, по выявлению и устранению очагов хронической инфекции, особенно, ОРВИ;

— создание рекомендаций по комплексной корректировке режима питания девочек-подростков, страдающих ГСПП, а также методических рекомендаций по половому воспитанию и навыкам личной гигиены;

— проведение углубленного изучения факторов риска ГСПП для девочек в пубертатном возрасте и внедрения своевременных медико-профилактических мероприятий.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богданова Е. А. Гинекология детей и подростков. М., 2000.
2. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. СПб., 1998.
3. Зайцев Г. К., Зайцев А. Г., Брэдик Г. М. Валеология подростка: половое воспитание // Валеология. Ростов-на-Дону, 2001. № 1
4. Потемкин В. В. Гипоталамический синдром пубертатного периода // Рос. мед. журн. 1997. № 3. С. 51—53.
5. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е. М. Вихляевой. М., 1997.
6. Саидова Р. А. Нарушения менструального цикла в периоде полового созревания // Рос. мед. журн. 1999. Т. 7, № 18.
7. Коколина В. Ф. Гинекология детского возраста. М, 2003.