

DOI: 10.31082/1728-452X-2023-236-4-42-45
УДК 616.43

СИНДРОМ ПОЗДНЕГО ПУБЕРТАТА: НАБЛЮДАТЬ ИЛИ ЛЕЧИТЬ? (клинические случаи)

М.М. ОМАРОВА¹, <https://orcid.org/0000-0003-1114-4360>,
И.С. БЕКТАЕВА², <https://orcid.org/0000-0002-9824-8076>,
S.M. NOUSHAD RAZA QUADRI², <https://orcid.org/0009-0008-6429-3988>,
N.S. ERAYASSAN², <https://orcid.org/0009-0001-3363-3504>

¹КГП на ПХВ «Городская поликлиника №4», г. Алматы, Республика Казахстан,

²Высшая школа медицины, НАО «Казахский Национальный университет имени аль-Фараби», г. Алматы, Республика Казахстан

РЕЗЮМЕ

Введение. Учитывая особенности пубертатного периода, синдром позднего пубертата требует незамедлительных решений по вопросам диагностики и лечения.

Цель исследования – демонстрация многогранности клинических проявлений синдрома позднего пубертата у подростков для углубленного изучения проблем гипогонадизма.

Материал и методы. Ниже представлены клинические случаи из практики. На динамическом наблюдении находятся двое подростков с синдромом позднего пубертата. У подростков клинические проявления имеют схожие симптомы, но при этом имеются индивидуальные черты.

Результаты. По результатам анализов нами была назначена терапия синдрома позднего пубертата.

Обсуждение результатов. Своевременное решение тактики об инициировании терапии синдрома позднего пубертата помогает улучшить физические показатели ребенка, при этом улучшается психологический фактор и гормональный фон, которые имеют ключевую роль в половом развитии подростка.

Выводы. По результатам проведенного анализа можно отметить, что у детей с синдромом позднего пубертата клинические проявления носят разнообразный характер и остаются незамеченными в некоторых случаях. Это говорит о том, что подростки и дети должны в профилактических целях проходить обследование у эндокринолога.

Ключевые слова: гипогонадизм, тестостерон, низкорост, пубертатный скачок, ХГЧ.

Для цитирования: Омарова М.М., Бектаева И.С., Noushad Raza Quadri S.M., Erayassan N.S. Синдром позднего пубертата: лечить или наблюдать? (клинические случаи) // Медицина (Алматы). 2023;4(236):42-45. doi: 10.31082/1728-452X-2023-236-4-42-45

ТҮЖЫРЫМ

КЕШ ЖЫНЫСТЫҚ ЖЕТІЛУ СИНДРОМЫ: БАҚЫЛАУ НЕМЕСЕ ЕМДЕУ? (клиникалық жағдайлар)

М.М. ОМАРОВА¹, <https://orcid.org/0000-0003-1114-4360>,
И.С. БЕКТАЕВА², <https://orcid.org/0000-0002-9824-8076>,
S.M. NOUSHAD RAZA QUADRI², <https://orcid.org/0009-0008-6429-3988>,
N.S. ERAYASSAN², <https://orcid.org/0009-0001-3363-3504>

¹«№4 қалалық емхана» РБК, Алматы қ., Қазақстан Республикасы,

²«Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті» КеАҚ, Жоғары медицина мектебі, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Кіріспе. Кеш жыныстық жетілу синдромы жыныстық жетілудің ерекшеліктерін ескере отырып, диагностикалық және емдеу мәселелеріне қатысты дереу шешім қабылдауды талап етеді.

Зерттеу мақсаты. Терапияны тағайындау мәселесін шешу үшін кеш жыныстық жетілу синдромы бар жасөспірімдерде клиникалық көріністер мен гормоналды жағдайды талдау.

Материал және әдістері. Төменде тәжірибеден алынған клиникалық жағдайлар келтірілген. Жыныстық жетілу кезінде осы ауруға шалдыққан кеш жыныстық жетілу синдромы бар екі жасөспірім динамикалық бақылауда. Жасөспірімдерде клиникалық көріністер ұқсас белгілерге ие, бірақ әрбір көріністің жеке ерекшеліктері бар.

Нәтижелер. Сынақ нәтижелері бойынша біз кеш жыныстық жетілу синдромына терапия тағайындадық.

Нәтижелерді талқылауы. Кеш жыныстық жетілу синдромын емдеу тактикасы туралы уақытылы шешім баланың физикалық белсенділігін жақсартуға көмектеседі, сонымен бірге жасөспірімнің жыныстық дамуында маңызды рөл атқаратын психологиялық фактор мен гормоналды деңгейлер де жақсарады.

Қорытынды. Талдау нәтижелеріне сүйене отырып, кеш жыныстық жетілу синдромы бар балаларда клиникалық көріністердің табиғаты бойынша «әртүрлі» болатынын атап өтуге болады, олар кейбір жағдайларда байқалмайды, бұл жасөспірім балаларды профилактикалық мақсатта эндокринологуға тексеруді қажет етеді, әсіресе жасөспірімдік шақта.

Контакты: Омарова Мадина Марипжановна, магистр медицинских наук, врач-эндокринолог КГП на ПХВ «Городская Поликлиника №4», г. Алматы, e-mail: doc.5@list.ru

Contacts: Omarova Madina Maripzhanovna, Master of Medical Sciences, endocrinologist of the Municipal State Hospital at the Municipal Polyclinic №4, Almaty, e-mail: doc.5@list.ru

Поступила: 26.10.2023
Принята: 20.12.2023

Негізгі сөздер: гипогонадизм, тестостерон, қысқа бойлық, жыныстық жетілу, адамның хорионалық гонадотропині.

Дәйексөз үшін: Омарова М.М., Бектаева И.С., Noushad Raza Quadri S.M., Erayassan N.S. Кеш жыныстық жетілу синдромы: бақылау немесе емдеу? (клиникалық жағдайлар) // Медицина (Алматы). 2023;4(236):42-45. doi: 10.31082/1728-452X-2023-236-4-42-45

SUMMARY

LATE PUBERTY SYNDROME: OBSERVE OR TREAT?
(clinical cases)

MM OMAROVA¹, <https://orcid.org/0000-0003-1114-4360>,
IS BEKTAYEVA², <https://orcid.org/0000-0002-9824-8076>,
SM NOUSHAD RAZA QUADRI², <https://orcid.org/0009-0008-6429-3988>,
NS ERAYASSAN², <https://orcid.org/0009-0001-3363-3504>

¹City Clinic No 4, Almaty, Republic of Kazakhstan,

²Higher School of Medicine, Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Republic of Kazakhstan

Introduction. Considering the characteristics of puberty, late puberty syndrome requires immediate decisions regarding diagnostic and treatment issues.

Purpose of the study. To analyze clinical manifestations and hormonal status in adolescents with late puberty syndrome to resolve the issue of prescribing therapy.

Material and methods. There are 2 clinical cases from practice are prescribed below. Two adolescents with late puberty syndrome who have been diagnosed with this condition are under dynamic observation. In adolescents, clinical manifestations have similar symptoms, but each manifestation has individual characteristics.

Results. Based on the test results, we prescribed therapy for late puberty syndrome.

The discussion of the results. A timely decision on the tactics to initiate treatment for late puberty syndrome helps to improve the child's physical performance, while improving the psychological factor and hormonal levels, which have a key role in the sexual development of a teenager.

Conclusions. Based on the results of the analysis, it can be noted that in children with late puberty syndrome, clinical manifestations are "varied" in nature, which remain invisible in some cases. It suggests that adolescents and children should be examined by an endocrinologist for preventive purposes.

Keywords: hypogonadism, testosterone, short stature, pubertal leap, human chorionic gonadotropin.

For reference: Omarova MM, Bektayeva IS., Noushad Raza Quadri SM, Erayassan NS. Late puberty syndrome: observe or treat? (clinical cases). *Meditsina (Almaty) = Medicine (Almaty)*. 2023;4(236):42-45. (In Russ.). doi: 10.31082/1728-452X-2023-236-4-42-45

Введение. Гипогонадизм – это патологическое состояние, при котором у лиц мужского пола происходит абсолютное или относительное снижение выработки половых гормонов в яичках или наблюдается устойчивость органов-мишеней к половым гормонам. У подростков гипогонадизмом считается отсутствие появления вторичных половых признаков у мальчиков после 14 лет [1]. Клинические проявления гипогонадизма включают в себя не только отсутствие вторичных половых признаков, но и наличие дефицита веса, низкие темпы роста и тд. Таким образом, при обращении к врачу родителя с ребенком имеют значения многие факторы, как возраст ребенка, возможные этиологические факторы развития гипогонадизма и тд. Во многих случаях диагностика гипогонадизма в детском возрасте затруднена вследствие физиологически обусловленной низкой выработки половых гормонов у детей. Исключением могут быть случаи генетических нарушений, которые могут встречаться в комбинации с другими эндокринными патологиями [2].

Цель исследования – демонстрация многогранности клинических проявлений синдрома позднего пубертата у подростков для углубленного изучения проблем гипогонадизма.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое проспективное открытое неконтролируемое исследование. В течение 3 месяцев двум подросткам с верифицированным диагнозом «первичный гипогонадизм» проводили терапию хорионическим гонадотропином: терапевтическая доза препаратов ХГ составила 500 МЕ 2 раза в неделю. У детей проводился контроль антропометрических данных, динамики полового развития, лабораторных данных – уровня тестостерона до начала терапии и после лечения и объема тестикул методом ультразвукового исследования органов мошонки.

Клинический случай №1

Мальчик в возрасте 14 лет 7 месяцев был впервые осмотрен детским эндокринологом во время профилактического осмотра в школе. После осмотра ребенку выставлен предварительный диагноз «низкорослость», рекомендовано обследование у эндокринолога по месту жительства. Во время приема, со слов родителей, снижение темпов роста у подростка наблюдается приблизительно с 10-летнего возраста. Заметное отставание от сверстников отмечают с 2021 года.

На момент осмотра: ребенок нормостенического пропорционального телосложения, пониженного питания.

Рост – 157 см, SDS роста – (-1,01), 15,6 перц. Вес – 46 кг. SDS (-0,83), ИМТ -18,66 кг/м². SDS ИМТ (-0,19), 42,43 перц. Щитовидная железа не увеличена, при пальпации мягкая, функция – эутиреоз. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке, эластичные. P-2, A-I, G-3, F-2. По Таннеру: пубертат. Учитывая жалобы, возраст ребенка, отсутствие вторичных половых признаков во время физикального осмотра, ребенок направлен на дообследование. По результатам обследований: тестостерон – 0,026 нг/мл (при норме для данной возрастной категории более 2 нг/мл), УЗИ органов мошонки: размеры яичек соответствуют 9-10 годам. Признаки ложного крипторхизма.

Клинический случай №2

Мальчик в возрасте 14,5 лет был осмотрен эндокринологом по поводу дефицита массы тела и низких темпов роста. Со слов мамы, с 9-летнего возраста у ребенка отмечались сниженный аппетит и низкие темпы роста. Впервые осмотрен детским эндокринологом во время профилактического осмотра в школе. После осмотра ребенку были выставлены предварительные диагнозы «низкоростость» и «дефицит массы тела», рекомендовано обследование у эндокринолога по месту жительства. Во время приема, со слов родителей, снижение темпов роста наблюдалось приблизительно с 10 лет. Заметное отставание от сверстников отмечают с 2021 года.

На момент осмотра: астенического пропорционального телосложения, пониженного питания. Рост –

146 см, SDS роста – (-1,80), 3,61 перц. Вес – 29 кг. SDS (-3,13), ИМТ – 13,60 кг/м². SDS ИМТ (-3,53). Щитовидная железа не увеличена, при пальпации мягкая, функция – эутиреоз. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке, эластичные. P-2, A-I, G-3, F-2. По Таннеру: пубертат. Учитывая жалобы, возраст ребенка, отсутствие вторичных половых признаков во время осмотра ребенок направлен на дообследование. По результатам обследований у ребенка: уровень тестостерона – 0,025 нг/мл (при норме для данной возрастной категории более 2 нг/мл), заключение УЗИ органов мошонки: размеры яичек соответствуют 10 годам.

По результатам обследований обоим юношам была проведена стимуляционная проба с ХГЧ. По результатам ХГЧ: положительный результат пробы, после чего начата инициация пубертата препаратами ХГЧ с последующим контролем.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Подростки получали препараты ХГЧ 2 раза в неделю в течение 3 месяцев. На фоне терапии препаратами хорионического гонадотропина у подростков отмечается положительная динамика в виде появления вторичных половых признаков, увеличения объема тестикул, а также «пубертатного скачка» в росте, изменения тембра голоса, улучшения показателей веса.

Ниже представлен сравнительный анализ показателей до и после терапии (табл. 1).

Таблица 1 - Динамика показателей до терапии

Показатели №	Рост	Вес	Уровень тестостерона	Объем тестикул соответствуют возрасту:	Вторичные половые признаки	Пубертатный скачок
1	155	46	0,024	10-11 лет	нет	нет
2	146	29	0,025	10 лет	нет	нет

Таблица 2 - Динамика показателей после терапии препаратами ХГЧ через 3 месяца

Показатели №	Рост	Вес	Уровень тестостерона	Объем тестикул соответствуют возрасту:	Вторичные половые признаки	Пубертатный скачок
1	158,5	50	18,2	13-14 лет	да	да
2	146	29	0,025	10 лет	нет	нет

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Представленные выше клинические случаи указывают, что у детей синдром позднего пубертата может включать не только отсутствие вторичных половых признаков, но и различные симптомы одновременно. К сожалению, родители не обращают должного внимания на признаки синдрома позднего пубертата, так как оба случая были выявлены на профилактическом осмотре в школе. Вследствие этого осложняется ранняя диагностика и задерживается своевременная терапия данного состояния.

ВЫВОДЫ

Таким образом, синдром позднего пубертата является актуальной проблемой в педиатрии и подростковой терапии [3]. Дети, у которых есть предпосылки к синдрому позднего пубертата, нуждаются в активном выявлении посредством проведения профилактических осмотров в пре- и пубертатном периодах. Своевременное обследо-

вание и лечение синдрома позднего пубертата не только улучшают показатели физического развития, но и положительно влияют на психическое здоровье, что способствует улучшению качества жизни подростков, особенно в таком «уязвимом» возрасте, и репродуктивную функцию в будущем.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Авторы не получали гонорар за исследование.

Вклад авторов

Все авторы принимали равное участие в разработке концепции и дизайна исследования; анализе и обработке данных; написании первого варианта статьи; в окончательном утверждении статьи для печати.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинический протокол Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «18» августа 2017 года Протокол № 26. Гипопитуитаризм (E23.0), Гипофункция яичек (E29.1). <https://diseases.medelement.com/disease/2017/15282>
2. Под ред. И.И. Дедова и В.А. Петерковой. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями. М.: Практика, 2014. 442 с. ISBN 978-5-89816-133-0
3. Базарбекова А.Р., Досанова А.К. Мужской гипогонадизм: ребенок, подросток, взрослый. Алматы, 2015. 88 с.

REFERENCES

1. *Klinicheskii protokol Ministerstva zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan ot «18» avgusta 2017 goda Protokol № 26. Gipopituitarizm (E23.0), Gipofunktsiia iaichek (E29.1)* [Clinical protocol of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan dated August 18, 2017. Protocol No. 26. Hypopituitarism (E23.0), Testicular hypofunction (E29.1)]. Available from: <https://diseases.medelement.com/disease/2017/15282>
2. Ed. II Dedova and VA Peterkova. *Federalnye klinicheskie rekomendatsii (protokoly) po vedeniiu detei s endokrinnyimi zabolevaniiami*. [Federal clinical guidelines (protocols) for the management of children with endocrine diseases]. M.: Praktika, 2014. 442 p. ISBN 978-5-89816-133-0
3. Bazarbekova AR, Dosanova AK. *Muzhskoi gipogonadizm: rebenok, podrostok, vzroslyi*. [Male hypogonadism: child, teenager, adult]. Almaty, 2015. 88 p.

Сведения об авторах:

Омарова Мадина Марипжановна, магистр медицинских наук, врач-эндокринолог ГКП на ПХВ «Городская Поликлиника №4», г. Алматы, e-mail: doc.5@list.ru,

Бектаева Инабат Сейткасымовна, врач-эндокринолог, старший преподаватель кафедры клинических дисциплин Высшей школы медицины КазНУ имени аль-Фараби, г. Алматы, e-mail: inabat_bektayeva@mail.ru,

Syed Mohammad Noushad Raza Quadri, студент 5 курса, факультет медицины и здравоохранения Высшей школы медицины КазНУ имени аль-Фараби, г. Алматы, e-mail: syednoushadquadri@gmail.com

Erayassan Naheeda Sharin, студентка 5 курса, факультет медицины и здравоохранения Высшей школы медицины КазНУ имени аль-Фараби, г. Алматы, e-mail: naheedasharin@gmail.com