



УДК:616.831.4-053.6-085+615.225.2

«Хомвиотензин» в лечении гипоталамического синдрома пубертатного периода

Музь В.А., Зубкова С.Т., Большова Е.В., Малиновская Т.Н.

Институт эндокринологии и обмена веществ им.В.П.Комиссаренко АМН Украины, Киев, Украина

Гипоталамический синдром пубертатного периода (ГСПП) - симптомокомплекс, обусловленный гипоталамо-гипофизарно-эндокринной дисрегуляцией в период пубертации.

В литературе ГСПП описывается под разными названиями: пубертатно-юношеский базофилизм, реактивный гиперкортицизм, ожирение с розовыми стриями и др. ГСПП встречается у 3-4 % лиц подросткового возраста. Среди девочек заболевание наблюдается чаще, чем среди мальчиков [1].

ГСПП - полиэтиологическое заболевание. По данным литературы, имеют значение очаги хронической инфекции, травмы головы, нервно-эмоциональное перенапряжение, а также соматические заболевания матери во время беременности и родов. Действие патогенных факторов проявляется в основном в период полового созревания, так как напряжение регулирующей нейроэндокринной системы в пубертатном периоде делает ее чувствительной к разнообразным воздействиям. Несомненна роль и наследственной предрасположенности [2].

Изменение ритма секреции тропных гормонов гипофиза оказывает неблагоприятное действие на деятельность периферических эндокринных желез и способствует нарушению метаболизма белков, жиров и углеводов [3].

Эти изменения приводят, в свою очередь, к быстрой прибавке веса, нестабильной артериальной гипертензии, дислипотеинемии, нарушению секреции гонадотропинов [4].

Выявленные у подростков с ГСПП нарушения являются факторами повышенного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в старшем возрасте и поэтому требуют своевременной и эффективной медикаментозной коррекции и проведения в дальнейшем профилактических мер.

Среди множества гипотензивных препаратов, используемых для лечения артериальной гипертензии (АГ) у подростков с ГСПП, привлекает внимание гипотензивный гомеопатический препарат "Хомвиотензин" (производитель фирма "Хомвиора", Арцаймитель, Германия).

Установлено, что оказывая спазмолитический и мочегонный эффекты, улучшая эластичность сосудистой стенки и снимая нервное напряжение, "Хомвиотензин" мягко и стабильно снижает АД, купирует гипертонические кризы. Данный препарат снижает уровни холестерина и липопротеидов низкой плотности в крови [4].

"Хомвиотензин" обладает легким седативным эффектом за счет непосредственного влияния на центральную нервную систему алкалоидов боярышника и раувольфии.

Все эти свойства препарата и послужили основанием для его применения в лечении АГ у подростков с ГСПП.

Целью нашего исследования явилась оценка возможностей препарата Хомвиотензин в лечении больных с ГСПП в сочетании с артериальной гипертензией.

Материалы и методы

Эффективность препарата изучалась у 27 подростков с ГСПП (1-ая группа) на базе детского отделения эндокринной патологии Института эндокринологии и обмена веществ им.В.П.Комиссаренко АМН Украины. Группу детей составили 17 девочек и 10 мальчиков в возрасте от 15 до 17 лет с продолжительностью заболевания 1 год. Контрольную группу составили 20 подростков с ГСПП идентичные по возрасту, длительности заболевания, степени выраженности ожирения, наличия повышенного АД (2-ая группа).

Всем больным проводили комплексное обследование в динамике, включающее: определение физического развития пациентов, вычисление индекса массы тела, измерение АД (3-разовое, в течение суток), биохимическое исследование крови, проведение

стандартного теста толерантности к глюкозе, регистрацию ЭКГ, ЭЭГ, УЗИ желудочно-кишечного тракта, почек.

На момент исследования дети обеих групп предъявляли жалобы на головную боль, боли в сердце, утомляемость, слабость, избыточную массу тела, у девочек наблюдалось нарушение менструального цикла.

У половины детей было стойкое повышение АД в пределах 140/90 - 130/80 мм рт. ст. и отмечались лабильность артериального давления в течение суток. У остальных - транзиторная гипертензия.

При объективном осмотре подростки (66%) по физическому развитию опережали своих сверстников. У девочек (8 человек) отмечалось нарушение менструального цикла. У всех больных определялись багрово-цианотичные полосы растяжения в области живота, бедер. Наблюдалось ожирение II-III степени по абдоминальному типу (индекс массы тела >30 кг/м²).

Был выявлен низкий уровень гликемии после стандартной нагрузки глюкозой - ($3,5 \pm 0,5$ ммоль/л), а также низкий уровень ЛПВП ($0,9 \pm 0,02$ ммоль/л при норме 1,42 ммоль/л), высокий уровень ЛПНП ($4,3$ ммоль/л $\pm 0,05$ ммоль/л при норме менее 3,9 ммоль/л). Уровень холестерина составил $4,8 \pm 0,01$ ммоль/л при норме больше 5,3 ммоль/л. Установленные изменения липидного обмена указывают на высокий риск развития в дальнейшем атеросклероза сосудов и сердечно-сосудистой патологии.

По данным УЗИ органов брюшной полости у 40% больных наблюдалось увеличение печени на 0,5 см за счет обеих долей и у 50% больных - гиперэхогенность ткани печени за счет умеренной жировой инфильтрации. Со стороны поджелудочной железы определялись мелкоочаговые фиброзные изменения. У 56% больных констатировали уплотнение чашечко-лоханочного комплекса обеих почек и наличие единичных мелких конкрементов.

По данным электрокардиографического исследования у подростков обеих групп были выявлены признаки незначительных или умеренных диффузных изменений в миокарде: снижение амплитуды зубцов Т, деформация комплекса QRS - (у 5 пациентов с нарушением в/ж проводимости, у 2 детей - удлинение электрической систолы желудочков). У 6 больных (35,2%) регистрировалась тахикардия и у 1-го больного были признаки гипертрофии левого желудочка. По данным ЭЭГ у 75% пациентов определялись разной степени выраженности общемозговые изменения биотоков мозга ирритативного характера с признаками дисфункции стволово-диэнцефальных структур, у ряда больных в сочетании с дезорганизацией альфа-активности.

Все больные получали курс диэнцефальной терапии (диета, хлористый кальций по Воробьеву, ферменты, витамины группы В, ноотропил, физпроцедуры), который у больных 1-ой группы дополнялся назначением «Хомвиотензина» по $1/2$ таблетки утром и U^* таблетки вечером).

Курс лечения составил 21 день. Контроль эффективности лечения проводили перед выпиской из стационара через 3 недели. Результаты лечения оценивались как положительные при нормализации АД, улучшении общего состояния, показателей липидного обмена и показателей ЭЭГ.

Результаты лечения и их обсуждение

Анализируя результаты 3-недельного курса лечения, отметили исчезновение или уменьшение субъективных ощущений. В обеих группах больных исчезла утомляемость. Головные боли, кардиалгии прекратились у всех пациентов основной группы и соответственно у 16 из 20 подростков контрольной группы. Переносимость препарата была хорошей, побочных эффектов при его приеме не отмечалось.

Констатировали побледнение стрий, более выраженное в 1-ой группе больных. Снижение веса было идентичным в обеих группах.

Оценивая динамику артериального давления, установили более быстрое (на 10-14 день) восстановление АД у пациентов, принимавших «Хомвиотензин», в то время как нормализация АД в контрольной группе происходила позже - к концу 3-ей недели (табл.).

В обеих группах прекращалось кризовое повышение АД, отмечалось улучшение

графики ЭКГ - увеличивалась амплитуда зубцов Т, исчезали тахикардия (ЧСС уменьшалась с 96 уд/мин до 78 уд/мин). Регистрировали у пациентов 1-ой группы тенденцию до выравнивания биоэлектрической активности мозга и дезорганизации альфа-ритма во всех зонах мозга.

Увеличилась величина ЛПВП до $1,20 \pm 0,10$ ммоль/л, снизился уровень ЛПНП до $3,80 \pm 0,12$ ммоль/л.

Таблица. Динамика величин артериального давления под влиянием лечения

АД (мм рт. ст.)	1-ая группа (n=27)	2-ая группа (n=20)
Систолическое		
1.	$135 \pm 6,0$	$138 \pm 5,0$
2.	$115 \pm 3,0$	$125 \pm 4,0$
	$P < 0,05$	$P < 0,05$
Диастолическое		
1.	$90 \pm 5,0$	$92 \pm 5,0$
2.	$70 \pm 4,0$	$80 \pm 4,0$
	$P < 0,05$	$P > 0,05$

1 - до лечения; 2 - после лечения.

ВЫВОДЫ.

Таким образом, гомеопатический комплексный препарат «Хомвиотензин», состоящий из природных компонентов, включенный в комплексную терапию ГСПП, способствовал более быстрой положительной клинической динамике, заключающейся в улучшении самочувствия, снижении веса, побледнении стрий, нормализации АД и липидного обмена. Указанные клинические эффекты могут быть связаны, учитывая фармакологические свойства препарата, со снижением напряжения нейроэндокринной регуляции и улучшением метаболизма.

Литература

1. Хижняк О.О., Кашкалда Д.А., Плехова Е.И. Состояние протеиназно-ингибиторной системы крови у мальчиков с различными клиническими вариантами гипоталамического синдрома пубертатного периода // Проблемы эндокринной патологии. - 2003. - № 2. - С. 30-33.
2. Старкова Н.Т. Руководство по клинической эндокринологии. - М., 1996. - 546 с.
3. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний. М. : Медицина. - 2002. - 750 с.
4. Slyper A.H. Childhood obesity, adipose tissue distribution, and the pediatric practitioner // Pediatrics. - 1998. - Vol. 102, N 1. - P. 14-18.
5. Ивановский С.В., Имнадзе И.Н., Лебедь И.Г. и др. Применение препарата "Хомвиотензин" при синдроме артериальной гипертензии у детей // Таврический медико-биологический вестник. - 2001. - Т. 4, № 3. - С.87-90.