

ПРЕДИСЛОВИЕ

Национальное руководство по эндокринологии представляет собой фундаментальный труд, отражающий современный уровень развития клинической эндокринологии, работа над которым проводилась под эгидой Российской ассоциации эндокринологов при активном участии сотрудников крупнейших научно-исследовательских учреждений Москвы, Санкт-Петербурга и других городов России. Благодаря объединению в авторский коллектив большинства ведущих эндокринологов России удалось создать руководство, отражающее согласованную позицию отечественной научной школы по всем актуальным проблемам эндокринологии.

В России, как и в большинстве развитых стран мира, эндокринные заболевания, в частности сахарный диабет, являются одной из основных причин смертности и инвалидизации. В книге «Эндокринология. Национальное руководство» приведены современные рекомендации по профилактике, диагностике, лечению эндокринных заболеваний и реабилитации эндокринологических больных. Особое внимание уделено ведению больных с наиболее распространенными заболеваниями эндокринной системы, такими как сахарный диабет, ожирение, остеопороз, болезни щитовидной железы. Изложены диагностические подходы к пациентам с наиболее распространенными эндокринологическими синдромами: гиперкортицизмом, узловым зобом, гипогонадизмом и др.

Рекомендации по диагностике и лечению основаны на обширном клиническом опыте работы ведущих отечественных учреждений и на результатах многоцентровых научных исследований, проведенных как в нашей стране, так и за рубежом.

Непрерывное развитие медицины (новые клинические исследования, рекомендации, фармакологические препараты) обусловило необходимость пересмотра и доработки национального руководства по эндокринологии и выхода второго издания книги.

В соответствии с последними достижениями медицинских технологий во второе издание национального руководства по эндокринологии авторами были внесены исправления и дополнения, а также написаны новые актуальные разделы. Более подробно изложена тактика ведения пациентов с учетом последних международных рекомендаций. Детально рассмотрены механизмы действия фармакологических препаратов и добавлены не описанные ранее группы лекарственных веществ, успешных зарекомендовать себя с момента выхода первого издания.

Мы надеемся, что информация, изложенная в руководстве, послужит стандартом оказания эндокринологической помощи в России, будет способствовать дальнейшему снижению заболеваемости и смертности от эндокринных заболеваний.

Любые замечания и предложения по совершенствованию данного руководства будут с благодарностью приняты авторами и учтены при переиздании книги.

Главные редакторы
академик РАН *И.И. Дедов*,
академик РАН *Г.А. Мельниченко*

Раздел I

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

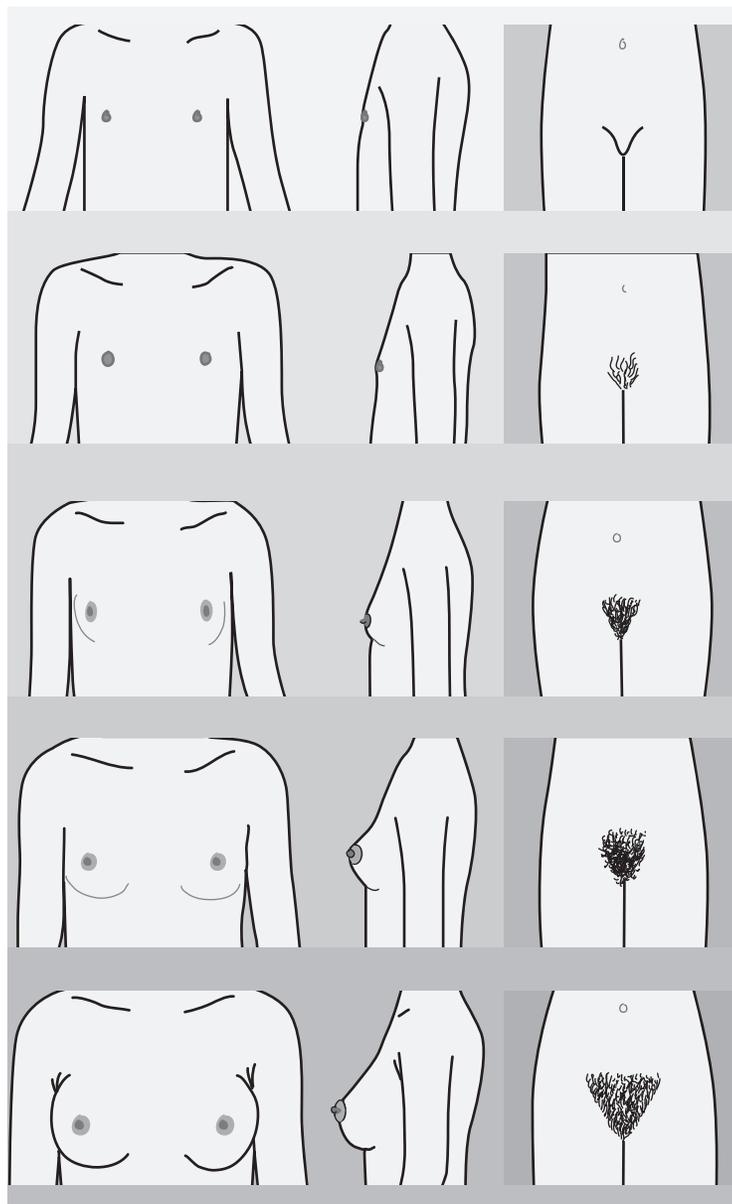


Рис. 1.5. Стадии развития молочных желез и полового оволосения у девочек

Сроки начала пубертатного периода лимитированы: увеличение молочных желез до II стадии у девочек должно происходить в 8–13 лет, увеличение размеров яичек до II стадии у мальчиков – в 9–14 лет. Средняя продолжительность периода полового созревания составляет 3–4,5 года (см. рис. 1.7). Появление вторичных половых признаков до 8 лет у девочек и до 9 лет у мальчиков расценивают как ППС. Отсутствие увеличения молочных желез у девочек к 13 годам и отсутствие признаков роста яичек у мальчиков к 14 годам рассматривают как задержку полового созревания.

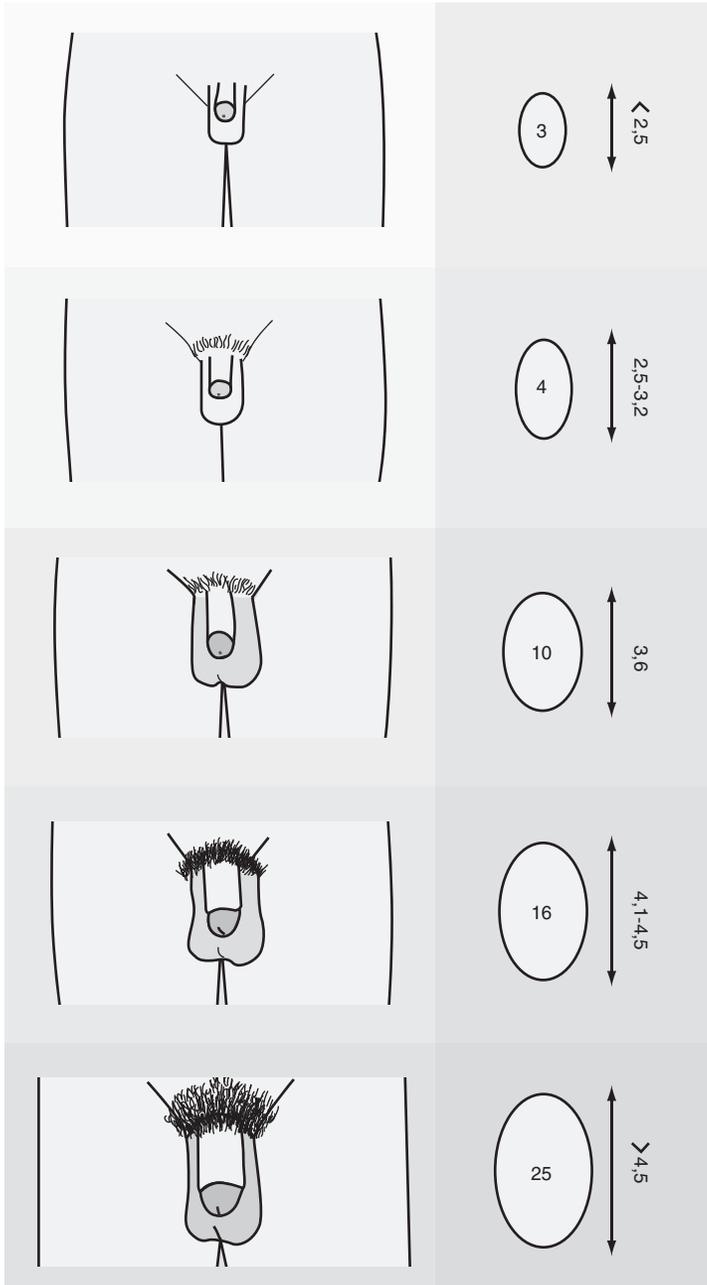


Рис. 1.6. Стадии развития гениталий у мальчиков

В популяции детей и подростков славянских национальностей Московского региона (2005) начало полового созревания и развитие вторичных половых признаков, соответствующих II стадии по шкале Таннера, наблюдают у 99,3% девочек к 13 годам и у 99,2% мальчиков к 14 годам. Завершение полового созревания в московской популяции подростков происходит в сроки, соответствующие

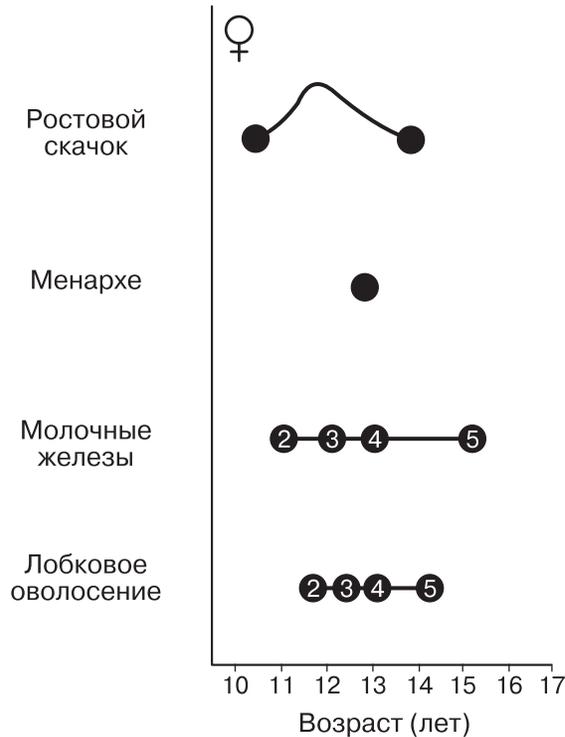


Рис. 1.7. Последовательность полового развития у девочек (по Kakarla N., 2003)

современным данным европейских стран и США: наступление менархе в среднем в 12,4 года с диапазоном от 11,3 до 13,5 года, развитие молочных желез, соответствующее V стадии по Таннеру, — в 16 лет (15–17), полового оволосения — в 15 лет (14–16). Вторичное половое оволосение у мальчиков достигает зрелой стадии (Pb5) в 16 лет (16–17).

Формирование наружных половых органов и полового оволосения у мальчиков проходит под контролем андрогенов, в основном тестикулярного происхождения. У девочек развитие молочных желез контролируют преимущественно эстрогены, вторичное половое оволосение — андрогены надпочечникового и в небольшой степени овариального происхождения.

Одновременно с увеличением концентрации половых гормонов происходит изменение архитектоники тела: у мальчиков нарастает мышечная масса, у девочек увеличивается содержание жировой ткани и происходит ее перераспределение с отложением в области таза и бедер. Содержание жировой ткани считают критичным для репродуктивной функции даже у взрослых женщин. Наиболее четкий предиктор менархе — ИМТ. R.E. Frisch было введено понятие «критическая масса тела», при достижении которой возможно наступление менархе. В популяции московских подростков масса тела у девочек, сообщивших о наступлении менархе в течение года перед исследованием, составила $51,2 \pm 9,5$ кг, ИМТ — $20,2 \pm 3,3$ кг/м². Наступление менархе вполне вероятно при достижении ИМТ не менее 16,9 кг/м², веса 41,7 кг и роста 151,4 см (– 1 SD).

После начала функции половых желез скорость роста достигает максимума, и через два года после менархе у девочек (в 14–15,5 лет) происходит окончательное