

Рудкова Е. В., Грисюк И. А.

**РАЗЛИЧИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОГО ДЕФИЦИТА
ГОРМОНА РОСТА И ПАНГИПОПИТУИТАРИЗМА У ДЕТЕЙ В РЕАЛЬНОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Солнцева А. В.

1-ая кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Дефицит гормона роста (ГР) у детей проявляется выраженной низкорослостью (ниже -2 сигмальных отклонений (SD)), изменением состава тела (увеличение массы жировой и снижение мышечной массы), нарушением липидного состава крови и метаболизма глюкозы, развитием метаболического синдрома, повышением уровней С-реактивного белка и провос-палительных цитокинов. Соматотропная недостаточность может быть обусловлена снижени-ем или полным отсутствием только ГР (изолированная форма дефицита ГР) или снижением синтеза тропных гормонов гипофиза. Частота встречаемости варьирует от 1:4000 до 1:10000 новорожденных.

Цель: оценить эффективность проводимого лечения в реальной клинической практике путем сравнительного анализа динамики показателей роста при изолированном дефиците гормона роста (ИДГР) и пангипопитуитаризме (ПГП).

Материалы и методы. На базе Республиканского центра детской эндокринологии (УЗ "2-я городская детская клиническая больница" г. Минска) проведен анализ амбулаторных карт 53 пациентов в возрасте от 3 до 18 года с диагнозами ИДГР и ПГП за 1998-2018 гг. Для обработки статистических данных использованы программы Microsoft Excel, SPSS. Выборки исследуемых показателей описывались в процентах (%) и абсолютных значениях (n), и путем указания их $M \pm \sigma$.

Результаты и их обсуждение. Среди 53 (девочки 66%, мальчики 34%) обследованных пациенты с ИДГР составили 72%, с ПГП – 28%. Установлено, что к началу лечения 39 пациентов имели выраженную низкорослость (SDS от —6 до —2,01); у 14 пациентов (из них 5 с ПГП) отмечена SDS от -1.9 до -1. На момент постановки диагноза средние значение SDS по росту у детей с ИДГР были -2,3; после завершения лечения -1,4; в группе ПГП SDS по росту до лечения -2,3, после прекращения терапии -0,7. Медиана максимального уровня СТГ в (не менее 2-х) стимуляционных тестах до лечения в группе ИДГР составила $6,8 \pm 5,2$ нг/мл; ПГП – $3,6 \pm 3,3$ нг/мл ($p < 0,05$). На момент установления диагноза показатели ИФР-1 были ниже нормальных референтных значений у 72% пациентов общей выборки, после завершения лечения – 43%; при этом в группе ПГП уровни ИФР-1 имели более низкие значения по сравнению с группой ИДГР ($p < 0,05$) и отмечались в 71,4% случаев. При ПГП зарегистрировано сохранение уровней ИФР-1 ниже референтных значений у 57,1% детей после прекращения лечения терапевтическими дозами ГР. Отставание костного возраста от паспортного в группе ИДГР до лечения – $2г5мес \pm 1г3мес$, после лечения – $3г1мес \pm 2г7мес$; в группе ПГП $3г2мес \pm 2г8мес$ и $3г1мес \pm 2г7мес$ соответственно ($p < 0,05$). При проведении МРТ у 37,7% пациентов общей выборки были обнаружены патология гипофиза и перенесённые оперативные вмешательства по поводу опухолевых новообразований. Средняя динамика роста на фоне всего периода проводимого лечения у пациентов с ИДГР – $6,9 \pm 1,62$ см/год, с ПГП – $6,2 \pm 2,73$ см/год ($p < 0,05$). 100% пациентов из группы с ПГП кроме лечения препаратами ГР также получали левотироксин, 29% - гидрокортизон, 7% - десмопрессин.

Выводы. Сравнительный анализ эффективности лечения препаратами гормона роста в реальной клинической практике показал значимую динамику ростовых показателей, более выраженную у пациентов с ИДГР.