

Дорошенко И. Т.
**НОЗО-ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ
С СИНДРОМАМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПРОЯВЛЯЮЩИМИСЯ
НИЗКОРОСЛОСТЬЮ**

Научный руководитель: канд. мед. наук Голикова В. В.
Лаборатория медицинской экспертизы и реабилитации детей
ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», п. Городище

Актуальность. Примерно около 3% детского населения имеют выраженную задержку роста (ниже 2 сигмального отклонения). При этом дефицит гормона роста выявляется не более чем у 8,5%. Исходя из этого, важна не только дифференциальная диагностика причины низкорослости, но и выделение основной патологии, приводящей к социальным ограничениям, связанным с низким ростом, у детей.

Цель: Выделить основную инвалидизирующую патологию у детей с низкорослостью.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 579 детей-инвалидов с низкорослостью (за 2005-2016 гг.). Применялись методы описательной статистики для показателей, характеризующих качественные признаки учитывалось абсолютное число, относительная величина в процентах (р), %, стандартная ошибка относительных величин (m_p).

Результаты. Среди обследованного контингента детей-инвалидов с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью большинство ($59,6 \pm 2,0\%$) были мужского пола. Основной контингент ($78,2 \pm 1,7\%$) проживал в городской местности и лишь $21,8 \pm 1,7\%$ детей являлись сельскими жителями.

Анализ возрастной структуры тематических пациентов показал, что средний возраст детей составил $10,6 \pm 4,6$ лет, статистически значимой разницы среди мальчиков и девочек не наблюдалось. Оценивая принадлежность обследованных пациентов к возрастным группам в соответствии с общей периодизацией детского возраста, следует отметить, что чаще других были представлены дети-инвалиды старшего школьного возраста. Реже тематические дети-инвалиды являлись представителями группы среднего школьного ($27,8 \pm 1,9\%$), младшего школьного ($20,0 \pm 1,7\%$), дошкольного и преддошкольного ($2,6 \pm 0,7\%$) возрастов. Дети-инвалиды грудного возраста были представлены только в $0,5 \pm 0,3\%$ случаев.

В ходе анализа установлено, что наиболее частой встречаемой ($26,1 \pm 1,8\%$) нозологией, приводящей к инвалидности вследствие низкого роста был изолированный дефицит гормона роста. Второе место занимали дети-инвалиды с множественной недостаточностью гормонов гипофиза - $23,8 \pm 1,8\%$, третья – с генетическим нанизмом (в $11,7 \pm 1,3\%$ случаев). Соматогенный нанизм, сопровождающийся низкорослостью, встречался у $10,9 \pm 1,3\%$ детей, чем усугублял уже имеющееся ограничение жизнедеятельности ребенка-инвалида. Низкорослость смешанного генеза приводила к инвалидизации $10,2 \pm 1,3\%$ детей, в большинстве случаев это была соматотропная недостаточность, сочетающаяся с семейной низкорослостью, внутриутробной задержкой роста, гипотиреозом. Гипотиреоз, приводящий к низкорослости, вызывал инвалидность у $5,0 \pm 0,9\%$ обследованного контингента, скелетные дисплазии – $3,3 \pm 0,7\%$. Доли процентов ($0,3 \pm 0,2\%$) приходились на инвалидность вследствие микроаденомы гипофиза и псевдогипопаратиреоза. Стоит отметить, что $6,0 \pm 1,0\%$ детей с конституциональной и семейной низкорослостью имели статус ребенок инвалид, в данном случае причины инвалидности были обусловлены имеющимися сопутствующими заболеваниями центральной нервной и эндокринной системы.

Выводы. Таким образом, чаще ($33,2 \pm 2,0\%$) всего низкорослость приводит к инвалидизации детей старшего школьного возраста. Самыми частыми заболеваниями, приводящим к инвалидности у детей с низкорослостью, являются изолированный дефицит гормона роста ($26,1 \pm 1,8\%$), множественная недостаточность гормонов гипофиза ($23,8 \pm 1,8\%$), генетический нанизм ($11,7 \pm 1,3\%$).