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

© Рудкова Екатерина Вадимовна, Грисюк Иван Андреевич, Солнцева Анжелика Викторовна

Белорусский государственный медицинский университет. 220116, г. Минск, пр. Дзержинского, 83.
E-mail: ekaterinarudkova@mail.ru

Ключевые слова: пангипопитуитаризм; изолированный дефицит гормона роста.

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 провоспалительных цитокинов. Соматотропная недостаточность может быть обусловлена снижением 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 исследования — 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±σ.

Результаты. 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) стимуляционных тестах до лечения в группе ИДГР составила 6,8±5,2 нг/мл; ПГП — 3,6±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 — 2 г 5 мес±1 г 3 мес, после лечения — 3 г 1 мес±2 г 7 мес; в группе ПГП 3 г 2 мес±2 г 8 мес и 3 г 1 мес±2 г 7 мес 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±1,62 см/год, с ПГП — 6,2±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.