

© Коллектив авторов, 2013

Р.А. Атанесян¹, Л.Я. Климов¹, В.А. Курьянинова^{1,2}, Т.А. Углова², М.В. Стоян¹,
Т.М. Вдовина³, Г.А. Александрович¹, Е.И. Андреева¹

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ДЕФИЦИТА ГОРМОНА РОСТА

¹ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия» Минздрава РФ,

²МБУЗ «Детская городская клиническая больница им. Г.К. Филиппского»,

³АНМО «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр», г. Ставрополь, РФ

Соматотропная недостаточность (СТН) является важнейшим и наиболее распространенным этиологическим фактором низкорослости эндокринного генеза у детей и подростков.

В современных условиях основными методами, позволяющими верифицировать СТН, служат фармакологические тесты стимулирующие гормон роста (ГР), среди которых наиболее распространенными в клинической практике являются инсулин-толерантный тест (ИТТ) и тест с клофелином. В зависимости от уровня индуцированной секреции ГР у детей различают тотальный и парциальный дефицит ГР (ДГР). Тотальный ДГР диагностируется при концентрации ГР ниже 7 нг/мл, а парциальный – при уровне ГР от 7 до 10 нг/мл.

Цель работы – сравнительный анализ клинико-анамнестических, антропометрических и лабораторных показателей пациентов с парциальным и тотальным ДГР.

По результатам провокационных фармакологических тестов с инсулином и клофелином 68 больных с СТН разделены на 2 группы: 1-ю составили 26 (38,2%) пациентов (23 мальчика и 3 девочки) с парциальным ДГР, 2-ю – 42 (61,8%) ребенка с тотальным ДГР (37 мальчиков и 5 девочек).

Лабораторно-инструментальное обследование проводилось в соответствии с рекомендациями национального консенсуса «Диагностика и лечение соматотропной недостаточности у детей» (2005) и включало антропометрические, радиологические (рентгенография левой кисти с лучезапястным суставом с определением костного возраста по методу Greulich и Pyle, МРТ головного мозга) и фармакологические методы (ИТТ и клофелиновая проба), а также определение гормонального профиля. Проанализированы возраст обращения к врачу и возраст верификации диагноза, SDS роста, SDS костного возраста, коэффициент «костный возраст/хронологический возраст» (КВ/ХВ), отражающий степень биологической зрелости ребенка, и уровень холестерина (ХС).

Расчет антропометрических данных осуществля-

ли с помощью компьютерной программы AnthroPlus WHO. Статистическую обработку данных проводили с использованием компьютерных программ MS Excel 2007, Statistika 6.0. Достоверность различий рассчитывали по t-критерию Стьюдента, критерию χ^2 , коэффициенту парной корреляции Пирсона (r).

Уровень ГР по данным ИТТ в 1-й и 2-й группах составил ($X \pm m$) $5,8 \pm 0,44$ и $3,3 \pm 0,3$ нг/мл ($p < 0,001$), а по результатам пробы с клофелином – $7,9 \pm 0,27$ и $4,8 \pm 0,3$ нг/мл соответственно ($p < 0,001$).

Возраст появления жалоб и возраст верификации диагноза в 1-й группе составил $8,6 \pm 0,75$ и $11,7 \pm 0,75$ лет, а во 2-й – $7,8 \pm 0,48$ и $11,2 \pm 0,56$ лет соответственно. Анализ показывает, что, несмотря на более раннюю манифестацию задержки роста у детей 2-й группы, существенных различий в сроках диагностики СТН между пациентами с тотальным и парциальным ДГР не выявлено ($p > 0,05$).

Скорость роста за год, предшествующий обращению в стационар, у пациентов 1-й группы составила $3,83 \pm 0,27$ см/год, у детей 2-й группы – $3,19 \pm 0,2$ см/год ($p < 0,05$). Выявлена корреляция между уровнем ГР в ИТТ и скоростью роста ($r = 0,27$, $p < 0,05$). Отклонение роста (SDS) в момент постановки диагноза у детей анализируемых групп составило ($X \pm m$) $-2,77 \pm 0,22$ и $-3,29 \pm 0,14$ SDS ($p < 0,05$). Закономерно, что у детей с парциальным ДГР скорость роста несколько выше, а отклонение длины тела от средних значений достоверно меньше, чем у пациентов с тотальным ДГР.

Анализ показателей биологической зрелости продемонстрировал, что отставание КВ у детей анализируемых групп, составляющее $-2,90 \pm 0,2$ и $-2,91 \pm 0,14$ лет соответственно, и коэффициента КВ/ХВ $0,72 \pm 0,03$ и $0,72 \pm 0,02$ достоверно не различаются ($p > 0,05$).

Учитывая выраженное влияние ГР на липидный обмен, важным аспектом явился анализ уровня ХС. У больных с парциальным и тотальным ДГР показатели ХС составили $4,18 \pm 0,12$ и $5,03 \pm 0,14$ ммоль/л соответственно ($p < 0,001$). Гиперхолестеринемия (ХС

более 5,2 ммоль/л) диагностирована лишь у одного (3,8%) ребенка 1-й и у 17 (40,5%) пациентов 2-й группы ($p < 0,01$). Корреляционный анализ продемонстрировал обратную связь между уровнем ХС и показателями ГР в ИТТ ($r = -0,35$, $p < 0,005$) и пробе с клофелином ($r = -0,46$, $p < 0,001$).

Заключительным этапом исследования явился сравнительный анализ динамики роста у 28 детей (12 – с парциальным ДГР, 16 – с тотальным ДГР), получавших на протяжении 2–3 лет заместительную терапию препаратами рекомбинантного ГР (рГР). Препарат рГР (РАСТАН, Россия) назначался ежедневно в вечерние часы в дозе 0,033 мг/кг/сут, средняя длительность терапии составила 2,83±0,21 лет.

Средний возраст пациентов на период начала заместительной терапии рГР составил 11,3±0,98 и 11,1±0,64 лет соответственно ($p > 0,05$). Среднемесячная скорость роста на фоне заместительной терапии у пациентов 1-й и 2-й групп составила соответственно: на первом году лечения – 0,93±0,09 и 0,65±0,06 см/мес ($p < 0,05$), на втором году – 0,74±0,09 и 0,62±0,07 см/мес ($p > 0,05$), на третьем году – 0,47±0,09 и 0,37±0,06 см/мес ($p > 0,05$). Ростовой скачок, харак-

терный для первых месяцев заместительной терапии, у детей с парциальным ДГР выражен в гораздо большей степени, чем у пациентов с тотальным ДГР. В то же время постепенное угасание ростостимулирующего эффекта препаратов рГР одинаково характерно для пациентов обеих групп.

Результаты нашего исследования демонстрируют, что, несмотря на отсутствие существенных различий в анамнестических данных, пациенты с парциальным ДГР имеют более высокие показатели скорости роста до начала заместительной терапии и меньшее отклонение роста от средних величин по сравнению с детьми с тотальным ДГР. Отчетливое влияние эндогенного синтеза ГР на липидный обмен подтверждено более низким уровнем ХС у детей с парциальным ДГР. По-видимому, отсутствие гиперхолестеринемии может служить косвенным лабораторным критерием парциального ДГР. Несмотря на существующие различия в антропометрических показателях у детей с парциальным и тотальным ДГР, клинико-лабораторная верификация СТН независимо от уровня ГР является абсолютным показанием к назначению заместительной терапии.

© Жидкова Е.А., 2013

Е.А. Жидкова

СОТНОШЕНИЕ ПЛАТНОЙ И БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА ПЕРИОД 2008–2010 гг.

ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы»

Проведен анализ соотношения платной и бесплатной медицинской помощи населению Российской Федерации за период 2008–2010 гг. Для того, чтобы проанализировать данные о расходах домашних хозяйств на медицинскую помощь, необходимо сравнить их с показателями затрат государственных источников финансирования территориальных программ государственных гарантий.

С 2008 по 2010 гг. расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи населению РФ выросли в целом на 22,7%, при этом расходы государственных источников финансирования на эти цели увеличились на 22,3%, на четверть больше стали тратить средства домашние хозяйства.

Анализ показал, что расходы домашних хозяйств на медицинскую помощь в 2008 г. составляли 195,6 млрд руб., а в 2010 г. домашние хозяйства на эти цели

израсходовали 244,4 млрд руб., что на 24,9% больше по сравнению с 2008 г.

Доля расходов из средств домашних хозяйств на медицинскую помощь во всех совокупных расходах на медицинскую помощь населению РФ в 2009 г. по сравнению с 2008 г. сократилась с 14,2 до 13,9%. Однако в 2010 г. по сравнению с 2009 г. этот показатель вырос на 0,5% (с 13,9 до 14,4%).

Первое место по расходам домашних хозяйств на медицинскую помощь занимала в 2010 г. Москва (45,1 млрд руб.), второе – Санкт-Петербург (17,6 млрд руб.), третье – Свердловская область (14 млрд руб.). Незначительны показатели медицинской помощи, оказанной за счет средств домашних хозяйств, в Чукотском автономном округе – 39 млн руб., в Чеченской Республике – 65,5 млн руб. и в Республике Калмыкии – 77,2 млн руб.

