

ных больных за 2011 г. составило 120; из всех поступивших больных 33 (27,5%) с СД, а 87 (72,5%) с другой эндокринной патологией. Плановая (повторная) госпитализация с СД – 9 детей. Общее количество пролечившихся эндокринных больных = 87 (77%) из них 20 (22%) с СД, а 67 с другой эндокринной патологией из них 6 (6%) – впервые выявленные. Плановая (повторная) госпитализация с СД – 17 детей. Если отметить по годам, то в динамике больных с СД детей с 2011 г. на 2012 г. стало на 7% меньше. Большой процент осложнении сахарного диабета занимает вторичная кардиопатия – если в 2011 г. было – 55%, то в 2012 – 59%, следующее предпочтение получает кетоацидоз – в 2011 и 2012 одинаковые проценты частот (20-23%).

Вывод: Таким образом, ретроспективный анализ историй болезней показал, что отмечается положительная динамика от проводимых мероприятий по СКО. Отмечается снижение частоты вновь выявленных случаев СД у детей. Среди осложнений СД первое место занимает диабетическая кардиопатия. Летальных случаев детей с СД не отмечалось.

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА У ДЕТЕЙ

Крыкбаева Ж., Дюсенова С.Б.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, e-mail: fanti4ok@mail.ru

Задержка роста у детей гетерогенное состояние. Многие эндокринные, соматические, генетические и хромосомные заболевания сопровождаются с задержкой роста. Наиболее часто отставание в росте обусловлено конституциональными особенностями роста и развития ребенка. Важнейшей клинической проблемой задержки роста у детей является дифференциальная диагностика различных вариантов низкорослости, прогноза заболеваний и, следовательно, выбора методов лечения.

Материалы и методы. Изучены этиологические факторы и ранние клинико-лабораторные проявления задержки роста у 40 детей Карагандинской области, в возрасте от рождения до 18 лет (девочек – 25 и мальчиков – 15); все дети наблюдались у эндокринолога в период до 2010 г.

Результаты и обсуждение. Значительную подгруппу (18%) составили дети с различной соматической патологией, сопровождающейся задержкой роста: патология ЛОР органов, синдром нарушенного кишечного всасывания, тяжелая хроническая гипоксия (анемии, пороки сердца), хронические заболевания печени, почек.

Дети с ортопедической патологией (скелетные дисплазии), имели диспропорциональную задержку роста без отставания костного возраста. Исключение наследственных и генетических синдромов, сочетающихся с задержкой роста (5% в структуре причин за год) проводится совместно с генетиками. Так, с синдромом Шерешевского – Тернера всего наблюдалось 4 ребенка.

Самая большая подгруппа (67%) представлена «нормальным» вариантом развития, под которым понимаем конституциональная задержка роста и полового созревания (синдром позднего пубертата) и семейную низкорослость.

Пограничную группу составляют дети с психосоциальным нанизмом (1%). Согласно литературным данным считается, что задержка роста ребенка непосредственно зависит от психологической среды, в которой он воспитывается. Недостаток внимания,

дискомфорт эмоционального и социального окружения могут приводить к задержке роста даже при нормальном питании. Стоит переместить ребенка в атмосферу заботы и любви, как у него отмечается ростовой скачок.

Эндокринно-зависимые задержки роста – вторая группа (9% в структуре обращений за год). Так, с врожденным первичным гипотиреозом наблюдалось 19 детей, с приобретенным первичным гипотиреозом 3 детей. С клиникой синдрома гиперкортицизма наблюдалось 2 детей, находящихся на длительном приеме глюкокортикоидов по поводу различных соматических заболеваний.

У двоих детей (8%) по результатам обследования диагноз «соматотропный нанизм» снят, у этих детей при обследовании выявлены изменения при УЗИ почек, обнаружены снижение скорости клубочковой фильтрации 2 – 3 степени (по Шварцу), поэтому выставлен клинический диагноз «соматогенный нанизм на фоне патологии почек». У 3 (12%) выявлен дефицит СТГ, у 12 детей (48%) повышение тиреотропного гормона, а у остальных 8 (32%) детей обнаружены эутиреоидное состояние, но в анамнезе дефицитная анемия средней степени тяжести и гельминтозы.

Таким образом, наш опыт работы показывает, что на начальных этапах дифференциального диагноза не всегда возможно четко отграничить варианты нормального роста от патологии. Общепринятые клинические и параклинические критерии являются скрининговыми, ими могут руководствоваться в своей работе педиатры.

Список литературы

1. Бабарина М.Б., Марова Е.И., Кеда Ю.М., Крюкова И.В., Крайнова С.И. Соматотропная функция гипофиза и показатели аутоиммунитета при синдроме первичного «пустого» турецкого седла // Проблемы эндокринологии, 2009; 5:18-21.
2. Молекулярная эндокринология. Фундаментальные исследования и их отражение в клинике / под ред. Брюс Д. Вайнтрауб. – М.: Медицина, 2003. – С. 179-191, 459-477.
3. Булатов А.А. Семейство ксенобиотиков, стимулирующих секрецию гормона роста, и новая физиологическая система ее регуляции // Проблемы эндокринологии, 2008; 4:3-6.
4. Волеводз Н.Н. Состояние соматотропной функции гипофиза у детей с гипофизарным нанизмом и идиопатической низкорослостью: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 24 с.
5. Дедов И.И., Вакс В.В., Марова Е.И. Диагностика и лечение приобретенной недостаточности гормона роста у взрослых: Методическое пособие для врачей. – М., 2005.
6. Касаткина Э.П. Задержка роста у детей, дифференциальная диагностика и лечение. – М., 2009. – С. 3-6.
7. Курляндская Р.М., Романцова Т.И. Роль гормона роста в регуляции жирового и углеводного обмена. Журнал «Лечащий врач», 2002;5.
8. Петеркова В.А. Новое в диагностике и лечении СТГ-дефицита. Материалы республиканского совещания-семинара главных детских эндокринологов субъектов Российской Федерации «Актуальные вопросы детской и подростковой эндокринологии». – М., 2009. – С. 109-111.
9. Ранке М., Гуилбауд О. Уровень гормона роста на фоне проведения стимуляционных проб и эффективность лечения ГР у детей с недостаточностью ГР и идиопатической низкорослостью. Проблемы эндокринологии, 2003; 5:82-85.
10. Тольпаков А.Н. Гипоталамо-гипофизарная система и периферические ростовые факторы при различных вариантах СТГ-недостаточности у детей: Докторская диссертация. М., 2006, с.22-62.
11. Урманова Ю.М., Туракулов Я.Х. Эффективность препарата гормона роста человека нордитропина в лечении СТГ-недостаточности у детей // Проблемы эндокринологии, 2002; 2:50-51.
12. Э.П. Касаткина. Задержка роста у детей: Лекция / Центр института усовершенствования врачей. 2003; 23-28.
13. Большова Э., Зубковская Е.В., Тронько Н.Д. Патология роста и полового развития у детей и подростков. – К.: Саммит.книга, 2003. – 94 с.
14. Воронцова М. В, Панкратова М.С. молекулярно-генетические исследования при идиопатической низкорослости // Проблемы эндокринологии. № 1. 2012. Т. 58.
15. Хижняк А.В. Психозомональные особенности и изменения вегетативной нервной системы как проявление адаптационных нарушений у детей с низкорослостью // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: Мат-лы IV Российского конгресса. – М., 2005. – С. 259-260.