

## **ПРИЧИНЫ ЗАДЕРЖКИ РОСТА У ДЕТЕЙ**

**Дюсенова Сандугаш Болатовна**

*д-р мед. наук, доцент кафедры детских болезней № 2 КГМУ, г. Караганда*

*E-mail: [sbolatovna63@mail.ru](mailto:sbolatovna63@mail.ru)*

**Толбай Жанбота**

*врач педиатр, поликлиника г. Сатпаева*

**Жактаева Кульзия Бабагуловна**

*канд. мед. наук, доцент кафедры детские болезни №2 КГМУ, г. Караганда*

**Еримбетова Назым Абылаевна**

*ассистент кафедры детские болезни № 2 КГМУ, г. Караганда*

## **CAUSES OF GROWTH INHIBITION WITH CHILDREN**

**Sandugash Dyusenova**

*doctor of Medical Science, associate professor of the subdepartment of children's diseases № 2, Karaganda State Medical University, Karaganda*

**Zhanbota Tolebay**

*pediatric physician, polyclinic of Satpaeva*

**Kulziya Zhaktaeva**

*candidate of Medical Science, associate professor of the subdepartment of children's diseases № 2, Karaganda State Medical University, Karaganda*

**Nazym Erimbetova**

*assistant of the subdepartment of children's diseases № 2, Karaganda State Medical University, Karaganda*

## **АННОТАЦИЯ**

Цель — изучить нозологическую структуру причин низкорослости среди детей в Карагандинской области. Изучены этиологические факторы и ранние клинико-лабораторные проявления задержки роста у детей Карагандинской области, в возрасте от рождения до 18 лет (девочек — 25 и мальчиков — 15).

При изучении нозологической структуры причин низкорослости среди детей в Карагандинской области было выявлено преобладание не эндокринных форм задержки роста (67 %). Дети с дефицитом гормона роста (12 %). Лечение детей с самототропной недостаточностью дает положительные результаты.

## **ABSTRACT**

The aim of the article is to study a nosological structure of dwarfism reasons among children in Karaganda region. There were examined the etiological agents and the early clinical laboratory manifestations of growth inhibition with children of Karaganda region from the birth up to 18 years old (25 girls and 15 boys). When

studying the nosological structure of dwarfism reasons among children in Karaganda region there was elicited the predominance of non-endocrine forms of growth inhibition (67 %). There were 12 % of children with growth hormone deficiency. Treatment of children with somatotropic deficiency gives positive results.

**Ключевые слова:** задержка роста, гормоны роста, дети.

**Keywords:** growth inhibition; growth hormones; children.

Задержка роста у детей — проблема распространенная и социально значимая. Многие эндокринные, соматические, генетические и хромосомные заболевания сопровождаются с задержкой роста [4].

Однако, вне зависимости от варианта задержки роста, психика ребенка, его самооценка и последующая социальная адаптация страдают одинаково. Из всех причин задержки роста, наиболее тяжелой является соматотропная недостаточность, которая обусловлена снижением синтеза гормона роста (ГР), нарушением периферической чувствительности рецепторов к нему или выработкой биологически неактивного ГР. Тяжесть заболевания обусловлена тем, что дефицит роста сопровождается метаболическими нарушениями: повышением уровня холестерина, снижением мышечной массы и толерантности к физическим нагрузкам, остеопенией, нарушением углеводного обмена, снижением иммунитета. Начав формироваться еще в детском возрасте, у взрослых они приводят к ранней инвалидизации, повышенной заболеваемости, костным переломам и преждевременной смертности от сердечно-сосудистых нарушений [3, 4].

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 [3, 5]. Важнейшей клинической проблемой задержки роста у детей является

дифференциальная диагностика различных вариантов низкорослости, прогноза заболеваний и, следовательно, выбора методов лечения.

**Цель исследования** — изучить нозологическую структуру причин низкорослости среди детей в Карагандинской области.

**Материалы и методы.** Изучены этиологические факторы и ранние клиничко-лабораторные проявления задержки роста у детей Карагандинской области, в возрасте от рождения до 18 лет (девочек — 25 и мальчиков — 15).

**Результаты и обсуждение.** В результате проведенного исследования значительную подгруппу (18 %) составили дети с различной соматической патологией, сопровождающейся задержкой роста: 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 конституциональной задержкой роста и полового созревания (синдром позднего пубертата) и семейной низкорослостью. Эндокринно-зависимые задержки роста составили 9 % в структуре обращений за год. У 12 % выявлен дефицит соматотропного гормона (СТГ), у 48 % повышение тиреотропного гормона, а у остальных 8 (32 %) детей обнаружены эутиреоидное состояние, но в анамнезе дефицитная анемия средней степени тяжести и гельминтозы. Не смотря на различную этиологию заболевания, дети отстающие от сверстников чувствовали себя не комфортно, часто впадали в депрессию, становились неуверенными в себе, эмоционально лабильными, социальная адаптация страдала.

Пограничную группу составляют дети с психо-социальным 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.

Результаты лечения детей с гипофизарным нанизмом: 4 детей достигли социально-приемлимого роста  $168 \pm 8,2$  см. В первые годы лечения скорость роста составляла от 9 до 16 см/год, в последующие годы она приблизилась к физиологической и составила 3,96—5,04 см/год. Полученные данные свидетельствуют об эффективности и безопасности длительного применения гормона роста у детей с дефицитом гормона роста.

**Выводы:** При изучении нозологической структуры причин низкорослости среди детей в Карагандинской области было выявлено преобладание не эндокринных форм задержки роста (67 %). Дети с дефицитом гормона роста (12 %). Лечение детей с соматотропной недостаточностью дает положительные результаты.

Необходимо ранее выявление детей с задержкой роста целесообразно проводить тщательный сбор анамнеза с выявлением факторов риска по низкорослости (наследственная отягощенность), проводить измерение роста детей старше 2-х лет не реже 1 раза в год. Ведь ранее установления причин низкорослости, своевременного начала лечения — результат здоровья физического и психологического наших детей.

### **Список литературы:**

1. Волеводз Н.Н. Состояние соматотропной функции гипофиза у детей с гипофизарным нанизмом и идиопатической низкорослостью. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2006. — с. 24.
2. Касаткина Э.П. Задержка роста у детей, дифференциальная диагностика и лечение. Москва, 2009.— С. 3—6.

3. Курляндская Р.М., Романцова Г.И. Роль гормона роста в регуляции жирового и углеводного обмена // Лечащий врач. — 2002. — № 5. — С. 3—5.
4. Молекулярная эндокринология. Фундаментальные исследования и их отражение в клинике. Под ред. Д. Брюс, Вайнтрауб. Москва, Медицина, 2003. — с. 179—191.
5. 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». Москва. — 2009. — С. 109—111.