

## Сравнение эффективности терапии гонадотропинзависимого преждевременного полового развития пролонгированными аналогами гонадотропин-рилизинг гормона в виде ежемесячных и ежеквартальных инъекций

### ВВЕДЕНИЕ.

«Золотым стандартом» терапии гонадотропинзависимого преждевременного полового развития (ППР) является назначение пролонгированных аналогом ГнРГ. Дискутабельным остается вопрос о выборе оптимальной дозы препарата (3,75 мг в виде ежемесячных инъекций или 11,25 мг – в виде ежеквартальных), поскольку имеются противоречивые данные касательно терапевтического преимущества того или иного метода лечения.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

- ❑ Медиана (Ме) возраста на момент терапии составила 7,2 [6,9; 7,8] лет в основной группе и 7,6 [7,1; 7,7] лет – в контрольной ( $p=0,6$ )
- ❑ За год терапии у всех пациенток удалось достичь компенсации основного заболевания в виде отсутствия прогрессии вторичных половых признаков, снижения скорости роста и стагнации костного возраста
- ❑ В основной группе отмечалось более выраженное снижение темпов роста: на 5,0 [4,5; 6,0] см/год vs 3,0 [1,5; 4,0] см/год в группе контроля ( $p=0,008$ ) и **SDS скорости роста**: на 5,1 [3,9; 6,2] SD/год vs 1,8 [0,9; 3,6] SD/год в группе контроля ( $p=0,003$ )

Тем не менее, через год лечения скорость роста в обеих группах была в пределах средних по возрасту и без выраженного замедления: 5,0 [3,1; 6,5] см/год в основной группе vs 7,0 [4,7; 8,8] см/год в группе контроля.

- ❑ Через 12 месяцев терапии не все пациентки соответствовали критериям полной биохимической компенсации: **в основной группе** снижение ЛГ и эстрадиола отмечалось у 90,9% (10/11 пациенток) и 81,8% (9/11 пациенток) соответственно, **в контрольной** – в 100% (11/11 пациенток) и 90,9% (10/11 пациенток), соответственно ( $p=1,000$ ).

Тем не менее, учитывая полный клинический ответ на проводимую терапию, обе режима терапии были признаны эффективными.

### МАТЕРИАЛЫ И МАТОДЫ.

Проведена сравнительная оценка параметров **клинической** (отсутствие прогрессии вторичных половых признаков, снижение темпов роста и костного созревания) и **биохимической компенсации** (снижение ЛГ < 0,5 Ед/л и эстрадиола < 70 пмоль/л) у пациенток с ППР, получавших терапию трипторелином в виде ежеквартальных инъекций 11,25 мг (основная группа) и ежемесячных инъекций 3,75 мг (контрольная группа) через 12 месяцев терапии.

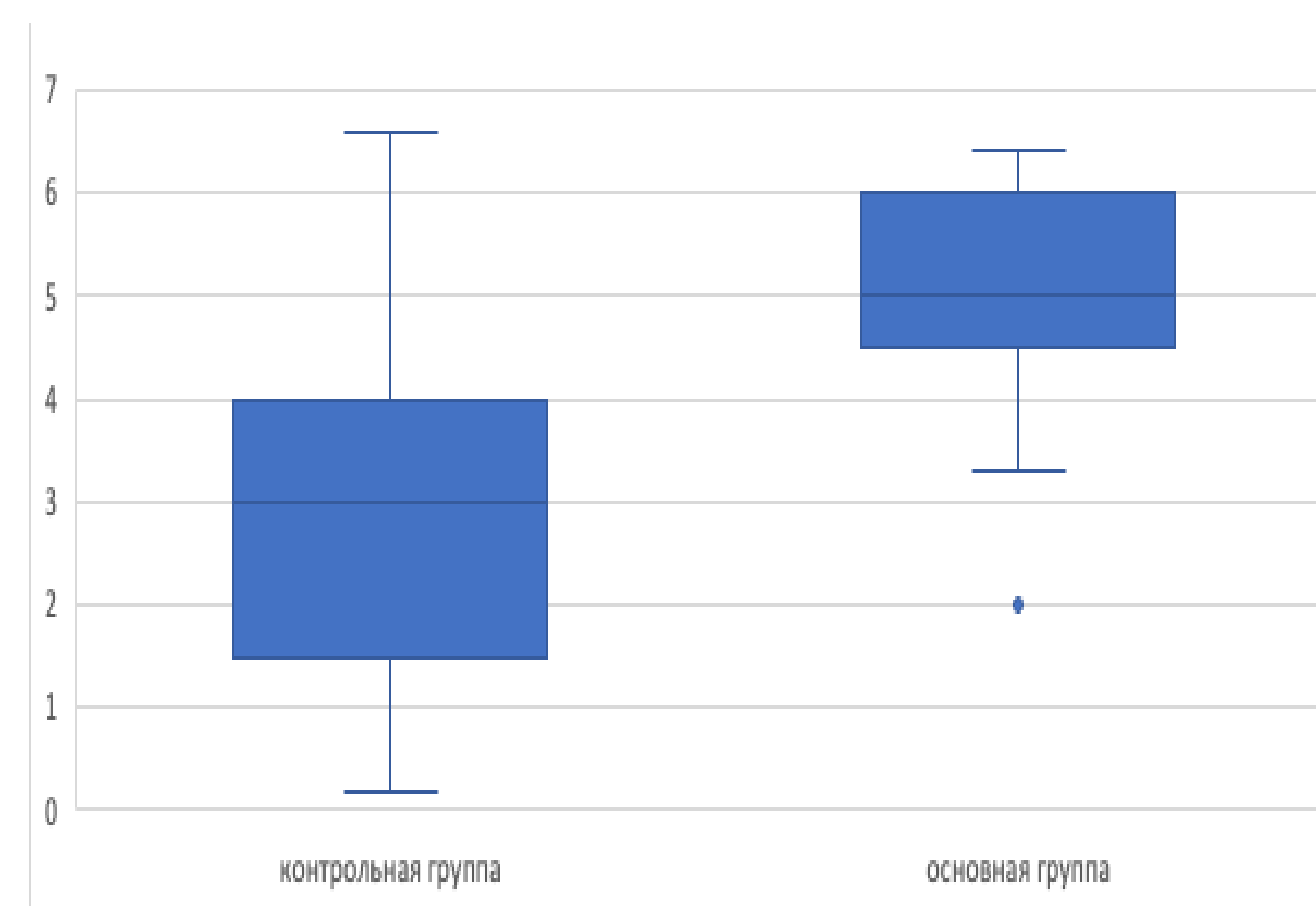


Рис 1. Динамика снижения скорости роста (см/год) за год терапии

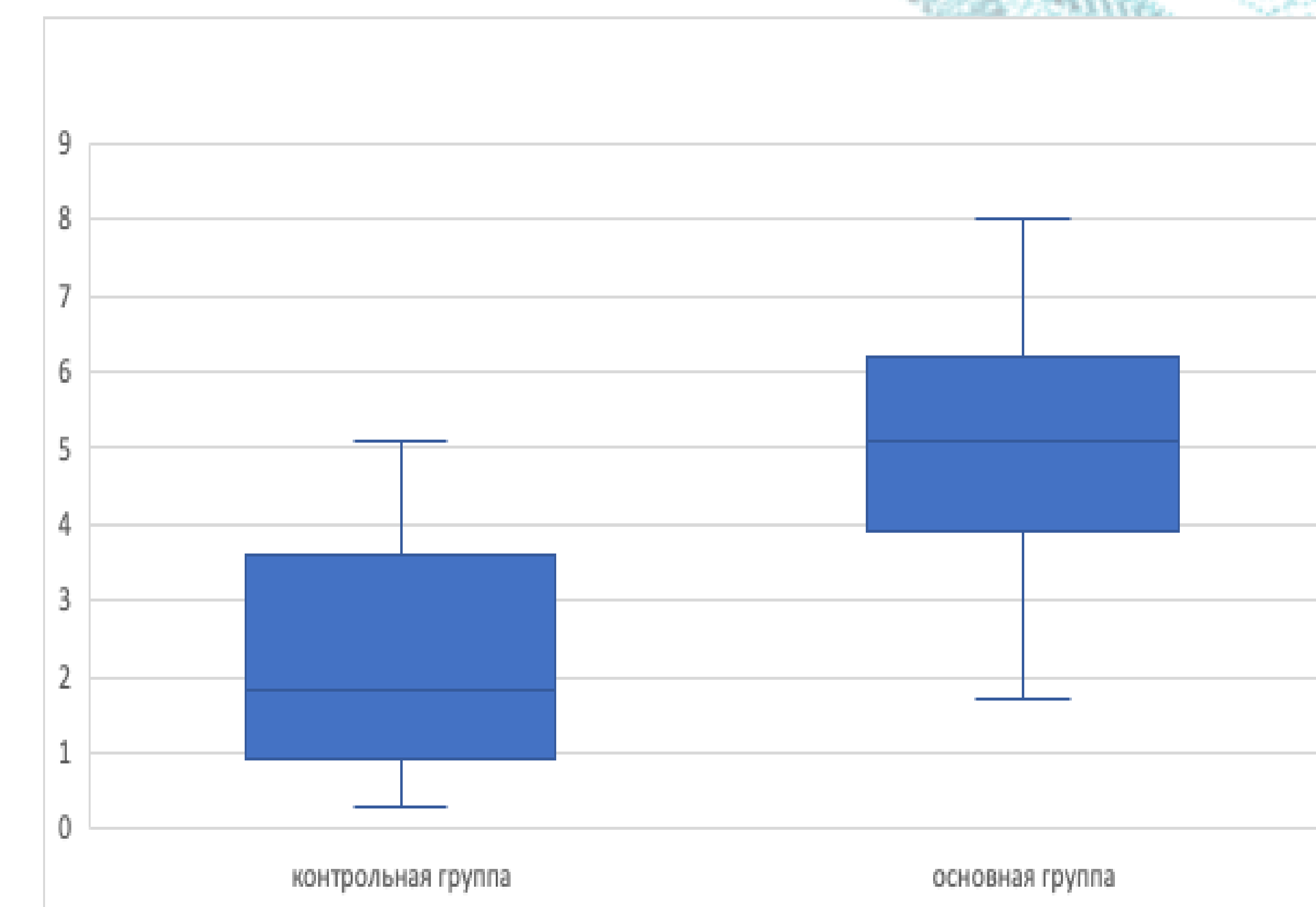


Рис 2. Динамика снижения SDS скорости роста (SD/год) за год терапии

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- ❑ Оба режима терапии продемонстрировали свою эффективность в достижении цели лечения и были эффективны в обеих группах
- ❑ Выбор терапии в виде ежеквартальных инъекций может повысить приверженность к лечению и добиться лучших терапевтических результатов
- ❑ Во избежание выраженного снижения темпов роста на фоне стагнации КВ на фоне терапии 11.25 мг трипторелина целесообразен более частый контроль антропометрических параметров