

**Висновок.** Діагностику целиакії доцільно проводити в усіх дітей із вперше діагностованим ЦД1, у разі негативного результату — наступними роками з такими інтервалами: перші 4 роки — щорічно, у подальшому — кожні 2 роки протягом 10 років і більше.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ ПРЕПАРАТАМИ ГОРМОНУ РОСТУ В ДІТЕЙ ІЗ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЮ ЗАТРИМКОЮ РОСТУ

**Н.М. Музь**

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

Внутрішньоутробна затримка росту (SGA — small for gestational age — маленькі для гестаційного віку, ЗВУР) — патологічний стан, що характеризується зменшенням довжини (та/або маси) тіла дитини на момент народження більше ніж на мінус 2 сигмальних відхилення (SD) відносно свого гестаційного віку за терміну вагітності  $\geq 37$  тижнів. Попри збалансоване харчування в постнатальний період у 10% дітей із внутрішньоутробною затримкою росту відсутній «ростовий стрибок», впродовж дитинства та підліткового періоду відставання в рості зберігається на рівні мінус 2 SD і більше від їхнього цільового росту. Серед дітей із незадовільними показниками росту в 50% випадків діагностують значне відставання фінального зросту ( $\geq 3$  SD, нанізм). Частка пацієнтів із внутрішньоутробною затримкою росту складає 14-22% від усіх дорослих із низькорослістю.

**Метою** даної роботи було дослідження стану системи гормон росту — інсуліноподібний чинник росту-1 (ГР/ІЧР-1) і визначення ефективності терапії рекомбінантним гормоном росту (rГР) у дітей, які народились з ознаками ЗВУР, залежно від наявності соматотропної недостатності.

**Матеріали та методи.** У відділі дитячої ендокринної патології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» перебували на обстеженні та лікуванні 51 дитина (32 хлопчики, 19 дівчинок, середній вік  $8,13 \pm 1,23$  року), які народились із затримкою росту. Критеріями включення були зріст на момент народження  $-2SD$  для свого гестаційного віку, швидкість росту 0 SD або менше. Критеріями виключення були вживання алкоголю або наркотиків в анамнезі матері, кісткова дисплазія, будь-яке лікування, що могло вплинути на швидкість росту, генетичні захворювання, вроджені вади розвитку.

Визначення соматотропної функції проводили за допомогою стандартних провокаційних тестів із клонідином та інсуліном. Пацієнтам призначали препарати rГР у дозі 0,033 мг/кг/добу підшкірно, щодня в 20:00-22:00 впродовж одного року.

**Результати та їх обговорення.** Під час провокаційних тестів максимальний пік викиду ГР від 5 нг/мл до 10 нг/мл спостерігали у 39,2% випадків, нижче від 5 нг/мл — у 31,3%, і у 29,5% спостережень максимальний пік гормону росту перевищував 10 нг/мл. Середні значення ІЧР-1 у групі дітей із соматотропною недостатністю склали  $-1,6$  SDS проти 0,2 SDS у пацієнтів без соматотропної недостатності. За клінічною картиною значних відмінностей між пацієнтами не встановлено, проте діти зі ЗВУР і дефіцитом гормону росту мали вірогідно нижчі показники кісткового віку ( $< 0,001$ ), ніж пацієнти зі ЗВУР і нормальною секрецією ГР.

Через рік лікування rГР у 23 (64%) пацієнтів із соматотропною недостатністю, що народились із ЗВУР, і у 8 (53,3%) із нормальною секрецією ГР середнє значення SDS зросту зросло від  $-3,1$  SDS до  $-2,5$  SDS, збільшилася швидкість росту з  $4,25$  см/рік до  $8,99$  см/рік, 4,6 SDS. Середнє значення ІЧР-1 у плазмі крові збільшилося до 1,8 SDS. Проте у 12 (36%) пацієнтів із соматотропною недостатністю і у 7 (46,7%) із нормальною секрецією ГР лікування не показало своєї ефективності — середнє значення швидкості росту становило  $< 1$  SDS.

**Висновки.** Більшість дітей (70%) із внутрішньоутробною затримкою росту мають порушення в системі ГР/ІЧР-1. Лікування препаратами rГР є найбільш ефективним у пацієнтів, які не мали «ростового стрибка». Терапія rГР має бути суто індивідуальною з урахуванням не лише стану системи ГР/ІЧР-1, але й клінічних особливостей перебігу захворювання.

## ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЧНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З РІЗНИМИ ФЕНОТИПОВИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ SGLT-2

**О.В. Прибила, О.В. Корпачева-Зінич, Н.М. Кушнар'ова, А.В. Ковальчук**

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

Сьогодні активно впроваджується персоналізований підхід до лікування хворих на цукровий діабет 2-го типу (ЦД2). Вплив інгібіторів