mgr Monika Paluchowska

Wyniki leczenia hormonem wzrostu niskorosłych dzieci, urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)

Streszczenie

U dzieci urodzonych jako zbyt małe w stosunku do czasu trwania ciąży (SGA) występuje ryzyko szeregu powikłań wynikających z hipotrofii w tym niskorosłości. Wprowadzona w 2015 roku w Polsce refundacja leczenia hormonem wzrostu (rhGH) dla dzieci SGA, pozwoliła na dokładniejszą analizę w tej grupie pacjentów. Leczenie hormonem wzrostu pozwala dzieciom z SGA na normalizację ostatecznej wysokości ciała oraz wpływa pozytywnie na gospodarkę lipidową. Niewiele jest jednak pozycji piśmienniczych podejmujących analizę antropometryczną tej grupy pacjentów.

Celem pracy była ocena efektów leczenia rhGH dzieci z SGA w pierwszym roku terapii. Analizowano wpływ parametrów urodzeniowych, cech morfologicznych oraz wskaźników biochemicznych na szybkość wzrastania (HV). Praca służyła także ocenie morfologii ciała niskorosłych dzieci z SGA oraz zmian, jakie zachodzą w niej w trakcie leczenia rhGH.

Grupa badana obejmowała 41 pacjentów SGA z niedoborem wzrostu, którzy zostali włączeni do programu lekowego leczenia rhGH w Klinice Pediatrii i Endokrynologii WUM. Grupa kontrolna obejmowała dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki (SNP), leczone rhGH w tej samej klinice. Pacjenci z obu grup mieli wykonywane pomiary antropometryczne przed, w trakcie i po pierwszym roku leczenia. Wykonywano badania obowiązkowe w ramach programu lekowego obu grup. Grupę SGA analizowano w porównaniu do grupy dzieci z SNP oraz do norm populacyjnych.

Dzieci z SGA charakteryzowały się niższą masą ciała i BMI oraz mniejszym obwodem głowy w stosunku do populacji. W pierwszym roku leczenia rhGH rosły średnio o 2,90 cm/rok szybciej niż przed leczeniem i w 71% uzyskały dobry efekt wzrostowy, co oznacza, że ich znormalizowana wysokość ciała poprawiła się > 0,5 SDS. Dzieci leczone rhGH z powodu niedoboru hormonu wzrostu rosły średnio o 1,0 cm/rok szybciej niż dzieci z SGA. Dzieci z SGA, u których szybkość wzrastania przed leczeniem była lepsza oraz te,

u których %FAT był wyższy charakteryzowały się lepszym przyrostem wysokości ciała w pierwszym roku leczenia. Słabiej rosły dzieci z wyższym stężeniem trójglicerydów i cholesterolu odnotowanym przed leczeniem rhGH. Leczenie rhGH nie wpływało istotnie na inne parametry morfologii ciała dzieci z SGA z wyjątkiem wyraźnego spadku %FAT. W trakcie pierwszego roku leczenia rhGH u dzieci z SGA istotnie wzrastały wskaźniki HOMA-IR i QUICKI oraz stężenie glukozy.

Lecznie rhGH dzieci niskorosłych urodzonych jako SGA w pierwszym roku leczenia przyniosło zadowalającą poprawę wzrastania. Jedyną istotną zmianą w morfologii ciała jest spadek %FAT. Nie obserwuje się poprawy w masie ciała ani obwodzie głowy. Konieczne jest stałe monitorowanie parametrów gospodarki węglowodanowej i wdrożenia regularnej oceny dzieci z SGA przez dietetyka klinicznego.