

Ключевые проблемы детской эндокринологии в Украине

В рамках проходившего в апреле II конгресса Ассоциации эндокринологов Украины были рассмотрены наиболее актуальные на сегодняшний день вопросы, касающиеся диагностики и лечения эндокринной патологии, в том числе сахарного диабета (СД), заболеваний щитовидной железы, йододефицитных состояний и др. На ключевых проблемах детской эндокринологии в Украине и путях их решения остановилась заведующая отделом детской эндокринной патологии ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Елена Васильевна Большова.



О.В. Большова

— Патология эндокринной системы стабильно занимает четвертое место в общей структуре заболеваемости детей и подростков. В последние годы отмечена тенденция к снижению заболеваемости и распространенности эндокринных заболеваний у детей в возрасте до 14 лет. Заболеваемость в этой возрастной группе снизилась с 22,7 случая на 1 тыс. населения соответствующего возраста в 2006 г. до 20,23 случая в 2010 г., распространенность — с 91 до 80,8 случая соответственно. В то же время среди подростков наблюдается противоположная ситуация — рост заболеваемости и распространенности патологии эндокринной системы (с 25,8 до 28 и с 135,9 до 146 случаев на 1 тыс. лиц в возрасте 15-17 лет соответственно).

В последнее десятилетие мы наблюдаем неуклонный рост распространенности таких заболеваний, как ожирение и СД. Так, заболеваемость и распространенность ожирения в возрастной группе 0-14 лет с 2001 по 2010 год выросли с 1,6 до 3,12 и с 7,2 до 11,42 случая на 1 тыс. населения. Соответствующие показатели СД увеличились с 0,09 до 0,14 и с 0,59 до 0,72 случая на 1 тыс. Существенный рост отмечен также у подростков: ожирения — с 1,9 до 4,54 и с 8,9 до 21,92 случая на 1 тыс.; СД — с 0,1 до 0,13 и с 1,4 до 1,92 случая соответственно (рис. 1, 2).

Глобальная эпидемия подросткового ожирения вызывает серьезные опасения у экспертов всего мира. Приспешившее внимание к данной проблеме

неудивительно, поскольку ожирение, в том числе у детей и подростков, ассоциируется с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, атерогенной дислипидемии, раннего атеросклероза, нарушения толерантности к глюкозе, СД 2 типа, неалкогольного стеатоза печени, ночного апноэ и т.д. Выраженный атеросклероз может быть выявлен у подростков с ожирением уже в 12-14 лет, о чем свидетельствуют данные литературы.

Растет заболеваемость и СД 1 типа, которым сегодня страдают около 10 тыс. украинских детей и подростков. Еще одна тенденция, вызывающая обеспокоенность врачей всего мира, — это неуклонное «омоложение» этого заболевания. Случаи развития СД 1 типа у детей первых пяти лет жизни уже давно не редкость. Почему это вызывает беспокойство? К сожалению, чем раньше возникает диабет, тем раньше развиваются и его хронические осложнения — диабетическая ретинопатия, нефропатия, нейропатия. В то время как частота таких осложнений, как синдром Мориака, синдром Нобекура, липодистрофии, уже давно существенно снизилась, упомянутые выше отдаленные диабетические осложнения продолжают оставаться серьезной проблемой современной диабетологии. Из-за раннего развития СД 1 типа такие осложнения, как диабетическая ретинопатия, нефропатия, нейропатия, нередко встречаются уже в подростковом возрасте.

По оценкам экспертов Международной диабетической федерации (IDF), в Украине распространенность диабетической полинейропатии у пациентов с СД 1 типа составляет 27,9%, что в целом соответствует показателям в других европейских странах.

Согласно реестру СИНАДИАБ, созданному на базе ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины», случаи диабетической полинейропатии у детей и подростков, страдающих СД, распределяются следующим образом: 86% — периферическая соматическая полинейропатия (сенсорная, моторная, сенсомоторная), 4% — автономная, 10% — смешанная. По нашим наблюдениям, наиболее частыми проявлениями автономной диабетической нейропатии являются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Отмечена прямая корреляция между частотой выявления диабетической полинейропатии у больных СД 1 типа и длительностью диабета. Согласно нашим данным при длительности диабета до 5 лет это осложнение выявляется у 15% детей, от 5 до 10 лет — у 27%, 15 и более лет — в 65% случаев. Вместе с тем

следует обратить внимание на то, что у некоторых детей и подростков диабетическая полинейропатия может развиваться очень быстро, в течение нескольких месяцев после манифестации диабета. Поэтому в настоящее время рекомендуется проводить скрининг на наличие нейропатии уже через год после дебюта СД 1 типа.

Возможно, одной из причин более раннего развития диабетической нейропатии у части больных является генетическая предрасположенность. Так, в 2009 г. российские ученые (Е.В. Спицина и соавт.) обследовали две кардинально разные группы пациентов с СД 1 типа — с небольшой длительностью заболевания (до 5 лет), но в то же время с наличием диабетической нейропатии, и наоборот, с длительным анамнезом диабета (более 10 лет), но без диабетической нейропатии. Была выявлена корреляция между наличием полиморфных маркеров ряда генов (T(-365)C гена POLG1, Val762Ala и Leu54Phe гена ADPRT1, C825T гена GNB3, Pro72Arg гена TP53) и риском развития диабетической нейропатии у пациентов с СД 1 типа. Эти гены кодируют белки, участие которых предполагается в патогенезе сосудистых ос-

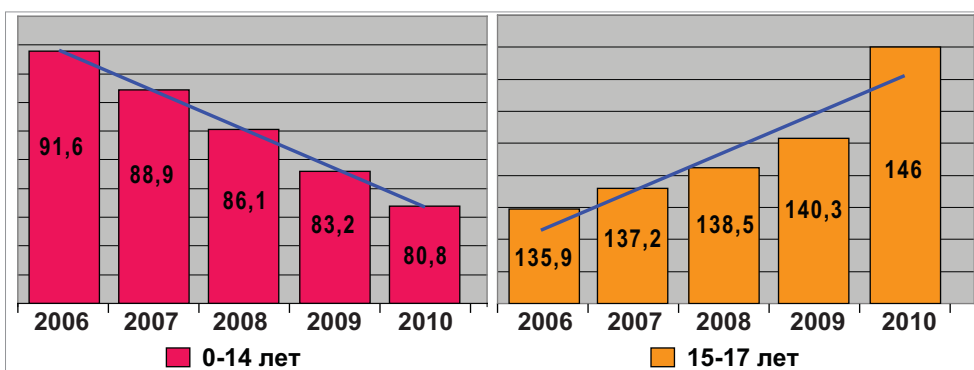


Рис. 1. Распространенность патологии эндокринной системы среди детей и подростков Украины (случаев на 1000 соответствующего населения)

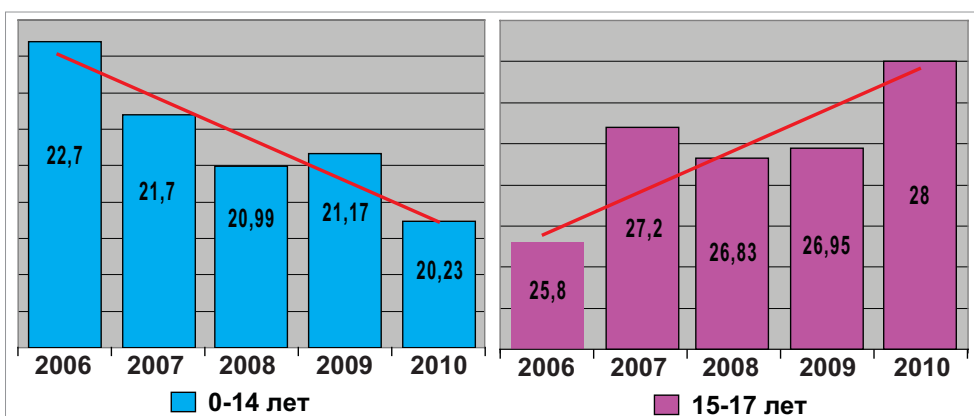


Рис. 2. Заболеваемость патологией эндокринной системы среди детей и подростков Украины (случаев на 1000 соответствующего населения)

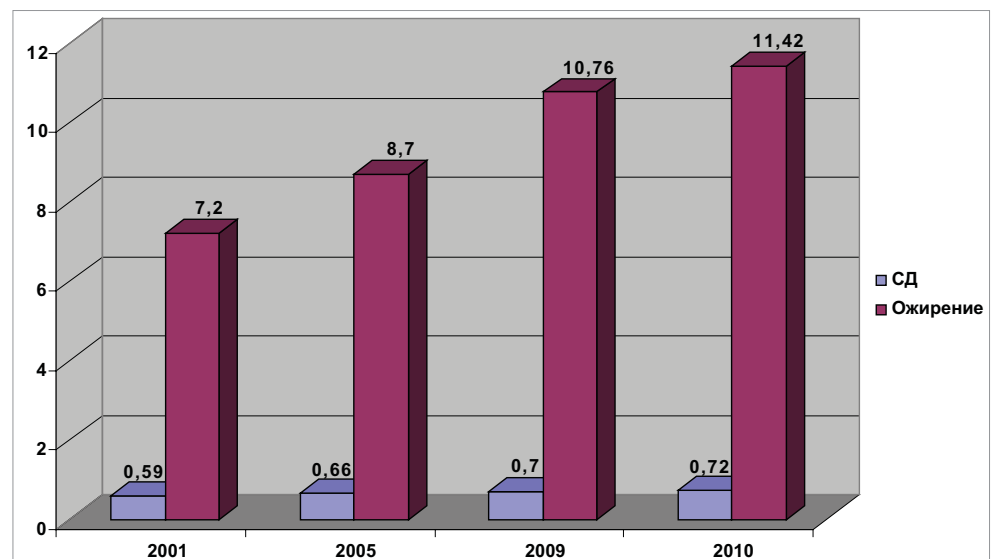


Рис. 3. Распространенность СД и ожирения у детей (0-14 лет) в Украине (случаев на 1000 детей)

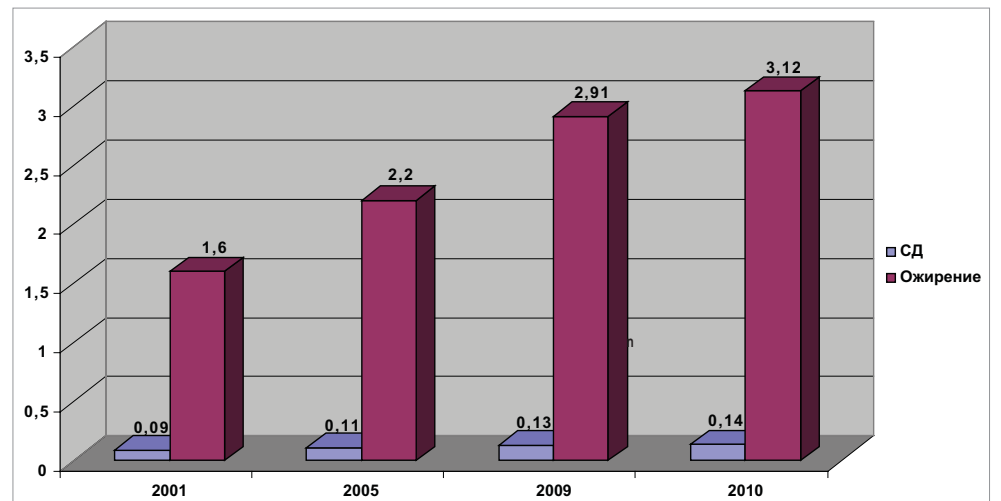


Рис. 4. Заболеваемость СД и ожирением у детей (0-14 лет) в Украине (случаев на 1000 детей)

ложнений діабета. Так, для гена POLG1, який кодує ДНК-полімеразу гамма-1, було встановлено, що у носіїв алелю С і генотипа СС відзначається підвищений ризик розвитку діабетическої нейропатії, в той час як у носіїв алелю Т і генотипу ТТ цей ризик навіть знижений.

Діабетическа полінейропатія у дітей і підлітків, як і у дорослих, достатньо важко піддається ліченню. На певній стадії прогресування цього діабетического ускладнення відбуваються структурні зміни нервових волокон і/або гибель нервових кліток, відповідно порушення функції нервових волокон стає вже необоротним. Тому тільки рання адекватна і постійна патогенетическа терапія поряд з корекцією глікемії може дозволити зберегти нервові волокна і затримати/зупинити прогресування діабетическої нейропатії. Як препарати патогенетическої терапії рекомендовані передусім препарати α -ліпоєвої кислоти, наприклад Берлітійон, завдяки наявності виражених антиоксидантних властивостей.

На базі нашої клініки було проведено достатньо масштабне по міркам нашої країни обсервационне проспективне клінічне дослідження ефективності і безпеки препарату α -ліпоєвої кислоти Берлітійон в ліченні пацієнтів з СД 1 типу і діабетическої нейропатії. В дослідженні брали участь 369 дітей в віці від 10 до 17 років, які проходили лічення в нашому відділенні з 2007 по 2010 рік. Всі хворі отримували інсулінотерапію

в базисно-боліусному режимі і препарат Берлітійон, схема застосування якого залежала від ступеня тяжкості нейропатії.

Через 10-14 днів лічення було відзначено покращення самопочуття практично у всіх хворих, зниження рівня глікемії, зменшення вираженості болівого синдрому, частичне відновлення чутливості, зникнення проявів кетоацидоза. Через 3 міс терапії 87% пацієнтів оцінили своє самопочуття як «хороше». Відзначено зниження пре- і постпрандїального рівня глікемії при відсутності змін дозування і схеми введення інсуліну. Зниження рівня глікозилюваного гемоглобіну спостерігалося у 63% пацієнтів. 72% хворих відзначили значуще зменшення вираженості болівого синдрому, онемання і жоння. Повне відновлення сухожильних рефлексів, болівої, тактильної, температурної і вібраційної чутливості було зафіксовано у 42% пацієнтів.

З урахуванням високого ризику ураження нервової системи вже в ранні терміни після дебюту СД Берлітійон цілеспрямовано включати в схему лічення хворих СД ще на доклїніческій стадії діабетическої нейропатії. Неврологічне обстеження повинно стати обов'язковим у всіх дітей з СД і проводитися не рідше 1 раз на рік.

Основним умовом ефективної профілактики мікросудинних ускладнень СД є контроль глікемії. Достигти його у більшої кількості пацієнтів з СД 1 типу при мінімальному ризику гіпоглікемії дозволяє

застосування сучасних препаратів інсуліну – аналогів людського інсуліну. Наш досвід показує, що переключення на аналоги інсуліну дозволяє вирішити одразу декілька завдань:

- зниження частоти епізодів гіперглікемії і гіпоглікемії;
- зменшення варіабельності глікемії в течение доби;
- більш вільний режим дня і вибір часу прийому їжі;
- покращення психологічного стану дітей.

Завдяки цілому ряду переваг аналоги інсуліну зарекомендували себе в багатьох країнах світу. В Україні, наприклад, більш 90% дітей, які потребують інсулінотерапії, отримують аналоги.

Однією з актуальних проблем дитячої ендокринології є патологія росту. Українські пацієнти з затримкою росту мають можливість отримувати лічення гормоном росту. Варто підкреслити, що патологія росту – гетерогенна група захворювань з різними підходами до лічення і прогнозом, і замісительна терапія гормоном росту ефективна не в усіх випадках. Тому важливою є дифференціальна діагностика, необхідно більш широке застосування в клініческій практиці молекулярно-генетических методів діагностики.

Важливо хотілось би зупинитися на прїоритетних завданнях і шляхах покращення якості надання медїцинської допомоги дітям і підліткам з ендокриною патологією.

• Введення в програму навчання лікарів загальної практики і сімейних

лікарів, а також програми переквалїфікації циклу лекцій і практических занять по питаннях діагностики і лічення ендокриною патології у дітей і підлітків.

• Розвиток дієвеної системи шкіл по контролю діабета з метою профілактики і раннього виявлення діабетических ускладнень, проведення довготривалого монїторингу пацієнтів.

• Розвиток системи профілактики і ранньої діагностики ендокриною захворювань у дітей і підлітків, в першу чергу ожиріння, СД 1 і 2 типу, метаболїческого синдрому, а також системи постійного скрінїнгу вродженої ендокриною патології як можна раніше після народження дитини.

• Розробка і впровадження в практику дитячої ендокринології молекулярно-генетических методів діагностики і дифференціальної діагностики.

• Створення і розвиток системи психологіческої допомоги дітям і підліткам з ендокриною патологією і їх батькам.

• Підвищення рівня професіональної грамотності і етики дитячих ендокринологів.

• Створення і забезпечення роботи системи обліку і монїторингу пацієнтів з ендокриною патологією (створення регіональних і центральної реєстрів), не тільки хворих СД і патологією росту, але і з вродженим гіпотиреозом, несахарним діабетом, вродженою дисфункцією кори надпочечників, болізнню Іценко-Кушїнга, інтерсексуалїзмом і др.

Підготувала **Наталія Миценко**



Берлітїон®

тіоктова (α -ліпоєва) кислота

ЕНДОГЕННИЙ АНТИОКСИДАНТ
МЕТАБОЛІЧНИЙ ЗАСІБ



Радість відчуттів та легкість рухів

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

№ П.07.00/01961
№ UA/6426/01/01
№ UA/6426/02/01
№ UA/6426/02/02
№ UA/6426/01/02

Інформація для фахівців