

Профилактика и лечение детских эндокринных заболеваний: комплексный подход к решению проблемы

Рост заболеваемости эндокринной патологией у детей обусловил поиск оптимального междисциплинарного подхода к профилактике, диагностике и лечению таких состояний. На состоявшейся 23–24 ноября 2011 г. в Москве V городской научно-практической конференции «Эндокринологические аспекты в педиатрии» своим научным и практическим опытом в данной области поделились ведущие российские врачи-эндокринологи и педиатры.

Как отметил в приветственном слове профессор М.Б. АНЦИФЕРОВ (главный эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы, главный врач Эндокринологического диспансера г. Москвы, д. м. н., засл. врач РФ), развитие системы здравоохранения стало приоритетным направлением для московского правительства, при этом целый блок в программе его модернизации посвящен детской эндокринологии. «Задача детских эндокринологов и педиатров – соблюсти принцип преемственности, обеспечить условия для оптимального физического и полового развития детей и подростков с различными заболеваниями эндокринной системы», – отметил он.

Профессор В.А. ПЕТЕРКОВА (главный эндокринолог Минздравсоцразвития РФ, директор Института детской эндокринологии ФГБУ ЭНЦ Минздравсоцразвития РФ, д. м. н.) акцентировала внимание участников конференции на возрастных особенностях эндокринных заболеваний. Прежде всего, она затронула проблему сахарного диабета (СД) у детей и подростков, отметив, что изменились подходы к диагностике: «Введены в клиническую практику

возможности медицинского прогнозирования развития диабета в семье, где есть случаи диабета. Сейчас по стране организуются несколько медико-генетических эндокринологических центров, в которых определяют риск развития заболевания». Большим достижением эндокринологической службы, по мнению профессора В.А. Петерковой, является то, что практически 100% детей с СД 1 типа обеспечиваются аналогами инсулина. К сожалению, с переходом во взрослую сеть пациенты лишаются возможности получать как тест-полоски, так и аналоги инсулина, поэтому, по словам докладчика, перед службой стоит большая задача – добиться того, чтобы инвалиды, страдающие СД 1 типа с детства, могли сохранять подобные льготы до достижения 24 лет. Считается, что 10% детей с СД 1 типа имеют неиммунные формы заболевания. Из 183 больных сахарным диабетом, получавших лечение в Эндокринологическом научном центре, у 25% был DIDMOAD-синдром, у 19% – неонатальный СД, у 7% – другие редкие синдромы (Альстрема, NDH, Тернера), у 23% – СД 2 типа. «Мы должны научиться прогнозировать, у кого из детей

во взрослом возрасте может развиться сахарный диабет. Таким образом, профилактика сахарного диабета 2 типа должна начинаться с детства», – отметила докладчик. Вопросы, которые также требуют скорейшего решения, касаются продолжительности жизни пациентов, заболевших в детстве, особенностей реализации предрасположенности к диабету у детей и взрослых, социальной адаптации больных детей в школе и вузе и др. Основным методом профилактики развития сахарного диабета у детей и подростков является борьба с ожирением. Доказано, что риск развития ожирения у ребенка достигает 80%, если оба родителя страдают ожирением, 40% – если один из родителей болен ожирением. Если у родителей отсутствует ожирение, то вероятность его развития у ребенка составляет 14%. По мнению профессора В.А. Петерковой, в связи с ростом заболеваемости ожирением назрела необходимость в создании национального консенсуса по профилактике и лечению ожирения у детей.

Безусловно, программа профилактики ожирения и СД 2 типа должна начинаться в детском возрасте и основываться на определении



«Эндокринологические аспекты в педиатрии»

групп риска, пропаганде здорового образа жизни, своевременном выявлении заболевания, изменении образа жизни в отношении питания и физической активности. Согласно данным, представленным в докладе О.В. ДУХАРЕВОЙ (главный детский эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы, к. м. н.) об организации работы московской детской эндокринологической службы, за последние 5 лет в Москве количество детей с ожирением удвоилось: если в 2005 г. их насчитывалось 6703, то в 2010 г. – уже 14 763 человека, а с подростками – свыше 21 тысячи. Наибольшими темпами ожирение нарастает среди подростков 15–17 лет – в этой возрастной группе за последние 7 лет количество детей с ожирением увеличилось в 7,5 раза. По данным диспансеризации, ожирение выявлено у 9,8% детей до 18 лет, таким образом, общее количество пациентов этой группы может достигать 191 тыс. человек. За последние 15 лет увеличилась распространенность СД 1 типа у детей, которая в 2010 г. составила 92,6 на 100 тысяч детского населения, при этом отмечается «омоложение» заболевания за счет больных детей дошкольного возраста. Следует отметить, что все дети и подростки обеспечиваются только генно-инженерными человеческими инсулинами и их аналогами. Заболевания щитовидной железы занимают второе место после ожирения по количеству пациентов в структуре эндокринных заболеваний. За период 2000–2010 гг. их распространенность увеличилась с 59,6 до 65,5 на 100 тысяч детского населения. В структуре тиреоидной патологии увеличилось количество пациентов с узловым зобом (8%) и хроническим аутоиммунным тиреоидитом (16%). На фоне проводимой профилактики йододефицитных состояний снизилась распространенность нетоксического зоба – с 51,9 до 46,2 на 100 тысяч детского населения. За период 1999–2010 гг. в 2,3 раза увеличилось количество детей с за-

держкой физического развития – с 1457 до 3371 человека. В целом анализ работы детской эндокринологической службы Москвы свидетельствует о неуклонном росте количества детей и подростков с различными эндокринными заболеваниями – за последние 10 лет число таких детей увеличилось в 2,5 раза. По данным осмотров эндокринологов при диспансеризации различных возрастных групп детей, в 2010 г. эндокринные заболевания выявлены у 14,1% детей, что составляет более 275 тысяч человек. Система специализированной помощи детям с эндокринными заболеваниями, прежде всего, предусматривает выявление и динамическое наблюдение этих детей в ДГП, обучение в школах самоконтроля сахарного диабета и ожирения, наблюдение и ведение детей с тяжелыми эндокринными заболеваниями, стационарную специализированную помощь с применением ВМП в эндокринологических отделениях МДГКБ и ТДГБ и пр.

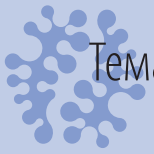
Второе выступление О.В. Духаревой было посвящено современным подходам к терапии СД 1 типа у детей и подростков. Доказано, что достижение оптимальных показателей углеводного обмена на фоне лечения СД 1 типа приводит к снижению риска развития микро- и макрососудистых осложнений, увеличению продолжительности жизни и повышению ее качества. В 2007 г. опубликованы рекомендации ESPAD «Целевые показатели гликемии у детей и подростков». Оптимальными уровнями считаются: $HbA_{1c} < 7,5\%$; гликемия крови натощак – 5,0–8,0 ммоль/л; постпрандиальная гликемия крови – 5,0–10,0 ммоль/л; перед сном – 6,7–10,0 ммоль/л, ночью – 4,5–9,0 ммоль/л. Для достижения целевых показателей компенсации СД 1 типа основополагающим является введение высокоочищенных генно-инженерных инсулинов и их аналогов, позволяющих максимально точно имитировать действие инсулина в организ-

ме человека. В настоящее время базисно-болюсная терапия является общепризнанной. С клинической точки зрения главной характеристикой базисного препарата является беспиковый профиль.

В продолжение темы профессор Т.В. КУРАЕВА (зав. отделением диabetологии Института детской эндокринологии ФГБУ ЭНЦ, д. м. н.) рассмотрела вопросы диагностики и терапии СД 2 типа у детей. Как известно, СД 2 типа у детей и подростков представляет серьезную проблему для общественного здравоохранения в связи с ранним развитием осложнений и инвалидизацией пациентов молодого возраста. В связи с мягкой манифестацией и асимптоматическим течением первого года заболевания основная задачей педиатров и эндокринологов является активное обследование пациентов группы риска, к которым относятся дети с ИМТ > 95 перцентили, а также дети с ИМТ в пределах 85–95 перцентили с отягощенной наследственностью по СД 2 типа и раннему развитию сердечно-сосудистых заболеваний и признаками инсулинорезистентности. Важной задачей является проведение дифференциальной диагностики между разными типами СД, что порой вызывает трудности. Своевременное установление верного диагноза влияет на выбор тактики лечения пациента и позволяет достичь лучшей компенсации заболевания и снижения риска развития осложнений. К сожалению, на сегодняшний день еще недостаточно разработаны вопросы терапии СД 2 типа в детском и подростковом возрасте. Расширение спектра сахароснижающих средств в педиатрической практике, по мнению профессора Т.В. Кураевой, позволит осуществлять терапию СД 2 типа на более совершенном уровне.

Профессор Л.Г. КУЗЬМЕНКО (зав. кафедрой детских болезней РУДН, д. м. н.) акцентировала внимание участников конференции на влиянии тимуса на эндокринную

Эндокринология



V городская научно-практическая конференция «Эндокринологические аспекты в педиатрии»

систему. Как известно, тимус закладывается на четвертой неделе эмбрионального развития как железа внутренней секреции и имеет вид массивных эпителиальных тяжей. Истинным гормоном тимуса считается цинк-содержащий полипептид – тимулин, основной точкой приложения которого являются Т-лимфоциты. Функциональная активность тимуса контролируется соматотропным гормоном, пролактином, адренокортикотропным, тиреотропным гормонами. К гормонам, усиливающим выработку тимуса, относят и инсулин. Известно, что при СД 1 типа нарушается архитектура тимуса и снижается его секреторная активность. По данным ряда авторов, тимические полипептиды повышают уровень эндогенного инсулина у больных СД, что может свидетельствовать о влиянии тимуса на функцию бета-клетки поджелудочной железы. Андрогены и прогестерон оказывают на тимус влияние, сходное с глюкокортикостероидами, а тимеэктомия вызывает атрофию половых желез из-за снижения секреции гонадотропных гормонов. Как отметила профессор Л.Г. Кузьменко, в целом тимус, являясь органом иммунной системы, выполняет активную роль в регуляции общего гомеостаза, влияя и на систему эндокринных органов. Бесспорно, скрининги врожденных патологий, осуществляемые на ранних этапах, позволяют значительно скорректировать дальнейшее развитие заболеваний.

С 1993 г. в Москве действует программа неонатального скрининга врожденного гипотиреоза. По словам В.Ф. ПИЛЮТИКА (зав. детским отделением Эндокринологического диспансера Департамента здравоохранения Москвы), особенностью врожденного гипотиреоза является длительное отсутствие специфических клинических признаков заболевания, которые появляются на 2–3-м месяцах жизни. К этому времени при отсутствии лечения уже могут на-

ступать необратимые изменения ЦНС, что выражается в нарушении интеллектуального развития ребенка. Основной целью проведения данного скрининга является выявление заболевания до конца 1-го месяца жизни ребенка с целью раннего начала терапии. Методика проведения неонатального скрининга основана на определении уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови новорожденных: доношенных – на 4–5-й день, недоношенных – на 12–14-й день жизни. Взятие крови осуществляется в родильных домах, определение ТТГ проводится в Центре неонатального скрининга в ДПБ № 6. Как отметил докладчик, ежегодно выявляют 30–45 младенцев с врожденным гипотиреозом, частота встречаемости в Москве составляет 1:3500. Лечение

ли умственного развития у детей из районов зобной эндемии на 13–15% ниже, чем у детей в регионах с достаточным йодным обеспечением. «По результатам наших исследований, в йододефицитном районе отклонение от нормы разных показателей интеллектуально-мнестической сферы имеет место у 85,5% школьников, в том числе у 30% детей – это грубые нарушения по большинству исследованных функций, у 55% – парциальный когнитивный дефицит разной степени выраженности», – констатировала докладчик. По словам Л.В. Щеплягиной, ежедневный прием препаратов йода оказывает положительное влияние на состояние высших психических функций и успеваемость школьников, независимо от возраста ребенка.

Введены в клиническую практику возможности медицинского прогнозирования развития диабета в семье, где есть случаи диабета. Сейчас по стране организуются несколько медико-генетических эндокринологических центров, в которых определяют риск развития заболевания.

детей начинается незамедлительно при показателе ТТГ в скрининге 50 МЕ/мл и более. За детьми с врожденным гипотиреозом осуществляется динамическое наблюдение и проводится постоянная коррекция дозирования левотироксина в соответствии с уровнем тиреоидных гормонов.

Эффективности коррекции йодного дефицита у школьников было посвящено выступление профессора Л.А. ЩЕПЛЯГИНОЙ (кафедра педиатрии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, д. м. н.). Одним из наиболее частых проявлений йодного дефицита является эндемический зоб. Риск развития заболеваний, обусловленных дефицитом йода, регистрируется в среднем у 20–30% детей 7–10 лет и у 30–50% подростков. Показате-

В течение двух дней участники конференции обсуждали также вопросы, касающиеся поражения почек при эндокринной патологии, диеты при ожирении, наследственных форм дефицита роста, патологии репродуктивной системы у девочек и девушек, показания и противопоказания к назначению и прекращению терапии агонистами гормона в детском возрасте, современные возможности диагностики и лечения гипогликемии у детей с демонстрациями клинических случаев. По мнению участников, конференция стала, бесспорно, значимым мероприятием, в том числе в распространении актуальной информации среди широкого круга врачей. ❁

Подготовила С. Евстафьева