



Елена ПЕТРЯЙКИНА: «Мы гордимся нашей круглосуточной горячей линией по детской эндокринологии»



Современная стратегия борьбы с эндокринными патологиями у детей подразумевает эффективную профилактику и контроль прогрессирования заболеваний и связанных с ними осложнений. О причинах «омоложения» диабета, о международном консенсусе по ведению сахарного диабета у детей и подростков, а также об оказании эндокринологической помощи больным детям с нашим корреспондентом беседует известный детский эндокринолог, заместитель главного врача Морозовской детской городской больницы, к. м. н. Елена Ефимовна ПЕТРЯЙКИНА.



Актуальное интервью

– Если проанализировать эволюцию детских эндокринных заболеваний, насколько изменилась их структура?

– В структуре эндокринных заболеваний никаких кардинальных изменений не произошло: на сегодняшний день, как и много лет назад, три четверти детских эндокринных заболеваний приходится на сахарный диабет 1 типа. Проблема заключается в росте заболеваемости сахарным диабетом 1 типа детей дошкольного возраста. Еще двадцать лет назад, когда я поступила в ординатуру, диабет 1 типа впервые выявлялся в основном у детей в возрасте 11–15 лет.

За последние годы ситуация изменилась – диабет 1 типа значительно «помолодел». Я буду оперировать данными нашей больницы. В отделение эндокринологии нашего стационара ежегодно поступают до 90–95% всех детей и подростков с манифестацией заболевания в Москве. Вот, например, из годового отчета за 2010 г., который я готовила, будучи еще заведующей эндокринологическим отделением, видно, что среди пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа доля детей в возрасте до 7 лет составляет 52%, из них детей до трех лет – около 15%. В 2011 г. медицинскую помощь в отделении получили 1400 больных диабетом, из них 216 пациентам диагноз был поставлен впервые. Из этих 216 вновь выявленных больных 101 ребенок не старше 7 лет (примерно 47% всех впервые заболевших), а точнее: 7 малышей до года, 31 – одного-двух лет и 63 ребенка – от трех до шести лет. Согласитесь, ситуация тревожная.

Это серьезная проблема, ведь чем меньше возраст ребенка, тем «злее», лабильнее протекает заболевание, тем труднее диабет поддается компенсации, тем вероятнее, что тяжелые осложнения заболевания проявятся еще в детском и подростковом возрасте. Кому из наших пациентов 20 лет назад нужна была лазерная коагуляция сетчатки в детском возрасте? Практически никому, это требовалось крайне редко и, как правило, детям с запущенным заболеванием из асоциальных семей.

Сегодня высокопрофессиональные окулисты из отделения офтальмологии – микрохирургии глаза нашей больницы делают ее детям и подросткам, страдающим сахарным диабетом, значительно чаще. Это не из-за того, что хуже стало ведение пациентов, – в детском и подростковом возрасте стало больше пациентов с большим стажем заболевания, а значит, лечение осложнений сахарного диабета вошло в ежедневную практику детского эндокринолога. Вернемся к цифрам: из 1400 больных сахарным диабетом, пролеченных в нашем отделении в 2011 г., у 76% детей имели место липодистрофии в местах инъекций инсулина, у 32,5% – диабетическая полинейропатия, у 26% – ретинопатия, у 5,4% – диабетическая нефропатия и другие осложнения.

– В чем причина столь быстрого «омоложения» диабета?

– Есть разные гипотезы, мне наиболее убедительной представляется теория акселерации, выдвинутая замечательным врачом и ученым из Великобритании профессором Уилкинсом. Она довольно провокационная, и не все мои коллеги с ней согласны. Профессор Уилкинс предположил, что раньше у генетически предрасположенных к диабету детей нагрузка на поджелудочную железу была значительно меньше, что связано с особенностями питания и характерными для детей того времени весо-ростовыми показателями. Проще говоря, дети были худенькими, «нагрузка» на поджелудочную железу у детей, генетически предрасположенных к развитию сахарного диабета, была небольшой, и диабет у них развивался уже в пубертате. Произошла акселерация, дети стали крупнее – более высокими и полными, в Москве, например, ожирение среди детей растет драматическими темпами. Из-за неправильного питания у генетически предрасположенных к диабету детей преждевременно наступает апоптоз бета-клеток, развивается болезнь.

Лечение осложнений сахарного диабета вошло в ежедневную практику детского эндокринолога. Из 1400 больных диабетом, пролеченных в нашем отделении в 2011 г., у 76% детей имели место липодистрофии в местах инъекций инсулина, у 32,5% – диабетическая полинейропатия, у 26% – ретинопатия, у 5,4% – диабетическая нефропатия и другие осложнения.

Мы провели небольшое исследование: проанализировали весо-ростовые показатели детей с манифестным диабетом, поступающих в наше отделение, до развития заболевания, запросив с этой целью их амбулаторные карты в поликлиниках. Результаты подтвердили, что, как правило, наши пациенты всегда были крупнее своих сверстников. Мы взяли официальные статистические данные по детскому ожирению Департамента здравоохранения Правительства Москвы и сопоставили их с цифрами по детскому диабету 1 и 2 типов. Выяснилось, что между ростом ожирения и диабетом 1 типа у детей существует прямая корреляция, а вот между ожирением и диабетом 2 типа – слабая. Диабет 2 типа в детском возрасте по-прежнему редкость. Дети с ожирением без генетической предрасположенности к диабету должны очень много кушать в течение



длительного времени, чтобы заболеть диабетом 2 типа во взрослом возрасте. Мы обобщили наши результаты и представили их в постерном докладе на ежегодной конференции Международного общества по изучению диабета у детей и подростков – ISPAD, который проходил в сентябре 2009 г. в Любляне. К слову, ряд американских и итальянских ученых предположили, что у современных детей развивается так называемый «дабл-диабет», или диабет первого типа с чертами второго. Профессор Уилкинс считает, что сахарный диабет 1 и 2 типа у детей – это одно и то же заболевание, симптомокомплекс и возраст манифестации которого зависит от генетической предрасположенности и факторов внешней среды. Мне нравится его теория, я ее полностью поддерживаю.

– Поддерживаете ли Вы консенсус ISPAD по ведению сахарного диабета у детей и подростков?

– Безусловно. Я участвовала в конференции ISPAD, которая проходила в Берлине в 2007 г., где приняли этот консенсус. Самая горячая дискуссия развернулась вокруг оптимального целевого уровня гликированного гемоглобина, когда сразу стало видно, кто из дискуссионеров теоретик, а кто практик. Некоторые ученые предлагали установить целевое значение 7%, практикующие врачи настаивали, чтобы за норму определили уровень 8%. В результате долгого обсуждения было принято решение считать оптимальным уровень гликированного гемоглобина 7,5%, а для детей до 7 лет – 8%.

– С одной стороны, поддержание гликемии на уровне, близком к нормальным значениям, является основой для предотвращения осложнений диабета, с другой стороны, строгий контроль гликемии сопровождается увеличением частоты гипогликемических эпизодов.

– В детском и подростковом возрасте гипогликемические состояния встречаются более чем у 90% больных. Гипогликемии часто бывают внезапными и скрытыми, особенно у пациентов с хорошими показателями углеводного обмена. Интенсивное лечение сахарного диабета 1 типа приводит к значительному повышению частоты гипогликемии у детей и подростков. К тому же поддержание нормогликемии увеличивает риск ожирения у ребенка. Если «закальваешь» себя инсулином, чтобы достичь нормального уровня гликированного гемоглобина, обязательно будешь «заедать» инсулин, следовательно, неизбежно появятся проблемы с ожирением и сопутствующими ему заболеваниями. Мое мнение – строгий контроль гликемии у детей, особенно дошкольного возраста, может иметь очень опасные последствия. Нижняя граница «идеального» сахара для ребенка никак не может быть 4 ммоль/л. Мы в своей школе диабета

учим, что «безопасный» уровень глюкозы натощак может быть 5–8 ммоль/л, а через 2 часа после еды – 8–11 ммоль/л.

– Как часто в отделение поступают дети в состоянии диабетического кетоацидоза?

– У нас всегда большой поток больных, к нам везут детей со всего Московского региона, потому что изначально эндокринологическое отделение, созданное под руководством заведующей кафедрой детских болезней РГМУ, профессора Марии Матвеевны Бубновой было открыто в 1964 г. как центр ургентной эндокринологии. Наше отделение – первое в СССР отделение детской эндокринологии в условиях городского скорпомощного стационара с огромным клиническим опытом в лечении детей, страдающих эндокринной патологией, в неотложных состояниях. Следует отметить, что в Морозовской больнице отделение эндокринологии открылось в 1964 г., а отделение реанимации – в 1972 г. Мы по сей день никому не отказываем в неотложной эндокринологической помощи, и, как и много лет тому назад, 60–70% детей поступают к нам уже в состоянии диабетического кетоацидоза, который является самой частой причиной смерти детей с сахарным диабетом, особенно совсем маленьких.

Готовясь к выступлению на очередной городской конференции по эндокринологическим аспектам в педиатрии, я проанализировала данные смертности детей с впервые выявленным диабетом, и оказалось, что у маленьких детей, поступивших в состоянии диабетического кетоацидоза, самые высокие показатели досрочной летальности. Причиной является позднее обращение, и связано это с невнимательностью педиатров, неумением вовремя распознать болезнь и поставить диагноз.

Следует, по моему мнению, также проводить определенную разъяснительную работу и среди родителей, например, внедрять итальянскую методику, одобренную ISPAD. В итальянском городе Парма была проведена широкомасштабная кампания – были изготовлены постеры с простым и внятным текстом: если ребенок худеет, часто пьет воду и начал мочиться в постель, нужно позвонить педиатру, а внизу был указан телефонный номер. Постеры распространялись повсюду – на вокзалах, на детских игровых площадках, в супермаркетах, то есть в местах большого скопления народа. Многие родители, обнаружив подобные признаки у своих детей, обращались за консультацией, что позволило снизить развитие диабетического кетоацидоза у детей с манифестным сахарным диабетом.

Неплохо было бы провести подобную акцию в Москве и других городах России, возможно, тогда меньше детей будет поступать в эндокринологические отделения в состоянии тяжелейшего кетоацидоза, а значит, исчезнет смертность от развития



Актуальное интервью

этого состояния. Мы даже разработали образец подобного постера. На сегодняшний день одним из больших наших достижений, осуществленных при поддержке администрации Морозовской больницы и Департамента здравоохранения Москвы, является открытие на базе отделения круглосуточной горячей линии по детской эндокринологии. Позвонив по номеру 8-499-236-05-45 в любое время суток, можно получить бесплатную консультацию врача-эндокринолога.

– Эта помощь оказывается только жителям столицы? Много ли звонков поступает на горячую линию?

– За год работы горячей линии поступило 1533 звонка, причем не только из Москвы, Подмосковья, но и из российских регионов. Звонят родители, педиатры, даже порой взрослые больные. Наиболее часто задаваемые вопросы касаются коррекции дозы инсулина и адекватной терапии при присоединении интеркуррентных инфекций. Представьте себе, например, у маленького ребенка с впервые выявленным сахарным диабетом на фоне инфекции температура поднялась до 40 градусов, а сахар подскочил до 18 ммоль/л, да еще в самое «мертвое» время суток – 3–4 утра. Как тут родителям не растеряться, даже если они прошли обучение в школе диабета. Они набирают номер 8-499-236-05-45 и слышат спокойный, доброжелательный голос детского эндокринолога, чья консультация помогает им своевременно справиться с бедой. Безусловно, это большая поддержка, в том числе и психологическая. Мы гордимся нашей горячей линией.

– Обеспечиваются ли ваши пациенты такой высокотехнологичной помощью, как помповая инсулинотерапия?

– Эндокринологическое отделение Морозовской детской больницы первым в Москве применило помповую инсулинотерапию при впервые выявленном диабете. Врачи нашего отделения первыми поставили инсулиновые помпы детям до 7 лет с самым лабильным сахарным диабетом. В настоящее время постоянное подкожное введение инсулина с помощью помпы – наиболее современный и перспективный метод инсулинотерапии у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа. Однако не следует забывать, что пока не разработана помпа замкнутого цикла, полная компенсация достигается лишь при правильном применении и обученности родителей. Я также твердо убеждена, что постановка помпы ребенку должна осуществляться в стационарных, а не в поликлинических условиях. Во-первых, в стационаре есть возможность испытать помпу под наблюдением врача в течение недели или двух, если потребуется. Родителям это ничего не стоит, поскольку пробные помпы с рас-

ходными материалами на это время мы предоставляем бесплатно. Во-вторых, в стационаре при неожиданно возникших ситуациях есть возможность оказания врачебной помощи круглосуточно.

– С какими еще эндокринными патологиями к вам поступают пациенты?

– С самыми разными – это диффузный токсический зоб, врожденный гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит, врожденная дисфункция коры надпочечников, аденома гипофиза, гипофизарный нанизм, преждевременное половое развитие. В прошлом году у нас был один случай инсулиномы у девочки 11 лет. В московских больницах ей очень долго не могли поставить правильный диагноз, подозревали резистентную к терапии эпилепсию, пока у нее не случилось кровоизлияние в мозг во

Одним из больших наших достижений, осуществленных при поддержке администрации Морозовской больницы и Департамента здравоохранения Москвы, является открытие на базе отделения круглосуточной горячей линии по детской эндокринологии. Позвонив по номеру 8-499-236-05-45 в любое время суток, можно получить бесплатную консультацию врача-эндокринолога.

время очередного судорожного приступа и ребенка не привезли к нашим нейрохирургам на консультацию. Наш бесценный нейрохирург Матвей Игоревич Лившиц посмотрел результаты биохимического анализа и тут же обратил внимание на показатель сахара крови натощак, который составлял 1,4 ммоль/л. Он сразу же позвонил мне. Девочку мы осмотрели, госпитализировали, провели диагностику, выявили инсулиному, благополучно прооперировали и выписали здоровой. По большому счету спасла девочку образованность нейрохирурга Лившица и его осторожность в отношении эндокринных патологий, потому что он работает в Морозовской больнице, в которой эндокринологическое отделение исторически является центром urgentной эндокринологии. Я считаю, что эндокринологические отделения должны создаваться только в многопрофильных больницах, где детям с сахарным диабетом и его осложнениями, а также с другими эндокринными патологиями смогут оказать всестороннюю помощь быстро и качественно. ☀

Беседовала С. Евстафьева