



К ВОПРОСУ О СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ МУКОВИСЦИДОЗА И САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ

Сенаторова А.С., Тельнова Л.Г., Черненко Л.Н., Красник С.М., Долгарева С.Б.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областная детская клиническая больница» г. Харьков

chernenko.larysa@gmail.com

В настоящее время внимание ученых привлекает исследование коморбидности в педиатрической практике. Целью настоящей работы явилось изучение особенностей муковисцидоза (МВ) и сахарного диабета (СД) у детей при сочетанном их течении. Нами изучена литература по этому вопросу и проведен анализ истории болезни ребенка, который находился на лечении в пульмонологическом отделении областной детской клинической больницы с диагнозом МВ, течение которого осложнилось присоединением СД. Ребенку проводилось в динамике общепринятое обследование при МВ с контролем течения СД. В результате проведенного исследования выявлены особенности как МВ, так и СД у детей при сочетанном их течении.

Прежде всего, присоединение СД к основному заболеванию обусловило снижение нутритивного статуса больной, вначале по показателям массы, а затем и роста. Антропометрические показатели больной в 14 лет составляли: масса – 37 кг ($N - 51,32 + 7,3$), рост – 147 см ($N - 160,86 + 6,36$). На фоне СД увеличилась частота обострений МВ до 6 раз в год, причем обострения МВ носили более затяжной характер и плохо поддавались массивной антибактериальной и ферментативной терапии, что потребовало увеличения дозы креона до 25 тыс. ЕД в сутки. Присоединение СД к МВ у больной ускорило снижение функций легких, что отражалось по данным спирометрии, где отмечалось нарастание тяжести вентиляционных нарушений от средней тяжести до резко выраженных по смешанному типу с превалированием данных за обструктивные изменения. Регистрировалось снижение ОФВ₁ от 51 % до 30 %, что является прогностически неблагоприятным признаком МВ.

Первые признаки СД у больной появились в 8-летнем возрасте, когда отмечались медленно нарастающие полидипсия и полиурия без кетоацидоза, сопровождающиеся немотивированным резким снижением массы тела. В дальнейшем СД характеризовался лабильным течением с колебанием глюкозы крови от 3,0 ммоль/л до 20,0 ммоль/л без признаков кетоацидоза, отсутствием микро- и макроангиопатий в течении 7-летнего наблюдения с умеренным повышением микроальбуминурии до 20,7-20,15 мг ($N - 20,0$ мг). Лечение больных СД при муковисцидозе отличается от того, как проводится традиционное



лечение СД 1 типа и 2 типа. Для лечения муковисцидоза у детей важна диета с большим калоражем и большим количеством жира, так как хроническое заболевание с поражением легких повышает энергетические потребности ребенка. Поэтому единственным методом лечения СД у больной явилась инсулинотерапия, так как диетотерапии и физическим нагрузкам препятствовали симптомы основного заболевания.

Таким образом, СД у пациентов с МВ увеличивает частоту обострений легочного заболевания с ускорением снижения функций легких. СД у больных МВ имеет свои особенности: постепенное развитие без признаков кетоацидоза, малая масса тела больного на всем протяжении заболевания, малая вероятность развития микро- и макроангиопатий. Единственным методом лечения СД при муковисцидозе является инсулинотерапия.