

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА В СОЧЕТАНИИ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

*Чайченко Т.В. Шульга Н.В.\*, Лутай Т.В.\*,  
Харькова М.О., Рыбка Е.С.*

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра педиатрии № 1 и неонатологии  
\*КУОЗ «Областная детская клиническая больница»

Актуальность: Муковисцидоз (МВ) – тяжелое врожденное заболевание, проявляющееся поражением тканей и нарушением секреторной деятельности экзокринных желез, а также функциональными расстройствами, прежде всего, со стороны дыхательной и пищеварительной систем. Продолжительность жизни больных с МВ в настоящее время возрастает. Следовательно, растет его распространенность и проявления неблагоприятных эффектов. Сахарный диабет (СД) при МВ (CFRD- cystic fibrosis- related diabetes) является одним из достаточно частых осложнений СД. CFRD выявляется приблизительно у 20% подростков и 40-50 % взрослых с МВ. Частота СД при МВ колеблется от 2,5 до 32 %, увеличиваясь пропорционально возрасту больных.

Клинический случай: Ребенок А., доставлен в ОДКБ с жалобами на многократную рвоту, полиурию, полидипсию, слабость, вялость, снижение массы тела. Известно, что за неделю до госпитализации у ребенка появились боли в животе. Острая хирургическая патология специалистами была исключена. При исследовании сахара крови натощак за день до госпитализации была выявлена гипергликемия 17,9 ммоль/л. МСП доставлен в ОДКБ в ОРИА., затем с улучшением переведен в эндокринологическое отделение. Из анамнеза жизни известно, что ребенок является инвалидом детства по наследственной патологии. С 4-х летнего возраста мальчику был установлен диагноз «Муковисцидоз, легочно-кишечная форма. При поступлении: состояние тяжелое за счет метаболических нарушений. В сознании. При осмотре обращает на себя внимание: физическое развитие дизгармоничное: низкое по весу и росту. Пальцы кистей в виде «барабанных палочек». Печень +4 см ниже

края реберной дуги. Результаты проведенных исследований: гликозилированный Нв 8,9%. УЗИ ОБП: гепатомегалия. Фиброэластография печени: портальный фиброз без септ. Кортизол- 812,5 (норма 150-660 нмоль/л) ДПЭХОКГ- Дилатация коронарного синуса. Трабекула ЛЖ диагональная. с гипертрофией мест прикрепления. Получал лечение: Стол лечебный 18 ХЕ/сут, режим общий. Инфузионная терапия. Внутрь: креон 25000ЕД ( 1 капс), аспаркам. Инсулинотерапия п/к: Актрапид, Протафан. За период пребывания в стационаре, отмечалась лабильность гликемии. На фоне проведенного лечения состояние с положительной динамикой: уровень гликемии стабилизировался, ацетон мочи отрицательный.

Выводы: На примере представленного клинического случая мы видим сочетание СД и МВ. В связи с этим при ведении пациентов с МВ, должна быть настороженность в плане СД. Также обязательными должны быть скрининговые исследования для раннего выявления СД.