

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ СОМАТОТРОПНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У МОЛОДИХ ДОРОСЛИХ

**О.В. Большова, О.А. Вишневська, Т.О. Ткачова,  
О.Я. Самсон, Т.М. Малиновська**

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України, м. Київ

Соматотропна недостатність (СН) може виникати у пацієнтів будь-якого віку внаслідок дії різноманітних чинників та може бути ізольованою або поєднуватися (у 70-88% випадків) з дефіцитом інших гормонів гіпофіза (множинний дефіцит гормонів гіпофіза, МДГГ). Пацієнти з маніфестацією СН в дитячому віці – доволі гетерогенна група, в яку входять хворі з ідіопатичним ізольованим дефіцитом гормону росту (ГР), генетичними дефектами, органічними або набутими ураженнями головного мозку. У достатньо високому відсотку пацієнтів (70-75%) зберігається дефіцит ГР при переході в дорослий період життя, приблизно у 10-12% соматотропна недостатність не підтверджується (Pfizer International Metabolic Database KIMS).

На сьогодні, єдиним патогенетичним методом лікування хворих з СН є застосування рекомбінантного гормону росту (рГР). При маніфестації захворювання в дитячому віці головною метою лікування є досягнення задовільних показників росту протягом дитинства та юнацтва. Нажаль, найчастіше загальною практикою є припинення лікування рГР по досягненні фінального або прийнятного зросту. Проте при довготривалій перерві в лікуванні рГР вже через 2-3 роки у молодих дорослих спостерігаються порушення з боку ліпідного спектра та серцево-судинної системи, зниження мінеральної щільності кісток, порушення будови тіла (збільшення абдомінального жиру), психологічного стану та зниження якості життя. Хворі скаржаться на зниження працездатності, слабкість, швидку втомлюваність, міалгію. В залежності від наявності дефіциту інших гормонів гіпофіза, у хворих з СН мають місце безпліддя, порушення функції щитоподібної і надниркових залоз.

Згідно з нашими спостереженнями, у хворих з СН, яка продовжує існувати в дорослому віці, без лікування рГР відбувається зростання кількості загального жиру та жирової маси тіла, визначаються високий рівень ліпопротеїдів низької щільності ( $\geq 3,67$  ммоль/л) та знижений рівень ліпопротеїдів високої щільності ( $\leq 1,15$  г/л), підвищені рівні загального холестерину ( $\geq 5,29$  ммоль/л) та тригліцеридів ( $> 2,26$  ммоль/л), зростання рівня АроВ за нормальних показників АроА-1, порушення співвідношення АроА-1/АроВ, високий рівень С-реактивного білка ( $\geq 8,76$  мг/л), що свідчить про накопичення у пацієнтів, які мали довготривалу перерву в лікуванні рГР, серйозних факторів ризику розвитку серцево-судинної патології вже в молодому віці. Виявлені порушення обумовлюють необхідність пролонгації/раннього відновлення терапії рГР навіть після досягнення хворими фінального росту. Якщо терапія не відновлюється, у молодих дорослих при СН, маніфестованій в дитинстві, можливо виникнення множинних метаболічних порушень.

Таким чином, досягнення фінального зросту у хворих з дефіцитом гормону росту не можна вважати завершенням лікування. В період переходу від юнацтва до ранньої дорослості дефіцит ГР має суттєвий вплив на серцево-судинну та кісткову системи, ліпідний, вуглеводний та білковий обміни,

психологічний стан хворого. При підтвердженні наявності дефіциту гормону росту в перехідний період (визначення стимульованої секреції ГР, визначення рівня ІФР-1) терапія рГР повинна бути відновлена, в першу чергу, з метою зниження ризиків розвитку серцево-судинної патології, корекції ліпідного обміну, стану жирової та кісткової тканини. Відновлення/призначення адекватної терапії рГР молодим дорослим з підтвердженою СН призводить до суттєвого підвищення якості життя пацієнтів та зниження ранньої серцево-судинної захворюваності та смертності. Велике значення в удосконаленні спостереження за такими хворими має тісна співпраця дитячого ендокринолога, дорослого ендокринолога і сімейного лікаря.

## ГЛІКЕМІЧНИЙ КОНТРОЛЬ У ДІТЕЙ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ В ПОЄДНАННІ З ЦЕЛІАКІЄЮ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА БЕЗГЛЮТЕНОВІЙ ДІЄТІ

**О.В. Большова, І.В. Лукашук**

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України, м. Київ

Основними питаннями діабетології є діагностика, профілактика та лікування ускладнень цукрового діабету (ЦД) 1 типу, а також ведення хворого з урахуванням супутньої патології. Хворі на ЦД 1 типу мають підвищений ризик розвитку целіакії (Ц). У дітей і дорослих з ЦД 1 типу зустрічається частіше, ніж в загальній популяції, що пов'язано з генетичною схильністю до аутоімунних захворювань за системою HLA. У 10% хворих на ЦД 1 типу виявляються аутоантитіла до кишкової трансглютамінази, яка є аутоантигеном целіакії.

Поєднання ЦД 1 типу з Ц коливається від 3 до 16,4%, середня поширеність становить 10%. Після верифікації діагнозу Ц дитині призначають безглютенову дієту (БГД) і консультуються з дієтологом, який має досвід ведення хворих з діабетом в поєднанні з Ц. Особливо нелегко дитині з атиповою целіакією перейти на цю дієту. При цьому враховується, що харчування дітей з ЦД 1 типу включає продукти з низьким глікемічним індексом, які знижують постпрандіальну глікемію і покращують довгостроковий глікемічний контроль, а основу БГД складають продукти з високим глікемічним індексом, що може погіршити глікемічний контроль діабету у дитини. Але відомо, що БГД поліпшує глікемічний контроль ЦД 1 типу як у дітей з діагностованою типовою целіакією, так і з субклінічною целіакією. Проте вплив БГД на контроль діабету вивчено недостатньо.

Метою дослідження було вивчити вплив БГД у дітей ЦД 1 типу в поєднанні з целіакією на глікемічний контроль діабету.

Обстежено 25 пацієнтів (із них 19 дівчаток) з ЦД 1 типу в поєднанні з Ц, верифікованою за результатами біопсії (основна група); проаналізовано дані рівня глікованого гемоглобіну ( $HbA_{1c}$ ), частоти діабетичного кетоацидозу (ДКА), важкі напади гіпоглікемії до і після діагностики Ц та призначення БГД. Групою порівняння були 56 дітей з ЦД 1 типу без Ц. Дослідження було ретроспективним та проспективним.

У 6 (24%) дітей діагностовано типову Ц, у решти – атипову Ц. В основній групі не встановлено істотних відмінностей глікемічного контролю, частоти тяжкої гіпоглікемії та ДКА порівняно з групою дітей з ЦД, але без Ц, рівень  $HbA_{1c}$  був незначно вищим в групі порівняння, ніж в основній групі. Не встановлено різниці зазначених трьох показників в основній групі залеж-