

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ПРЕДИАБЕТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Т.В.Чайченко, А.Ф.Шипко, А.С. Сенаторова, Е.С.Рыбка

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра педиатрии № 1 и неонатологии

В большинстве стран 90 % детей страдают сахарным диабетом 1 типа (СД1). Причем более чем у 50% из них СД диагностируется в возрасте до 15 лет. В то же время, по данным международных организаций частота сахарного диабета 2 типа в последние годы увеличивается в подростковой популяции, что обуславливает формирование потенциального риска у молодых взрослых. По мнению International Diabetes Federation (IDF), при дебюте СД2 в детском возрасте имеется риск формирования осложнений заболевания в первые 10 лет.

Цель исследования: повышение качества диагностики СД2 и предиабетических состояний у детей.

Объект и методы исследования: Проведена оценка углеводного метаболизма в декретированной группе по развитию СД2. У 208 подростков (10 до 16 лет) с избыточной массой тела (ИМТ 85-97 перцентили) и ожирением (ИМТ > 97 перцентили) проанализированы результаты орального глюкозо-толерантного теста (ОГТТ), уровней гликозилированного гемоглобина (HbA1C), инсулина крови натощак, значений индекса инсулинорезистентности (ИР) НОМА-IR.

Результаты и обсуждение: По результатам ОГТТ нарушение гликемии натощак мы диагностировали у $10,15 \pm 4,19\%$ (95% ДИ), нарушение толерантности к глюкозе - у $2,89 \pm 2,27\%$ (95% ДИ) и СД2 - у 3-х больных, ИМТ которых превышал 3 СО. В то же время инсулинорезистентность по результатам НОМА-IR выявлена у подавляющего большинства лиц (95% ДИ: $86,82 + 4,58\%$). При этом ППКГ нарастала от $740,6 \pm 20,99$ у.е. при избыточной массе тела до $823,7 \pm 24,03$ у.е. при ожирении ($p_{1,3} = 0,029$). Установлена прямая значимая корреляция $r_3 = 0,465$ (непараметрическая по Спирману) между значениями ППКГ и НОМА-IR, что демонстрирует связь между проявлениями ИР и ухудшением толерантности к углеводам независимо от пиковых концентраций в критериальных точках. Уровень инсулина составил $24,55 \pm 0,66$ мМЕ/мл со значением показателя $15,87 \pm 2,01$ при избыточной массе и $28,12 \pm 1,47$ при ожирении, что свидетельствует о достоверном ($p_{1,3} < 0,0001$) развитии гиперинсулинизма.

Уровень HbA1C составил $6,5 \pm 0,73$ %, что означает, что в группе обследования регистрировались пациенты с показателями выше 6,5 и даже 7 % без диагностически значимых критериев СД2. Учитывая тот факт, что по рекомендациям Американской Диабетической Ассоциации уровень HbA1C более 6,5% является диагностическим критерием СД2 у детей, то следует

думать о том, что реальное представительство детей, которым может быть выставлен этот диагноз гораздо выше, нежели выявляемых с помощью ОГТТ.

Выводы: Диагностически значимые гипергликемические состояния диагностируются лишь у незначительного числа детей с ожирением (порядка 13%), 85 % которых демонстрируют инсулинорезистентность и ухудшение толерантности к углеводной нагрузке в виде повышения ППКГ, что обуславливает наличие скрытых гипергликемических эпизодов, выявляемых с помощью теста на HbA1C. Таким образом, требуется обсуждение вопроса о расширении критериев гипергликемической дисгликемии с внесением расчета индексов инсулинорезистентности и определения HbA1C в стандарты диагностики и критерии мониторинга за состоянием у детей с ожирением.