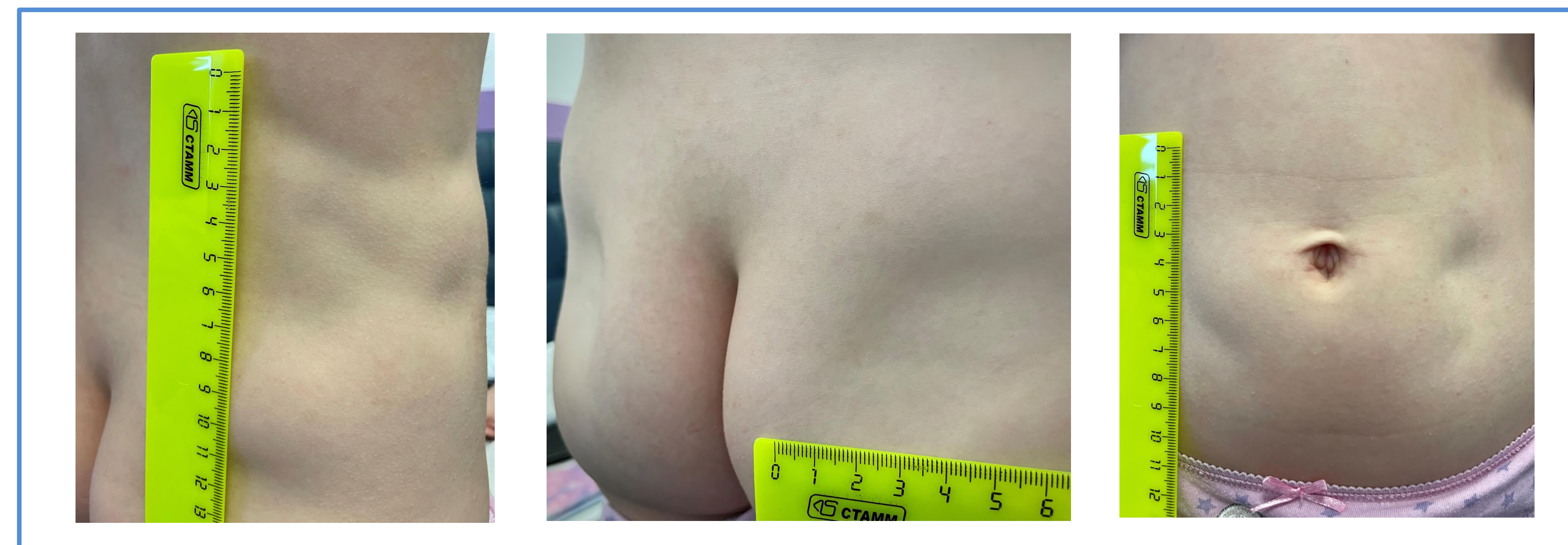




СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА И ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ИНВОЛЮЦИОННОЙ ЛИПОАТРОФИИ У РЕБЕНКА

ВВЕДЕНИЕ.

Локализованные формы липоатрофий (ЛА) подразделяются на идиопатические и возникшие вследствие различных повреждений подкожно-жировой клетчатки (ПЖК) (травм, абсцесса, локального и системного заболевания соединительной ткани (волчанка, лимфома и т.п.), инъекций (при введении инсулина, вакцин, антибиотиков, кортикостероидов и др). Идиопатическая ЛА чаще наблюдается у молодых женщин. Характерно локальное уменьшение жирового слоя на ягодицах, пояснице, животе, плечах, возникающее без предшествующих провоцирующих факторов. Возможно симметричное двустороннее поражение ПЖК и спонтанная регрессия в течение нескольких месяцев.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Пациентка М., 7 лет, сахарный диабет 1 типа (СД1) с 3,5 лет, манифестация классическая с диабетическим кетоацидозом. Иницирована инсулинотерапия (Детемир и Лизпро). Через год самостоятельно иницирована помповая инсулинотерапия с помощью беспроводной помпы, которая устанавливалась на боковой поверхности плеч обеих рук, где через несколько месяцев стало отмечаться появление ЛА. После смены мест установки - полное восстановление ПЖК в течение года. Затем в области инъекций инсулина и рядом (живот, бока, ягодицы, поясница) появление ЛА возобновилось. Переход с помповой инсулинотерапии на интенсифицированную схему, смена препаратов инсулина не повлияли на выраженность и количество ЛА. В 4 года диагностирован хронический аутоиммунный тиреоидит, назначена заместительная терапия левотироксином натрия.

При осмотре: рост 134,5 см (SDS 1.5), вес 27,5 кг (SDS -0.3). Обращает на себя внимание гипермобильность суставов. ПЖК развита умеренно, распределена неравномерно. В местах введения инсулина отмечаются симметричные очаги ЛА на животе и пояснице до 1-2 см в диаметре, очаги липогипертрофии на бедрах до 10 см в диаметре. В непосредственной близости с местами введения инсулина – симметричные очаги ЛА до 7 см в диаметре в центральной области ягодиц (ниже мест введения инсулина). На переднебоковой поверхности туловища, в тех участках, в которые не выполнялись инъекции инсулина, двусторонние симметричные и односторонние очаги до 1-1,5 см в диаметре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Представленный клинический случай демонстрирует трудности дифференциальной диагностики причин развития ЛА, так как появление очагов отмечается как в местах введения инсулина, так и вне этих зон. Идиопатические ЛА обычно развиваются в тех же областях тела, предназначенных для инъекций инсулина, что также затрудняет дифдиагностику. Для постинъекционных ЛА не характерно появление вне мест инъекций. В обоих случаях может отмечаться спонтанный регресс очагов ЛА. Предполагается, что в патогенезе идиопатических ЛА играет роль аутоиммунный компонент, что подтверждается данными гистологических исследований. Таким образом, риск их развития выше у лиц с данной сопутствующей аутоиммунной патологией. В представленном случае - сочетание аутоиммунного СД с тиреоидитом. В настоящее время эффективных методов лечения идиопатической ЛА не существует. С незначительным эффектом применяются местные мази с противовоспалительным действием. При диабетических ЛА рекомендована смена мест инъекций, в тяжелых случаях предлагается перевод с аналогов на человеческие инсулины. Однако, это может быть сопряжено с ухудшением качества жизни пациента, а физиотерапевтические методы показали низкую эффективность.

КОНТАКТЫ. Еремина
Ирина Александровна,
научный сотрудник
ФГБУ «НМИЦ
Эндокринологии»
Минздрава России,
Москва, Россия
Телефон: +7(926)121-40-80.
E-mail:
Eremina.Irina@endocrinent
r.ru