



Сахарный диабет у детей



Тлекхабылова А. С.
720 ВОП
Альжанова К. Ж.

План:



1. АФО поджелудочной железы у детей.
2. Актуальность темы.
3. Определение сахарного диабета.
4. Типы сахарного диабета.
5. Провоцирующие факторы развития диабета.
6. Формы сахарного диабета.
7. Клиника сахарного диабета.
8. Диагностика сахарного диабета.
9. Осложнения сахарного диабета.
10. Лечение.
11. Осложнения инсулинотерапии.
12. Диспансерное наблюдение.

- На начало 2012 года в нашей стране зарегистрировано 3.549 миллиона больных СД:

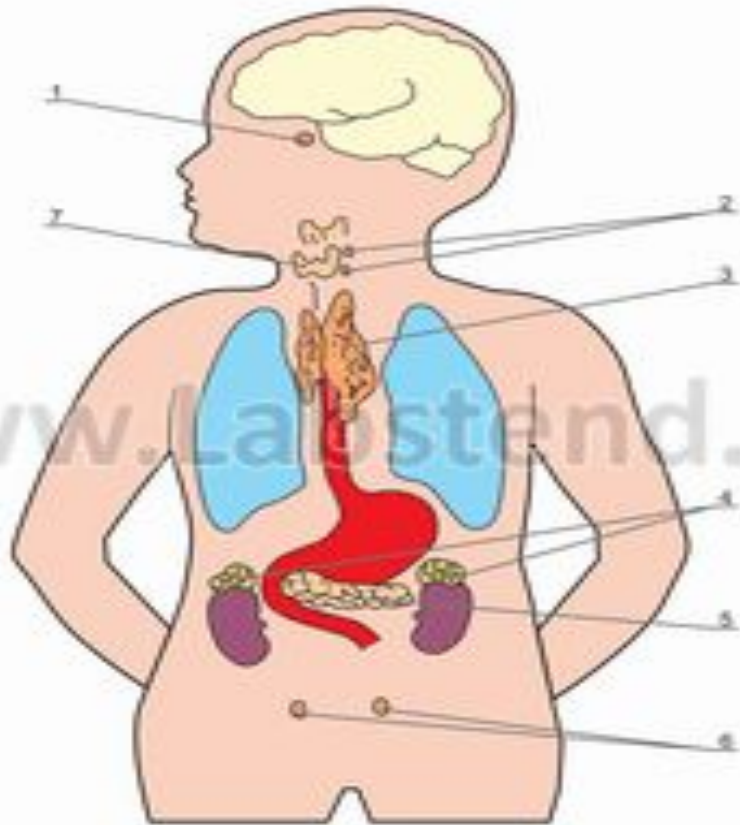
316 тыс. чел – 1 тип (18 тысяч детей и 8 тысяч подростков)

3,232 млн. чел. - 2 тип (700 детей и подростков)

- Каждые 12 лет увеличивается вдвое число больных диабетом.
- **К 2024-2025 году прогнозируется увеличение в два раза!**

АФО поджелудочной железы у детей

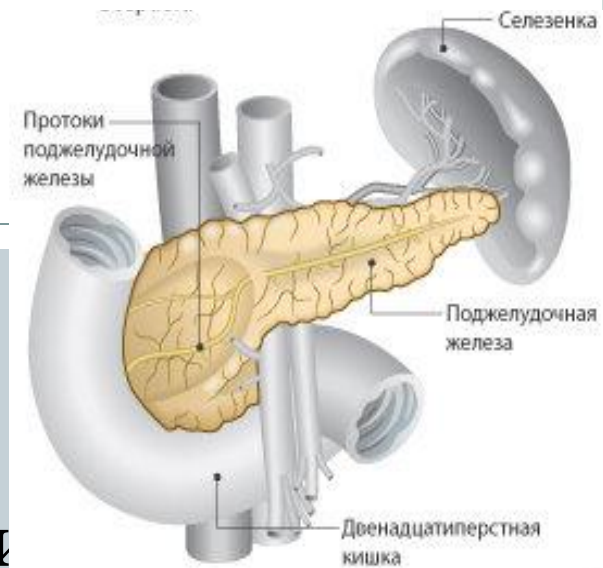
Железы внутренней секреции



1 — гипоталамус; 2 — паращитовидные железы; 3 — гипофиз; 4 — надпочечники; 5 — поджелудочная железа; 6 — половые железы; 7 — щитовидная железа.

● *внешнесекреторная функция* — выделение пищеварительных ферментов (трипсина, липазы, амилазы)

- *внутрисекреторная функция* - клетками островков Лангерганса
- альфа-клетки – глюкагон
- бета-клетки – инсулин
- дельта-клетки – соматостатин
- У новорожденных выброс инсулина возрастает в первые дни жизни и мало зависит от уровня глюкозы в крови.
- Инсулин — гормон, регулирующий все виды обмена веществ. Основные органы-мишени инсулина — печень, мышечная и жировая ткань.



АКТУАЛЬНОСТЬ

- ❑ За последние два десятилетия в мире заболеваемость СД 1-го типа среди детей неуклонно увеличивается. 25% больных приходится на возраст до четырех лет жизни.
- ❑ Заболевание проявляется в любом возрасте (существует врожденный диабет), но наиболее часто дети заболевают в периоды интенсивного роста (4–6 лет, 8–12 лет, пубертатный период). Дети грудного возраста поражаются в 0,5% случаев СД.

Сахарный диабет - это заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина, приводящей к нарушению обмена веществ (в первую очередь углеводного), проявляющегося хронической гипергликемией.

Шифр по МКБ – 10 **E10-E14**



Влияние инсулина на углеводный обмен



- 1) Обеспечивает проницаемость клеточных мембран для глюкозы путем соединения со специфическими рецепторами.
- 2) Стимулирует синтез гликогена из глюкозы в печени.
- 3) Подавляет гликогенолиз (расщепления гликогена в глюкозу).
- 4) Подавляет глюконеогенез (синтез глюкозы из белков и жиров).
- 5) Снижает концентрацию глюкозы в крови

Классификация

- ❖ Сахарный диабет типа 1 (деструкция β -клеток, обычно приводит к абсолютной инсулиновой недостаточности):
 - А. Аутоиммунный;
 - В. Идиопатический.
- ❖ Сахарный диабет типа 2 (с преимущественной резистентностью к инсулину и относительной инсулинонедостаточностью);
- ❖ Гестационный сахарный диабет.

Классификация

❖ Другие специфические типы:

- Генетические дефекты функций β -клеток (MODY-1, MODY-2, MODY-3 и др.);
- Генетические дефекты действия инсулина (Лепречаунизм, липоатрофический диабет и др.);
- Болезни экзокринной части поджелудочной железы (панкреатит, панкреатэктомия, гемохроматоз, кистозный фиброз и др.);
- Эндокринопатии (акромегалия, феохромоцитома, глюкагонома, соматостатинома, синдром Кушинга, альдостерома, тиреотоксикоз и др.);
- Сахарный диабет, индуцированный лекарствами и химикатами (вакор, пентамидин, диазоксид, глюкокортикоиды, тиазиды, альфа-интерферон и др.);
- Инфекции (врождённая краснуха, цитомегаловирус и др.);
- Генетические синдромы, иногда сочетающиеся с диабетом: с-м Дауна, с-м Тернера, с-м Клайнфельтера, с-м Прадера-Вилли, Порфирия, Хорея Гентингтона, с-м Вольфрама и др).

Классификация

По степени тяжести:



- **Лёгкая** (характерно- отсутствие кетоацидоза, ком, макро- и микрососудистых осложнений, а компенсация достигается диетой, ЛФК, фитотерапией);
- **Средне-тяжелая** (в анамнезе кетоацидоз(ДКА), есть микрососудистые осложнения, а для достижения оптимального гликемического контроля используется инсулин или таблетированные сахароснижающие таблетки или их комбинация);
- **Тяжелая** (лабильное течение с ДКА , наличие микро и макрососудистых осложнений, , больные нуждаются в постоянном введении инсулина).

Классификация

Классификация по состоянию гликемического контроля:

- ❖ Идеальный;
- ❖ Оптимальный;
- ❖ Субоптимальный;
- ❖ Высокий риск для жизни.

Уровень гликемического контроля

	Идеальный	Оптимальный	Субоптимальны й	Высокий риск для жизни
--	-----------	-------------	--------------------	------------------------------

Клиническая оценка

Высокий уровень гликемии	Неповышен	Без наличия симптомов диабета	Полиурия, полидипсия, энурез и т.д.	Нечеткое зрение, отставание в росте, инфекции кожи и гениталий, болезненный судороги и т.д.
Низкий уровень глюкемии	Не понижен	Периодические легкие гипогликемии, отсутствие тяжелых	Эпизоды тяжелых гипогликемий (с потерей сознания ± судороги)	

Биохимическая оценка

Гликемия натощак (ммоль/л)	3,6-6,1	4,0-7,0	> 8.0	>9.0
Гликемия после еды (ммоль/л)	4,4-7,0	5,0-11,0	11.0-14.0	> 14.0
Гликемия ночью (ммоль/л)	3,6-6,0	Не < 3.6	<3,6 или >9.0	< 3 или >11.0
HbA1c, %	<6,05	< 7.6	7.6-9.0	>9.0

Классификация

Классификация осложнений. Острые осложнения:

- ❖ Диабетический кетоацидоз; кетоацидоти-ческая кома;
- ❖ Гиперосмолярная кома;
- ❖ Гипогликемическая кома;
- ❖ лактоацидотическая кома.

Классификация

Хронические осложнения:

- ❖ **ангиопатии** (ретинопатия, нефропатия, ангиопатия ног);
- ❖ **нейропатии** (периферическая, центральная, автономная);
- ❖ **синдром Мориака** (отставание в росте, diab.гепатоз, ожирение, задержка полового развития), синдром Нобекура (отставание в росте, жировой гепатоз, задержка полового развития);
- ❖ **поражение кожи** (дермопатия, липоидный некробиоз, липодистрофии, хроническая паранихия);
- ❖ **синдром диабетической кисти** (хайропатия, контрактура Дьюпюитрена);
- ❖ **синдром диабетической стопы, сустав Шарко.**

Типы сахарного диабета

1 тип - инсулинозависимый сахарный

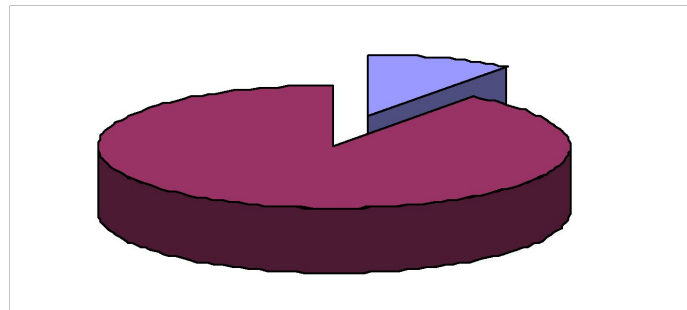
диабет (причина инсулиновой недостаточности - снижение синтеза и секреции инсулина из-за деструкции β клеток, чаще встречается в детском и юношеском возрасте)

2 тип - инсулинонезависимый сахарный

диабет (причина нарушения углеводного обмена - снижение связывания инсулина с рецепторами и уменьшение их, чаще у взрослых людей после 40 лет)

1 тип

10%



Предрасполагающие факторы



1. Генетическая предрасположенность

- ❖ Фенотипы HLA DR3 и DR4 – высокий риск.
- ❖ Фенотип HLA DR 2 защищает от развития СД I типа.

2. Экзогенные факторы

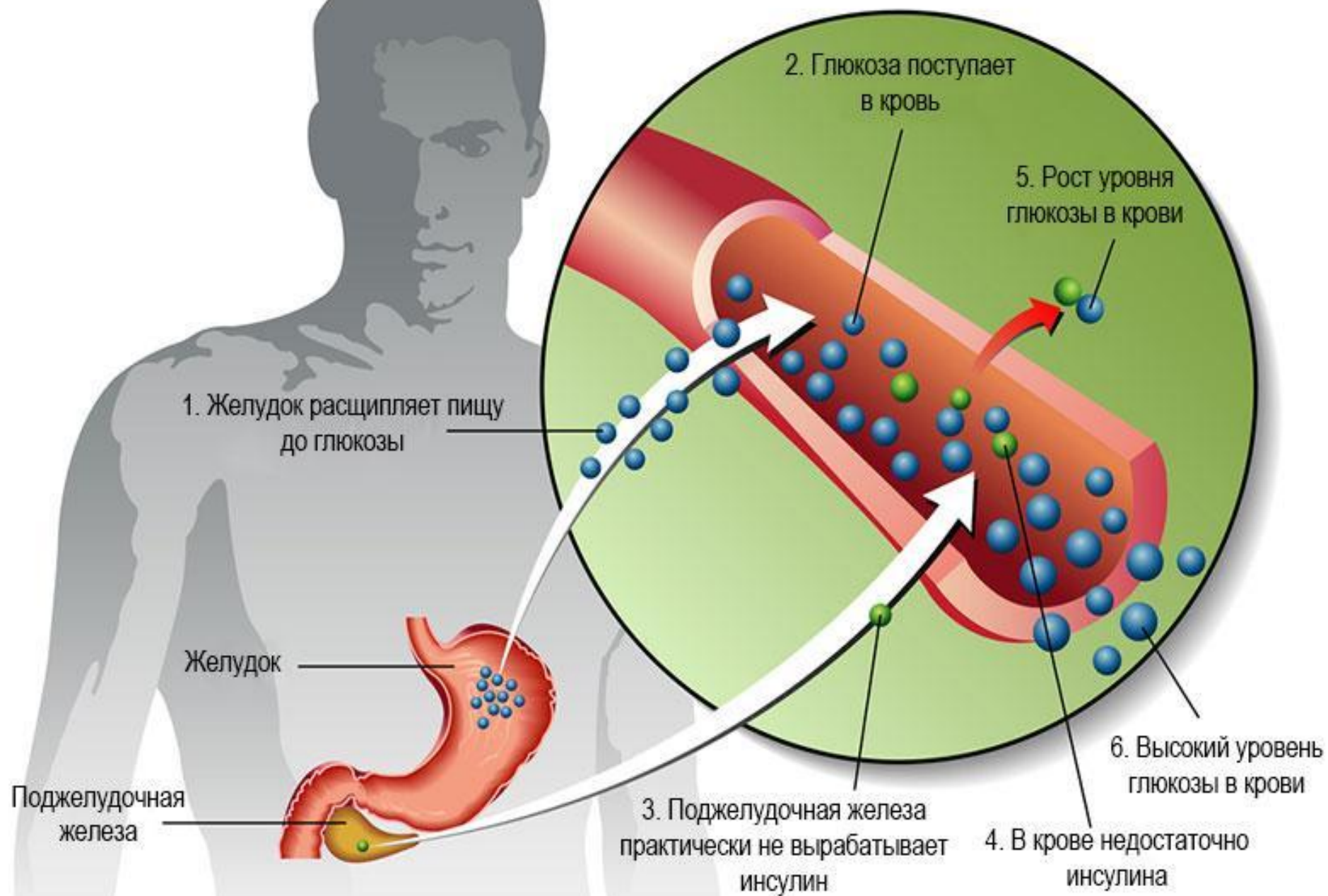
- ❖ Вирусы (энтеровирусы, вирус краснухи и др.);
- ❖ Стресс, травмы;
- ❖ Ожирение.

Этиология и патогенез СД 1-го типа



- Это аутоиммунное заболевание у генетически предрасположенных лиц (хронически протекающий инсулит $\longrightarrow$ деструкция β -клеток, $\longrightarrow$ развитие абсолютной инсулиновой недостаточности).
- Период от начала аутоиммунного процесса до развития СД 1-го типа от нескольких месяцев до 10 лет.
- В запуске процессов разрушения островковых клеток могут принимать участие вирусные инфекции, химические вещества и др. факторы.

Сахарный диабет 1-го типа





Патогенез

ДЕФИЦИТ ИНСУЛИНА



Снижение транспорта глюкозы в клетки



Нарастание гипергликемии



Нарушение окислительных процессов и цикла Кребса

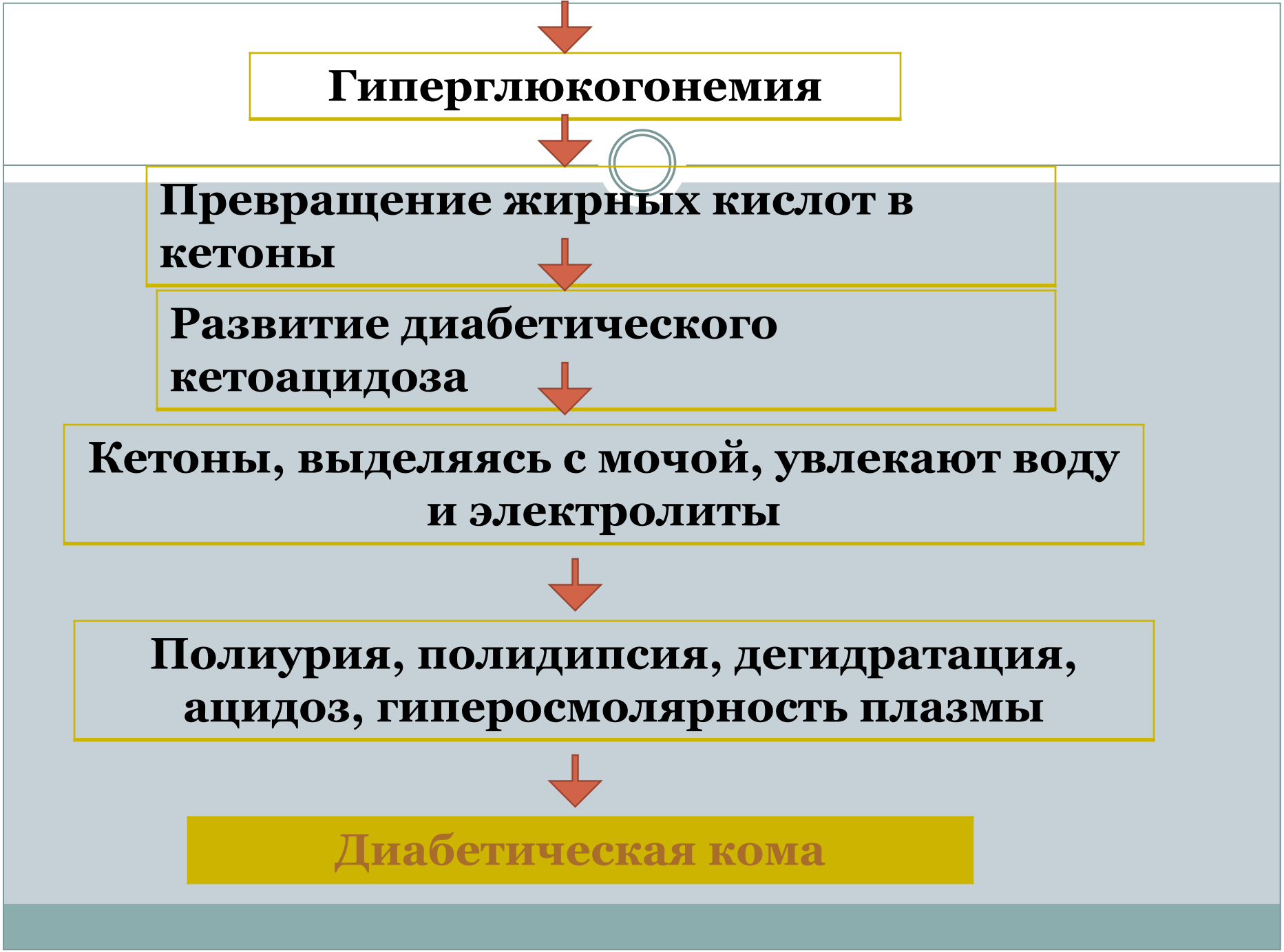


Развитие метаболического ацидоза



Нарастание в крови аминокислот, холестерина, свободных жирных кислот, развитие энергетического дефицита.





```
graph TD; A[Гиперглюкогонемия] --> B[Превращение жирных кислот в кетоны]; B --> C[Развитие диабетического кетоацидоза]; C --> D[Кетоны, выделяясь с мочой, увлекают воду и электролиты]; D --> E[Полиурия, полидипсия, дегидратация, ацидоз, гиперосмолярность плазмы]; E --> F[Диабетическая кома];
```

Гиперглюкогонемия

Превращение жирных кислот в кетоны

Развитие диабетического кетоацидоза

Кетоны, выделяясь с мочой, увлекают воду и электролиты

Полиурия, полидипсия, дегидратация, ацидоз, гиперосмолярность плазмы

Диабетическая кома

Патогенез



I стадия – генетическая предрасположенность, ассоциированная с фенотипами HLA DR3 и DR4;

II стадия – воздействие факторов, провоцирующих запуск аутоиммунного инсулита;

III стадия – хронический аутоиммунный инсулит;

IV стадия – частичная деструкция β -клеток инсулярного аппарата;

V стадия – клиническая манифестация заболевания с остаточной секрецией инсулина;

VI стадия – стадия полной деструкции β -клеток (более 80-90 %), абсолютная инсулиновая недостаточность.

Стадии развития сахарного диабета I типа

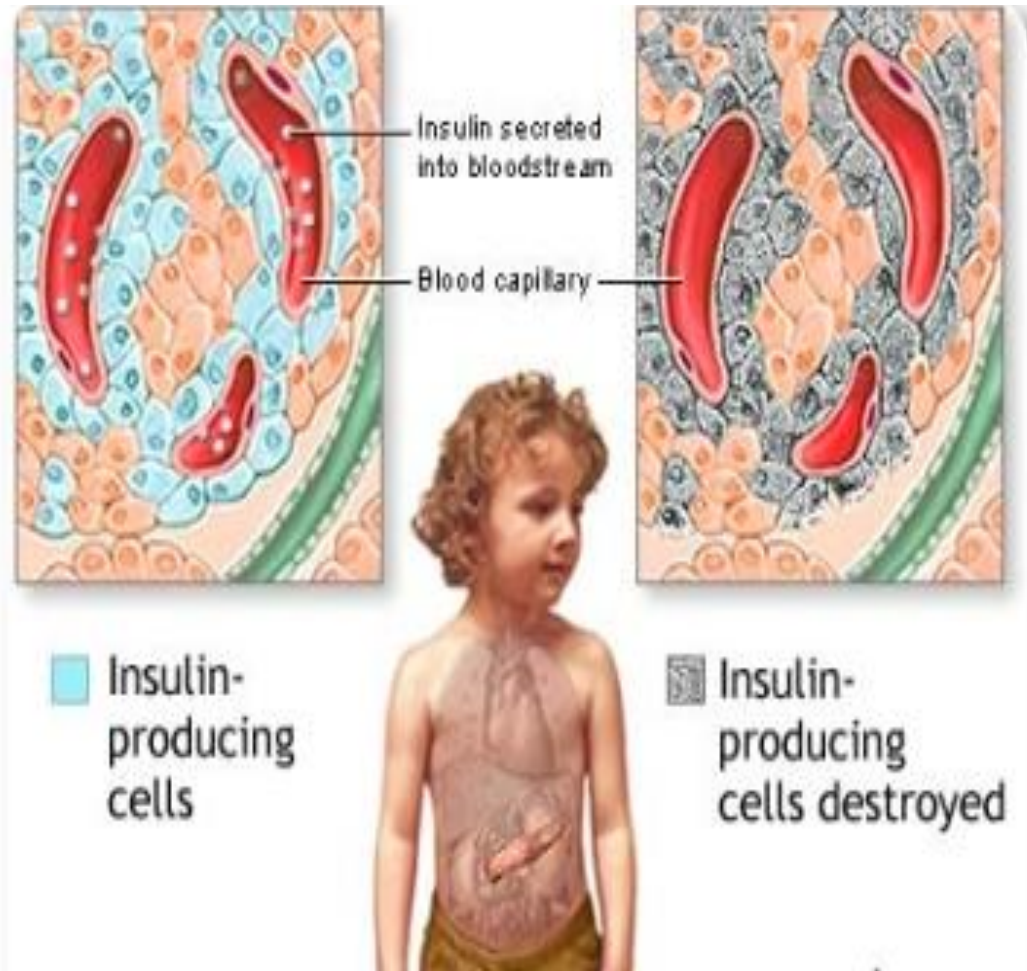


Формы сахарного диабета



- 1) Потенциальное нарушение толерантности к глюкозе (преддиабет, потенциальный сахарный диабет).
- 2) Нарушение толерантности к глюкозе (латентный сахарный диабет): при проведении орального глюкозотолерантного теста (ОГТТ) уровень глюкозы в крови составляет $> 7,8$, но $< 11,1$ ммоль/л.
- 3) Манифестный сахарный диабет.

- При разрушении **80% β -клеток** поджелудочной железы появляются клинические симптомы СД!



Клиника

Начало постепенное, реже острое,
неспецифические жалобы:

- недомогание, слабость, повышенная утомляемость, раздражительность, снижение памяти, головная боль
- сухость кожи, слизистых, «ветчинный» язык, заеды у углах рта, , тургор снижен
- зуд кожи, наружных половых органов, у девочек – вульвовагиниты, частые стоматиты, фурункулез, прогрессирующий кариес
- печень часто увеличена в размере

Специфические жалобы при сахарном диабете:

1 Полидипсия

2 Полиурия, поллакиурия

(у маленьких детей ночной энурез и наличие «сладких» пятен на полу)

3 Полифагия (повышенный аппетит обусловлен нарушением утилизации глюкозы клетками (клетки голодают))

4 Похудание



Сахарный диабет у детей раннего возраста



- ❖ Первый вариант – развивается внезапно по типу токсико-септического состояния: резкое обезвоживание, рвота, токсикоз, кома;
- ❖ Второй вариант – медленное нарастание общетоксических проявлений: беспокойство, недостаточная прибавка массы, вторичная инфекция, стойкие опрелости, симптом «накрахмаленных» пеленок.

Диагностика сахарного диабета



1. Исследование мочи на сахар (глюкозурия возникает при содержании глюкозы выше 8,88 ммоль/л)
2. Определение уровня сахара в суточном количестве мочи
3. Глюкозурический профиль
4. Определение ацетона в моче
5. Определение уровня глюкозы в крови натощак (норма 3,3-5,5 ммоль/л)
6. Гликемический профиль

7. Оральный глюкозотолерантный тест (сахарная кривая)
8. Определение уровня гликированного (гликилированного) гемоглобина (усредненный уровень сахара крови за 3 месяца, норма у здоровых – 4,5 - 7%, при гипергликемии показатели гликированного гемоглобина высокие. Чем выше уровень гликированного гемоглобина, тем выше была гликемия за последние три месяца и больше риск развития осложнений сахарного диабета.)
9. Иммунологические маркеры аутоиммунного инсулита (аутоантитела к антигенам β -клеток (ICA, IAA, GAD, IA-L) могут быть повышены).

Оценка гликемии и гликированного гемоглобина у больных сахарным диабетом

Таблица 2 Оценка гликемии и гликированного гемоглобина у больных сахарным диабетом [1]			
Глюкоза крови	Хорошо	Удовлетворительно	Плохо
Натощак, ммоль/л	4,4–6,1	6,2–7,8	> 7,8
После еды, ммоль/л	4,4–8,0	8,1–10,0	> 10,0
HbA _{1c} , %	< 7,5	< 9	> 9

Исследование углеводного обмена



Исследование углеводного обмена

Глюкометры



Проведение анализа



Тест на толерантность к глюкозе

Количество глюкозы
зависит от
возраста ребенка:

0 – 5 лет

2 – 2,5 г/кг

5 – 10 лет

1,25 – 1,5 г/кг

10 – 15 лет

1,5 – 1,75 г/кг

Лечение сахарного диабета.

А. Диетотерапия

1. Стол № 9 по Певзнеру (ВБД - вариант диеты с повышенным содержанием белка (высокобелковая диета)
2. Определяется суточный калораж, учитывая возраст ребенка
3. Белки – 15-20%
4. Жиры – 20-25% (50% животные легкоплавкие жиры и 50% растительные жиры)

5. Углеводы – 60% (исключаются легкоусвояемые углеводы: сахар, конфеты, виноград, хурма, манная и рисовые крупы, кондитерские изделия, содержащие белую муку; даются углеводы, содержащие большое количество клетчатки, замедляющей всасывание глюкозы = **углеводы с низким гликемическим индексом**).
6. Каждому ребенку рассчитывается количество килокалорий, приходящееся на **60% углеводов**.
7. Энергетическая ценность **1 грамма углеводов = 4 килокалории**.
8. Используют условное понятие **«хлебная единица»** - относительная величина для дозировки употребляемых углеводов.
9. 1 ХЕ дает повышение гликемии в среднем на 2,77 ммоль/л.

1 ХЕ = 12 грамм углеводов

Количество хлебных единиц в течение дня делят следующим образом:

I Завтрак – 20%

II Завтрак – 10%

Обед – 30%

Полдник - 10%

I Ужин - 25%

II Ужин – 5%

За один прием пищи не рекомендуется съедать более 7 ХЕ.

Таблица замены хлебных единиц 1 хлебная единица (ХЕ) содержится в:



Соматические заболевания. Эндокринные заболевания

Педиатрия

**Таблица замены хлебных единиц
1 хлебная единица (ХЕ) содержится в:**

Молоко, кефир, сливки любые	1 стакан (250 мл)
Творожистая масса (сладкая)	100 г
Сырники	1 средний (85г)
Мороженое	65 г
Хлеб, булочки любые (кроме сдобных)	1 кусок (25 г)
Крупа любая вареная	2 ст. ложки горкой (50 г)
Вермишель, лапша, рожки	1,5 ст. ложки (15 г)
Сахар: - ледок	1 ст. ложка горкой (15 г)
- кусковой	1 ст. ложка
Сухари	20 г
Блин	1 большой
Оладьи	1 средний
Пельмени	4 шт.
Картофель: - пюре	2 ст. ложки
- жареный	1,5 - 2 ст. ложки (40 г)
Вареники	2 шт.
Котлета	1 средняя
Пирожок с мясом	Менее 1/2 шт.
Дыня	300 г с кожурой
Абрикос	3 средних (110 г)
Ананас	1 ломтик (90 г)
Апельсин	1 средне-крупный (170 г)
Арбуз	400 г с кожурой
Банан	0,5 крупного
Груша	1 маленькая
Клубника	10 средних
Мандарины	3 мелких (170 г)
Яблоко	1 среднее (100 г)
Финики	3шт. (15 - 17 г)
Сок грейпфрута	1/2 стакана (130 мл)
Сок апельсина	1/2 стакана (100 мл)
Сок яблочный	Менее 1/3 стакана (80 мл)
Квас	1 стакан (250 мл)

ИИО. Госзакупки. 45/080. Челябинск, пр. Ленина, 76. Юрид. лиц. (2011) 350-99-58. Internet: www.iiio.ru

Лечение сахарного диабета



Б. Инсулинотерапия

*«Инсулин — лекарство для умных, а не для
дураков,
будь то врачи или пациенты»*

Э.П. Джослин (США)

Инсулинотерапия

Виды инсулина

А. Короткие инсулины делятся на 2 группы:

1. Инсулины ультракороткого действия:

- Хумалог 100
- НовоРapid 100



2. Инсулины короткого действия

- Хумулин Регуляр 100
- Актрапид 40
- Актрапид 100



Б. Инсулины средней продолжительности:

- Протафан 40
- Протафан 100
- Хумулин 100



В. Инсулины длительного действия:

- **Лантус**
- **Детемир**
- **Левемир**



Препараты инсулина



Таблица 1

Препараты инсулинов

Виды инсулинов	Начало действия, час	Пик действия, час	Длительность действия, час
<i>Ультракороткого действия</i> Хумалог, НовоРapid, Апидра	0,15–0,35	1–3	3–5
<i>Короткого действия (простой)</i> Актрапид НМ, Хумулин Регулар	0,5–1	2–4	5–8
<i>Средней длительности</i> Протофан НМ, Хумулин НПХ,	2–4	4–12	12–24
<i>Аналоги базального инсулина</i> Лантус	2–4	Нет	24
Левемир	1–2	6–12	20–24

Средства введения инсулина:

1. Инсулиновые шприцы
2. Шприц-ручка
3. Дозатор инсулина (инсулиновая помпа)

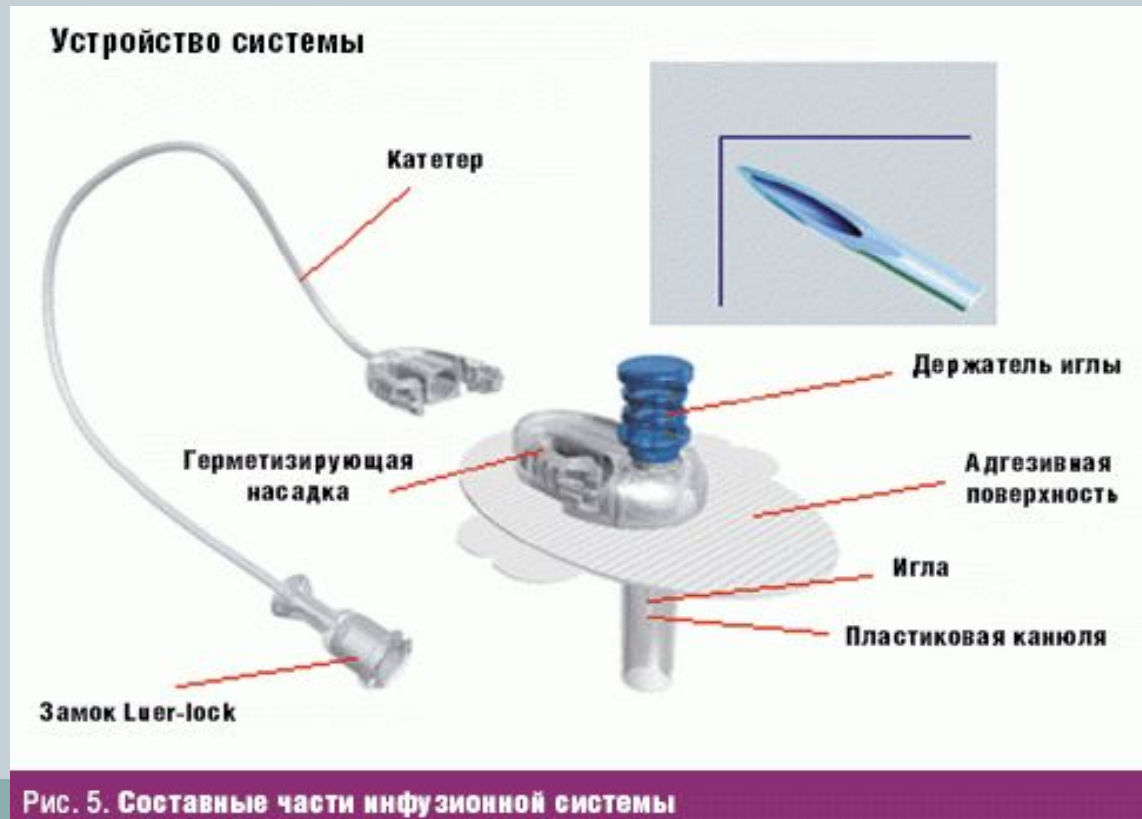
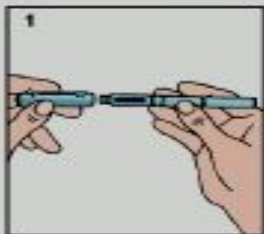


Рис. 5. Составные части инфузионной системы

ШПРИЦ-РУЧКА

Сборка шприц-ручки



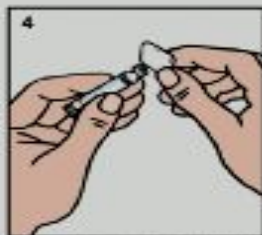
1
Отвинтите металлический наконечник.
Снимите колпачок



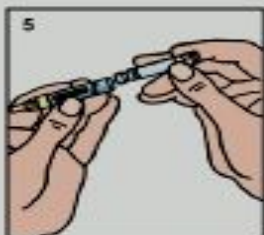
2
Удалите защитный лепесток и плот
задвижьте иглу на шприц-ручку



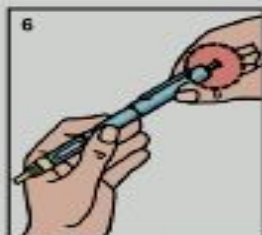
3
Отвинтите цилиндр корпуса



4
Продезинфицируйте резиновую
мембрану флакона

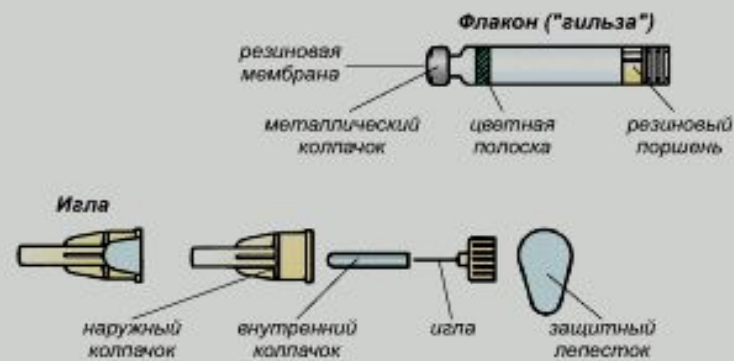
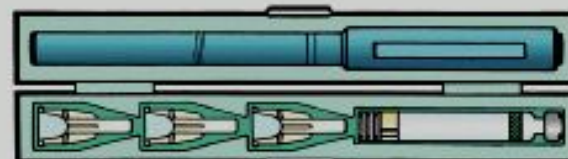


5
Вставьте флакон металлическим
концом вперед



6
Плотно навинтите металлический
наконечник на цилиндр корпуса.
Пусковая кнопка выдвинется

Шприц-ручка



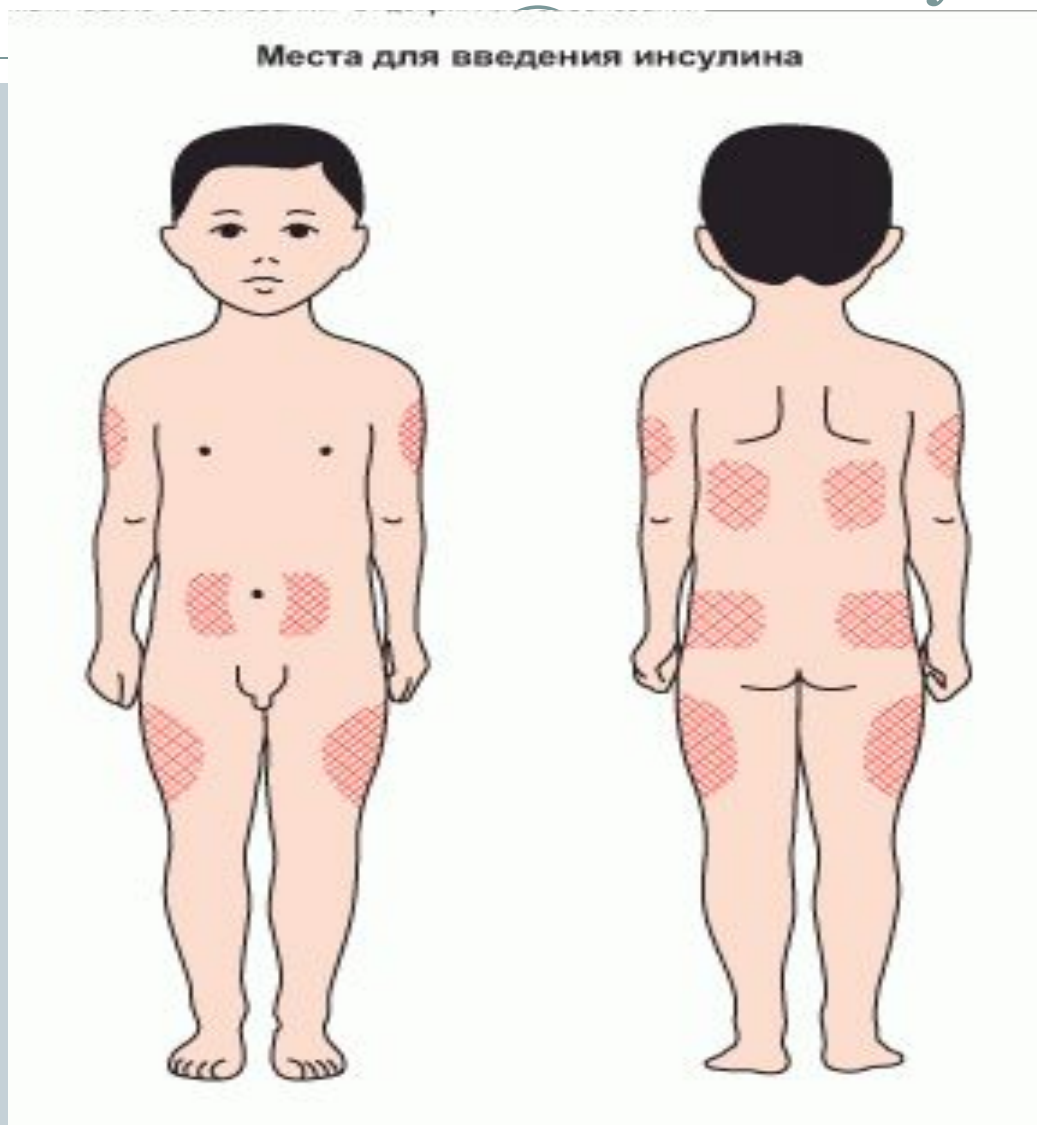
Новые технологии в диагностике и лечении СД 1-го типа

- 1) **Средства мониторинга глюкозы:** прибор Continuous Glucose Monitoring System, CGMS. Крепится на поясе и с помощью подкожного сенсора (меняется каждые 3 дня) мониторирует уровень глюкозы в крови.
- 2) **Инсулиновая помпа:** небольшой компьютер, с помощью которого вводится непрерывно ультракороткий инсулин через небольшой пластмассовый катетер в подкожно-жировую клетчатку.
- 3) **«Искусственная поджелудочная железа»:** устройство, объединяющее систему непрерывного мониторинга глюкозы крови и инсулиновую помпу; полностью воспроизводит функцию β -клеток.

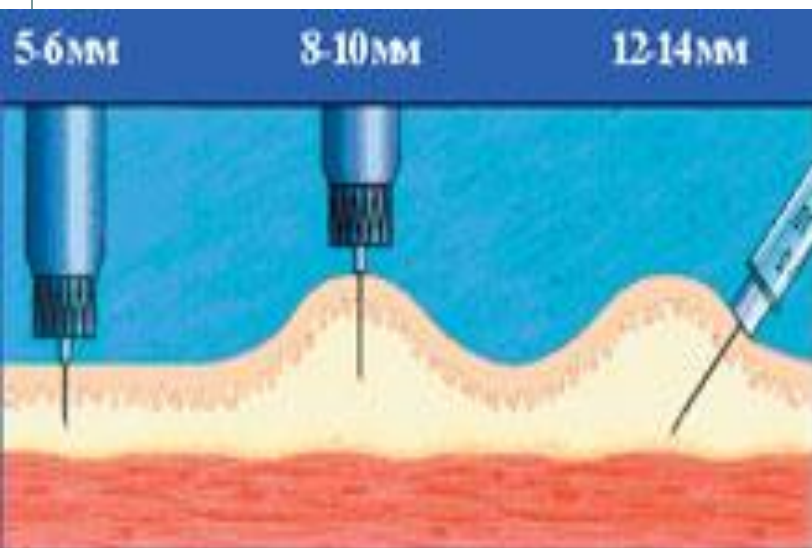
Режим введения инсулина

- Подбирается эндокринологом
- *Используется базисно -болюсный режим* — на протяжении дня одновременно с введением базального инсулина перед основными приемами пищи вводится инсулин короткого действия.

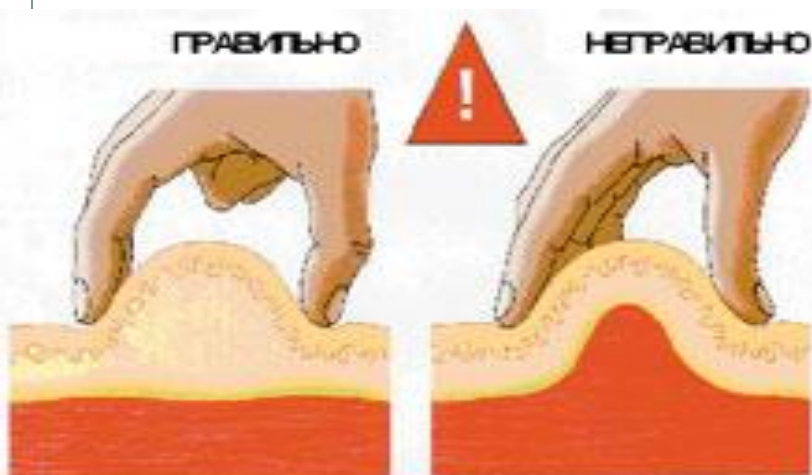
Места для введения инсулина



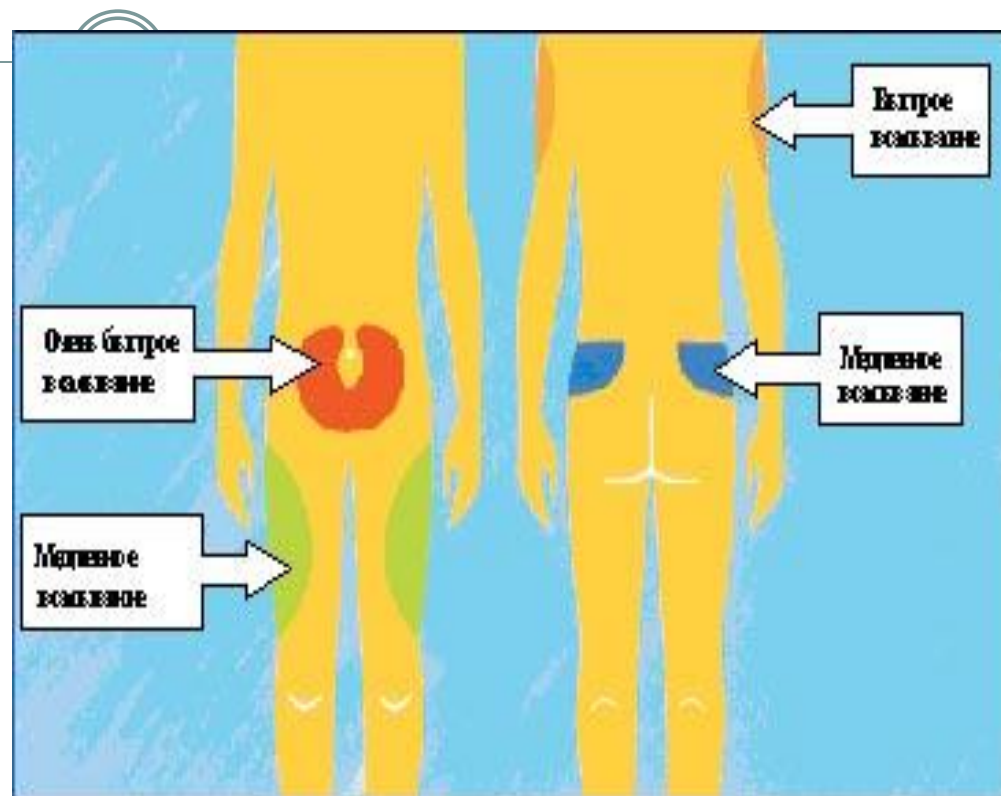
Введение инсулина иглами различной длины



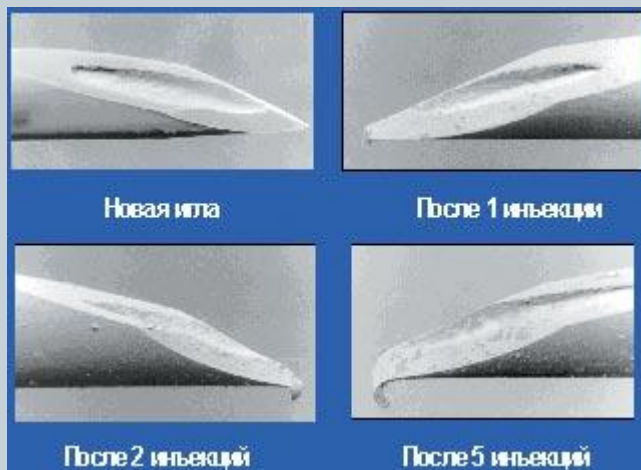
Формирование складки кожи для инъекции инсулина



Области инъекций инсулина



Деформация инсулиновых игл после многократного использования





Осложнения сахарного диабета и инсулинотерапии

Осложнения сахарного диабета

1. Жировая инфильтрация печени
2. Диабетическая микроангиопатия (в зависимости от пораженного органа: диабетическая нефропатия, диабетическая ретинопатия, диабетическая нейропатия и т. д.)
3. При длительном некомпенсированном диабете могут развиваться катаракта, ограничение подвижности суставов
4. Диабетическая кома, гипогликемическая кома



Осложнения и побочные эффекты инсулинотерапии:



1. Нарушение зрения.
2. Липодистрофия в месте повторных инъекций
3. Синдром хронической передозировки инсулина (синдром Сомоджи)
4. Синдром хронической недостаточности инсулина (синдром Мориака)
5. «Инсулиновые отеки»
6. Комы

Осложнения сахарного диабета

Дифференциально-диагностические признаки диабетической и гипогликемической ком

Признаки	Диабетическая (гипергликемическая) кома	Гипогликемическая кома
Состояние в прекоме	Общая слабость, головная боль, тошнота, отсутствие аппетита, жажда, сухость во рту, боли в животе, сонливость, затем кома	Слабость, головная боль, бледность, дрожание рук и ног, чувство голода, потли- вость, немотивированное поведение, затем сонли- вость, затрудненная речь и кома
Начало комы	Постепенное	Острое
Сознание	Постепенно угасает	Быстрая потеря
Запах изо рта	Запах ацетона	Нет
Артериальное давление	Понижено	Повышено
Кожа	Сухая	Влажная
Язык	Сухой, темно-красный (ветчинный)	Влажный
Зрачки	Сужены	Расширены
Тонус глазных яблок	Понижен, на ощупь мягкие	Нормальный, на ощупь плотные
Дыхание	Типа Куссмауля (шумное, глубокое)	Поверхностное
Пuls	Учащен	Нормальный
Тонус мышц	Понижен	Повышен
Судороги	Чаще нет	Есть (тонического характера)
Содержание сахара в крови	Повышено	Понижено
Сахар в моче	Есть	Нет
Ацетон в моче	Есть	Нет

Диспансерное наблюдение

1. Наблюдение участкового педиатра и эндокринолога (до передачи во взрослую сеть). Ежемесячные осмотры
2. Лечение бесплатное
3. Обучение родителей и ребенка методам компенсации СД в «Школе сахарного диабета», самоконтролю сахара крови, мочи, ацетона в моче
4. При диабете более 5 лет – тщательный контроль за АД, мочи на белок (МАУ), исследование глазного дна, прозрачных сред глаза
5. Периодические (каждые 6–12 месяцев) обследования и коррекция доз инсулина.

6. Осмотр окулиста, невролога, стоматолога, ЭКГ, санация очагов инфекции – 2 раза в год.
7. Контроль динамики веса и роста.
8. Информировать воспитателей и учителей о болезни ребенка.
9. Ограничение физических и психических нагрузок, укороченная учебная неделя, освобождение от экзаменов, физкультуры, но умеренные регулярные физические нагрузки (уменьшают потребность в инсулине) через 1 час после приема пищи.
10. Санаторно-курортное лечение (г. Ессентуки) подростков (дозы инсулина не более 0,5 ед. на кг. массы)

Критерии эффективности наблюдения



- нормализация показателей углеводного обмена
- отсутствие острых состояний и сосудистых осложнений
- нормальные размеры печени
- правильное половое и физическое развитие.

Прогноз



- ❑ В настоящее время излечение больного СД 1-го типа невозможно
- ❑ При длительной стойкой компенсации прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный
- ❑ Значительно ухудшается при наличии сосудистых осложнений.