

PROBLEME DE TRATAMENT ÎN FAZA DE DEBUT A DIABETULUI ZAHARAT LA COPIL

dr. Bianca Indig, dr. Olga Borsai M., dr. O. Nussbaum, dr. W. Jekely,
dr. Vera Nussbaum, dr. Ecaterina Ajtai Puskás, dr. Ileana Molnár

Controlul diabetului zaharat la copil în faza de debut prezintă dificultăți atât din cauza labilității echilibrului metabolic cât și datorită mediului familial pus la încercare cu obișnuirea noului mod de viață și regimul dietetic special pe care-l necesită bolnavul. Obișnuirea copilului cu controlul bolii sale, încadrarea lui cât mai rapidă în activitatea de toate zilele influențează favorabil posibilitățile ulterioare de menținere a echilibrului metabolic important în prevenirea angiopatiei diabetice.

În lucrarea de față dorim să prezentăm metodele noastre de tratament al fazei inițiale a diabetului zaharat la copil pe baza experienței clinicii noastre.

Material și metodă

Din cazuistica clinicii am selecționat 20 de copii în vîrstă de 2—15 ani a căror boală a debutat în perioada 1972—1974 și care au putut fi urmăriți sistematic de la declanșarea bolii pînă în prezent.

Pe baza semnelor clinice și de laborator observate la internare am stabilit 2 grupe de bolnavi: I. stare de cetoacidoză cu deshidratare acută, glicemie peste 400 mg% și II. stare generală bună, acetonurie moderată sau absentă, glicemie sub 400 mg%.

În cazurile grave (copii din grupa I) începem rehidratarea cu Rheo-macrodex 15—20 ml/kg corp și continuăm cu sol. saline izotonice îmbogățite cu 1.2—1/4 sol. izotonică de bicarbonat de sodiu. După scăderea glicemiei se adaugă 1:1 sol. glucozată izotonică și clorură de potasiu aproximativ 30 mEq l. Inițial administrăm i.v. insulină obișnuită (I. O.) 1—2 U/kg corp continuînd în caz de nevoie cu doze de 0,5—1 U/kg corp tot i.v. din 2 în 2 ore. După ameliorarea stării generale și a deshidratării, vom administra s.c. cite 1 U I. O. pentru 3—4 g glucoză pe care le va primi copilul. Accentuăm necesitatea dozelor mari de insulină în primele zile de boală la bolnavii decompensați pentru o restabilire rapidă a echilibrului metabolic, apoi scăderea rapid-treptată pentru a evita fenomenele de supradozare avînd în vedere ameliorarea toleranței la glucide și producția endogenă de hormon existentă la debut în majoritatea cazurilor. Trecem cât mai repede la alimentația per os cu regim cîntărit sau exprimînd conținutul de glucide în unități piine (U.P.). Cel puțin în primele 24 de ore mîncarea se repartizează omogen din 3 în 3 ore. Asigurăm energiile necesare încă de la început (50—80 kg corp/zi) cu principii nutritive corespunzătoare vârstei.

Dacă copilul se prezintă cu stare generală bună (gr. II) se poate considera că există rezerve endogene de insulină și atunci administrăm în

mod empiric de 3—4 ori pe zi cite 4—8 U I. O. și prescriem o dietă echilibrată. A 2-a zi completăm cantitatea de insulină peste doza administrată, în funcție de glucozurie.

După dispariția acetonuriei și după obținerea echilibrului metabolic trecem la I Novo lente (I.N.L.) într-o singură doză egală aproximativ cu $\frac{2}{3}$ a dozei totale de I.O. din cursul zilei anterioare.

Monitorizarea metabolismului după reechilibrare, o efectuăm în cursul internării prin determinarea bisăptăminală a glicemiei de 3 ori pe zi înaintea maselor principale asociată cu dozarea glucozei din urinalele colectate în 3 fracțiuni, cu orar ajustat la acțiunea insulinei și la dieta prescrisă. Pentru un control mai fin al variațiilor glicemiei pînă nu de mult am determinat glucozuria și am controlat acetonuria în fracțiuni de urină colectate din 3 în 3 ore/zi. Aceste determinări oglindesc fidel interacțiunile efectului insulinei, al alimentației și al factorilor care intervin în modificarea glicemiei. Această metodă este însă obositoare pentru copil și stresantă. Recent, încercăm monitorizarea prin dozarea glucozei din urinalele colectate în 4 fracțiuni/zi (între orele 8—12, 12—16, 16—20 și 20—6). Această testare este mai comodă pentru copil, evită efectele stresante și poate fi repetată mai frecvent.

Eficiența terapiei a fost apreciată pe baza criteriilor în general acceptate privind echilibrul metabolic: 1. sistarea cetozei, 2. glicemia cît mai apropiată de pragul renal sau chiar euglicemie, glucozurie sub 20 g/zi; 3. evitarea hipoglicemiei și a oscilațiilor mari ale glicemiei, 4. performanța fizică și psihică cît mai apropiate vârstei.

Rezultate și discuții

La ambele grupe s-a obținut: 1. dispariția acetonuriei în 5,4—7 zile de tratament, 2—3. glicemia și glucozuria acceptabile după 20—24 zile, 4. înzestrarea copilului cu noțiuni suficiente pentru controlul bolii sale (dietă, insulinoterapie, activitate fizică regulată). Aceasta se poate realiza în timpul internării dar nu în aceeași măsură și trecerea la o disciplină coresponszătoare modului de viață complet schimbat.

Există deosebiri între cele două grupe privind necesarul de insulină după echilibrarea metabolismului, care este în medie de 0,61 U, respectiv 1,14 U/kg corp/zi și media zilelor de internare care este de 35, respectiv 19 zile în cele două grupe.

În legătură cu tratamentul insulinic experiența clinicii arată că inițial I.N.L. acoperă nevoile pe 24 de ore fără să producă oscilații prea mari ale glicemiei. Hipoglicemiile sînt mai rare decît în tratamentul cu insulină avînd durata de acțiune peste 24 de ore. Dacă profilul diurn al glicemiei sau/și al glicozuriei decelează hipoglicemie nocturnă, reducem cantitatea de I.N.L. completînd simultan cu o injecție de I.O. dimineața iar la nevoie cu încă o injecție de I. O. seara. I.N.L. pe lingă rezultatele multumitoare are dezavantajul de a favoriza formarea de anticorpi de două tipuri după o administrare lungă, fapt pus în evidență și la bolnavii noștri și despre care am relatat în publicări anterioare. Sperăm, că într-un viitor cît mai apropiat bolnavii noștri să beneficieze de insulină monospecifică și sintetică care lipsită de antigenicitate asigură posibili-

tăți de control mai bune, astfel și perspective pentru atenuarea angiopatiei diabetice.

Date statistice recente arată că angiopatia diabetică este mai puțin severă la bolnavii tratați cu I. O. administrată în 3—6 prize/zi. În condițiile bolnavilor noștri această metodă nu este însă realizabilă și ar purta pericolul unei insulinoterapii insuficiente din cauza omiterii injecțiilor.

Trebuie să accentuăm importanța educației consecvente privind alimentația atât la clinică cât și în primul an de boală pentru a forma stereotipii utile pentru viitor. Astfel găsim drumul de mijloc între adepții dietei severe și ai celei libere, o dietă care în linii mari corespunde statutului nou, revăzut de Asociația americană pentru diabet. În cazuri rare unde condițiile sociale precare nu permit un regim cîntărit sau parțial cîntărit, copilul și mama sînt instruiți pentru un regim liber-controlat cu restricții ale hidrocarbonatelor și cîntărirea rației de pîine.

Folosirea cît mai consecventă a perioadei de internare pentru educarea copilului și a mamei în vederea controlului de lungă durată este esențial. Pînă la externare reușim să echipăm copilul mai mare și mamele copiilor cu noțiunile teoretice și practice de bază ale condiției diabetice. Rămîne o problemă cum se valorifică acestea în continuare și în ce măsură va fi fructuoasă colaborarea familiei, a copilului cu medicul care îndrumă copilul în cursul dispensarizării.

Sosit la redacție: 18 septembrie 1975.