

Clinica de pediatrie (cond.: prof. dr. Gh. Puskás, doctor docent,  
membru corespondent al Academiei de științe medicale) din Tîrgu Mureș

## DATE ÎN LEGĂTURĂ CU CONTROLUL DE LUNGĂ DURATĂ AL COPIILOR CU DIABET ZAHARAT

Olga B. Metz, Bianca Indig, Gh. Puskás, Vera Nussbaum, O. Nussbaum

Periodic comunicăm date referitoare la experiența și studiile noastre privind controlul de lungă durată al copilului diabetic efectuat la nivelul dispensarului special în cadrul clinicii noastre. Acest dispensar funcționează de 20 de ani — din anul 1960. Din cei 158 copii actual dispensarizați prezentăm date și rezultate referitoare la 80 copii care se prezintă de cel puțin 6 ori anual la control.

## Metode de lucru

După diagnosticarea bolii, copilul se internează la clinică pentru echilibrarea metabolismului și curînd se începe educarea lui și a aparținătorilor privind noțiunile esențiale pentru tratamentul de durată și adaptarea la condițiile noi de viață. După externarea din clinică, ei vin la conmai lungi, individual variabile.

*La fiecare control se efectuează:* — dozarea glucozuriei din urina colectată în 3 fracțiuni, — testarea acetonuriei, — determinarea glicemiei înainte meselor principale, — examenul clinic, — reîmprospătarea cunoștințelor referitoare la controlul metabolismului și a modului de viață, — *semestrial sau anual:* testări pentru depistarea amgiopatiei diabetice, afectării hepatice și a altor determinări specifice bolii.

## Rezultate și discuții

Incidența cazurilor noi de diabet zaharat arată o creștere continuă: înainte de înființarea dispensarului în perioada 1945—1959 media anuală a cazurilor noi de diabet zaharat a fost de 2,2, iar după înființarea dispensarului în medie 6, în prima decadă și de 6,9 cazuri în a doua decadă.

Vîrsta copiilor la manifestarea bolii a fost sub 5 ani în 25%, între 5—10 ani în 26,5%, iar peste 10 ani în 48,5%.

44% din cazuri au fost de sex masculin, 56% de sex feminin, 60% provin din mediu rural, 40% din mediu urban.

Diabet zaharat există în familiile copiilor în 38,75%: în 22,5% pe linie maternă, în 6,25% pe linie paternă și în 10% pe ambele linii.

Deregările metabolice acute grave sînt rare: stări comatoase au apărut în ultimii 10 ani doar de 22 ori la 12 copii; în 13 cazuri au fost cauzate de diferite infecții, iar în 4, respectiv 5 cazuri de neadministrarea insulinei sau abuzul alimentară, șoc insulinar s-a înregistrat în ultimii 10 ani numai în 7 cazuri (8,75%) declanșat aproape exclusiv de nerespectarea orarului meselor.

Dezvoltarea staturo-ponderală este normală în 65% din cazuri, 18,75% a copiilor sînt grași, iar 16,25% hipostaturali. Dezvoltarea sexuală este corespunzătoare vîrstei în 95% a cazurilor.

Majoritatea copiilor — 55% — urmează un regim bazat pe unități de pîine calculat la HC, 40% regim liber-reglat fără HC liber cu limitarea glucidelor cristaloides și a grăsimilor, în 5% alimentația este anarhică, datorită condițiilor familiale precare.

83,52% a copiilor primesc insulină repartizată în două prize. Tratatamentul substitutiv s-a efectuat timp îndelungat cu insulină Novo-lente asociat cu insulină de acțiune scurtă la 62,5% a copiilor. Din anul 1979 la 17 copii (21,25%) administrăm insulină Semilente Monocomponet Novo în 2 prize cu rezultate superioare față de tratamentul cu insulină Novo-lente. Notăm însă că trebuie acordată atenție la hipoglicemiile nocturne, mai frecvente în perioada de trecere de la insulina cu acțiune tardivă.

Stare metabolică îndelungată „ideală” am obținut doar în 18,75% din cazuri, la copiii care, ei și familia colaborează în permanență corect, în 64% echilibrul metabolic a fost acceptabil fără dereglări metabolice majore, iar în 16,25% labilitatea diabetului a fost excesivă.

Rezultatele educației le putem considera bune în 43%, satisfăcătoare în 40% și nesatisfăcătoare în 17%, copiii din ultima categorie provin din

familiei dezorganizate. Tulburări de comportament s-au observat la 17,50 % a copiilor, mai ales în perioada pubertății. 31,25 % a copiilor efectuează regulat sport, sau muncă fizică adaptate la insulinoterapie și alimentație. Dezvoltarea intelectuală este corespunzătoare vârstei în 98 % din cazuri, majoritatea lor frecventează școli tehnice sau teoretice.

Întimpinăm dificultăți în profilaxia complicațiilor degenerative: nefropatie diabetică se constată la 18,50 % a cazurilor, retinopatie în 1,2 % și ficat gras în 8,75 %. Am constatat o strînsă legătură între apariția complicațiilor tardive și vechimea DBZ, precum și antepoziția acestora dacă boala a debutat sub vârsta de 10 ani sau dacă controlul metabolic este precar (tabelul nr. 1).

Tabelul nr. 1  
Complicații tardive

Durata diabetului	Nefropatie	Retinopatie	Ficat gras
1—2 ani	—	—	—
2—5 ani	1 = 1,25 %	—	—
5—10 ani	9 = 11,11 %	—	1 = 1,25 %
peste 10 ani	5 = 6,15 %	1 = 1,25 %	6 = 7,50 %
TOTAL	15 = 18,50 %	1 = 1,25 %	7 = 8,75 %

### Concluzii

1. În urma dispensarizării copiilor diabetici tulburările acute grave de metabolism au devenit rare și s-a obținut o dezvoltare psihosomatică normală în majoritatea cazurilor.

2. Echilibrul metabolic în sensul unui tratament „ideal” de durată nu s-a putut realiza decât la un număr redus de copii, la cei mai mulți acesta fiind numai de scurtă durată din cauza lipsei de insulină corespunzătoare monocomponente intermediare, de lipsa facilitării controlului metabolismului individual în cadrul familiei (cu teste ușoare).

3. Rezultatele cele mai bune s-au înregistrat la copiii care primesc de două ori pe zi insulină și respectă regimul dietetic, iar rezultate excelente la cei care primesc insulină Semi-lente MC Novo.

4. Considerăm foarte importantă folosirea cât mai consecventă a perioadei de internare pentru educarea copilului și a mamei, la fel și realizarea unei colaborări strînse între copil, familie și personalul dispensarului în vederea profilaxiei complicațiilor acute și degenerative.

### Bibliografie

1. *Angeli I.*: Orv. Hetil. (1973). 35, 2119; 2. *Băcanu Gh.*: Timișoara med. (1970), 2—3, 350; 3. *Băcanu Gh., Angelescu Lucia*: Medicația metabolică. Ed. Col. medicală. București 1978; 4. *Bally C., J. Assal*: Schweiz. Rundschau. Med. (1977), 66, 1495; 5. *Barta L.*: Gyermekgyógyászat, (1977), 26, 17; 6. *Birău C. N.*: Spitalul, (1968), 2, 157; 7. *Chaptal J., Jean R., Guillaumont*: Presse Med. (1964), 459; 8. *Constam G. R.*: Med. et Hyg. (1968),

839, 1037; 9. *Constam G. R.*: Med Welt. (1975), 26, 1082; 10. *Editorial*: Bull. de inform. de l-aide aux Jeunes Diabetiques, (1976), 1, 47; 11. *François B., Gillet P., Kresman P.*: Med. et Hyg. (1979), 1321, 598; 12. *Gerő L., Tamás Gy., Péterfi Gy.*: Orv. Hetil. (1977), 20, 1165; 13. *Gerő L., Petrányi Gy.*: Orvosképzés, (1980), 2, 103; 14. *Holman R., Turner R.*: Lancet (1977), 8009, 469; 15. *Konrad S., Eckhard U.*: Inn. Med. (1974) 9, 37; 16. *Lestradet H.*: Bull. d-inform. de l-aide aux Jeunes Diabetiques (1975). 4, 183; 17. *Neuendorf W.*: Dtsche. Gesundh. Wes. (1977), 5, 197; 18. *Magyar I.*: Orv. Hetil. (1978), 11, 627; 19. *Pavel I., Pięptea R.*: Diabetul. Ed. medicală, București 1965; 20. *Piraet J.*: Bull. d-inform. de l-aide aux Jeunes Diabetiques (1976), 3, 131; 21. *Puskás Gh., Indig Bianca, B. Metz Olga*: Rev. med. (1972), 3—4, 310; 22. *Rodriguez M.*: Münch. Med. Wschr. (1977), 38, 1215; 23. *Schliack V.*: Med. u Sport (1976), 16, 216; 24. *Somogyi M.*: Diabetes (1960), 9, 328; 25. *Willms B.*: Münch. Med. Wschr. (1975), 117, 1655; 26. *Woenckhaus J. W.*: Med. Klinik (1975), 50, 1401.

Sosit la redacție: 30 septembrie 1980.

---