КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЕТОАЦИДОЗА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

О.В. Кисельникова¹, О.В. Макина¹, В.В. Туз², Е.В. Щедрова²

¹ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России,

²ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», Ярославль, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Частота кетоацидоза у детей с сахарным диабетом, как при первичной заболеваемости, так и у детей со стажем диабета, остается одной из наиболее актуальных проблем.

ЦЕЛЬ. Изучить клинко-анамнестические особенности диабетического кетоацидоза (ДКА) у детей с определением возможных факторов риска.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Проведен ретроспективный анализ 81 истории болезни детей с сахарным диабетом (СД) 1 типа в возрасте от 11 месяцев года до 18 лет (средний возраст — $9,3 \pm 0,5$ года), госпитализированных в состоянии ДКА в ОДКБ г. Ярославля за период 2017–2018 гг. Учитывались данные анамнеза жизни и заболевания; оценивались данные клинического, лабораторно-инструментального обследования, проведение реанимационных мероприятий на догоспитальном и госпитальном этапах.

В ходе исследования не было получено гендерных различий. Чаще кетоацидотическое состояние развивали школьники (в 56 (70%) случаях).

Не выявлено достоверной разницы у госпитализированных детей с ДКА в условиях проживания (соотношение жителей города и села составило 47% против 53%). При этом, 1/3 обследуемых детей воспитываются в условиях неполной семьи.

У 42 (52%) пациентов с кетоацидозом СД1 был диагностирован впервые. Длительность заболевания у детей, госпитализированных повторно по поводу СД1 колебалась от 4–х месяцев до 11 лет (средняя продолжительность болезни $5,5 \pm 1,5$ лет). При этом, стаж заболевания до 5 лет имели 20 (52%), старше 5 лет — 19 (49%).

Возраст манифестации представлен следующим образом: сахарным диабетом в возрасте до 3–х лет заболели 14 (17%) детей, в возрасте от 3 до 7 лет: 36 (44%), от 7 до 12–22 (27%), подростки составили группу из 9 (12%) заболевших.

Все исследуемые дети имели неудовлетворительную степень компенсации (HbA_{1c} регистрировался в значениях от 7,3% до 18%, медиана составила $12,5 \pm 4,5\%$).

В более половине случаев у детей с СД1, поступивших повторно, имели место микрососудистые осложнения в виде диабетической нейропатии; у 2 отмечена также ретинопатия, у одного — нефропатия.

Не выявлена разница в применении вида инсулинов: с одинаковой частотой ДКА регистрировался у детей, получавших в качестве пролонгированного инсулина деглюдек или гларгин. При этом вид инсулинотерапии значимо влиял на развитие ДКА. По результатам исследования, только один человек поступил с декомпенсацией, используя непрерывную подкожную инфузию инсулина, в остальных случаях введение инсулина было традиционным путем с помощью шприц-ручек.

Анализ клинических проявлений показал, что основными жалобами являлись: жажда в 100% случаях; боли в животе, тошнота и рвота в 57%, похудение в 19%; вялость, нервозность, плаксивость в 9%.

Длительность периода с начала клинических проявлений до поступления в стационар у пациентов, вновь заболевших, составила от 1 до 3 нед. Провоцирующими факторами развития ДКА у детей явились: нарушение режима инсулинотерапии — у 30%, грубое нарушение диеты — у 37%, отсутствие должного самоконтроля у детей — у 29% пациентов, респираторные инфекции — у 4% детей.

Большинство детей (83%) с кетоацидозом поступали в тяжелом состоянии в условиях скорой медицинской помощи. При этом лечение в условиях реанимационного отделения получали 58 (72%) пациентов, где находились в среднем — 2 дня, получая инфузионную терапию и инсулинотерапию.

ВЫВОДЫ. Таким образом, в большинстве случаев ДКА развивается в школьном возрасте, что, вероятно, связано с более самостоятельным образом жизни ребенка с СД. Немалый вклад в развитие данного состояния вносит и социальный статус ребенка (неполная семья). Одним из условий развития кетоацидоза является хроническая неудовлетворительная компенсация углеводного обмена у детей. При этом данное осложнение возникает реже у детей с инсулиновой «помпой».

Основными «триггерами» развития ДКА являются: невыполнение диеты, несоблюдение режима инсулинотерапии и отсутствие должного самоконтроля у детей. Результаты проведенной работы определяют важность обучения пациентов и их родителей, в том числе, в условиях образовательных программ «Школы Диабета».

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети; сахарный диабет; диабетический кетоацидоз, инсулин.