

הנחיות לטיפול בסוכרת בילדים

נכתב על ידי:

פרופ' מ"ק נחמה צוקרמן-לויין

ד"ר דוד שטריך

פרופ' נעים שחאדה

בשם האיגודים:

האיגוד הישראלי לאנדוקרינולוגיה

האיגוד הישראלי לאנדוקרינולוגיה פדיאטרית

האיגוד הישראלי לרפואת ילדים

האיגוד לרפואת משפחה

האיגוד הישראלי לרפואה פנימית

האגודה הישראלית לסוכרת

המועצה הלאומית לסוכרת

מ ר ץ 2 0 1 6

המכון לאיכות
ברפואה



הנחיות לטיפול בסוכרת בילדים

סוכרת סוג 1 הינה מחלה כרונית שכיחה בילדות. סוכרת זו נגרמת על ידי הרס תאי ביטא של הבלבל המביא לחסר אינסולין. החולה זקוק לטיפול באינסולין כדי לקיים איזון מטבולי תקין. רוב מקרי הסוכרת מסוג 1 מאובחנים מתחת לגיל 18 שנים (75% מהמקרים).

טיפול בילד עם סוכרת סוג 1 הינו אתגר לצוות המטפל הנדרש לתת מענה הולם לטווח הגילאים מינקות ועד בגרות. מענה זה צריך לכלול טיפול על ידי צוות מומחים מיומנים בטיפול מבחינה רפואית, חינוכית, תזונתית ורגשית. הדרכה ותמיכה בילד החולה יחלו עם האבחנה וימשיכו לכל אורך הדרך, תוך התאמה אישית לחולה ומשפחתו.

הדרכה לטיפול עצמי בסוכרת

1. יש צורך בהדרכה מותאמת תרבות, גיל ושלב התפתחות פיזיולוגית לחולה ומשפחתו.
2. למשפחה ולסביבה הקרובה תפקיד חשוב ביישום התוכנית הטיפולית
3. יש להתחשב בגורמים חינוכיים, התנהגותיים, רגשיים וחברתיים אשר ישפיעו על יישום התוכנית.
4. ההדרכה תכלול קיום מנחים לטיפול בעת חולי, בעת פעילות גופנית ובמצבי חירום.

הטיפול במסגרת לימודית

יש להכין תוכנית טיפולית למטופל בזמן שהותו במסגרת החינוכית על ידי הדרכת אחות בית הספר, סייעות המיועדות למטרה זו, הורים ומורים.

תמיכה נפשית

1. יש להעריך את המצב הנפשי של הילד ומשפחתו ואת הלחצים העלולים להשפיע על ההדבקות לטיפול - פסיכולוגים או עובדים סוציאליים מנוסים שהם חלק מהצוות המטפל, יטפלו בבעיות שיתעוררו.
2. יש לחפש מצבים של חרדה, דאגה, דיכאון או הפרעות אכילה ולטפל בהם בהתאם

עקרונות הטיפול בסוכרת סוג 1

הטיפול באינסולין יבוצע באמצעות זריקות של אינסולין בזלי לכיסוי 24 שעות ואינסולין מהיר פעולה לפני הארוחות, או באמצעות משאבת אינסולין.

1. מדידות סוכר ביתיות נחוצות לבקרה מיטבית ויבוצעו לפחות 4 פעמים ביום.

2. איזון ערכי סוכר בהתאם להמלצת ה ADA (1):

ערכי סוכר רצויים:

לפני ארוחות: 90–130 מ"ג%

לפני שינה ובזמן שינה: 90–150 מ"ג%

ערך HbA1c רצוי:

<7.5%

ניתן לשאוף לערך מתחת ל 7.5% במידה ואפשר להשיגו ללא אירועי היפוגליקמיה מרובים

3. יש לקבוע את היעד באופן אישי ולפי עיקרון **יתרון לעומת סיכון**, לחלק מהחולים ניתן לקבוע יעדי איזון יותר נמוכים מבחינת HbA1c וערכי סוכר.

4. יש להתחשב במצבי חוסר מודעות להיפוגליקמיה

5. השימוש בחיישני סוכר רציפים ובמערכות התרעה יכולים בחלק מהמטופלים לשפר את היכולת להגיע למטרות טיפוליות מבלי לסכן את המטופלים

6. לכל חולה יותאמו קיום מנחים לתזונה ופעילות גופנית

מחלות אוטואימוניות נלוות

בשל שכיחות היתר של מחלות אוטואימוניות נלוות יש צורך לבצע את הבדיקות הבאות:

1. בלוטת התריס

תפקודי בלוטת התריס בזמן האבחנה ולאחר מכן פעם כל שנה או במידה ומופיעים סימנים מחשידיים לתת או יתר פעילות של בלוטת התריס.

בדיקת הימצאות נוגדנים כנגד בלוטת התריס: Antithyroid peroxidase + Antithyroglobulin Ab's
לאחר קביעת האבחנה של T1DM

2. מחלת הצליאק

לבצע סקר למחלת ה-Celiac (Anti TTG) עם קביעת רמות תקינות של IgA מיד עם קביעת האבחנה ופעם בשנה לאחר מכן או במידה ומופיעים תסמינים המחשידיים לקיום המחלה.

מעקב וטיפול בגורמי סיכון קרדיווסקולריים

1. לחץ דם:

מדידת לחץ דם צריכה להתבצע מיד עם קביעת האבחנה ובכל שנה בביקור שיגרתי במרפאה.

2. פרופיל לפידים:

בילדים מעל גיל 10, יש לבצע בדיקת דם לפרופיל ליפידים לאחר השגת האיזון המטבולי. אם הערכים תקינים יש לחזור על הבדיקה כל 3 שנים. אם הערכים לא תקינים, יש לטפל בהתאם ולחזור על הבדיקה פעם בשנה.

הטיפול מבוסס על איזון ערכי סוכר, תזונה מתאימה ושימוש בסטטינים.

מתי להוסיף טיפול בסטטינים?

במידה וערכי LDL יהיו מעל 160 ג' (למרות טיפול תזונתי, שינוי אורח חיים ואיזון ערכי הסוכר) או מעל 130 ג', ביחד עם קיום סיכון קרדיווסקולרי נוסף (השמנה, יתר לחץ דם, עישון), אז יהיה צורך להוסיף טיפול בסטטינים כאשר היעד הטיפולי הוא ערכי LDL פחות מ-100 ג'.

עישון

הדרכה וחינוך להימנע מעישון או מחשיפה פסיבית לעישון

סיבוכים מיקרווסקולריים

1. נפרופתיה:

לבצע בדיקת דגימת שתן ליחס מיקרואלבומין / קריאטנין פעם בשנה לאחר 5 שנים מאבחון המחלה. (2)

2. רטינופתיה:

בדיקת קרקעית עיניים מקיפה לאחר התחלת ההתבגרות המינית או 3 שנים לאחר קביעת האבחנה (הראשון מביניהם). ולאחר מכן פעם בשנה.

3. ניירופתיה:

בדיקת כפות רגליים מקיפה לאחר 5 שנים של המחלה או כשהחולה מעל גיל 10 שנים או בהתחלת ההתבגרות המינית (הראשון מביניהם). (3)

הנחיות לטיפול בסוכרת סוג 2 בילדים ומתבגרים

במקביל לעלייה במגפת ההשמנה בקרב ילדים ומתבגרים עולה שכיחותה של סוכרת סוג 2 וגיל הופעתה יורד. תמונה זו הינה גלובלית עם שכיחות יתר בקבוצות אתניות מסוימות.

סוכרת סוג 2 מוגדרת כסוכרת המלווה על ידי השמנה, עמידות לעמידות לאינסולין, חסר אינסולין יחסי ובדרך כלל ללא ממצא של מחלה אוטואימונית של הבלבל. סוכרת סוג 2 תאובחן בדרך כלל מעל גיל 10 שנים.

בהתחשב במגפת ההשמנה, האבחנה המבדלת בין סוכרת סוג 1 ו-2 היא לעיתים קשה. חשיבות גדולה קיימת לאבחנה מבדלת שכן קיים שוני ניכר בדרכי הטיפול התרופתי והתזונתי, בגישה החינוכית לחולה ובתחלואה הנלווית.

עקרונות הטיפול בסוכרת סוג 2 בילדים:

1. טיפול על ידי צוות רב מקצועי ייעודי לסוכרת: אנדוקרינולוג, אחות סוכרת, תזונאית וצוות פסיכו סוציאלי.
2. טיפול תרופתי:
 - אינסולין - במידה וההתייגות הינה עם חמצת סוכרתית, ערכי סוכר גבוהים מאד או $HbA1c > 9\%$, וכן במקרה של אבחנה לא וודאית לסוג 2.
 - התחלת הטיפול תהיה באינסולין בזלי, ותוספת אינסולין לארוחות תיקבע על פי מהלך המחלה.
 - מטפורמין - הטיפול הפומי היחיד אשר מאושר בילדים עם סוכרת סוג 2
 - מחקרים מבוצעים כעת למציאת תרופות שילוב לסוכרת סוג 2 בילדים ומתבגרים
3. שינוי אורחות חיים - תזונה מאוזנת וירידה במשקל, פעילות גופנית קבועה, צמצום שעות מסך.
- הדרכה זו תהא מותאמת למצב הסוציו אקונומי של החולה ומונחית על ידי הרקע התרבותי של המשפחה.
4. ניטור ערכי סוכר הדם - בצום ושעתיים לאחר הארוחה. מעקב אחר המוגלובין מסוכר אחת ל-3 חודשים.
5. יעד מטרה לאיזון ערכי הסוכר זהה לרצוי בסוכרת סוג 1.

תחלואה נלווית:

1. יכולה להימצא כבר בעת האבחנה ויש לבצע בדיקות סריקה לשלילת - יתר לחץ דם, עודף שומני הדם, רטינופתיה סוכרתית, וממצא של חלבון בשתן.
טיפול תרופתי יותחל במידת הצורך.
מעקב שנתי יבוצע במידה ואין ממצאים באבחנה.
2. איתור ממצאים הקשורים להשמנת היתר -
שחלה פוליציסטיית, דום נשימה בשינה, כבד שומני, ליקויים אורתופדיים
3. קיימת שכיחות יתר של ליקויי למידה, בעיות פסיכו סוציאליות, דיכאון, חרדה ועוד - הראויים לתשומת לב מיוחדת. על ידי צוות מקצועי הולם.

מהלך:

סוכרת סוג 2 בילדים ומתבגרים מוכרת מזה 3 עשורים לערך בלבד, ומועט המידע על מהלכה עם השנים.

:References

American Diabetes Association .Children and Adolescents. Diabetes Care 2016: 39; Supp. 1: S86-S93

Daniels M, DuBose SN, Maahs DM, et al. T1D exchange clinic network. Factors associated with microalbuminuria in 7,549 children and adolescents with type 1 diabetes in the type exchange clinic registry. Diabetes Care 2013: 36; 2639–2645

Cho YH, Craid ME, Hing S, et al. Microvascular complications assessment in adolescents with 2- to — 5 years duration of type 1 diabetes from 1990 to 2006. Pediatr Diabetes 2011: 12; 682–689

Copeland KC, Silverstein J, Moore KR, et al .Management of Newly Diagnosed Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) in Children and Adolescents. Pediatrics. 2013 Feb; 131(2):364–82

Group TS. Rapid rise in hypertension and nephropathy in youth with type 2 diabetes: the TODAY clinical trial. Diabetes Care. Jun 2013;36(6):1735–1741

המכון לאיכות
ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה