

Σακχαρώδης διαβήτης στα παιδιά και έφηβους

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί ενδοκρινολογική πάθηση που χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών, η οποία οφείλεται σε έλλειψη ινσουλίνης. Η έλλειψη της ινσουλίνης μπορεί να είναι μερική, πλήρης ή σχετική. Μερική ή πλήρη έλλειψη ινσουλίνης έχουμε όταν υπάρχει διαταραχή στην έκκρισή της από τα β-κύτταρα του παγκρέατος. Σχετική έλλειψη ινσουλίνης εμφανίζεται όταν παρά τα αυξημένα επίπεδά της στο αίμα, αυτή δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του μεταβολισμού, εξαιτίας παρεμπόδισης της δράσης της στους περιφερικούς ιστούς (αντίσταση στην ινσουλίνη). Η κύρια έκφραση της διαταραχής του μεταβολισμού στο ΣΔ είναι η αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα (υπεργλυκαιμία).

Ο ΣΔ διακρίνεται σε τρεις κύριες κατηγορίες στα παιδιά και στους εφήβους :

α) ΣΔ τύπου 1: Χαρακτηρίζεται από αυτοάνοση καταστροφή των β-νησιδιακών κυττάρων του παγκρέατος, τα οποία είναι υπεύθυνα για την παραγωγή της ινσουλίνης, με αποτέλεσμα να υπάρχει **πλήρης έλλειψη ινσουλίνης ή ελάχιστη έκκρισή της** και κατ' επέκταση υπεργλυκαιμία. **Ο τύπος αυτός αποτελεί την κυριότερη αιτία διαβήτη στα παιδιά και στους εφήβους.** Ο ΣΔ1 είναι η συχνότερη ενδοκρινολογική πάθηση της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Η ετήσια επίπτωσή του παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών με τα μεγαλύτερα ποσοστά να καταγράφονται στη Φινλανδία (64 περιπτώσεις/100.000 παιδιά) και τα χαμηλότερα στην Κίνα και στη Βενεζουέλα (0,1 περίπτωση/100.000 παιδιά). Η Ελλάδα παρουσιάζει μια ενδιάμεση συχνότητα, περίπου 8-10 νέα περιστατικά/100.000 παιδιά και εφήβους. Τις τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζεται αύξηση της επίπτωσης της νόσου σε πολλές χώρες, και δυσανάλογη αύξηση της συχνότητά της στα παιδιά μικρής ηλικίας (< 5 ετών). Η θεραπευτική αντιμετώπιση του ΣΔ1 είναι η ισόβια χορήγηση ινσουλίνης είτε με το εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας (3 ενέσεις ταχείας δράσης ινσουλίνη ή υπερταχείας δράσης ανάλογο ινσουλίνης συγχρόνως με τα γεύματα και 1 ένεση μακράς δράσης ινσουλίνης πριν τον ύπνο) είτε με την αντλία συνεχούς υποδόριας έγχυσης υπερταχείας δράσης ανάλογου ινσουλίνης. Η διαιτητική καθοδήγηση και η συμβουλευτική για άσκηση και φυσική δραστηριότητα συμπληρώνουν τη θεραπευτική αντιμετώπιση του ΣΔ1 στα παιδιά και εφήβους. **β) ΣΔ τύπου 2:** Χαρακτηρίζεται από ελαττωμένη ευαισθησία των κυττάρων του σώματος στην ινσουλίνη (αντίσταση στην ινσουλίνη), καθώς επίσης από καθυστερημένη ή ακόμα και ελάχιστη έκκριση ινσουλίνης από τα β-παγκρεατικά κύτταρα (ανεπάρκεια ινσουλίνης). Ο τύπος αυτός σχετίζεται στενά με την παχυσαρκία και προσβάλλει κυρίως ενήλικες. Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια, εξαιτίας της αυξανόμενης επίπτωσης της παιδικής παχυσαρκίας, κυρίως στις δυτικές κοινωνίες, ο ΣΔ 2 εμφανίζεται ολοένα και συχνότερα στην παιδική και εφηβική ηλικία. **γ) Μονογονιδιακός ΣΔ:** Χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία των β-κυττάρων του παγκρέατος, η οποία οφείλεται σε μεταλλάξεις διαφόρων γονιδίων, με αποτέλεσμα τη διαταραχή στην παραγωγή και έκκριση της ινσουλίνης. Υπάρχουν πολλοί τύποι μονογονιδιακού ΣΔ και η γενετική βλάβη κληρονομείται από μία συγκεκριμένη γονιδιακή μετάλλαξη σε κάθε τύπο.