

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι μια σοβαρή νόσος που χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, λιπών και λευκωμάτων. Είναι αποτέλεσμα ολικής ή μερικής ανεπάρκειας έκκρισης της ινσουλίνης ή μειωμένης ευαισθησίας – απάντησης των ιστών στην ινσουλίνη.

Κλασσικά ο Σ.Δ. ταξινομείται σε δύο τύπους:

A. Τύπος I. Σακχαρώδης Διαβήτης εξαρτώμενος από την ινσουλίνη (IDDM).

B. Τύπος II. Σακχαρώδης Διαβήτης μη εξαρτώμενος από την ινσουλίνη (NIDDM).

Ο τύπος I συνήθεστερα εμφανίζεται σε νεαρά άτομα, σε μερικές όμως περιπτώσεις και σε ενήλικες. Αποτελεί καταβολική νόσο κατά την οποία η ινσουλίνη πρακτικά απουσιάζει από το αίμα, η γλυκύζη του αίματος είναι αυξημένη, τα δε β-κύτταρα του παγκρέατος δεν ανταποκρίνονται σε κανένα από τα ινσουλινογενετικά ερεθίσματα, λόγω αυτοανόσου καταστροφής. Για το λόγο αυτό απαιτείται η χορήγηση εξωγενούς ινσουλίνης. Επιπλέον η νόσος χαρακτηρίζεται από αιφνίδια κλινική εισβολή και τάση για ανάπτυξη κέτωσης. Για τον τύπο I έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οφείλεται σε επίδραση μικροβιακού ή τοξικού περιβαλλοντικού παράγοντα στα β-κύτταρα του παγκρέατος ατόμων που εμφανίζουν ειδική γενετική προδιάθεση. Από Σ.Δ. τύπου I πάσχει περίπου 0,3% του πληθυσμού. Προσβάλλονται και τα δύο φύλα εξίσου.

Ο τύπος II εκπροσωπεί ετερογενή ομάδα που εμφανίζεται κατά κύριο λόγο σε ενήλικες. Κλασσικά συνδυάζεται με παχυσαρκία, μπορεί όμως να εμφανιστεί και σε μη παχύσαρκους. Το αίτιο παραμένει άγνωστο.

Στους ασθενείς με διαβήτη τύπου II παρατηρήθηκε μια ελαττωμένη ευαισθησία των ιστών στην ινσουλίνη, σχετική ανεπάρκεια ινσουλίνης, μικρή πιθανότητα κετοξέωσης. Χαρακτηρίζεται σαν μη εξαρτώμενος από την ινσουλίνη.

Κατά το δεύτερο ήμισυ της ζωής προσβάλλονται οι γυναίκες συχνότερα από τους άνδρες. Από Σ.Δ. τύπου II πάσχει περίπου 6-7% του πληθυσμού.

Υπάρχουν και άλλοι τύποι Σ.Δ. δευτερογενείς:

- οφειλόμενοι σε: παγκρεατικά νοσήματα
- οφειλόμενοι σε: ενδοκρινικά νοσήματα
- Διαβήτης από φάρμακα και τοξίνες
- Διαβήτης από ανωμαλίες της ινσουλίνης και των υποδοχέων της
- Διαβήτης συνδυαζόμενος με γενετικά σύνδρομα

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ:

A. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

Τα κλασσικά συμπτώματα της πολυουρίας, της πολυφαγίας, της δίψας, της διαταραχής της όρασεως που υποτροπιάζει, των παραισθήσεων και του καμάτου αποτελούν εκδηλώσεις της υπεργλυκαιμίας και γι' αυτό είναι κοινά και στους δύο κύριους τύπους του διαβήτη.

Η νυκτερινή ενούρηση μπορεί να αποτελεί προάγγελο έναρξης διαβήτη σε παιδιά.

Ο κνησμός των έξω γεννητικών οργάνων και η κολπίτιδα αποτελούν αρχικά ενοχλήματα, συχνά, σε ενήλικες γυναίκες με υπεργλυκαιμία και γλυκοζουρία που οφείλεται σε ολική ή μερική ανεπάρκεια ινσουλίνης.

Η απώλεια σωματικού βάρους παρά τη φυσιολογική είτε και την αυξημένη όρεξη αποτελεί χαρακτηριστικό του Σ.Δ. τύπου I. Η απώλεια σωματικού βάρους είναι ασυνήθης σε παχύσαρκους ασθενείς με Σ.Δ. τύπου II που εμφανίζουν φυσιολογικά είτε αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης στο αίμα.

Υπόνοια για την παρουσία Σ.Δ. πρέπει να εγείρεται:

- σε παχύσαρκους ασθενείς
- σε άτομα με δείκτη μάζας σώματος (BMI)>28 kg/m²
- σε άτομα με βάρος γέννησης > 4kg
- σε άτομα με σάκχαρο νηστείας μεγαλύτερο από 126mg/dl μετά από 12ωρη νηστεία
- σε άτομα με τιμή σακχάρου σε τυχαίο δείγμα αίματος > 200mg/dl
- σε άτομα με φυσιολογική τιμή σακχάρου αίματος που συνυπάρχουν γλυκοζουρία ή άλλοι ειδικοί λόγοι πχ. θετικό αναμνηστικό για διαβήτη ιδίως τύπου II με ή χωρίς παχυσαρκία, ιστορικό αυτόματων αποβολών ή ιστορικό γέννησης υπέρβαρου νεογνού κλπ.
- σε άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό διαβήτη
- σε ασθενείς που εμφανίζουν περιφερική νευροπάθεια
- σε γυναίκες που γέννησαν μεγαλόσωμα παιδιά, είτε είχαν υδράμνιο με υπέρμετρη ποσότητα εναμνίου υγρού, προεκλαμψία, είτε ανεξήγητες απώλειες εμβρύων
- σε άτομα που η μητέρα τους είχε διαβήτη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

B. ΦΥΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- Από τα μάτια: Μπορεί να παρατηρηθούν πρώιμος καταρράκτης, μεταβολές της διαθλαστικότητας, αμφιβληστροπάθεια.
- Από το καρδιαγγειακό σύστημα: Η αποφρακτική αγγειακή νόσος των κάτω άκρων αποτελεί συνδυασμό μικροαγγειοπάθειας και αθηροσκληρώσεως μεγάλων και μέσου μεγέθους αρτηριών. Συχνότερα παρατηρείται μετά την ηλικία των 40 ετών, η συχνότητα δε της γάγγραινας στα πόδια είναι στους διαβητικούς 20 φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς.
Με την προοδευτική νεφρική βλάβη αναπτύσσεται υπέρταση, η δε εξεργασία της αθηροσκληρώσεως των στεφανιαίων και των εγκεφαλικών αρτηριών, με όλες τις επιπτώσεις τους, φαίνεται ότι επιταχύνεται στους διαβητικούς.
- Νευρολογικά σημεία: Παρατηρούνται όλα τα γενικά χαρακτηριστικά της περιφερικής νευροπάθειας, με άμβλυνση της αντιλήψεως της δονήσεως, του άλγους και της θερμοκρασίας ιδιαίτερα στα κάτω άκρα. Η νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος περιλαμβάνει ενδείξεις για ορθοστατική υπόταση, ταχυκαρδία σε ηρεμία, εναλλασσόμενες προσβολές διάρροιας και δυσκοιλιότητας, δυσχέρεια στην κένωση της ουροδόχου κύστεως και ανικανότητα

συνήθως μόνιμη.

- Φυσικά σημεία από το δέρμα και τους βλεννογόνους: Μπορεί να παρατηρηθούν πυογόνες λοιμώξεις του δέρματος, ιδιαίτερα σε ασθενείς με διαβήτη που δεν ελέγχεται καλά. Η λοίμωξη από τον μύκητα *Candida* μπορεί να προκαλέσει ερύθημα και οίδημα περιοχών κάτω από τους μαστούς, στις μασχάλες και ανάμεσα στα δάχτυλα. Προκαλεί αιδιοκολπίτιδα, αποτελεί δε συχνό αίτιο κνισμού.

Ο ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ περιλαμβάνει:

- Μετρήσεις γλυκόζης και των κετονοσωμάτων στα ούρα, καθώς επίσης και των επιπέδων της γλυκόζης στο πλάσμα υπό βασικές συνθήκες καθώς και μετά από χορήγηση γλυκόζης.
- Σε ορισμένες περιπτώσεις οι μετρήσεις ινσουλίνης καθώς επίσης και άλλων ορμονών που συμμετέχουν στην ομοιοστασία των υδατανθράκων (όπως η γλυκαγόνη, η αυξητική ορμόνη) μπορούν να αποβούν χρήσιμες.
- Η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αντιπροσωπεύει την κατάσταση της γλυκαιμίας για τους προηγούμενους δύο(2) μήνες γι' αυτό και η μέτρησή της αποτελεί μέθοδο αξιολόγησης του ελέγχου του διαβήτη.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ Σ.Δ.

- Οφθαλμοπάθεια – Απώλεια Όρασης
- Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- Έμφραγμα μυοκαρδίου
- Γάγγραινα άκρων
- Ανδρική ανικανότητα
- Προδιάθεση σε ανάπτυξη λοιμώξεων
- Οστεοπόρωση
- Πολυνευροπάθεια
- Διαβητικό κώμα

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Βασικό στοιχείο της θεραπείας είναι κατάλληλα ισορροπημένο διαιτολόγιο. Συνιστάται ελάττωση βάρους πάνω από 5% σε υπέρβαρα άτομα. Το σύνολο των θερμίδων πρέπει να κατανέμεται σε 60% υδατάνθρακες , 25% λίπος και 15% λευκώματα. Προτιμώνται οι υδατάνθρακες που δεν απορροφώνται εύκολα και οι οποίοι χρειάζονται να υποστούν διάσπαση από το έντερο, ενώ αποφεύγονται οι ευκόλως απορροφούμενοι υδατάνθρακες όπως η ζάχαρη.

Βασικό είναι να κατανέμονται οι υδατάνθρακες σε έξι(6) γεύματα κατά την διάρκεια της ημέρας. Η πρόσληψη του λίπους να είναι περίπου 25% της συνολικής ημερήσιας πρόσληψης σε θερμίδες.

Η πρόσληψη των κεκορεσμένων λιπαρών (βούτυρο κλπ.) να είναι κάτω από 10% της συνολικής ημερήσιας πρόσληψης σε θερμίδες.

Η πρόσληψη φυτικών ινών να είναι πάνω από 15gr/1000kcal.

Άλλο βασικό στοιχείο στην αντιμετώπιση του Σ.Δ. είναι η άσκηση. Συνιστάται άσκηση πάνω από τέσσερις ώρες εβδομαδιαίως, διότι η άσκηση αυξάνει την κατανάλωση ενέργειας, βελτιώνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη και ελαττώνει το σάκχαρο του αίματος. Η σωματική δραστηριότητα όμως να μην είναι εξαντλητική.

Η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται με βάση τον τύπο του διαβήτη και τις ειδικές ανάγκες του ασθενούς.

Για την πραγματοποίηση αυτή απαιτείται σχολαστική ενημέρωση του ασθενούς όσον αφορά την ασθένειά του, διαπαιδαγώγησή του για προσωπική υγιεινή, για αυτοπαρακολούθηση της γλυκόζης, για αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, για διαιτητική αγωγή, για δυναμική αναγνώριση οξέων και χρόνιων κινδύνων και αντιμετώπισή τους. Όταν δε απαιτείται, γίνεται φαρμακευτική παρέμβαση είτε με από του στόματος αντιδιαβητικούς παράγοντες είτε με χορήγηση ινσουλίνης, αναλόγως του τύπου του Σ.Δ., και υπό την καθοδήγηση πάντα του ειδικού ιατρού.