



ISHRANA FIZIČKA AKTIVNOST I ZDRAVLJE

**U susret aprilu
mjesecu
borbe protiv
šećerne bolesti**

**Intenzivirana
insulinska terapija
i insulinske
pumpe**

**Šećerna bolest
kod mladih -
problemi i izazovi**

**U susret 50.
rođendanu
Saveza društava
za borbu protiv
šećerne bolesti**





Ishrana, fizička aktivnost i zdravlje

Časopis za socijalno - medicinska pitanja i zdravstveno prosvjetcivanje i zdraviji život

Godina XXI

Podgorica 2016

Broj 49-50

ISHRANA, FIZIČKA AKTIVNOST I ZDRAVLJE ČASOPIS SAVEZA DRUŠTAVA CRNE GORE ZA BORBU PROTIV ŠEĆERNE BOLESTI

Pogorica, ul. Vasa Raičkovića br.16
(soliter S-2) Telefon: 238-499

Glavni i odgovorni urednik:
Momir Drljević

Zamjenik glavnog urednika :
Adv.Željko Braletić

Redakcija:

prof.dr.Božidar Bojović, dr.Aleksandar Đogo,
Momir Drljević, prof.dr.Milić Vukanić,
Primarijus dr.Miroslav Femić, adv.Željko Braletić,
dr.Slobodan Durutović, dr.Omer Šahmanović,
Alija Matović, dr.Nevenka Aleksić,
Vojislav Vujanović, dr.Olivera Bosković

Grafička obrada:
Nemanja Braletić, Nebojša Braletić,
Biljana Kljajević

Izdavački savjet:

prof.dr. Božidar Bojović,
dr.Aleksandar Đogo, Momir Drljević,
prof.dr.Milić Vukanić, Primarijus dr.Miroslav Femić,
adv.Željko Braletić, dr.Slobodan Durutović,
dr.Radoš Terzić, Alija Matović,
dr.Ljiljana Jovićević, dr.Olivera Bosković

Časopis izlazi četiri puta godišnje kao dvobroj.
Prema mišljenju Ministarstva za kulturu CG,br. 03-693/2
od 25.maja 1995 godine, a shodno članu 18 tačka12. zakona
o porezima na promet ("Sl.list RCG",br.4/94) oslobođeno
placanja poreza

Na Cetinju je 15.januara 1880 godine izašao prvi broj časopisa za socijalno-medicinska pitanja I zdravstveno prosvjećivanje naroda "ZDRAVLJE" ljekarske pouke narodu, pod uredništvom Dr Milana Jovanovića Baute, pod gesлом "Zdravlje je sreća I snaga, a bolest najamnik propasti"

OBAVJEŠTENJE

"ISHRANA, FIZIČKA AKTIVNOST I ZDRAVLJE"

Izlazi četiri puta godišnje kao dvobroj.

Cijena pojedinog broja je 1€,

Godišnja pretplata za dijabetičare je 4€,

a za ostala fizička i pravna lica 5€.

Ziro račun Podgoričke banke:

550-3639-30

Saveza društva Crne Gore za borbu protiv

Šećerne bolesti-Podgorica

Ul.Vasa Raičkovića br. 16 (soliter S-2)

MALI LEKSIKON

prof.dr.sci med Teodor Kovač

Poliurija, česće zlučivanje većih količina mokraće, što se vidi u svim stanjima šećerne bolesti kada je krvni šećer visok; obično, ova pojava skreće pažnju bolesniku na mogućnost da je obolio od šećerne bolesti.

Polidipsija, pojačano zednjanje štoje karakteristično za šećernu bolest, a nastaje kao posljedica poliurije (v. gore). Treba imati na umu da alkoholna pica (pivo, vino) i zasladene tečnosti (kao koka - kola i slična pića) svojom sadržinom samo povećavaju poliuriju itime polidipsiju.

Polifagija: izražena glad, odnosno povećani apetit, ali uprkos tome gubi se na tjelesnoj težini (masi); ovo stanje može nestati samo srednjem, dovođenjem krvnog šećera u granice normalnih vrijednosti.

Postprandijalna glikemija, vrijednost šećera u krvi poslije jela (obično se kontrolira na sat ili dva od početka uzimanja hrane); postupak mnogo puta neophodan da se ustanovi stvarna sredjenost šećerne bolesti jer krvni pritisak raste, na primjer, ujutru nije realno mjerilo sredjenosti.

SADRŽAJ:

- 4 Momir Drljević:
U susret 50.rođendanu Saveza
društva Crne Gore za borbu
protiv šećerne bolesti**
- 7 U susret mjesecu borbe protiv
šećerne bolesti**
- 9 Prof.dr. Božidar M. Bojović:
Intezivirana insulinska
terapija i insulinske pumpe**
- 14 Primarijus dr. Miroslav Femić:
Šećerna bolest kod mladih-
problem i izazov**
- 17 Doc.dr. Mira Samardžić med sci-
pedijatar, endokrinolog:
Šećerna bolest kod djece
adolescenata u Crnoj Gori**
- 21 Dr. Aleksandar Đogo:
Ishrana dijabetičara u
složenim socio-
ekonomskim uslovima**
- 23 Prof.dr. Edita Stokić:
Sa epidemijom gojaznosti
raste i broj dijabetičara**
- 25 Doc.dr. Ana Oros:
Regulisan šećer čuva vid**
- 28 Dr. Dragoljub Vbraški:
Kako da prepoznate i šta da
uradite ako se pojavi veliko
smanjenje šećera u krvi?**
- 30 Dr. Marko Sekulić:
Rano otkrivanje bolesti - najbolji
lijek**
- 32 Dr. Dušan Vuleta, ginekolog:
Žena sa dijabetesom poslije
četrdesete**
- 34 Mr.sci med.dr. Mirjana Gavrilović,
neuropsihijatar:
Šećer - podloga za infekcije**
- 35 Prof.dr. Pavle Pantelinac:
Dijabetolog Vam odgovara**
- 39 Prof.dr. Todor Kovač:
Mali medicinski rečnik**
- 40 Zaključci Okruglog stola
povodom 14.novembra
svjetskog dana borbe protiv
šećerne bolesti**
- 41 Ako ste šećerni bolesnik,
niste jedini...**
- 42 Dijabetičari, njegujte svoje noge**
- 43 Bolovi zglobova**
- 47 Zašto je alkohol nevidljivi
ubica?**

Dragi čitaoci,

Podsjećamo Vas da u ruci držite jubilarni 50-ti broj časopisa. Ponosni smo što je naše glasilo i pored velikih teškoća u miniulim godinama uspjelo da opstane i bude glavni informator našim članovima - šećernim bolesnicima i široj populaciji. Veliki je broj raznih saradnika, autora, donatora i volontera koji su doprinijeli da časopis zaživi. Posebno ističemo doprinos "Montex" A.D. Nikšić koji je omogućio izdavanje ovog broja.

Uredništvo

DESET ZAPOVIJESTI OBOLJELIMA OD ŠEĆERNE BOLESTI:

1. Hranite se pravilno - jedite da biste živjeli, a ne živite da biste jeli
2. Budite fizički aktivni, svakodnevno, i onoliko koliko možete. Mirovanje i nerad su opasni za svaki organizam, posebno onaj stariji
3. Kontrolišite šećer u krvi - jer šećerna bolest je slatka, ali ako šećer nije pod kontrolom, može život da učini gorkim
4. Lek(tablete, insulin) koristite redovno - samo tako će vam pomoći
5. Prihvate svoju bolest - ne ratujte protiv nje, nije ona vaš neprijatelj, ne budite vi njen
6. Živite pravilno i bez poroka - pa ćete živjeti i duže i bolje
7. Ne grešite ni u čemu - svaka greška se plaća, prva mnogo, poslednja najviše
8. Budite uvijek iskreni - i znajte da nigdje nije toliko opasno ne govoriti istinu kao u lekarskoj ordinaciji
9. Trudite se da o svojoj bolesti saznate što više – što više znate, uspješnije ćete se liječiti
10. Vjerujte u ono što vam kažu o šećernoj bolesti - ali samo oni koji znaju o njoj više od vas.

U SUSRET 50. ROĐENDANU SAVEZA DRUŠTAVA CRNE GORE ZA BORBU PROTIV ŠEĆERNE BOLESTI



Momir Drljević

Na inicijativu šećernih bolesnika Opštine Titograd, današnje Podgorice, održana je osnivačka Skupština i registrovano kao Udruženje sa ciljem, da kao društveno-humanitarna organizacija prati, pomaže u rješavanju statusa ovih bolesnika, prati njihovu problematiku zajedno sa medicinskim osobljem, koja je vrlo kompleksna. Za prvog Predsjednika izabran je Novak Vujosević, sudija Ustavnog suda Crne Gore, a za Sekretara Đuro Jovanović. Ubrzo zatim dolazi do osnivanja opštinskih društava za borbu protiv šećerne bolesti i Udruženje se preregistrira u današnji Savez.

U to vrijeme u Crnoj Gori nije postojao nijedan ljekar koji je usko bio specijalizovan za dijabetologiju. Udruženje odmah pokreće inicijativu za školovanje specijalizaciju kadrova – doktora za šećernu bolest kod tadašnjih zdravstvenih ustanova čije je školovanje čak i materijalno pomaže u granicama mogućnosti.

Sa dolaskom specijalista dijabetologa i endokrinologa Udruženje inicira veliki broj predavanja, simpozijuma sa temama iz probiematike o šećernoj bolesti. Pored specijalista iz Crne Gore, predavači su bili i doktori iz bivše Jugoslavije. Udruženje u svom programu (vidi se iz dokumentacije) realizuje istraživačke projekte koje su vodili: Prof.dr. Božidar Bojović, dr. Slobodan Dragović, dr. Jovan Novosel, Prof. dr.Jovan Kavarić, dr. Obrad Jusković i drugi.

Tokom svog 40-godišnjeg rada, Savez je organizovao 108 predavanja o šećernoj bolesti, njenim simtomima, samokontroli, fizičkoj aktivnosti, ishrani itd. Predavanja su održavana u Podgorici, Pljevljima, Bijelom Polju, Beranama, Rožaju, Ulcinju, Baru, Tivtu, Herceg Novom itd. Predavači su bili takođe univerzitetски profesori sa medicinskih fakulteta: Beograda, Zagreba, N. Sada, Skoplja i Sarajeva. Ovaj način rada za edukaciju šećernih bolesnika bio je od izuzetnog značaja. Savez je takođe preko opštinskih društava prikupljao podatke o broju oboljelih i tako je bio jedina organizacija u Crnoj Gori koja je pratila brojno stanje kako po broju, tako po polovima, zanimanjima, koliko na izulinu itd.

Iz arhivske dokumentacije se vidi da Savez društava za borbu protiv šećerne bolesti imao dobru saradnju sa svim republičkim udruženjima u okviru velike Jugoslavije, a posebno sa Beogradom, Zagrebom i Novim Sadom. Prateći naučna dostignuća u okruženju, kako o edukaciji, liječenju I informatici Predsjedništvo donosi Odluku da se na nivou Crne

«Ishrana, fizička aktivnost i zdravlje »

Gore pokrene izdavanje časopisa za šećerne bolesnike. I tako oktobra 1985.godine, izašao je prvi broj "Mi i šećerna bolest", da bi naredni broj već dobio ime "Ishrana, fizicka aktivnost i zdravlje", koji i danas nosi.

Tragični raspad Jugoslavije, ratni vihor koji je zahvatio ove prostore, teška ekonomski i privredna situacija, sankcije, dovele su do postepenog prestanka izlaženja istog. Trebalo je uložiti dodatne napore da se nastavi sa daljim izlaženjem. Zahvaljujući neumornom uredniku sada vec pok. Đuru Jovanoviću, kojem dugujemo veliku zahvalnost za sve što je učinio za oboljele od šećerne bolesti u Crnoj Gori, časopis ponovo izlazi iz stampe...

Prelistavajući stranice časopisa koji su do sada izašli iz stampe, uključujući i ovaj jubilarni broj 50 vidi se da je na oko 2000 stranica napisanih bio u funkciji šećernih bolesnika, i ne samo njih, vec porodica, zdravstvenog prosvećivanja, edukaciji bolesnika, načinii ishrane, pravilne upotrebe ljekova, ishrane, fizičke aktivnosti, uzimanju inzulina, značaju ranog otkrivanja šećerne bolesti, komplikacija koje nosi ova bolest... Pored toga, objavljen je veliki broj naučnih radova - doktora koji se bave ovom probelematikom sa medicinskih fakulteta Beograda, Zagreba, Sarajeva, N. Sada itd.

Pisati o časopisu, njegovoj fizionomiji i naučnim radovima i značaju za šećerne bolesnike nezamislivo je bez imena prof.dr. Božidara Bojovića, poznatog endokrinologa-dijabetologa-pedijatra-autora više članaka u više brojeva časopisa, zatim njegovih knjiga kao sto su "Živjeti sa šećernom bolešću", "Sve o šećernoj bolesti", na koju je recenziju dao Prof.dr. Predrag Đorđević, veliko ime iz dječje dijabetologije i endokrinologije, koji između ostalog u recenziji napisao: "Prof. dr. Božidar Bojović je vrlo iskusni kliničar, dijabetolog, pedijatar, koji je nas sa ovom knjigom još jednom uvjerio da se radi o stručnjaku koji ima veliki ugled kod bolesnika, njihovih porodica kao i kod kolega dijabetologa. Druga knjiga predstavlja uspješan dokaz autora da ponudi teoretska i savremena znanja iz dijabetologije, kliničke preporuke, ali i vrlo precizne praktične savjete koji svakodnevno od nas traže bolesnici i dijabetolozi"...

Na kraju treba istaći, da je prof. dr.Božidar Bojović veći dio tiraža knjige "Sve o šećernoj bolesti" besplatno poklonio šećernim bolesnicima Crne Gore i Srbije, na čemu mu se ovim putem zahvaljujemo.

Kada se govori o aktivnostima Saveza treba istaći da je u poslednjih 10 godina 1996-2006 objavljeno 27 informacija, saopštenja, problemskih članaka, održano okruglih stolova, a sve u cilju edukacije šećernih bolesnika, njihovog liječenja, problema ljekova, ishrane itd. Članci su objavljivani povodom društveno-humanitarne akcije "**April mjesec borbe protiv šećerne bolesti u Crnoj Gori**" i **14.novembra Svjetskog dana borbe protiv šećerne bolesti**.

Zaključujući ovu kratku retrospektivu o radu Saveza društava Crne Gore za brobu protiv šećerne bolesti ne možemo a da ne pomenemo Sent Vinsentovu deklaraciju o problemima šećerne bolesti i obaveze svih struktura u jednoj zemlji da se pozabave sa ovom bolešću, kao i proglosa ADA-Američke dijabetološke asocijacije... citiram "Da šećerna bolest predstavlja tihog ubicu, koja poprima epidemiološke razmjere i sve strukture i jednoj zemlji su obavezne i moraju da se povezu i povedu borbu protiv ove teške i zasada neizlečive bolesti, pogotovo kada pocinju da nastupaju komplikacije..."

Šećerna bolest nije samo medicinsko-zdravstveni problem, već društveno-socijalni, koji se svakim danom usložnjava, problem kako sadašnjih, tako i budućih generacija, zbog toga želja nam je da idući jubilej dočekamo sa većim rezultatima i da pokušamo da riješimo neke vitalne probleme građana Crne Gore koji boluju od šećerne bolesti.

Da se na nivo Republike Crne Gore donese nacionalni program za zaštitu od šećerne bolesti:

1. Da se u Opštinama oforme edukativni centri za liječenje šećernih bolesnika metodom: pacijent- porodica-doktor;
2. Otvaranje škole za mlade dijabetičare;
3. Nastojati da se održi izlaženje časopisa za šećerne bolesnike "Ishrana, flzičke aktivnosti i zdravlje" čiji je značaj neprocjenjiv za šećerne bolesnike;
4. Nastojati da se na nivou Opština i Republike ustroji registar šećernih bolesnika, kako po polu, strukturi, zanimanju, djece omladine itd;
5. Nastojati da se kod proizvođaca hrane proizvodi hrana za ovu kategoriju stanovništva, jer je poznato da je to jedan od ulova uspješnog liječenja, a njihova hrana je od 20 do 30% skuplja od hrane drugih građana.

I na kraju u cilju poboljšanja zdravlja stanovništva šećernih bolesnika Crne Gore mora se izdvajati više sredstava za ovu problematiku, jer primjera radi zemlje Evropske unije izdvajaju 10% iz budzeta počev od ranog otkrivanja, prevencije, edukacije, a sve u cilju da ne nastupe komplikacije, jer je praksa potvrđila da su komplikacije i liječenje skuplje od prevencije.

MOMIR DRLJEVIĆ

Predsjednik Saveza društava Crne Gore
za borbu protiv šećerne bolesti



U susret "Mjesecu borbe protiv šećerne bolesti"

April 2007.godine

PIŠE:
Momir Drljević

Manifestacija "Mjesec borbe protiv šećerne bolesti" u travnju 2007. godine, zasnovana je na konceptu primarne aktivnosti na planu širenja znanja o šećernoj bolesti i visokom krvnom pritisku, zdravstvenom prosvjećivanju stanovništva, ranom otkrivanju šećerne bolesti, kao i ispoljavanju opšte društvene solidarnosti sa oboljelim od šećerne bolesti.

Šećerna bolest predstavlja tešku masovnu bolest savremenog čovječanstva. Po procjeni stručnjaka danas u svijetu ima preko sto miliona oboljelih od ove bolesti. U isto vrijeme u Crnoj Gori ima oko 16.000 registrovanih šećernih bolesnika, mada nemamo tačnu evidenciju, posto se na nivou Crne Gore ne vodi evidencija šećernih bolesnika, iako je to zakonom predviđeno. Savez društava Crne Gore za borbu protiv šećerne bolesti sa svojim opštinskim društvima u Republici vodi evidenciju za koju ipak smatramo da nije potpuna.

Najveći broj oboljelih od šećerne bolesti pripada grupi koja nije zavisna od insulina i kreće se negdje oko 75-80% svih oboljelih, dok je onih, koji dozivotno moraju da primaju insulin negdje oko 20-25%. Veliki broj šećernih bolesnika nije svjestan svoje bolesti, pa se ona otkriva sistematskim istraživanjem ili slucajnim pregledima. Veliki je broj onih koji pokazuju toleranciju na glukozu (šećer), odnosno onih koji će, ukoliko se ne budu pridržavali određenog režima ishrane i načina života oboljeće od šećerne bolesti.

Broj oboljelih od šećerne bolesti je u salnom porastu, kako u svijetu tako i u Crnoj Gori. Ono što posebno zabrinjava je učestalost hroničnih komplikacija šećernih bolesti na srcu, mozgu, očima, bubrezima, nogama i nervima. Način ishrane i života rada kod većine ljudi mijenja se u pravcu koji više pogoduju ispoljavanju šećerne bolesti. Uz to sve je manje fizičke aktivnosti uz nepravilnu ishranu, pa su to sve faktori koji dopri nose dobijanju ove bolesti.

Ako se ovome još dodaju i stresovi, koje svako od nas doživljava sve češće, produženje životnog vijeka i brojni drugi činioci, kao i životna sredina uzročnici su koji ubrzavaju manifestaciju (dobijanje) šećerne bolesti. Onda je jasno zašto se u svim prognozama očekuje dalji rast oboljelih od šećerne bolesti.

Šećerna bolest je hronični poremećaj metabolizma za koji je karakterističan trajno povišen šećer u krvi, uslijed djelimičnog ili potpunog nedostatka insulina u organizmu ometa razmjenu ugljenih hidrata, masti i bjejančevina, što se ispoljava u tipičnim tegobama, a poslije dužeg vremena, pogoda krvne sudove, živce i druge organske sisteme.

Svjetska, pa i nasa iskustva govore, da u stadijumu više od 80% šećernih bolesnika ima većizražene promjene na krvnim sudovima, prije svega u srcu, mozgu i bubrežima i na očima.A uz njih idu i promjene po nogama kao i na drugim organima (nervni sistem,probavni organi,koža,zglobovi i dr.).

Liječenje ovih već formiranih komplikacija vrlo je teško i sa malom nadom na uspjeh.Tako su kod šećernih bolesnika češća neka oboljenja nego sto je to kod ostalih, kao što su oboljenja krvnih sudova, srca i mozga veća su za oko 3 puta, gangrene nogu veće su za oko 2 puta, a stopala za oko 10 puta, povećanje krvnog pritiska veće je za oko 3 puta, teška oboljenja bubrega veća su za oko 17 puta itd.

Kako je šećerna bolest doživotna bolest, sa njom treba živjeti, a kako ce taj život izgledati, zavisi najviše od samog šećernog bolesnika. Jer ako šećerni bolesnik živi normalnim životom i samostalno vlada svojom bolešću, dobro je poznaće, njoj prilagođava način života i rada, kao i ishranu, imaće manje životnih problema sa komplikacijama koje šećerna bolest donosi. Zato šećerni bolesnik ili njegova porodica moraju dobro da poznaju bolest, pa je otuda i poznato pravilo "da svaki šećerni bolesnik ima dva ljekara, od kojih je prvi Ijekar sam bolesnik, a drugi je ljekar u ambulanti koji ga prati i sa kojim se konsultuje."

Znači šećerne bolesti je hronična, neizlečiva, teška i podmukla bolest, od koje nema bolova sve dok ne nastupe njene komplikacije.

Svjetska zdravstvena organizacija Internacionalna federacija, imajući u vidu svu težinu šećernerne bolesti po zdravlje čovjeka, ustanovljavaju stalnu godišnju manifestaciju "April mjesec borbe protiv šećerne bolesti". U aprilu svake godine društvo za borbu protiv šećeme bolesti sprovodi ovu manifestaciju upoznajući stanovništvo o šećernoj bolesti i njenim posljedicama po zdravlje, te značaju ranog otkrivanja itd.

Akcijama "Mjesec borbe protiv šećerne bolesti", se obuhvata održavanje raznih predavanja na teme: sta je šećerna bolest, njeni simptomi, komplikacije koje donosi, kakvu ishranu i fizičku aktivnost koristi itd., a sve u cilju što boljeg zdravstvenog stanja ovih bolesnika.

Da bi opštinska društva za borbu protiv šećerne bolesti u Crnoj Gori izvrsila svoje zadatke - humane manifestacije "April mjesec borbe protiv šećerne bolesti - april 2007 godine", neophodno je napraviti programe kojima treba obuhvatiti održavanje predavanja po školama, mjesnim za-jednicama i raznim organizacijama koristeci kao predavače ljekare, uz to i štampu i televiziju.

I na kraju ostaje da sumiramo rezultate po opština i tako dobijemo podatke postignutih rezultata na planu zdravstveno - medicinske zaštite dijabetičara u našoj zemiji.

INTEZIVIRANA INSULINSKA TERAPIJA I INSULINSKE PUMPE



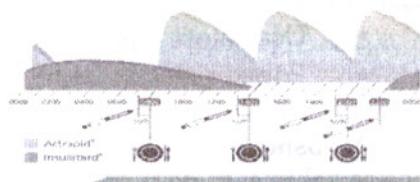
Cilj insulinske terapije se može sažeti u pet sledećih zahtjeva:

- Postići normalne ili skoro normalne glikemije prije i poslije obroka
- Izbjeći česte i teške hipoglikemije
- Izbjeći i odložiti pojavu hroničnih komplikacija na kasnije godine života
- Izbjeći veći porast tjelesne težine i
- Obezbjediti da bolesnik prihvati i sprovodi terapiju

PIŠE:
Prof. dr. Božidar Bojović

Postprandijalne hiperglikemije (PPH) su glavni krivac za nastanak hroničnih komplikacija. I samo u rijetkim situacijama moguće je davanjem jedne ili dvije doze insulina sa srednjim i/ili dugim djelovanjem u kombinaciji sa insulinom kratkog djelovanja spriječiti i kontrolisati skokovi glikemije poslije obroka. Zato je intezivirana insulinska terapija (IIT) postala terapija izbora u insulinzavisnom dijabetesu (IZDM) i prihvaćena kao rutinski način liječenja u mnogim centrima i zemljama.

U Inteziviranoj insulinskoj terapiji, insulin kratkog djelovanja se koristi da bi se podmirile potrebe u insulinu, prema sadržaju ugljenih hidrata u obroku i tako spriječili skokovi glikemije poslije obroka. Pokazalo se da je humane insuline kratkog djelovanja najbolje davati na 20-25 minuta prije obroka, kako bi se pikovi unijetog insulina i postprandijalne



slika 1 IIT humanim insulinima

glikemije poklapali. Insulini prođenog djelovanja se daju u jednoj ili dvije doze da pokriju bazalne potrebe u insulinu između obroka (Slika 1). (obratiti pažnju na razlike u odnosu na IIT sa analozima(Slika 2))

Da bi se postigli osnovni ciljevi intezivirane insulinske terapije, neophodno je da se pacijent pridržava sledećih mjeru:

- režim ishrane sa tri glavna obroka bez užina koje sadrže ugljene hidrate,
- svakodnevna samokontrola glikemije 3-5 puta dnevno,
- vođenje dnevnika samokontrole

Uprkos pridržavanju svih ovih mjeru i uprkos poboljšanju čistoće i postojanosti insulina, postaje sve jasnije da se primjenom sadašnjih nemodifikovanih insulinova, posebno onih srednjeg i dugog djelovanja, teško može postići kvalitetna glikoregulacija. Za ovo postoje dva značajnija razloga. Prvi, insulinovi kratkog djelovanja postižu najveću

koncentraciju poslije 2-4 sata što neadekvatno prati porast postprandijalnih glikemija. Drugi, insulini sa produženim djelovanjem koji se dobijaju kristalizacijom, imaju nejednaku i nesigurnu apsorpciju sa mjesta aplikacije (varijabilnost je čak 52%!). To uzrokuje pojavu čestih noćnih pikova insulina sa hipoglikemijama.

Insulinski analozi

Zbog ovih nedostataka nemodifikovanih insulina, poslednjih godina se poklanja velika pažnja razvoju insulinskih analoga, čija se farmakokinetika značajno razlikuje od postojećih insulina. Insulinski analozi se dobijaju promjenom u sekvencama aminokiselina.

Insulinski analozi brzog djelovanja imaju brz početak djelovanja, vrh aktivnosti postiže poslije 30 do 60 minuta poslije davanja, što je duplo brže od drugih vrsta brzodjelujućih insulina. Ova osobina im daje prednost u primjeni prije obroka čime se sprečavaju postprandijalne hiperglikemije. Primjenom ovih insulina i hipoglikemije su daleko ređe. Na tržištu se od insulinskih analoga sa brzim djelovanjem nalaze Insulin Aspart (NovoRapid) i Insulin Lispro (Humalog).

Dugodjelujući insulinski analozi, čije se djelovanje održava punih 24 sata, nemaju pika svojstvenog drugim vrstama insulina, što im daje veliku prednost kao bazalnim insulinima. Na tržištu se nalaze Insulin Glargine (Lantus) i Insulin Delemir. Zbog kisele reakcije insulinski analozi dugog djelovanja se ne mogu mijšati u istoj brizgalici sa drugim insulinima koji imaju drukčiju hemijsku reakciju. Međutim, njihova upotreba kao bazalnih insulinima sa drugim kratkodjelujućim insulinima koji imaju drukčiju hemijsku reakciju, ali datim posebno, daje dobre rezultate.

Glavne prednosti insulinskih analoga su sledeće:

- Bolja predvidivost i stabilnost farmakokinetike (manja varijabilnost efekta kod jedne osobe i između osoba). Ovo obezbjeđuje fleksibilan, a bolji i stabilan efekat na glikemije natašte, postprandijalne glikemije i na glikolizirani hemoglobin (HbA1c)
- Učestalost hipoglikemija je manja
- Porast tjelesne težine manji nego kod primjene humanih insulinina

Na osnovu poznavanja farmakodinamike humanih insulinina i insulinskih analoga, nameće se zaključak da u racionalnoj inteziviranoj insulinskoj terapiji kada se primjenom humanih insulinina ne postignu ciljevi terapije treba uvesti insulinske analoge.

Preporuke Američke asocijacije kliničkih endokrinolog (AACE)

Američka asocijacija kliničkih endokrinologa, koja okuplja najeminentnije kliničke endokrinologe svijeta, preporučuje tri aktuelna pristupa u inteziviranoj insulinskoj terapiji prema sadašnjim spoznajama i mogućnostima:

1. Kombinacija insulina kratkog djelovanja (Regular, Lispro, Aspart) koji se daje prije doručka i ručka i intermedijarnog humanog insulinina (NPH, Lente, Insulatard) koji se daje prije doručka i prije večere. Nedostatak ovog modela je u tome što intermedijerni insulin dat prije večere često je nedovoljan da spriječi skok glikemije u ranim jutarnjim satima (down phenomenon). Povećanje ove doze da bi se izbjegao jutarnji skok glikemije, nosi rizik pojave hipoglikemije poslije pola noći.

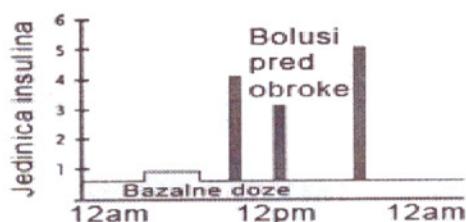
2. Kombinacija kratkodjelujućeg insulinina (Regular, Lispro, Aspart) neposredno prije tri glavna obroka i dugodjelujućeg insulinina (Glargine- Lantus, Levemir,

Ultralente) prije večere. Prednosti ovog modela su značajne. Prvo, upotreba monomeričnih analoga-vrlo kratkog djelovanja(Lispro i Aspart) odlično sprečava skok glikemije poslije obroka i drugo, upotreba dugodjeljujućeg analoga (Glargine- Lantus i Levemir) odlično kontroliše nivo glikemije između obroka (Slika2). Ako se daje intermedijerni insulin ili Ultralente, za korektno podmirenje bazalnih potreba insulina, treba ih primijeniti u dvije doze.

3. Primjena insulinskih pumpi

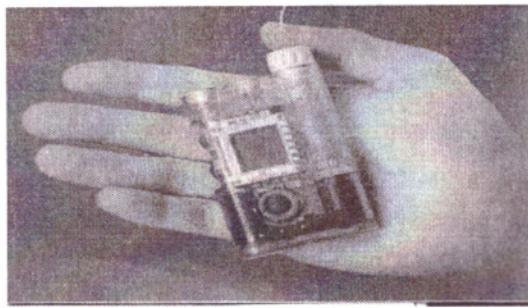
Insulinske pumpe

Insulinska pumpa je alternativni metod za davanje brzodjelujućeg insulina putem kontinuirane potkožne infuzije preko katetera unijetog u potkožno tkivo. Princip primjene insulinskih pumpi polazi od stava da idealna insulinska terapija treba da oponaša beta celiju (stalna, bazalna sekrecija insulina u malim količinama, i dodatna sekrecija u bolusu pri unosu hrane). Puma je osmišljena tako da automatski ubrizgava insulin u tkivo tokom 24 časa prema pojedinačnom programu pacijenta. Mala doza (0,1-2,0 internacionalne jedinice) se kao bazalna doza ubrizgava kontinuirano. Prije obroka korisnik ubrizgava bolusnu dozu, prvenstveno izračunatu na osnovu unosa ugljenih hidrata u datom obroku (Slika 3). Ubrizgavanje insulina u tkivo vrši se putem tankog plastičnog (teflonskog) katetera koji na svom kraju ima malu iglu ili plastičnu kanilu (cevčicu) kroz koju insulin prolazi. Kanila se postavlja automatski pomoću injektora sa oprugom.Na tržištu se nalaze dvije vrste insulinskih pumpi: MiniMed(američka) i Disetronic (švajcarska)(slike 4 i 5).



Slika 2. IIT analozima.Obratiti pažnju na razliku IIT sa humanim insulinima

Slika 3. Princip rada
Insulinske pumpe



Slike 4. i 5. Modeli insulinskih pumpi

Mjesto aplikacije katetera je najčešće prednji tribušni zid, a mogu da se koriste i druga, manje vulnerable mjesta, kao npr. butini (Slike 6 i 7). Pumpa se nosi kao pejdžer. Kateter i pumpa se mogu privremeno diskonektovati.

Nedostaci insulinskih pumpi su sledeći:

- rizik od infekcije na mjestu infukcije, pa se kateter treba redovno mijenjati,
- relativno visoka cijena za naše mogućnosti,
- potreban stručni tim za praćenje pacijenata na insulinskim pumpama.

I pored ovih nedostataka, koji se ne mogu zanemariti, prednosti insulinskih pumpi su daleko brojnije i značajnije:

- insulinska pumpa luči brzodjelujući insulin kao zdarvi pankreas i predvidivost doze je daleko veća,
- nema strogog režima rasporeda obroka i hrane,
- nema iznenadnih insulinskih reakcija,
- glikoregulacija je daleko bolja,
- živi se normalan život.

Pored medicinskih indikacija, koje nesumnjivo daju prednost insulinskim pumpama u inteziviranoj terapiji insulinzavisnog dijabetesa, odluku o tome da li prihvata njenu primjenu i promjene koje ona nosi u odnosu na dotadašnji način života, donosi pacijent. Do prije svega nekoliko godina, stav je bio da se insulinske pumpe ne preporučuju pacijentima mlađim od 18 godina. Međutim, kasnija iskustva su pokazala da za takav stav nema opravdanja i danas u razvijenim zemljama visok procenat djece se prevodi na insulinske pumpe. Primjera radi u Sloveniji je preko 40% djece prevedeno na insulinske pumpe.



Slika 6. i 7. Nošenje insulinskih pumpi



U svakom slučaju, indikacije za primjenu insulinskih pumpi su sledeće:

- pacijenti liječeni kod kojih se ne može postići dobra glikoregulacija konvencionalnom terapijom insulina (četiri i više doza),
- bolesnice sa insulinzavisnim dijabetesom u prekonceptijskom periodu, za vrijeme trudnoće i dojenja,
- bolesnici sa incipijentnom dijabetesnom nefropatijom (albuminurija 30-300 mg/24 h),
- djeca do 15 godina starosti koja imaju teško kontrolisani dijabetes i česte ketoacidoze

Zaključak

- Intezivirana insulinska terapija je terapija izbora u insulinzavisnom dijabetesu i prihvaćena je kao rutinski pristup u mnogim centrima i zemljama
- Kada se u inteziviranoj insulinskoj terapiji primjenom humanog insulina ne postignu ciljevi terapije predlaže se uvođenje insulinskih analoga
- U slučajevima kada se inteziviranom terapijom sa humanim insulinima i/ili insulinskim analogima ne postiže dobra metabolička kontrola bolesti potrebno je uvesti insulinске pumpe. Pored ovog, apsolutne indikacije za primjenu nsulinskih pumpi imaju bolesnice sa insulinzavisnim dijabetesom u prekonceptiji, u vrijeme trudnoće i za vrijeme dojenja, bolesnici sa incipijentnom nefropatijom, i djeca do 15 godina starosti koja imaju teško kontrolisani dijabetes i česte ketoacidoze.
- U našoj republici indikacije za primjenu insulinskih pumpi treba da postavlja Republička komisija za dijabetes.

Literatura

1. Becker D. Individualized insulin therapy in children and adolescents with type 1 diabetes. Acta Paediatr 1998, Suppl 425:20-4
2. Bojovic B. Sve o secernoj bolesti, Unireks, Podgorica, 2004,290-4
3. Danne T, Deiss D, Hopfenmuller W, von Schutz W, Kordonouri O. Experience with insulin analogues in children. Horm Res 2002. 57 Suppl 1, 46-53
4. Maniatis AK, Kingensmith GJ, Slover RH et al. Continuous subcutaneous insulin infusion therapy for children and adolescents an option for routine diabetes care. Pediatrics 2001, 107:351-6
5. Orr DP. Diabetes mellitus. In Neinstein LS, editor. Adolescent Health Care. Philadelphia:Lippincot & Williams Wilkins, 2002, p.250-63

ŠEĆERNA BOLEST KOD MLADIH -PROBLEMI I IZAZOVI-



Internacionalna dijabetesna federacija (IDF), podržana od strane Svjetske zdravstvene organizacije (SZO ,WHO), ustanovila je 1991. godine Svjetski dan borbe protiv šećerne bolesti i odredila da to bude 14. novembar, koji se svake godine obilježava u preko 150 zemalja svijeta. Razlog je svojevrsna pandemija dijabetesa i teške zdravstvene i socijalno-ekonomiske posljedice dijabetesa.

Dijabetes kod djece i omladine je insulin-zavisni tip dijabetesa, sa 2 ili 4 dnevne doze insulina (intenzivirani insulinski režim, basal-bolusni režim insulinske terapije). Neznatan broj djece je na insulinskoj pumpi. Taj dijabetes je izuzetno nestabilan, sa čestim oscilacijama šećera u krvi (glikemije), pa se zato naziva i "brittle" dijabetes.

Na tako nestabilan dijabetes kod djece i mladih utiče vise faktora: insulin, ishrana, fizička aktivnost, rast i razvoj, pubertet sa svojim kontrainsularnim hormonima (kortizolom, hormonom rasta, tireoidnim hormonima, adrenalinom, glukagonom), jer svi oni povećavaju šećer u krvi, a insulin je jedini hormon koji snižava šećer u krvi (što bi Njegoš pjesnicki rekao :..."jedna slamka među vihorove, sirak tužni bez idje ikoga"...). Zato se baš u pubertetu često dobija dijabetes.

Takođe, emocionalni i psihički stresovi, tip ličnosti, hiperaktivnost djeteta u toku igre, sporta, stil života, krize adolescencije, odbijanje terapije, abuzus u hrani i piću i drugo, mogu da pogoršaju dijabetes, lošu metaboličku kontrolu i ranu pojavu hroničnih komplikacija.

Cilj liječenja je da se vrijednosti glikemije kreću u inače veoma uskim graničnim vrijednostima od 3,3 do 6,5 mmol/l ili da budu približno normalnim vrijednostima u toku 24 sata, da je glikozilirani "slatki" hemoglobin (HbA1c) do 7 % ili 7,5 % što se smatra zadovoljavajućom metaboličkom sređenošću bolesti, uz odsustvo simptoma bolesti, dobrog opštег stanja i pozitivnog stava prema životu i svojoj bolesti, uz životni optimizam i ambicioznost. Sve ovo je dosta teško ostvariti znajući kroz kakav vulnerabilni period prolazi mladi organizam djeteta, adolescente i mladog čovjeka.

Zato mora da postoji dobra edukacija djeteta i njegove porodice, dobra samokontrola, redovne kontrole i evaluacija bolesti kod svog endokrinologa. Takođe je važna i edukacija nastavnika, profesora, učenika, drugova, kako bi poznavali bolest i u određenom trenutku pomogli svom drugu dijabetičaru.

Veoma je važan dobar i pozitivan stav prema mlađom dijabetičaru od strane porodice, okoline, radne sredine, bilo da je u pitanju mjesto stanovanja, vrtić, škola, fakultet, radno mjesto.

Jer, bilo je slučajeva što dijabetičari mogu najbolje da osjete i primijete, prolazeći

PIŠE:
Prim. dr. Miroslav Femić,
specijalista pedijatar
Dom zdravlja Bijelo Polje

«Ishrana, fizička aktivnost i zdravlje »

kroz sve ove pomenute sredine sa svojim dijabetesom u toku života, da budu od strane "nekih" osoba iz tih sredina izloženi ruganju, podsmijavanju, prozivci da je narkoman, jer nosi igle i špic za insulin dajuci ga sebi u školi ili radnom mjestu, davajući mu osjećaj krivice, sramote, manje vrijednosti i nesposobnosti, iako to nije tako. Mnogi dijabetičari su to doživjeli u svom životu.

Ta pojava se zove stigmatizacija, tj. "obilježavanje" da je neko bolestan od dijabetesa, da je zato manje vrijedan, manje koristan, čak i nepotreban, bez obzira na njegove stručne sposobnosti, znanje, kvalitet i rad, pa se nekada želi izvrsiti i segregacija, tj. odvajanje i izolacija te osobe, samo zato što je dijabetičar.

Sve te pojave dovode do emocionalnih stresova i psihosocijalnih problema kod tog učenika, studenta, radnika, stručnjaka da se socijalizuje i adaptira u tim sredinama, tokom školovanja, studiranja, zaposlenja, na radnom i drugim mjestima.

Uz te probleme, nastanu i problemi usklađivanja davanja doza insulina, vremena i pauze za uzimanje obroka, užine, što treba omogućiti mladom dijabetičaru, koji je na intenziviranoj insulinskoj terapiji (4 doze dnevno), a naročito ako još ima hronične komplikacije, da se oslobodi rada u smjenama, noćnog rada i cjelodnevnog (24 satnog) rada i dežurstva.

Mladi dijabetičar u toku jednog dana treba da doneše 80 važnih odluka i radnji vise nego njegov zdravi vršnjak.

U Crnoj Gori ima nekoliko dobrih i najvažnijih činjenica za djecu i mlade oboljele od dijabetesa :

1. U Crnoj Gori djeca i omladina sa dijabetesom upotrebljavaju najkvalitetnije humane insuline, uključujući tu i tzv. insulinske analoge (Novorapid, Levemir, Lantus), koji zauzimaju sve značajnije mjesto u terapiji pomoću pen brizgalica, čime se obezbjeđuje komfor i bezbolnost davanja insulina, što je veoma važno za djecu I mlade, s obzirom da primaju više dnevnih doza insulina, a i zbog mnogih drugih razloga. Međutim, upotreba insulinskih pumpi još nije zaživjela zbog visoke cijene, iako je za djecu i omladinu u svijetu to trend.

2. Djecu i mlade dijabetičare u Crnoj Gori liječe, edukuju, prate i kontrolišu dobri I stručni pedijatri-endokrinolozi (za uzrast do 18 godina) i internisti-endokrinolozi (poslije 18 godine), koji prate i primjenjuju najnovije svjetske standarde i trendove u liječenju dijabetesa, samo što je broj internista-endokrinologa nedovoljan.

3. Djeca dijabetičari dobijaju do 18-godine života besplatno aparat i 50 traka za samokontrolu šećera u krvi svakog mjeseca na recept, na teret Fonda za zdravstvo, jer moraju često da rade dnevno-noćne profile glikemije.Znajući da dijabetes mnogo košta oboljelog, njegovu porodicu, zdravstvene ustanove koje liječe dijabetes i Fond za zdravstvo, a time i državu, kako zdravstveno, socijalno, tako i ekonomski, a opet znajući sa druge strane da loše kontrolisan (pored ostalog uslovljeno i nedostatkom aparata i traka za samokontrolu) i liječen dijabetes brzo dovodi do komplikacija čije liječenje je teško, mnogo skupo i manje uspješno, javlja se potreba da se besplatan aparat i trake za samokontrolu daju i mladim dijabetičarima do 25-e godine, mladim dijabetičarima koji su na intenziviranoj insulinskoj terapiji, kao i trudnicama koje imaju dijabetesu toku trudnoće.Ovo je važno zato što aparat košta oko 50 Eura, 50 traka oko 30 Eura, što uz ishranu koja je 30% skuplja od ishrane zdravih vršnjaka, predstavlja veliki finansijski izdatak za dijabetičare. Dijabetičari imaju pored toga i mnogo drugih novčanih izdataka, a dobro bi bilo uvrstiti na pozitivni listu ljekova Fonda za zdravstvo i lijek Thioctacid (alfa

«Ishrana, fizička aktivnost i zdravlje » lipoična kiselina), koji se upotrebljava za terapiju dijabetesne polineuropatije, jer je za samog dijabetičara mnogo skup.

4. Dobra činjenica za dijabetičare koji imaju komplikacije u vidu angiopatije i polineuropatije je što mogu na teret Fonda da koriste terapiju u hiperbaričnoj komori, tzv. hiperbaričnu oksigenaciju (HBO), sto može da dovede do regresije komplikacija ili njihovo stacioniranje, tj. zaustavljanje. Predlog je da i dalje dijabetičari imaju sadašnji status za korišćenje ove terapije u hiperbaričnoj komori.

Dobro bi bilo uraditi Registar svih dijabetičara u Crnoj Gori, izraditi Nacionalni plan kliničke prakse za Diabetes mellitus, sa algoritmom praćenja dijabetesa. Za učenike dijabetičare formirati i organizovati Ljetnji kamp, tj. Školu dijabetesa, u toku raspusta, sa podrškom od strane Novo Nordiska, sponzora i Fonda za zdravstvo, što bi mladim dijabetičarima pomoglo u osamostaljivanju i nezavisnosti od roditelja u praćenju dijabetesa, edukaciji, rekreaciji, socijalizaciji sa drugim dijabetičarima, psihološkoj podršci i zabavi. Ova ideja postoji odavno, a Škola bi se mogla organizovati po uzoru na slične iz okruženja.

Takođe da napomenem da bi za starije dijabetičare trebalo uraditi standardizaciju liječenja kontrole dijabetesa na primarnom, sekundarnom i tercijernom nivou zdravstvene zaštite, i mjere prevencije i ranog otkrivanja dijabetesa na lokalnom, opštinskom nivou i na republičkom nivou u kontekstu najavljenih reformi u zdravstvu.

Na kraju potreban je optimizam i ne treba se predavati, zato je i ova moja poruka za mlade dijabetičare puna optimizma: Vi ste uslovno zdravi, samo živite drugaćijim stilom života, ishrane, obaveza, davanja insulina, određivanja šećera u krvi, ali neka Vam to bude izazov, da budete odlični učenici, uz pravilnu profesionalnu orientaciju zbog dijabetesa, budete odlični studenti, a sjutra dobri, a možda i najbolji profesori, inženjeri, pravnici, ekonomisti, ljekari, službenici i druga zanimanja, koja ne ugrožavaju zdravlje dijabetičara, posebno je važno da budete ekonomski nezavisni, da možete svojim radom obezbijediti i svojoj porodici egzistenciju i troškove koje zahtijeva dijabetes.

Takođe možete da se umjereni, dozirano, bavite odabranim sportom, uz određene uslove budete vozači amateri, da zasnujete brak, da budete dobri supružnici, dobri roditelji, i ljudi i društveno korisni i da doživite sve ljepote i draži koje pruža život i doživite što duži radni i životni vijek, uz izuzetan rad, upornost i odgovornost, ali prije svega vodite računa o svom dijabetesu.



Šećerna bolest kod djece i adolescenata u Crnoj Gori

PIŠE:

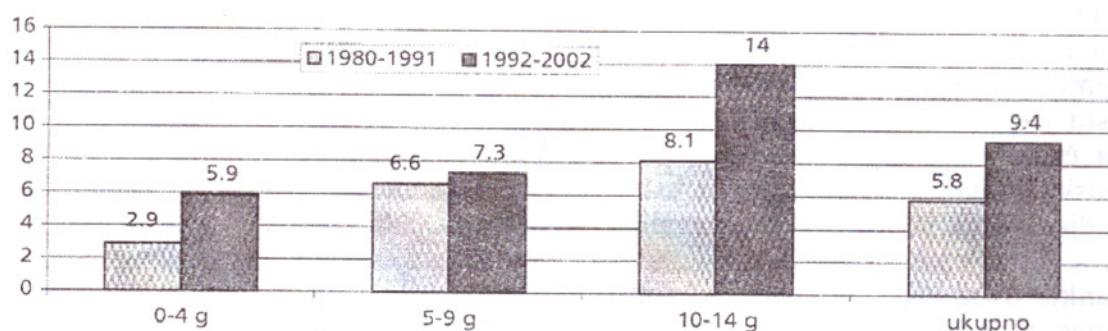
Doc.dr.Mira Samardžić, endokrinolog
Institut za bolesti djece,
Odjeljenje za endokrinologiju Podgorica

Dijagnoza šećerne bolesti (diabetes mellitus tip 1 ili insulin zavisni dijabetes mellitus - IZDM) predstavlja momenat od koga počinje ogromna promjena u životima bolesne djece i njihovih porodica.

Dijabetes kod djece je hronični poremećaj prometa materija,čija je osnovna karakteristika nedostatak insulina, hormona koji ima glavnu ulogu u metabolizmu šećera.Nedostatak insulina dovodi do porasta nivoa šećera u krvi iznad normalnih vrijednosti. Vrijednost šećera u krvi naraste preko 7 mmol /L i preko 11 mmol/L nakon obroka,sti dovoljne za postavljane dijagnoze.

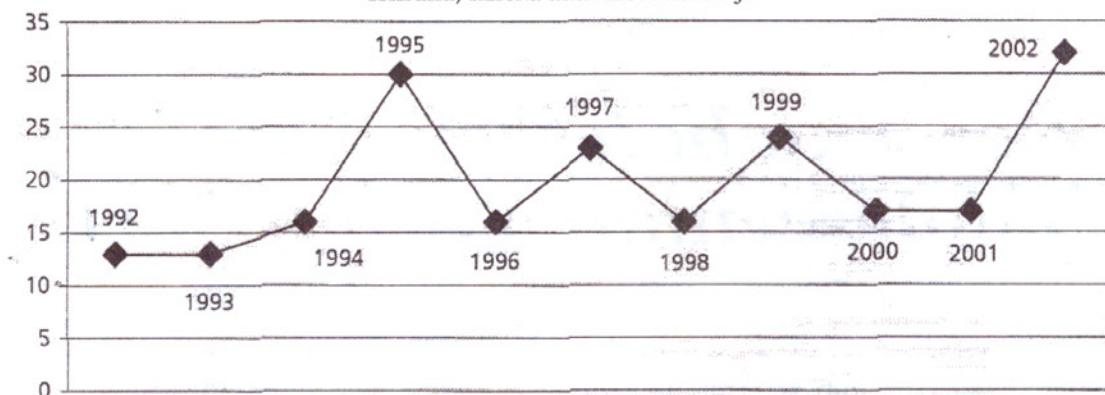
Imajući u vidu učestalost, dijabetes je javno zdravstveni problem.Incidencija, odnosno broj novootkrivenih osoba tokom jedne godine sa IZDM, u Crnoj Gori posljednjih deset godina (1992 -2002) je bila 9,4/100000 djece određenog uzrasta.U odnosu na prethodnu dekadu (1980-1991) kada je bila 5, 8/100000, incidencija je porasla za 62% kod djece od 0 do 14 godina.Poseban porast registrovan je prosle tj. 2002. godine.

Ranih devedesetih godina počinje u Svijetu rasti interes za epidemiologiju dijabetesa, a 1983 godine grupa istraživača uključena u internacionalni istraživački projekat započnje standardizaciju u toj oblasti, izučavajući bolest u različitim kulturnim, geografskim, etnickim i socijalnim sredinama. U većini zemalja osnovani su registri oboljelih od dijabetesa, a 1988 godine Evropska Unija je podržala studiju EURODIAB, koja istražuje varijacije insulin zavisnog dijabetesa u Evropi, posebno razlike sjever jug.



Grafikon 1. Incidencija insulin zavisni dijabetesa u Crnoj Gori

«Ishrana, fizička aktivnost i zdravlje »



Grafikon 2. Godišnji broj novootkrivenih pacijenata sa UZDM u Crnoj Gori kod djece od 0-14 g.

Najveću incidenciju Insulin zavisnog dijabetesa u Evropi ima Finska (45/100000), a na jugu Evrope Sardinija (32/100000). Njemačka, Slovenija, Poljska, Portugal, Mađarska, Austrija i Francuska imaju incidenciju IZDM ispod 10/100000.

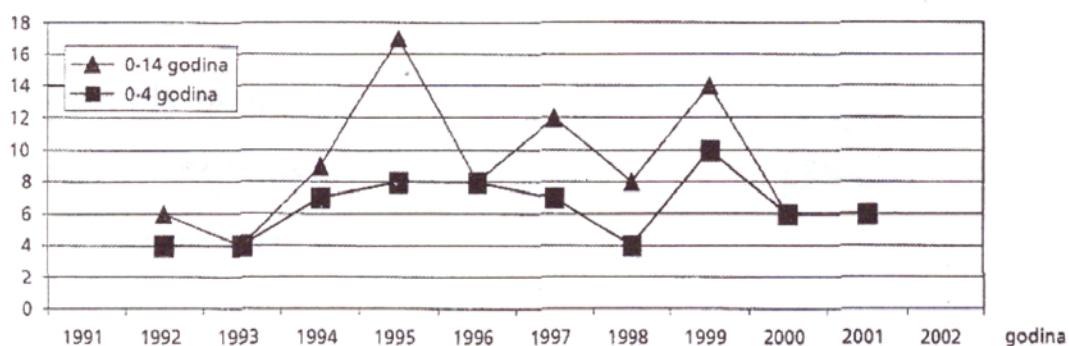
Prema podacima u našem registru, poslednjih 10 godina insulin zavisni dijabetes je di-jagnostikovan kod 172 djece i omladine do 18 godina. Najviše oboljelih živi u Podgorici (30, 8%)

Svjetska zdravstvena organizacija je 1990 godine imajući u vidu učestalost ove ozbiljne bolesti, osnovala projekat praćenja dijabetesa kod djece (Multinational Project for Children Diabetes) za izučavanje globalne incidencije, smrtnosti i zbrinjavanja djece oboljele od insulin zavisnog dijabetesa.

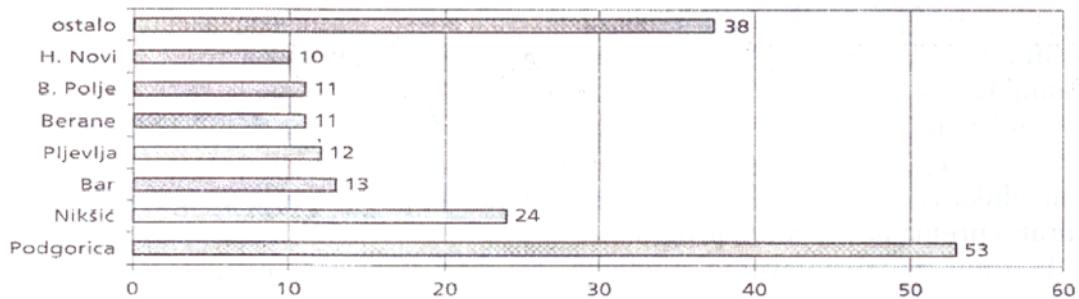
Dijabetes nastaje zbog spoljnih faktora ili faktora okoline (zagađenost, zračenje, klima, izloženost raznim mikro organizmima) i unutrašnjih ili genetskih faktora. Za sada nije poznat tačan mehanizam ili promjena na genu koja dovodi do šećerne bolesti. Bitan dokaz o važnosti genetskih faktora za nastanak IZDM je učestalost ove bolesti u porodicama diabetičara. Drugi dokaz koji ukazuje na ulogu naslednih faktora su blizanci.

Procjenjeni rizik za nastanak dijabetesa kod djece oboljelog oca je 7%, u slučaju oboljele majke je 2%, za identične blizance 35% i za rodake djeteta oboljelog od dijabetesa 3-6%. U Crnoj Gori 29% djece i omladine sa insulin zavisnim dijabetesom Una srod-nike prvog drugog ili trećeg stepena srodstva oboljele od iste bolesti. Mada je u većini zemalja predominantna pojava dijabetesa tipa 1, dijabetes je ipak heterogeno obojenje. Insulin nezavisni dijabetes (tip 2) javlja se kod odraslih osoba, a u dječjem uzrastu jedino u zemljama koje imaju visok procenat gojaznih. U Japanu se kod djece javlja česće nego dijabetes tipa 1, a ugrožene su pojedine etničke grupe: američki i kanadski indijanci, hispano amerikanci, afro amerikanci, indijanci porijeklom iz južne Azije, djeца са pacifickih ostrva, australijski Aboridžini.

U vrijeme postavljanja dijagnoze 80-90% te djece je gojazno. Smatra se da su u nastanku ovog tipa dijabetesa veoma značajni poligenetski faktori (oba identična blizanca u 100% slučajeva dobiju tip 2 dijabetes). Uticaj mogu imati način života, odnosno pretjerana ishrana i slaba fizicka aktivnost.



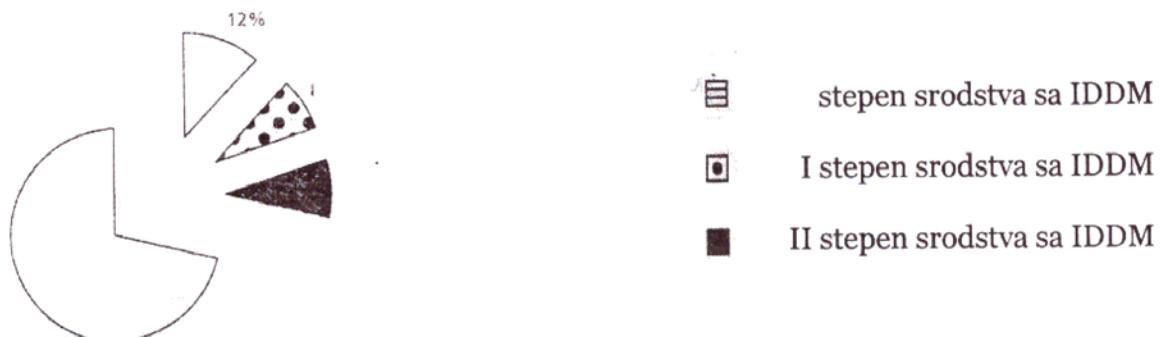
Grafikon 3. Trend rasta incidencije IZDM u Crnoj Gori kod djece od 0 - 14 godina



Grafikon 4. Broj oboljelih od IZDM u Crnoj Gori prema mjestu boravka

Predijabetes prethodi klinički manifestnom stanju i javlja se mjesecima, nekada i godinama prije, a karakteriše se pojavom antitijela na nekoliko antigena smještenih na ćelijama pankreasa koje sintetiziraju insulin (beta ćelije). Postepeno dolazi do progresi je destrukcije beta ćelija, smanjuju se sekrecija insulina i bolest postaje manifestna. Kod većine djece bolest nastupa naglo sa učestalim mokrenjem, osjećajem žedi i mirisom na aceton. Može se javiti bol u stomaku, noćno mokrenje, gljivično oboljenje sluzokoža, slabo napredovanje i gubitak u težini, malaksalost, razdražljivost, popuštanje u školi, i kožne infekcije. Zbog toga bi kod svakog djeteta sa naglim gubitkom težine i izraženim osjećajem žedi trebalo provjeriti vrijednosti šećera u krvi i mokraći. Oko 30-60% djece i adolescenata ulazi u parcijalnu remisiju odnosno period tokom koga je relativno lako sa malim dozama insulina ili bez insulina održavati normalne vrijednosti glukoze u krvi. Najčešće traje jedan do šest mjeseci nakon započinjanja terapije. Međutim kod većine djece funkcija beta ćelija postaje nemjerljiva jedna do dvije godine nakon postavljanja dijagnoze. Kada se to desi, osobepostaju u cijelini zavisne od spoljašnjeg unosa insulina putem injekcija (ili preko potkožnih insulinskih pumpi), u centrima sa iskustvom i koje stoje na raspolaganju pacijentima 24 časa).

«Ishrana, fizička aktivnost i zdravlje »

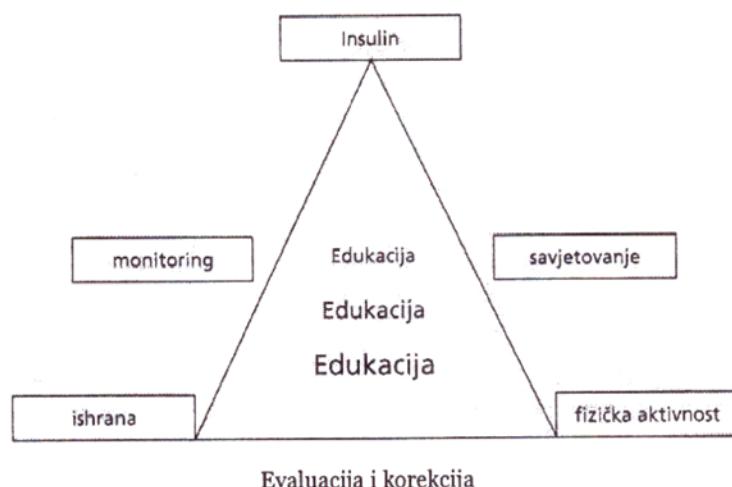


Kod djece i adolescenata sa dijabetesom tip 1, insulin je neophodan za održanje života i potrebno ga je uključiti u terapiju odmah po postavljanju dijagnoze, da se spriječe metabolički poremećaji. Većina djece prima humane insuline (2-4 doze) dobijene re-kombinantnom DNA tehnologijom, zbog njihove sličnosti sa humanim insulinom. Po-slednjih godina proizvedeni su još savremeniji tzv. analozi insulina. U većini centara za di-jabetes, smatra se da je monitoring (samokontrola) šećera u krvi najznačajniji faktor u li-ječenju dijabetesa djece i adolescenata.

Edukacija djece i adolescenata oboljelih od dijabetesa i njihovih roditelja je takođe bitna u liječenju i zbrinjavanju. Svaka osoba sa dijabetesom ima pravo na praktičnu edukaciju sa kojom se počinje odmah nakon postavljanja dijagnoze i nastavlja kontinuirano prema određenom programu.

U timu za zbrinjavanje oboljelih od dijabetesa su: pedijatar-dijabetolog-endokrino-log (ili ljekar sa specijalnim zanimanjem za dijabetes kod djece i adolescenata). Medi-cinska sestra sa edukacijom iz dijabetologije i dijatetičar. Tim bi trebao da stoji na raspolaganju pacijentima 24 časa.

Podršku timu za liječenje dijabetesa pružaju psiholozi, psihijatri sa edukacijom iz oblasti dječje dijabetologije i socijalni radnici. U mnogim zemljama postoje udruženja roditelja djece oboljele od šećerne bolesti, a veliki značaj imaju i rekreativni edukacioni kam-povi. Samo uz takvu podršku, djeca oboljela od IZDM mogu imati sigurno i bezbjedno djet-injstvo i normalan život koji vodi u zrelu dob bez izrazenih komplikacija.



ISHRANA DIJABETIČARA U OTEŽANIM SOCIO- EKONOMSKIM USLOVIMA

Pravilna ishrana predstavlja osnovnu terapijsku mjeru u liječenju dijabetes mellitusa, ali je u ovom pogledu, u dijabetologiji prisutna prava konfuzija. Prehrambene namirnice, koje dospijevaju u ljudski organizam, ne samo da su neophodne za normalno funkcionisanje organa nego su i materijal za čelijsku reprodukciju, kao i energetski depo.

Kod dijabetičara, sposobnost utilizacije glikoze, kao i deponovanje hrane je poremećena, a energetske potrebe se mijenjaju ne samo tokom dana, nego i časova.

Vratimo se sada na već pomenutu konfuziju koja postoji u dijabetologiji po pitanju ishrane oboljelih osoba-važno je istaći da se ona, u značajnijoj mjeri, ne razlikuje od ishrane zdravih ljudi. Osnovna razlika je u:

- količini prehrambenih namirnica,
- ritmu uzimanja obroka.

Poznato je, da je ovakav način uzimanja hrane (češće uzimanje manjih količina hrane), pokušaj imitacije prirodnog lučenja insulina, odnosno pokušaj da se racionalno koristi preostala, endogena insulinska rezerva, ili da se enzogeni insulin, u svom ritmu unošenja približi prirodnim pulsevima i pikovima sekrecije.

Ishrana dijabetičara mora biti prilagođena individualnim faktorima (pol, starost, zanimanje, navika, uslovi života).

Savremena dijabetična dijeta mora biti raznovrsna i ukusna, da obezbijedi:

- odgovarajući energetski unos,
- broj obroka njihov raspored.

Savjetuje se, da dijabetičar koristi 15-20% bjelančevina, 20-30% masnoće, 55-60% ugljenih hidrata.

Uticaj različitih vrsta ugljenih hidrata na nivo šećera u krvi, ne odnosi se samo na količinu, već i vrstu unešenih ugljenih hidrata. Zato postoji pojam GLIKEMIJSKI INDEKS – preciznije, pokušaj klasifikacije prehrambenih namirnica po obimu podizanja nivoa glikemije.



PIŠE:
Dr. Aleksandar Đogo

NAMIRNICA
Glikoza
Bijeli hleb
Tijesto
Jabuke

GLIKEMIJSKI INDEKS
100%
69%
50%
39%

U sklopu ugljenih hidrata, posebna pažnja se posvećuje dijatelnim vlaknima (iz zeljastih i zrnastih biljaka – spanać, ječam, grašak, voće).

Najrasprostranjenija dijetalna šema je ADA (American Diabetology Association) koja ima široku mogućnost prilagođavanja domaćim prehrambenim navikama.

Prema toj šemi, raspodjela namirnica prema obroku određuje se u jedinicama grupe osnovanih namirnica, koje bolesnik, koristeći tablice, može koristiti. Prednost je u jednostavnosti i raznovrsnosti, pa se bolesnik, nakon kraćeg upoznavanje, može i sam služiti.

Postoji 6 osnovnih grupa:

- hljeb i zamjene
- meso i zamjene
- povrće
- voće i zamjene
- mlijeko i zamjene
- masnoće i zamjene

Prilikom raspodjele hrane na obroke, u svakoj dijabetičnoj dijeti mora biti zastupljena:

Grupa 1 – mlijeko i zamjene – 2 jedinice

Grupa 2 – povrće – 3 jedinice

Grupa 3 – voće i zamjene – 5 jedinica

To je temelj dijete, a raspodjela hrane na obroke se obavlja tako da se najprije popune potrebe za ugljenim hidratima, dodavanjem namirnica iz grupe 1 – i podijeli na 3 glavna obroka, kao i 3 manja u vidu užine. Osim ugljenih hidrata, na taj način ulaze i bjelančevine. Zatim, putem namirnica iz grupe 2, zadovoljava se potreba za bjelančevinama – na taj način, u dijetu ulaze i masnoće. Konačno, iz grupe 6, masnoće i zamjene, dopunjava se dodatna potreba u masnoćama.

Već pomenuta raznovrsnost pomenutih tablica, najbolji je dokaz, da se ovakav tip ishrane može prilagoditi osobama različitih navika, uzrasta, ali i socio-ekonomskog miljea.



SA EPIDEMIJOM GOJAZNOSTI RASTE I BROJ DIJABETIČARA

- **Danas u svetu od šećerne bolesti boluje 177 miliona ljudi. Za trideset godina ta brojka će se udvostručiti**
- **Insulinske pumpe poboljšavaju kvalitet života**



PIŠE:
Prof. dr Edita Stokić

Zabrinjavajući rezultati epidemioloških studija

Šećerna bolest, prema rezultatima epidemioloških i kliničkih studija, poprima epidemiske razmjere. Danas oko 177 miliona ljudi širom svijeta boluje od dijabetesa, a Svetska zdravstvena organizacija procjenjuje da će do 2030. godine biti više od 300 miliona dijabetesnih bolesnika. Gojaznost je oboljenje koje se karakteriše uvećanjem masne mase u meri koja dovodi do narušavanja zdravlja i razvoja komplikacija, izmđu ostalog i tipa 2 dijabetesa. Dobro je poznato da se u svetu rapidno povećava broj gojaznih osoba. Međutim zabrinjava podatak da je među njima sve više osobamlade životne dobi.

U Sjedinjenim Državama, zbog epidemije gojaznosti među decom, dijabetes tipa 2 karakteriše i dječije doba u meri da je sada svaki treći novooboleli od ovog oboljenja dete.

Kliničke manifestacije disetaboličkog sindroma

Pokazano je da dvanaest godina pre nego što nastane tip 2šećerne bolesti, počinju promene na beta-ćelijama pankreasa, tako da u momentu ispoljavanja bolesti već je 50 procenata beta-ćelija oštećeno. Posljednih desetak godina ističe se udruženost nagomilavanja intraabdominalnog masnog tkiva, povišenje nivoa triglicerida u plazmi, sniženog protektivnog , HLD-holesterola, šećerne bolesti i hipertenzije. Navedeni poremećaji mogu se pojaviti zajedno u iste osobe pod slikom metaboličkog sindroma, dovodeći do značajnog povećanja rizika za razvoj kardiovaskularnih bolesti. To su sada vodeći uzroci obolijevanja u savremenom svijetu a u genezi, pozadini svih tih oboljenja, leži sindrom insulinske rezistencije, odnosno neosetljivost tkiva na insulin. Cilj lečenja metaboličkog sindroma mora biti modifikacija postojećih činilaca rizika i stanja insulinske rezistencije, a to podrazumeva redukciju prekomjerene tjelesne mase primjenom dijetske ishrane, fizičke aktivnosti, promjenom stila života i farmakoterapije.

Neke novine u liječenju i preaćenju šećerne bolesti

Veliki je broj supstanci čiji se efekat u liječenju šećerne bolesti istražuje. Među oralnim hipoglikemicima nove generacije interesantno je spomenuti „repaglinid“, koji stimuliše lučenje insulina iz pankreasa, a njegova osnovna prednost je ta što je ova stimulacija brza, dovoljno intenzivna i kratkog trajanja. „Repaglinid“ se uzima pred svaki obrok i stimuliše lučenje insulina samo kratko posle njega. Ukolikose obrok preskoči, lek se ne uzima.

Danas su sve više u upotrebi insulinski analozi kratkog i dugog dejstva, kojima se postiže imitiranje fiziološkog lučenja insulina, a time i bolji kvalitet glikoregulacije. Rezultati završenih studija pokazali su da primena jednog takvog insulinskog analoga dugog dejstva, insulina 'detemira', omogućava maksimalni potencijal insulinske terapije u poređenu sa NPH insulinima, manje hipoglikemijskih incidenata, bolju metaboličku kontrolu i odsustvo značajnih efekata na tjelesnu masu.

Primjena insulinskih pumpi, koje danas imaju moderne elektronske sisteme koji kontinuirano ubrizgovaju insulin, omogućava poboljšanje glikoregulacije, uz minimalno narušavanje kvaliteta života dijabetesnih bolesnika.

U savremenim razmatranjima lečenja šećerne bolesti treba spomenuti gensku terapiju. U jednom eksperimentu na životnjama, naučnici sa Baylor College of Medicine u Hjustonu izlečili su miševe od šećerne bolesti ubrizgovajući im zdrave gene – NeuroD gene. U ovom istraživanju ćelije jetre transformisale su se u ćelije pankreasa koje su počele normalno da proizvode insulin i druge važne hormone. Međutim, ovaj način lečenja ne znači i istovremenu primenljivost u čovjeka, jer je on mnogo složeniji i zahtjeva dalja istraživanja. Genska terapija svakako predstavlja veliki korak u liječenju šećerne bolesti.

Pored standardnih, tehnički osavremenjenih aparata za mjerjenje glikemije u okviru samokontrole dijabetesnih bolesnika, pojavili su se i oni u vidu sata, koji podatke o nivou šećera u krvi prenose putem kontakta sa kožom. Precizni senzori smešteni su na zadnjoj strani i dovoljan je samo dodir sa kožom kako bi se ove vrijednosti očitavale i prikazivale na ekranu sata.

Sve ove novine imaju osnovni cilj da preveniraju ili odlože nastanak hroničnih komplikacija dijabetesa, a ukoliko one već postoje, da zaustave ili bar uspore njihovo dalje napredovanje, što se, u celosti, doprinosi poboljšanju kvaliteta života u dijabetesnih bolesnika.

Klinika za endokrinologiju, dijabetes
I bolesti metabolizma Institut za interne bolesti,
Klinički centar Novi Sad

Regulisan šećer čuva vid



PIŠE:
Doc. ANA OROS

Dijabetes melitus ili šećerna bolest je sistemsko obojenje krvnih sudova svih organa. Oboljenje krvnih sudova izaziva smanjeno dopremanje kiseonika u ćelije, te dolazi do oštećenja različitih tkiva i njihovog postepenog propadanja. To je bolest kod koje se šećer, osnovna energetska materija neophodna za funkcionisanje svake ćelije u svim tkivima i organizma, ne može iskoristiti zbog nedostatka insulina u organizmu. Što je ćelijski metabolizam složeniji i na višem nivou, više zavisi od dopremanja kiseonika i energije koja se dobija iz glukoze. Zato nedostatak glukoze u tkivima sa većim zahtevima dovodi do njihovog ranijeg oštećenja. Ćelije i tkiva pate i propadaju, što se manifestuje smanjenjem ili potpunim gubitkom njihove funkcije.

Dijabetesna retinopatija je oštećenje mrežnjače koje se javlja kod osoba obolelih od dijabetesa. Rezultat je loše prokrvljenosti, jer u dijabetesu propadaju krvni sudovi koji ishranjuju mrežnjaču.

Tkivo mrežnjace zbog visoko specijalizovanih i za organizam jedinstvenih elektrohemihiskih zivanja je najzahtevnije tkivo za kiseonik i glukozu. Iz tih razloga je bogato snabdeveno krvnim sudovima.

Retina ili mrežnjaca je unutrašnji sloj oka, koji prihvata svetlost. Svetlost ulazi u oko prelамajući se pri prolasku kroz rožnjacu i sočivo, i fokusirajući se u centralnom delu mrežnjace nazvanom žuta mrlja. Dalje se moduliran signal svetlosti prenosi vlaknima vidnog živca do kore velikog mozga, gde se dobija doživljaj viđenja slike.

Promene na očnom dnu kod obolelih od dijabetesa klasifikuju se kao:

- neproliferativna, proliferativna retinopatija

Edem makule, odnosno izliv tečnosti u predelu žute mrlje, može se javiti u sklopu obe forme retinopatije.

Dijabetesna retinopatija se razvija posle dužeg trajanja šećerne bolesti, a napreduje brže u stanjima stalnih i teških opštih metaboličkih poremećaja. U uslovima loše metaboličke regulacije javljaju se promene u zidovima krvnih sudova mrežnjače, prvenstveno na nivou kapilara, koji su najsitniji krvni sudovi. Dolazi do njihovog začepljivanja, a zidovi postaju porozni i propustljivi. Zato se u tkivu mrežnjače pojavljuju izliv tečnosti i krvi. Neishranjenost tkiva dovodi do taloženja štetnih materija u mrežnjači. Ove promene koje su rezultat stanja loše prokrvljenosti manifestuju se kao edem, krvarenje ili eksudat, i uvek su znak velike neishranjenosti i patnje tkiva koji uzrokuju propadanje plemenitog tkiva mrežnjace. To su klinički znaci neproliferativne dijabetesne retinopatije.

Ukoliko su ovi procesi u centralnom predelu mrežnjače - u predelu žute mrlje, dela odgovornog za jasan vid, postoji stanje dijabetesne retinopatije sa razvojem eksudativne ili edematozne makulopatije, koja dovodi do opadanja vida. Na mestu oštećenja zida krvnog suda u uslovima loše ishranjenosti mogu se javiti proliferacija i pojava novih krvnih sudova. Tada neproliferativna forma prelazi u formu proliferativne dijabetesne retinopatije. Proliferativna forma je komplikovano stanje, koje je praćeno novim oštećenjima. Pojava novih krvnih sudova u predelu vidnog živca i pojava edema u makuli daju tešku sliku dijabetesne retinopatije.

Novostvoreni krvni sudovi su pojačane propustljivosti i fragilnosti. Lako pucaju na bezazleni napor. Dolazi do većih krvarenja u mrežnjači ili u unutrašnjosti oka, u staklasto telo. Staklasto telo daje potporu mrežnjači, i u normalnim uslovima je providno i nema sopstvenih krvnih sudova. U toku dijabetesne retinopatije u njemu se može nakupiti izlivena krv, što narušava njegovu finu strukturu, tako da svojim ožiljavanjem počinje štetno da deluje na mrežnjaču. Krvarenja u predelu žute mrlje i pojava krvi ispred nje

takođe umanjuju oštrinu vida ili dovode do potpunog zamućenja vida. Krvarenja i proliferacije na mestima uda-Ijenim od žute mrlje mogu postojati uz očuvanje vidne oštine. Opsežna krvarenja u staklastom telu mogu se manifestovati izraženim smanjenjem vida.

Zbog velike propustljivosti mreže novostvorenih krvnih sudova nastaju proliferacije i ožiljno tkivo. Ožiljni procesi trodimenzionalno, na nivou mrežnjace i prema unutrašnjosti oka, prema staklastom telu, vrše trakciju i dovode do odlubljivanja mrežnjače. Ovo može izazvati trajni gubitak vida.

Promene na mrežnjači su pokazatelji opštih metaboličkih zbijanja i poremećaja u čitavom organizmu kod obolelih od šećerne bolesti. Zato pregled očnog dna na široku zenicu ima za cilj da se blagovremeno otkriju znaci dijabetesne retinopatije, i zavisno od prisustva ili razvoja komplikacija što pre primeni adekvatno lečenje.

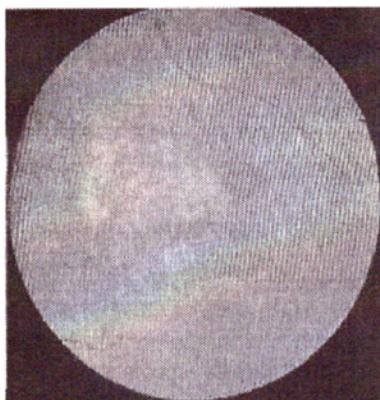
U dijabetesu dečje dobi oftamološki pregled očnog dna treba sprovesti na početku puberteta. Ukoliko ne postoje znaci dijabetesne retinopatije, pregled treba ponavljati jednom godišnje.

Kod juvenilnog tipa dijabetesa prvi pregled se preporučuje pri otkrivanju bolesti, a dalji pregledi kao u dijabetesu dečje dobi, u obliku redovnih jednogodišnjih kontrola.

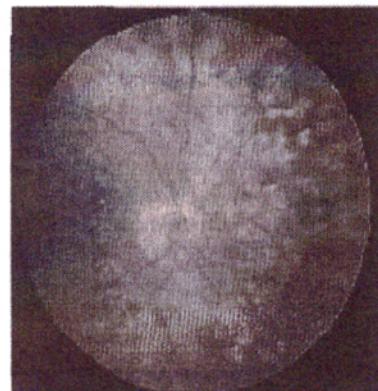
Trudnoća kod osoba obolelih od dijabetesa može izazvati nove promene na mrežnjaci. U trudnoći pregled očnog dna treba obaviti u prvom tromesečju. Ako postoje promene vezane za dijabetesnu retinopatiju, kontrole se obavljaju jednom mesečno, ukoliko nema promena, tada se preporučuju kontrole na dva meseca.

Kod dijabetesa odraslih prvi pregled je neophodan pri otkrivanju šećerne bolesti. Ukoliko promene na mrežnjači ne postoje, pregled se zakazuje na dve godine. Ako postoje početni znaci retinopatije, manja krvarenja ili eksudati, pregledi se sprovode na šest meseci. Ako su prisutni edem u makuli i neovaskularizacija, odmah treba započeti lečenje laserom.

Postoje dva načina lečenja dijabetesne retinopatije laserom: laserfotoagulacija makularnog predela zbog edema, i laserfotoagulacija cele retine (panretinalno) kod postojećih znakova praliferacije i neovaskularizacije. Primena lasera se preporučuje što pre, kada još nema funkcionalnih ispada vida. Pri postojanju edema makule, pre nego što se pristupi laserskom tretmanu, potrebno je napraviti kontrastni snimak očnog dna pomoću fluoresceinske angiografije.



Dijabetesna retinopatija sa eksudativnom Makulopatijom. Smanjene vidne oštine nastaju taloženjem depozita usled lošeg metabolizma u predelu žute mrlje



Laser-pečati postavljeni panretinalno kod proliferativne dijabetesne retinopatije

Lečenje laserom se sprovodi ambulantno, u više navrata u razmaku od nedelju dana. Laserski pečati su bezbolni, pošto u mrežnjači nema nervnih vlakana za bol. Laserom se ciljano unistavaju bolesni, ishemični delovi mrežnjače, zone koje nemaju ishranu i funkciju. Ovi oboleli delovi štetno deluju na delove mrežnjače sa boljom ishranom. Laserskim dejstvom se bolesna mesta sasuše, čime se ostalim delovima mrežnjače obezbeđuje bolja ishrana, sa manje štetnog dejstva iz obolelih delova.

Tokom velikih krvarenja u staklasto telo i proliferacija sa trakcijom mrežnjače gde laser nije primenjivan, ili zbog težine uznapredovalih promena nije dovoljan, radi se složena operacija oka koja se naziva vitrektomija.

Naglašava se da primena lasera i vitrektomije ne rešava promene na mrežnjači i u oku ukoliko postoji stalni opšti metabolički poremećaji, koji i dalje održavaju i produbljuju uslove ne ishranjenosti, predstavljajući tako uslove za

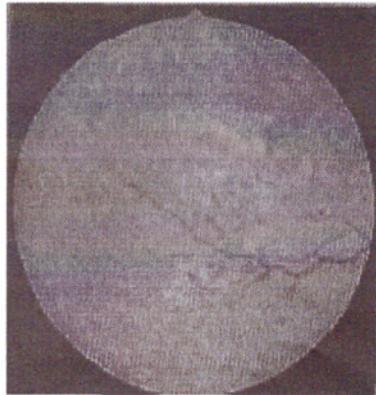
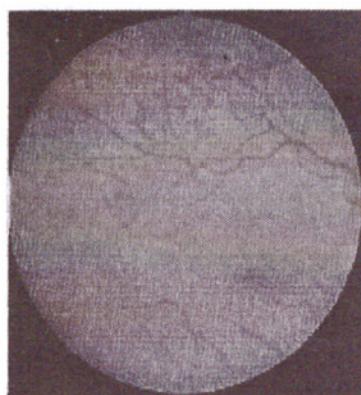
razvoj retinopatije i daIjeg ishemiskog oštećenja mrežnjače.To dovodi do potpunog gubitka vida, što dijabetesnu retinopatiju postavlja i održava na prvom mestu uzroka slepila dijabetesnih bolesnika.

Razvoj procesa ishemije izaziva često nepovratno slabljenje vida a, nažalost, često i definitivni gubitak vida.Slabljenje vida je obično postepeno, uvek bezbolno, dok je kod krvarenja u staklasto telo naglo.

Ukoliko su procesi neishranjenosti dosta uznapredovali, nastaju promene i na dužici. Na površini dužice pojavljuje se gruba mreža novih krvnih sudova, koji lako prokrvare, i krv se pojavljuje u prednjem delu oka. To uzrokuje povećanje pritiska u oku i razvoj sekundarnog glaukoma.I ono malo preostale vidne oštchine zbog povišenog intraokularnog pritiska definitivno propada, a oko je jako bolno. Tada je oftalmološko lečenje usmereno na sružavanje očnog pritiska i kupiranje bola, a jedina moguća operativna metoda jeste krio (zamrzavanje) ili posebna laser metoda, kojima se sa spoljne strane oka velikom energijom uništavaju tkiva nabujalih novih krvnih sudova.

Katarakta, odnosno siva mrena, mnogo češće se javlja kod obolelih od dijabetesa, i često može biti prvi simptom ove bolesti. Vid postepeno slabi, kod mladih osoba brže,kod starijih sporije. Često zbog zamućenja sočiva nije moguće pregledati očno dno i imati uvid u procese postojanja ili napredovanja dijabetesne retinopatije. U nekim slučajevima, ne tako retko, operacija katarakte je neophodna da bi se moglo započeti ili nastaviti lečenje dijabetesne retinopatije laserom.Pri operaciji katarakte kod zdravih osoba, bez promena na mrežnjači, vidna oština je obično dobra, kakva je bila i pre zamućivanja sočiva. Pri operaciji katarakte kod osoba obolelih od šećerne bolesti, vidna oština će zavisiti od stanja mrežnjače, odnosno postojanja i uznapredovanja dijabetesne retinopatije. Ukoliko se operacija radi na terenu loše metaboličke regulisanosti, može se i pogoršati retinopatija.U zaključku, kao zajednički imenitelj, stalno se ističe neophodnost dobre i stalne kontrole i regulacije šećera, kako bi se pomerio početak nastajanja i usporio proces napredovanja dijabetesne retinopatije. Postojanje visokog krvnog pritiska i povišenih masnoća u krvi značajno pogoršava dijabetesnu retinopatiju.

Lečenje dijabetesne retinopatije laserfotokoagulacijom obolele mrežnjače treba započeti što ranije, ne čekati da vidna oština počne da opada ili u potpunosti propadne. Primena laserske terapije znatno smanjuje propadanje vida, ali samo ukoliko se primeni na vreme.



Postavljanje laser-pečata na **mesta** loše ishranjenosti. Mreža novoformiranih krvnih sudova na mestu loše ishrane mrežnjače

**Autor je upravnik Klinike za očne bolesti
Kl inčkog centra "Novi Sad"**

«Ishrana, fizička aktivnost i zdravlje »

Kako da prepoznote i šta da uradite ako se pojavi veliko smanjenje šećera u krvi -Hipoglikemija-



Hipoglikemija nastupa uvek naglo, najčešće posle primljene injekcije insulina, a prethodi joj nere-dovna i nedovoljna ishrana i/ili teži fizički rad. Tegobe (znaci) koje ima osoba sa smanjenim šećerom u krvi, uvek su iste. Ako ne uočite te prve znake, znake opomene ili znake prve faze, i sami sebi ne pomognete, nastupiće sledecća faza koja je ozbiljnija, kada vam je već potrebna stručna ljekarska pomoć, i koja kasnije prelazi u stanje koje može biti opasno po život. Kod starijih osoba ovi znaci mogu i da izostanu i da se javi samo nekontrolisano ponašanje, osećaj nelagodnosti, zbunjenost ili gubitak svesti. Učestale i jake hipoglikemije su vrlo opasne i mogu dovesti do trajnih posledica po zdravlje.

PIŠE:
dr. Dragoljub Vbraški

ZNACI I OPOMENE:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| - osjećaj gladi | - zevanje |
| - laka muka i nagon na povraćanje | - uznemirenost |
| - blagi bolovi u želucu | - strah |
| - laka nesvestica | - pojačano znojenje |
| - nesigurnost pri hodu | - nesposobnost za rad |
| - poremećaj koncentracije | |

ŠTA DA URADITE?

Odmah nešto pojedite, ako vam ubrzo ne bude bolje, uzmite koncentrovane ugljene hidrate (jednu do dvije kocke šećera ili kašike meda, ili popijte neki slatki napitak). Obavestite potom, svog ljekara.

ZNACI PRVE FAZE:

- opšta malaksalost
- uporna glavobolja
- osjećaj hladnoće
- jača nesvjestica
- pospanost danju i loš san noću
- poremećaj orijentacije razdražljivost ili nezainteresovanost
- ubrzan rad srca
- trnjenje usana i prstiju na rukama
- proširenost zenica
- grčevi u mišićima
- dvostruko viđenje predmeta
- povećan ili normalan krvni pritisak DECA, jako nestošna ili pak neuobičajeno mirna

ŠTA DA URADITE?

Uzmite odmah nešto jako slatko, šećer, med, džem, čokoladu, eurokrem. Ako vam ubrzo ne bude bolje, pozovite ljekara! Ili, pozovite hitnu pomoć.

ZNACI DRUGE FAZE:

- potpuni gubitak orijentacije, jaka smirenost ili totalna zbrunjenost
- vrlo jaka uznemirenost
- ponekad i halucinacije
- nepovezan i nerazumljiv govor
- nevoljni pokreti
- jaki grčevi u mišićima
- koža bleđa, oblivena hladnim znojem, vilice grčevito stisnute

ŠTA DA URADITE?

U ovoj situaciji samo ljekar može da pomogne i zato ga odmah treba pozvati, a dok ljekar stigne, obolelog okrenuti na bok, između obraza i zuba staviti mu kocku šećera ili med.

ZNACI POSLEDNJE FAZE:

- opšte veoma loše stanje
- potpuni gubitak svesti
- snažno gršenje mišića
- mogući znaci epilepsije
- vrlo ubrzani rad srca, slab puls
- pad krvnog pritisak
- koma

«Ishrana, fizička aktivnost i zdravlje »

RANO OTKRIVANJE BOLESTI NAJBOLJI LIJEK



Dijabetes tipa 2 je progresivno oboljenje. Ono počinje podmuklo, bez ikakvih znakova i vremenom se polako razvija. Razvoj bolesti i promene koje s njom nastaju, u uskoj su vezi sa sposobnošću pankreasa da luči insulin u pravo vreme i u dovoljnoj količini. Insulin zapravo omogućava šeceru, koji smo unijeli hranom, da uđe u ćelije i bude iskorišćen za dobijanje energije. U nedostatku insulina, šećer ostaje u krvi, gdje njegova koncentracija raste iznad granica normalnog. Logično, dakle, insulin se iz pankreasa luči najviše posle obroka, dok je između obroka, a naročito tokom noći, količina izlučenog insulina veoma mala.

Kako je u početnom stadijumu dijabetesa tipa 2 funkcija pankreasa relativno očuvana, do pojave nedovoljnog lučenja insulina dolazi samo kada su zahtevi za njim veliki, tj. posle obilnih obroka. Dakle, nivo šecera u krvi raste iznad granica normalnog samo posle obroka, pa je detekcija bolesti teska. Ipak, promene u organizmu izazvane povišenom koncentracijom šećera u krvi nastaju već tada. One se javljaju uglavnom na krvnim sudovima i najizraženije su na krvnim sudovima očiju, srca i bubrega. Bolest napreduje daljim smanjenjem funkcije pankreasa. Kako se ovaj organ iscrpljuje, tako je nedostatak insulina sve veći, a šećer je sada povišen tokom cijelog dana i njegove koncentracije u krvi postaju sve više. I promjene na krvnim sudovima postaju sve izraženije i nadovezuju se na već postojeće. Pacijent ne osjeti visok šećer i često u ovom periodu nije ni svjestan svoje bolesti. Ponekad se ona otkrije tek kada se ispolje komplikacije nastale zbog promena na krvnim sudovima. Tada je, međutim, kasno, jer su promjene nepovratne.

U nedostatku lijeka kojim bi se liječila sama bolest, danas je opšte prihvaćen stav da ciljevi terapije zapravo treba da budu prevencija nastanka komplikacija. Je-dini način da se ovo postigne jeste rano otkrivanje bolesti i ozbiljna kontrola meta-bolizma šećera od prvog dana. Postupcima koji održavaju koncentraciju šećera u krvi u granicama normalnog tokom cijelog dana, zapravo minimalizujemo ili čak onemogućavamo nastanak promjena na krvnim sudovima. U početnim stadijumima bolesti, redovna i programirana fizička aktivnost i dijeta mogu biti dovoljni da se bolest drži pod kontrolom. Pod dijetom se ne mora obavezno podrazumijevati striktno uzdržavanje od unosa hrane. Ideja je zapravo da se ukupan dnevni unos hrane raspodijeli u više (obično pet) manjih obroka i tako izbegnu velika opte-rečenja pankreasa, čija je funkcija oštećena. Takođe, treba izbjegavati koncentrovane šećere koji intenzivno i u kratkom periodu podižu koncentracije šećera u krvi. Fizička aktivnost, s druge strane, povećava osjetljivost organizma na insulin i na ovaj način povoljno utiče na bolest. Kada ovakav terapijski režim nije dovoljan da održi metabolizam šećera normalnim, uvode se oralni antidiabetici (različiti hemijski preparati koji se koriste za liječenje dijabetesa a uzimaju se u tabletama preko usta -latinski per os odnosno peroralno). Ovo su najčešće lijekovi koji ili povećavaju osjetljivost organizma na insulin (metformin) ili pak sti-mulišu lučenje insulina iz pankreasa i tako mu pomažu da obezbijedi dovoljne količine ovog

PIŠE:
dr. Marko Sekulić

hormona (derivati sulfonirureje). Vremenom neminovno dolazi do potpunog iscrpljenja pankreasa i dalja stimulacija ljekovima gubi smisao. Tada je jedini način da se metabolizam šećera drži pod kontrolom, primjena insulina u injekcijama, o čemu je opširnije bilo riječi u prošlom broju.

Kada je o oralnim antidijsabeticima riječ, ozbiljan nedostatak derivata sulfonilureje je dužina njihovog dejstva u organizmu. Neki od ovih ljekova stimulišu lučenje insulina iz pankreasa tokom 24 časa, pa i duže. Znači da do stimulacije pankreasa dolazi kako posle obroka, tako i između njih, pa i tokom noći, kada insulin organizmu nije potreban u tako velikim koncentracijama. Ovo, dakle, dovodi do nepotrebognog iscrpljivanja pankreasa koji je već oštećen, tj. ovakvo liječenje ubrzava prirodan tok bolesti. S druge strane, insulin izlučen pod dejstvom ovih ljekova između obroka i tokom noći dovodi do njegove prevage nad koncentracijom šećera i višestruko povećava opasnost od pada koncentracije šećera ispod normalnih vrednosti. Ovakva stanja mogu dovesti do ozbiljnih poremećaja u radu mozga, s poremećajima svesti kao posledicom. Rešenje bi zapravo bilo u lijeku koji deluje kratko, odnosno samo dok za lučenjem insulina postoji potreba.

Takvi su ljekovi iz grupe meglitinida koji takođe stimulišu lučenje insulina, ali njihovo dejstvo nastupa brzo i traje kratko. Na našem tržištu, iz ove grupe ljekova dostupan je NovoNorm®. Tableta NovoNorm®-a uzima se petnaestak minuta pred svaki obrok, jer toliko je otprilike potrebno da dejstvo nastupi. Na ovaj način postiže se povećanje lučenja insulina neposredno posle obroka, odnosno baš onda kada je insulin najpotrebniji. Dejstvo lijeka je, s druge strane, kratko te stimulacije lučenja između obroka nema. Uz pomoć lijeka se zapravo oponaša proces koji se dešava u organizmu zdrave osobe. Rezultat ovakvog liječenja je smanjeno opterećenje već oštećenog pankreasa do kojeg dolazi pri upotrebi derivata sulfonilureje. Na ovaj način se odlaže trenutak njegovog potpunog iscrpljivanja i neophodnosti uvodenja insulina u terapiju. Takođe opasnost od hipoglikemija ne postoji, jer pacijent uzima lek samo pred obrok. Ukoliko će obrok da se odloži ili preskoči, odlaže se ili preskače uzimanje lijeka. Postoji mogućnost kombinovanja ovih ljekova s metforminom. Oba lijeka, različitim mehanizmima, ostvaruju povoljno dejstvo na metabolizam šećera, pa se njihovim kombinovanjem ovo povoljno dejstvo pojačava.



ŽENA SA DIJABETESOM, POSLE ČETRDESETE

Menopauza predstavlja poslednju menstruaciju u životu žene. To je prirodnom predodređen događaj koji se najčešće javlja oko pedesete godine. A period života koji sledi nazivamo postmenopauzom



PIŠE:
Dr Dušan Vuleta, ginekolog

Sam termin menopauza se danas često koristi za vremenski period nakon poslednje menstruacije, pa čak i period od kada se pojave prve tegobe, što je nepravilno. Računa se da od poslednjeg krvarenja treba da prođe najmanje godinu godinu dana bez menstrualnog ciklusa da bismo tu menstruaciju zvali menopauza. Menopauza može nastati i operativnim putem, ukoliko se odstrane jajnici, iii na neki drugi nacin kojim se trajno oštete ove žlezde, kao sto je zračenje. Nakon menopauze, kod zdrave žene, nema više menstrualnog krvarenja.

Kraj reproduktivnog perioda

Menopauza ujedno predstavlja i kraj reproduktivnog perioda života. Taj prelazni period nazivamo peri-menopauza. Najveći broj žena ističe pojavu neurednih ciklusa u okviru tog perioda. Navode da im se menstruacija počela javljati kasnije nego do tada, da im je krvarenje postalo obimnije i da duže traje. Ovakav poremećaj ciklusa može trajati mesecima, pa i godinama, dovodeći do malokrvnosti s opštom slabošću i malaksalošću. U čestim situacijama krvarenje je toliko obilno da se mora načiniti i hirurska intervencija - kiretaža ili čak odstraniti materica. Posjeta ginekologu radi rasudivanja tačnog uzroka krvarenja mogla bi se smatrati neophodnom. Uvođenje terapije, zasnovane na primjeni hormona, može regulisati cikluse i smanjiti neprijetnosti uzrokovane obilnim krvarenjima. Kod pacijentkinja sa šećernom bolešću upotreba ovih hormona nije zabranjena. To, međutim nikako ne znači da je upotreba ove terapije bezopasna.

Obavezna kontrola kod lekara

Prije uvođenja terapije obavezni su detaljni ljekarski pregledi, a kasnije i redovne kontrole. Upotreba hormona se zato mora sprovoditi pod obaveznim nadzorom ljekara i uz važeće protokole. Najveća greška bi svakako bila odlučiti se na upotrebu hormona samoinicijativno, bez saveta i kontrole nadležnog lekara. Ne treba zaboraviti da se u peri-menopauzi potpuno remeti vreme plodnih i neplodnih dana. Zato oslanjanje na ovaj vid izbjegavanja začeća, koji je inače sam po sebi veoma nesiguran, treba izbjegavati. Kad postoji sumnja da je u pitanju trudnoća zbog kašnjenja ciklusa u ovom periodu, neophodan je pregled kod ginekologa za postavljanje dijagnoze postojanja trudnoće. Promjene u organizmu žene vezane za menopauzu uslovljene su smanjenjem polnih hormona od strane jajnika. Izgleda da počelne promjene, koje se još ne mogu zapaziti, počinju i desetak godina pre same menopauze, tj već od četrdesete. Njihov nedostatak je u direktnoj vezi s mnogim tegobama koje se mogu ispoljiti i u periodu dok još postoji menstruacija.

Valunzi – medu prvim znacima menopauze

Jedan od prvih znakova koji ukazuju na smanjenje hormona u organizmu su valunzi. Oni se često počnu javljati dok još traje menstruacija. To su talasi toplove praćeni preznojavanjem. Najveći broj žena se žali da u trenutku osjeti napade vrućine i znojenja, a naročito vlaženje kože poprsja. Napadi traju kratko i javljaju se nekoliko puta tokom dana. Češće i jače su obično noću izraženi. Uglavnom se ispoljavaju jednu ili dvije godine nakon menopauze, rijetko duže. Njihova pojava, inače, nije obavezna. Neke žene nisu imale iskustvo s pojmom ovih talasa vrućine ili ih pominju kao vrlo blago izražene. Valunzi nisu opasni po zdravlje u smislu da izazivaju bolest, ali mogu snažno da remete kvalitet života žene. Napadi toplove, koji neke žene opisuju kao neizdržive, ne daju im „miran san na oči“. Nemali broj žena ističe da se bude više puta u toku noći, da se tuširaju u nekoliko navrata ill da menjaju pidžame. Njihovo učestalo pojavljivanje tokom dužeg perioda ima neminovno odraza na posao, komunikaciju s poslovnim saradnicima i članovima porodice. Ovo sve zajedno može dovesti i do osjetnih psihičkih promjena. Česta psihička promjena nastala u okviru

postmenopauze je osjećanje depresije. Depresija nastala hormonskim nedostatkom ima veliku šansu da bude otklonjena primenom adekvatne terapije, nadoknadom hormona. Kod dijabetesnih bolesnica, svijest da pogoršanje bolesti može voditi ozbiljnim komplikacijama, nerijetko povlači za sobom takođe ovaj osjećaj. Kad je u pitanju šećerna bolest, svakako su pravilna terapija, odgovarajući režim ishrane i života uopšte, uz redovne kontrole, najbolji način pre-vencije komplikacija i time pojave depresije. Posjeta psihologu bi u oba slučaja bila opravdana i mogla bi pomoći u prevazilaženju ovog raspoloženja. Nedostatak hormona se različito ispoljava u zavisnosti od organa i tkiva. Na nivou sluznice vagine, može nastati neprijatan osečaj peckanja, svraba ili suvoće. Slicne tegobe pacijenti oboleli od šećerne bolesti mogu opisivati u okviru periferne neuropatije, kojom bi se mogle tumačiti i takve tegobe u vagini, što nije ovdje slučaj. One su takođe posledica lokalnog nedostatka hormona i mogu se otkloniti samo hormonskom terapijom.

Glavne infekcije

Povišen nivo šećera u krvi može pogodovati razvoju gljivične infekcije u vagini. Poznato je da su neki slučajevi šećerne bolesti otkriveni na osnovu upornih gljivičnih infekcija vagine, i pored savjesno sprove-dene propisane terapije. One za sobom povlaze osečaj izraženog svraba i peckanja u vagini. Predgledom vaginalnog sekreta, gljivice se lako mogu uočiti i njihov nalaz se označava kao VI (šesta) grupa sekreta. Postoji široka paleta lekova koji se s velikim uspehom mogu koristiti u terapiji, ali osnova borbe protiv ovih infekcija kod dijabetesnih bolesnica jeste regulisanje šećera. Pacijenti koji imaju povišen nivo šećera mogu imati češcu potrebu za mokrenjem, ali to se mora raz-dvojiti od drugih uzroka. Nedostatak hormona ili postojanje upalnog procesa u mokraćnim putevima mogu provočirati pojavu lažne potrebe za mokrenjem; tada se ima nagon za mokrenje, ali izostaje uri-niranje jer mokraćna bešika još nije dovoljno puna. Upotreba antibiotika odnosno hormona je terapija iz-bora. S druge strane, često mokrenje se mora razlikovati od nevoljnog mokrenja koje nastaje kao posledica anatomske-fizioloske narušenosti integriteta mokraćnih puteva i koji nema veze, ili bar ne direktnе, s diabetes melitusom. Osobe s tim problemom ne mogu da prepozna trenutak kada će doći do akta mokrenja odnosno ne mogu da zadrže mokrenje. Taj problem se mora rešavati na druge nacine, nekad i operativnim putem, all uz neminovan ginekoloski nadzor.

Maligne bolesti

Velika opasnost u postmenopauzi je pojava malignih bolesti. Do danas nije izgrađen jasan stav da li se razne maligne bolesti tek počinju razvijati u periodu nakon gubitka menstruacije ili se u tom periodu samo ispolje. Jedan od problema izostanka pravovremene dijagnoze, a možda i najveći, jeste slaba saradnja pacijentkinje i ginekologa. Pacijenti se često rukovode prema ne baš opravdanim stavovima. Prisutna dugovječnost među članovima naše obitelji ne može da nas sačuva od nekih štetnih uticaja okoline. To što nemamo nikog u porodici ko je bolovao od maligne bolesti nikako ne znači da se neće pojavit. Blizina obolelog rođaka svakako ima znacaj na pojavu bolesti, ali je veliko pitanje da li mi znamo od čega su zaista bolevali svi naši rođaci. Nije, doduse, ni postojanje karcinoma siguran znak da ćemo i mi oboleti, ali je pokazatelj postojanja sklonosti ka takvim bolestima u familiji. Karcinom endometrijuma tj. unutrašnjeg sloja materice se najčešće ispoljava u periodu postmenopauze. Vrlo opsežna ispitivanja ukazala su da se češće javlja kod žena sa šećernom bolesti. Nesrećna okolnost je što se on razvija bez nagovještaja i obično se manifestuje krvarenjem kao prvim znakom, što nerijetko može biti i kasno za adekvatnu intervenciju. Danas se savetuјe jednom godišnje posjeta ginekologu, koja podrazumeva analizu takozvanog PAPA brisa i ultrazvučni pregled. Ovim će se dobiti najraniji podatak o postojanju maligniteta materice. Mamografija se danas smatra suvremenom metodom za rano otkrivanje karcinoma dojke i savjet je da se izvodi na svake dvije godine posle četrdesete. U nekim slučajevima nakon pregleda i konsultacije, može se savjetovati i svake godine. Veliku ulogu ima i ultrazvučni pregled dojke koji se savjetuje na svakih šest meseci do godinu dana. Osteoporiza označava stanje smanjene gustine i čvrstine kostiju. To je neizbjegljiva sudsbita svih nas. Čovjekove kosti dostižu vrhunac u čvrstini krajem puberteta. Nakon toga one nezaustavljivo počinju da slabe. Problem u postmenopauzi je što kosti počinju naglo da gube čvrstinu gubitkom hormona. One postaju krte i mogu nastupiti prelomi pri sasvim malom naporu, pa čak i spontano prilikom najobičnijeg hodanja. Jedan od prvih znakova je bolnost u ledima koja se pogrešno pripisuje nepravilnom položaju tela pri sjedenju, uticaju „promaje“ ili podizanju tereta. Najsigurniji način da se procijeni stanje kostiju, kako bi se pravoremeno primenila terapija, jeste osteodenzitometrija. Neka skorija ispitivanja pokazuju da su pacijenti oboljeli od šećerne bolesti podložniji razvoju osteoporoze.

Šećer podloga za infekcije

Inkontinencija je nevoljno i nekontrolisano ispuštanje urina (mokraće) i fecesa (stolice). Može:

PIŠE:

Mr. Sci.med.dr Mirjana Gavrilović,
neuropsihiyatror



Fiziološka(normalna) inkontinencija je normalno stanje kod dece do dve godine, eventualno do pete godine života.

Patološka (bolesna) inkontinencija uzrokovana je oboljenjem ili povredama. Može biti urođena ili stečena.

a) urođena inkontinencija se javlja kod osoba koje su rođene s malformacijama urogenitalnog i digestivnog trakta, kičmenog stuba, kičmene moždine, centralnog nervnog sistema (najčešće spina biffida oculta, mentalnog deficitia, cerebralne dečje paralize)

b) stečena patološka inkontinencija nastaje kao posledica oboljenja mozga, kičmene moždine, perifernih nervnih vlakana, sistemskog mišićnog oboljenja kao npr. Insultus cerebrovaskularis, Sclerosis multiplex, Dystrophia musculorum progressiva, benigni ili maligni tumori, Diabetes mellitus, srčana oboljenja i razni procesi urogenitalnog i digestivnog trakta. U starijoj životnoj dobi usled slabljenja elasticiteta sfinktera, slabi kontrola ispuštanja urina i fecesa, te se u oba pola pojavljuje lagana kapljičasta inkontinencija, tzv. stres inkontinencija, posebno kod žena zbog slabljenja mišićnog tonusa i spada urogenitalnih organa, a kod muškaraca zbog patoloških promena - uvećanja prostate.

- povreda: najčešće u saobraćaju ili nekim drugim nesrećnim slučajem, povrede na centralnom i perifernom nervnom sistemu, koštano-zglobnom sistemu, urogenitalnom i digestivnom sistemu.

Inkontinencija bilo koje etiologije je stanje koje narušava dostojanstven život čoveka kao ličnosti uslovljava njegovu izolaciju iz spoljne sredine zbog neprijatnog mirisa i traga. Stalni dodir kože i sluzokože s produktima urina i fecesa izaziva promene na koži i sluzokoži-od ritacije, eritema, svraba, vezikula i dekubitus, do intoksikacije celog organizma, dehidratacije, uz sadejstvo toksičnih produkata dekubitalnih promena - može usloviti opštu kaheksiju i letalni ishod.

Diabetes mellitus je trajno hronično oboljenje koje i pored dobrog i uspešnog liječenja izaziva niz poremećaja u organizmu. Bazični poremećaj je pad imuniteta-slabljenja odbrambenog mehanizma obolelog organizma. U takvom organizmu-telu, sa smanjenim imunitetom bakterije i gljivice se veoma lako umnožavaju i napadaju pojedine organe oboljelog organizma, najčešće sistem za izlučivanje mokraće-urina (bubrezi, mokračni putevi i mokraćna bešika). Ako se pojavi šećer u mokraći, on je odlična podloga za umnožavanje bakterija i gljivica koje izazivaju hronične, često recidivajuće (ponavljajuće) upale tih organa, a što uslovljava slabljenje kontrole zadržavanja i ispuštanja urina-mokraće i eto ispuštanje urina, nevoljno, na nekom nepoželjnom mestu i u nepoželjno vreme. Tragovi su vidljivi, uslovljavaju društvenu i socijalnu izolaciju a u najbližem miljeu-porodici i domu-stvara tešku situaciju.

Diabetes mellitus (šećerna bolest) može izazvati tri hendikepa: trajno liječenje odgovarajućim lijekovima, a najčešće špricevi, igle, insulin, trajna stroga odgovarajuća dijeta i inkontinencija. Do sada su relativno uspješno rešavana dva problema: ljekovi i dijeta, a inkontinencija je prepustena samom bolesniku da je rešava na svoj način. U cijelini gledano, inkontinencija je veliki zdravstveno-socijalni problem. Prema svetskim istraživanjima, osam odsto stanovnika ima povremenu inkontinenciju, a pet odsto je inkontinentno, naročito izraženo u starijoj životnoj dobi. Kako pomoći inkontinentnoj osobi i njenoj okolini? Cilj pomoći:

Omogućiti pacijentu dostojanstven život (uz primenu kvalitetnih, adekvatnih i svjetski priznatih pomagala za inkontinenciju - pelena i uložaka), odstraniti neprijatni miris i trag i sprječiti posljedice štetnog uticaja urina i fecesa, kao i njihovih toksičkih produkata na kožu, sluzokožu, misićno tkivo i cijel organizam (širenje putem limfe i krvotoka), a njihovoj okolini olakšati brigu zbrinjavanja pod sloganom "Siguran osećaj 24 časa dnevno".

DIJABETOLOG VAM ODGOVARA

Uprkos tome što se mnogo trudim da ispoštujem sve savjete u pogledu liječenja šećerne bolesti i primanja četiri injekcije insulina na dan, ne uspijevam da održavam vrijednosti šećera u krvi stabilnim. Moj ljekar je rekao da je to posljedica nestabilnog, tj. labilnog dijabetesa. O čemu se ovdje radi?



PIŠE:
Prof. dr. Pavle Pantelinac

Čitateljka

Nestabilan ili labilan dijabetes je termin koji označava neregulisan dijabetes s nepredvidivim oscilacijama šećera u krvi, koje se kreću od visokih do niskih vrednosti. Uzroci ovakvog stanja mogu biti različiti. Obično su najčešće oscilacije vrednosti šećera u krvi poremećaj ravnoteže između ishrane, fizičke aktivnosti i insulinske terapije. Poznato je da se u cilju stabilizacije dijabetesa prvo mora postići uravnoteženost između ishrane (broj obroka, vreme njihovog uzimanja, količina i sastav) i fizičke aktivnosti (redovnost njene primene, podesenost intenziteta i trajanja), a tek potom, ako nije postignut željeni rezultat, menja se vrsta ili doza insulina ili režim insulinske terapije. Pored pomenutih činilaca, na stabilnost šećera u krvi neplanirano mogu uticati i razna stresna stanja i situacije (infekcije, bolesti i slično). Ukoliko je sve ovo uzeto u obzir, obavljena korektna edukacija bolesnika i ako je on sve sa-vetovane terapijske mere prihvatio i pridržava ih se striktno, uključujući i pravilno doziranje i davanje insulina, a nestabilnost šećera u krvi se uprkos svemu i dalje održava, tada može da se govori o poremećaju resorpcije insulina s mesta davanja, blokiranju njegovog dejstva zbog prisustva odgovarajućih antitela ili delovanja nekih hormona koji imaju dejstvo suprotno insulinu. Nekada ne-stabilnosti dijabetesa mogu doprinositi i poremećaji pražnjenja želuca i creva kao jedan vid komplikacija dijabetesa ili pak uzimanje određenih lekova. Najzad, ne treba ispustiti iz vida da nekad i sam bolesnik i neki njegovi postupci, svesni ili nesvesni, proistekli iz raznih uzroka i pobuda, mogu biti uzrok nestabilnog, tj. labilnog dijabetesa. Pronalaženje uzroka i njihovo otklanjanje je u domenu dijabetologa.

Šećernu bolest imam tri godine i od početka je lečim injekcijama insulina. Uveče dajem sebi insulin Lantus, a pre glavnih obroka insulin Novorapid. Imam mogućnosti da obavljam samokontrolu šećera u krvi, i to i primenjujem. Pre dva meseca sam počeo aktivno da treniram košarku, u popodnevnim časovima, tri puta nedeljno po sat, sat i po i pri tome mi vrednost šećera u krvi dosta osciluje, sa dosta čestim zapadanjem u hipoglikemijsko stanje. Kako ovo da sprečim?

Mladi sportista

U svakodnevnim uslovima vrednost šećera u krvi zavisi uglavnom od tri činioce: uzete hrane, doze insulina i stepena fizičke aktivnosti. Da bi vrednost šećera u krvi bila u zadovoljavajućem opsegu, sva tri činioce moraju da budu podešena, tj. da budu u ravnoteži, što nije lako ostvariti čak ni u situaciji kada su svi oni, iz dana u dan, podjednaki, odnosno bez bitnih promena. Međutim, problem nastaje kada se pojedini od njih, s vremenom na vreme ili iz dana u dan menjaju, jer tada

«Ishrana, fizička aktivnist i zdravlje »

moraju i ostali da se menjaju, tj. podešavaju, kako bi vrednost šećera u krvi ostala u prihvatljivim granicama. Konkretno kod Vas, u dane kada imate trening, odnosno pojačanu fizičku aktivnost, ako ostanu nepromenjeni uzeta hrana i doza insulina, može nastupiti hipoglikemija (pad šećera ispod normalnih vrednosti), što može biti čak i opasno. Da bi se ovo sprečilo, trebalo bi pre započinjanja treninga da pojedete dodatni, vanredni obrok, na primer jedan do dva sendviča uz jednu šolju jogurta, a ako je intenzitet fizičkog napora bio veliki ili trajao više od jednog sata, po završetku treninga možete pojesti još jedan sendvič. Kolika treba da bude količina uzete hrane u ovakvim slučajevima možete i sami proceniti merenjem vrednosti šećera u krvi pre započinjanja, neposredno posle završenog treninga i sat, dva po njegovom završetku. Komplikovanija verzija bi bila menjanje doze insulina i količine uzete hrane za ručak, odnosno za poslednji regularni obrok uoči treninga. Uzgred, niste napisali da li redovno, svaki dan uzimate popodnevnu užinu ili ne i kakve vrednosti šećera u krvi imate u proseku u dane kada nemate treninge. Inače, insulinska terapija koju primenjujete je kvalitetna i savremena i pruža mogućnost postizanja dobrih rezultata u opstem lečenju dijabetesa, kao i mogućnost uklapanja u Vaš režim fizičke aktivnosti.

Da li je tačno da kod oboljelih od Šećerne bolesti rane sporo i teško zarastaju?

Vladimir

Rane kod oboljelih od šećerne bolesti, u proseku uzevši, sporije i teže zarastaju, tako da se ova pojava čak uzima kao jedan od karakterističnih znakova prisustva ove bolesti. Međutim, brzina i kvalitet zarastanja rana kod dijabetesnih bolesnika zavise od više činilaca među kojima su najvažniji kvalitet lečenja dijabetesa, stanje regionalne cirkulacije i prokrvljenosti, stepen oštećenja tkiva, prisustvo ili odsustvo infekcije, kvalitet zbrinjavanja rane i drugo. Teže zaceljivanje rana postoji, pre svega, kod loše lečenih i nelečenih bolesnika, kod kojih je aktuelna vrednost šećera u krvi visoka. Takođe, isti problem može da postoji i u bolesnika s dugotrajnom šećernom bolešću, naročito ako je kvalitet njenog lečenja bio nedovoljan, kad su nastale hronične komplikacije dijabetesa s oštećenjem krvnih sudova i lošom cirkulacijom. Ovo se, pre svega, odnosi na stopala gde često, uz oštećenje krvnih sudova, može postojati i oštećenje nerava, što predstavlja predispoziciju za lakši nastanak ozlede kože zbog smanjenog osećaja na dodir, bol, topлоту и хладноћу, па bolesnik ne oseti na vreme da je izložen traumatskom činiocu. Ukoliko nastane infekcija rane, pored njenog otežanog i sporog zarastanja, mogu nastati i druge ozbiljnije komplikacije kao što su širenje infekcije na okolno tkivo, generalizovanje infekcije (sepsa), gangrena, kao i potreba za hirurskom intervencijom (čišćenje rane, incizije, amputacija) i drugo. Na sudbinu zaceljivanja rane svakako utiču i veličina i način nastanka rane, njena zagađenost, kvalitet njenog zbrinjavanja i još neki drugi činioci. Ukoliko pomenuti činioci, koji loše utiču na zaceljivanje rane, nisu prisutni, zaceljivanje rana u oboljelih od dijabetesa ne bi trebalo da predstavlja problem.

Moj stariji brat ima Šećernu bolest pošto je ona nasledna, hoću li je i ja dobiti?

Zabrinuti čitalac

Pored nasledne sklonosti za dobijanje šećerne bolesti treba da budu uključeni i tzv. činioci iz oko-line. Da samo nasleđe nije jedino koje dovodi do dijabetesa vidi se iz činjenice na primeru identičnih blizanaca, jer ako od ove bolesti oboli jedan, ne mora i drugi. U tzv. tipu 1 dijabetesa (insulinzavisnom), doprinoseći činioci mogu da budu razne virusne infekcije posle kojih sledi neodgovarajući imunološki odgovor organizma (autoimuni proces) koji oštećuje funkciju pankreasa u stvaranju insulinina, a kada ovo oštećenje dostigne značajan stepen, pojavljuje se dijabetes. U nastanku tipa 2 dijabetesa (insulinnezavisnom), pored nasledne predispozicije, kao doprinoseći činioci značajnu ulogu imaju gojaznost, smanjena fizička aktivnost, zapadnjacki stil

„Ishrana, fizička aktivnost i zdravlje“

zivota i ishrane, uzimanje nekih lekova, česte trudnoće i drugo, o čemu je već pisano u prošlom broju ovog časopisa, prema tome, vi ne morate dobiti šećernu bolest, pogotovo ako preduzmete i odgovarajuće preventivne mере.

Imam šećernu bolest i ljekar mi je, pored ostalog, rekao da moram da smanjam upotrebu masne hrane. Zašto, kada mast nije slatka?

Ana Marija

Šećerna bolest se odlikuje ne samo poremećajem metabolizma ugljenih hidrata, iz čega rezultuje visoka vrednost šećera u krvi, nego uz to često postoji i poremećaj metabolizma masti. Poremećaj masnih materija u obolelih od dijabetesa može da se ispoljava u obliku povišene koncentracije holesterola i/ili triglicerida u krvi ili poremećaja njihovog sastava. Svaki od ovih poremećaja, pojedinačno ili još više ako su udruženi, izaziva oštećenje krvnih sudova, prvenstveno u vidu ateroskleroze, za koju se zna da u dijabetesnih bolesnika počinje da se ispoljava ranije i intenzivnije nego u ostalih osoba. Poremećaji masnoca u krvi mogu biti genetske prirode, ali kod obolelih od šećerne bolesti, oni mogu biti i posledica loše lečene ili nelečene šećerne bolesti. U tom slučaju postoji visoka koncentracija šećera u krvi i vrlo često, istovremeno i povišena koncentracija masnih materija ili poremećaj njihovog sastava, pri čemu su ovakve kombinacije poremećaja vrlo štetne za krvne sudove. Stoga se u obolelog od dijabetesa mora voditi računa ne samo o vrednosti šećera nego i o vrednostima masti u krvi. Uz to, treba voditi računa i o ostalim činiocima koji doprinose nastanku ateroskleroze (pušenje, povišen krvni pritisak, gojaznost).

Koji su simptomi dijabetes mellitusa?

Stevan

Karakteristični i dobro poznati simptomi dijabetesa su suvoća usta, pojačana žđ, pijenje velike količine vode, obilno i često mokrenje, povećan apetit i unos hrane, a uprkos tome mršavljenje. Dosta često su prisutni i svrab i infekcije kože i polnih organa. Može se pojaviti i osećaj slabosti, malaksalosti i brzog zamaranja, ali ovi simptomi nisu toliko karakteristični samo za dijabetes, jer mogu biti znak niza drugih bolesti. Međutim, treba imati u vidu da se ovi simptomi pojavljuju samo kada je vrednost šećera u krvi znatno povišena, tj. kada je ona dvostruko, trostruko ili višestruko iznad normalnih vrednosti. Kada neka osoba ima skup ovakvih simptoma, tada postoji velika verovatnoća da ona boluje od šećerne bolesti i u tom slučaju treba prekontrolisati šećer u krvi. Stoga se preporučuje povremeno kontrolisanje vrednosti šećera u krvi, naročito u osoba koje imaju predispoziciju za dijabetes, kako bi se bolest otkrila i lečila na vreme.

Imam 63 godine, a bolujem od dijabetesa dvedeset četiri godine, liječim se insulinom od početka bolesti. Moj problem je što više ne mogu da prepoznam kada mi šećer u krvi pada ispod normale, dok sam ranije mogla da prepoznam i prve nagoveštaje pada šećera? Šta se to događa i zašto je nastala ova promjena?

Vjera

Kada šećerna bolest traje dugo, može da izazove oštećenje raznih tkiva i organa u okviru tzv. hroničnih (kasnih) komplikacija dijabetesa. Među njima mogu da budu i oštećenja nerava i njihovih funkcija. Jedan deo nerava u organizmu čoveka reaguje nizom složenih, odbrambenih i upozoravajućih reakcija. Simptomi su dobro poznati: pojava gladi, preznojavanje, podrhtavanje, uznemirenost, lutanje srca, malaksalost, a ukoliko se blagovremeno ne interveniše uzimanjem hrane ili nečega slatkog, može nastupiti pomućenje, pa i potpuni gubitak svesti (hipoglikemijska koma). Oštećenjem pomenutih nerava i odbrambenih reakcija organizma na nastalu hipoglikemiju smanjuje se intenzitet, pa čak nekad i izostaje pojava upozoravajućih simptoma nastajuće

«Ishrana, fizička aktivnost i zdravlje »

hipoglikemije.U takvim situacijama bolesnik blagovremeno ne prepoznae nastanak hipoglikemije.Da bi se ovaj problem prevazišao savetuje se striktno pridržavanje režima terapije (doze insulina, režima ishrane, fizičke aktivnosti), čime se smanjuje mogućnost nastanka hipoglikemije, zatim češća kontrola vrednosti šećera u krvi, odnosno još bolja samokontrola, čime se hipoglikemija preventira i ujedno stiče bolji uvid u aktuelnu vrednost šećera u krvi, naročito u nejasnim situacijama, kada se bolesnik ne oseća dobro.

Bolujem od šećerne bolesti šest godina, a liječim se dijetom i tabletama. Međutim, pored toga imam još i povišen krvni pritisak i zbog toga takođe moram da uzimam lijek. Moj ljekar mi je rekao da zbog povišenog pritiska ne treba da jedem slanu hranu. Znam od ranije da zbog šećerne bolesti ne smijem da jedem slatko. Kako da se sto bolje uklopim u dijetu za povišen krvni pritisak?

Petar

Oboljeli od tipa 2 dijabetesa, kao što je to slučaj kod Vas, imaju često još i povišen krvni pritisak, a uz to nije retkost da imaju i «višak kilograma» kao i poremećaj vrednosti masnih materija u krvi. Sve što je ovde nabrojano predstavlja činioce rizika za nastanak bolesti srca i krvnih sudova, čemu su oboleli od dijabetesa tipa 2 veoma skloni. Vi niste konkretno naveli kakvo je kod Vas stanje u odnosu na stanje uhranjenosti i masnoća u krvi. No, bez obzira na ovo, kada je u pitanju lečenje povišenog krvnog pritiska, pored medikamenata, važnu ulogu imaju i nemedikamentske mere kao što su umerena i zdrava ishrana uz ograničenje unosa soli i masnoća životinjskog porekla, smanjenje viška kilograma, umerena i individualno podešena fizička aktivnost, prekid pušenja, izbegavanje upotrebe alkoholnih pića kao i preterane potrošnje crne kafe i slično. Verovatno od ranije znate koja je hrana bogata holesterolom i da je iz tih razloga treba izbegavati. Što se tiče kuhinjske soli (natrijum hlorida), nje ima u različitim namirnicama (čak i ako se so ne dodaje posebno), i to u vidu takozvane skrivene soli koje ima u raznim srevima, suhomesnatim proizvodima, supama, raznim salatama i dodacima jelima i sličnim namirnicama. Inace,natrijum,kao sastojak kuhinjske soli, jeste supstanca koja utiče na povišenje krvnog pritiska. Da biste unos soli u organizam smanjili, pokušajte da se pridržavate sledećih uputstava. Prilikom pripremanja hrane i za vreme jela koristite so u malim količinama. Nemojte jesti slane grickalice kao što su čips, kikiriki, krekeri, grisini i slično, a umesto njih za užinu koristite sveže voće i povrće. Kada kupujete prehrambene proizvode, proverite na etiketi količinu soli i natrijuma. Kod pripreme i korišćenja obroka treba uzeti u obzir da sveže i smrznuto povrće, kuvano bez soli, ima u sebi manje soli, tj. natrijuma, od kon-zervisanog. Proizvodi od žitarica (testa) i pirinač, koje ste Vi skuvali bez soli imaju svakako manji sadržaj natrijuma nego gotova (kupljena) jela koja je neko drugi zasolio i pripremio. U mleku i jogurtu ima manje soli (natrijuma) nego u većini srevima. Sveže meso i riba sadrže manje natrijuma od konzervisanih proizvoda. Za salatu, umesto soli, možete koristiti druge začine, a kečap i senf, ako se uzmu u većim količinama, sadrže dosta i soli.Krastavci, paprika, maslinke,kiseli kupus i ostale namimrce, koje se pripremaju u vidu zimnice, sadrže obično dosta soli.Kratko rečeno, ako ipak jedete slano ili masno, za Vas bi vazilo pravilo „sto manje - to bolje”, a zbog osnovne bolesti (dijabetesa), što znate već od ranije, ne treba da koristite slatko.

Mali medicinski rečnik



Poliurija. Čeće izlučivanje većih količina mokraće, javlja se kada je šećer u krvi znatnije povišen. Obično je ova pojava prva koja skreće pažnju bolesniku da je oboleo od šećerne bolesti.

Polidipsija. Pojačana zeđ, karakteristična za nesređenu šećernu bolest. Nastaje kao posledica povećanog gubitka vode zbog poliurije. Treba imati u vidu da alkoholna pića (pivo, vino i zaslađene tečnosti (koka- kola i slična pića) svojom sadržinom šećera samo povećavaju poliuriju a time i polidipsiju.

Dehidratacija. Pojava koja se javlja kada organizam gubi više tečnosti nego što se u njega unosi. U nelečenoj ili neprepoznatoj šećernoj bolesti može dovesti do veoma teških posledica. Opasnost da do nje dođe raste kada je toplo (tokom vrućih letnjih dana, pri visokoj telesnoj temperaturi zbog neke, na primer zarazne, bolesti), kada su posebno ugrožena deca i slično.

Polifagija. Izražena glad uz povećani apetit, ali se uprkos tome gubi na telesnoj masi (težini). Ovo stanje nestaje, kao i navedene pojave, sređivanjem, dovođenjem, u granice fizioloških (normalnih) vrednosti šećera u krvi.

Transplantacija (presađivanje) pankreasa (gušterače), postupak koji se u svetu, u posebnim centrima, primenjuje za lečenje šećerne bolesti a sastoji se u presađivanju pankreasa davaoca. Osobe kojima je presađivanje uspelo ne moraju više primati insulin ali moraju da primaju lekove da se spriči odbacivanje presađenog pankreasa. Dosadašnji rezultati ovakvih presađivanja su ohrabrujući, ali ipak mnoga pitanja s tim u vezi još su nerešena.

Implantacija (ugrađivanje) ostrvaca pankreasa, postupak koji se primjenjuje za ugrađivanje samo ostrvaca pankreasa u čijem se tzv. beta-celija-ma (v.u prošlom, 10. broju, ovog časopisa „Mali medicinski rečnik“) stvara insulin. Postupak je jednostavniji od presađivanja pankreasa jer je lakše izvodljiv. I presađivanje pankreasa i ugrađivanje ostrvaca postupci su koji se ne prirnenjuju rutinski jer su mnoga tehnička i druga pitanja još nerešena.

Dijabetesna nefropatija, oštećenje bubrega izazvano šećernom bolešću, komplikacija koja se javlja 10-15 godina od početka bolesti, kada lečenje sećerne bolesti nije zadovoljavajuće. Neiefeni bolesnici s ovom komplikacijom imaju ograničen životni vek, međutim, ispravno lečeni insulinom i „veštačkim bubregom“ (na primer, tzv. hemodializom) njihova životna šansa je dobra. Najbolje je takvim bolesnicima, uz nastavak ozbiljne kontrole šećerne bolesti, istovremeno presaditi bubreg i pankreas.

Presađivanje bubrega, postupak koji se već decenijama primjenjuje u više stotina medicinskih centara širom sveta, među njima i u Srbiji, kada sopstveni bubreg zataji. Praksa je pokazala da su rezultati istovremenog presađivanja pankreasa i bubrega bolji nego kada se ovi organi presaduju jedan posle drugog ili kada se presadi samo bubreg.

PIŠE:
Prof. dr. Todor Kovač

ZAKLJUČCI OKRUGLOG STOLA

**„PRIORITETNE MJERE U POBOLJŠANJU ZDRAVLJA OBOLJELIH
OD ŠEĆERNE BOLESTI“**

PODGORICA 14.11.2006

1. **ŠEĆERNA BOLEST** je jedno od vodećih hroničnih oboljenja u svijetu pa i našoj zemlji. Dramatičan porast incidence obolijevanja, ne samo odraslih već posebno djece i mladih, čini ovu bolest jednim od najozbiljnijih sociomedicinskih problema u Crnoj Gori.

RGISTAR oboljele djece uveden je u Crnoj Gori 1979. godine i od tada se sprovodi redovno, prospektivno praćenje najvažnijih epidemioloških parametara oboljele djece uzrasta 0-18 godina. Takav organizovan pristup dao je vidne rezultat u unapređenju zdravlja najmlade populacije.

OBZIROM da ne postoji organizovana zdravstvena zaštita odraslih, ne postoje ni pouzdani epidemiološki podaci o broju oboljelih odraslih bolesnika, posebno onih sa tipom 2 šećerne bolesti, koji čine ogromnu većinu među oboljelim.

PREMA PODACIMA Saveza društava Crne Gore za borbu protiv šećerne bolesti registrovano je ukupno 16.650 oboljelih, a poznata činjenica da na 1 registrovanog dolazi najmanje još 1 neregistrovani slučaj ukazuje da u ovom momentu broj oboljelih u Crnoj Gori prelazi 30.000.

2. **WHO** je 1991. godine donijela rezoluciju kojom obavezuje sve zemlje članice da izrade nacionalne programe za dijabetes. Takav program je bio urađen od strane vodećih stručnjaka u našoj republici i dostavljen je 1996. godine Ministarstvu zdravlja. Nažalost, nijesmo naišli na razumijevanje i Crna Gora je danas jedina država u Evropi koja nema Nacionalni program za dijabetes.

2005. godine pri resornom Ministarstvu zdravlja formirana je Republička komisija za dijabetes, čija je prioritetsna obaveza bila izrada nacionalnog programa. Nažalost, dinamika aktivnosti Komisije ne daje nadu da će Crna Gora ispuniti svoju obavezu prema WHO.

3. **USLJED NEDOSTATKA** nacionalnog programa, kvalitet zdravstvene zaštite odraslih oboljelih od šećerne bolesti u Crnoj Gori veoma loš. Ne sprovodi se ni jedna jedina mjeru koje preporučuje WHO, International Diabetes Federatin IDF, Saint Vincent Declaration(SVD), što je i razumljivo ako se zna da je Crna Gora jedina država u Evropi koja nema savetivališta i dispanzera neophodnih za primarni i sekundarni nivo zdravstvene zaštite i Republičkog centra za dijabetes za tercijalni nivo zdravstvene zaštite.

NOVIM ZAKONOM o zdravstvenoj zaštiti kojim se promoviše izabrani ljekar, ne samo da se ne predviđa formiranje ovih zdravstvenih ustanova već je i ukinut i jedini dispanzer za dijabetes u Pogorici.

4. **MINISTARSTVO ZDRAVLJA** je obavezno da preko republičke Komisije za dijabetes usvoji Nacionalni program za dijabetes i prema rezoluciju WHO i programima IDF i SVD kojim će se obezbijediti: formiranje registra oboljelih, rana detekcija bolesti, rano otkrivanje i prevencija komplikacija, kvalitetna edukacija i samokontrola, adekvatna terapija prema stavovima savremene dijabetologije, uvođenje spojnih portabilnih insulinских pumpi kod bolesnika za koje se postave indikacije, poboljšanje socijalnog stanja i ishrane ugroženih grupacija, formiranje rekreativno-edukacionog centra i kluba mladih i njihovih roditelja.

SPOVOĐENJE ovih obavezujućih mjeri prema WHO, zahtijeva zakonsko unapređenje sistema zdravstvene zaštite formiranjem odgovarajućih savetovališta i dispanzera za dijabetes na primarnom i sekundarnom nivou i Republičkog centra za dijabetes na tradicionalnom nivou i odgovarajućih stružnih timova u njima.

NAPOMINJEMO da su ove mjeru sasvim kompatibilne sa ulogom izabranog ljekara. Čak šta više, uz poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite oboljelih, smanjenje komplikacija dijabetesa, značajno reduciranje troškova liječenja, ove mjeru bi olakšale rad i afirmisale ulogu izabranog ljekara.

5. **OBAVEZA** je Vlade Crne Gore da omogući i pomogne rad Saveza društava Crne Gore za borbu protiv šećerne bolesti, kao nevladine organizacije, čija je uloga dragocjena i bez kojih je nemoguće kvalitetno rješiti brojne probleme u zdravstvenoj zaštiti oboljelih od šećerne bolesti.

Ako ste šećerni bolesnik – niste jedini

Klemanso je bio šećerni bolesnik, pa ga to nije omelo da izvrši veliki poduhvat kao državnik.

Kesana je bio šećerni bolesnik i crtao je visoko vrijedne slike,

Vels je bio šećerni bolesnik i pisao je romane i eseje koji su postigli orgroman uspjeh i još se citaju.

La Gvardi je bio gradonacelnik Njujorka i njegova šećerna bolest od koje je bolovao, nije mu smetala da mudro upravlja najvećim gradom svijeta i hrabro se bori protiv korupcije i nasilja.

Bili Talbert, prvak u tenisu je uspio uprkos povremenim hipoglikemocnim krizama da osvoji 13 puta prvenstvo u Ujedinjenim nacijama i 30 puta na međunarodnim takmičenjima. Njegova takmičenja i turniri omogućili su mu da obide čitav svijet. On je napravio 3 miliona kilometara sa svojom injekcijom i bocicom insulinu sirom svijeta.

Za **Hruščova** se može slično reći kao Bila Talbertha. Hruščov je vodio vrlo aktivan život kao šećerni bolesnik.

Za **Nasera** se takođe može reći da je kao šećerni bolesnik ulivao nadu među milione arapa, a pogotovo za **Stan Laurela**, koji je kao vrhunski humorista a šećerni bolesnik poklonio milionima ljudi širom svijeta nekoliko minuta dobrog humora.

I toliki drugih su bili šećerni bolesnici. Toliko vaših savremenika su šećerni bolesnici i provode radno i slobodno vrijeme sretno i gotovo normalno. Naravno uz određenu pažnju i oprez. Šećernih bolesnika u svijetu ima preko milion.

Pa i vi nijeste sami kao šećerni bolesnik...



DIJABETIČARI NJEGUJTE SVOJE NOGE

Ako bolujete od šećerne bolesti, naročitu pažnju morate posvetiti njezi nogu, jer i male ranice na nozi ill žuljevi mogu izazvati teške komplikacije. Ako nema odgovarajuće njege nogu mogu se pojaviti infekcije koje mogu dovesti do gubitka nogu. Česte infekcije stopala javljaju se kod oko 15 procenata oboljelih od šećerne bolesti i jedan su od vodećih uzroka amputacije nogu. Pravilnom njegom nogu dijabetičari mogu amputacije nogu spriječiti ili bar smanjiti. Šećerna bolest povećava sklonost ka infekciji nogu, ali je rizik moguće smanjiti svakodnevnom pregledom stopala, njihovom detaljnom njegom i odgovarajućom udobnom obućom. Oštećenje nerava i oslabljena cirkulacija krvi česte su komplikacije šećerne bolesti. Oštećenje nerava i oslabljenje cirkulacije krvi povećavaju mogućnost infekcije.

Oštećenje nerava. Šećerna bolest često izaziva takozvanu perifernu smetnju zbog koje je oštećeno prenošenje osjećaja iz nogu. Periferna neuropatija otežava pravljenje razlike između vrućeg i hladnog, pa čak i osjećaja ogrebotina i povreda, kao što su: lomovi ili povrede zglobova koje mogu izazvati samo slab ili nikakav bol. Oštećeno mjesto tako bolesniku prikriva povrede koje mogu imati teške posljedice ako se ne podvrgnu hitnom liječenju. Oštećenja nerava, takođe, povećava mogućnost deformacije prstiju i stopala i suvih nažuljanih stopala. Zbog toga je posebno važna udobna i prikladna obuća.

Oslabljena cirkulacija. Šećerna bolest podstiče arterio-sklerozu (zakrčenje arterija). Ako su arterije u nogama i stopalima sužene ili začepljene, tkivo ne dobija dovoljno krvi i kiseonika. Slaba cirkulacija otežava i zarastanje rana.

Povrede. Žuljevi od obuće, posjekotine u toku sjećenja noktiju, ubodi, opekotine od vruće vode - sve su to česte povrede, koje kod dijabetičara često dovode do infekcija. Ako je čulo dodira oštećeno, bolesnik ne osjeća povodu, dok se ne pojavi rana. Način liječenja zavisi od infekcije. Malu ogrebotinu, gnojenje oko nokta ili upaljeno podrurje oko zulja -moguće je liječiti antibioticima ambulantno, oblogama i višednevnim ležanjem. Ako se infekcija rasplamsa, pogotovo područje natekne i javljaju se znaci upale. U takvim slučajevima odlazak u bolnicu je neizbjeglan, jer tako prorširena infekcija obično zahtijeva dugotrajno liječenje antibioticima, a često je potrebna drenaža rane i hirurško odstranjanje odumrljog tkiva. Ponekad se uz infekciju razvija osteomijelitis, infekcija kosti. Ako ostane neotkrivena, ili ako je ne odgovarajuće liječena, infekcija stopala ili moguće rane se mogu povremeno zaliječiti. Ipak, iznad inficirane kosti se kroz neko vrijeme javlja upala, koju prate otekline i isjedak.

Ako se širenje infekcije ne može zaustaviti na drugi način, može biti potrebna amputacija, pogodenog prsta ili stopala.

Česte teškoće. Ako je dijabetičar stariji od 60 godina, postoji velika vjerovatnoća da je on jednom imao teškoće sa nogama. Pet najčešćih poteškoća koje imaju sa nogama ljudi stariji od 60 godina su:

1. ravni tabani,
2. svedeno stopalo (previsok luk stopala) koji uzrokuje sukanje peta prema unutra, savijanje prstiju,
3. žuljevi ili kurije oči,
4. deformacija nožnog palca (hallus valgus) koja često uzrokuje i dodatne teškoće
5. deformacije nožnih prstiju.

Starenje uzrokuje promjene zbog kojih lakše dolazi do ovih i drugih teškoća, do bolova i zamora. Masni jastučići pod petama se, na primjer smanjuju i postaju manje meki. Mišići stopala i kosti su u toku hodanja, stajanja sve više opterećeni, što olakšava pojavu bolova i upala. Degenerativne promjene u zglobovima smanjuju elastičnost nogu, što ometa normalno kretanje kostiju stopala i nepovoljno utiče na pravilno držanje. Probleme može izazvati i oslabljena cirkulacija krvi zbog arterioskleroze. Debljina, žuljanje pretjesnih cipela sa visokim potpeticama mogu dodatno povećati promjene i teškoće starosti. Obuća po mjeri, ili po potrebi - posebno izrađene cipele, koje treba da regulišu nastale promjene, važan su način otklanjanja zamora i bolova u nogama.

Bolovi zglobova (Artroza)

Manje – više svi se žalimo na bolove zglobova (artrozu) koji se javljaju uobičajenim bolovima. Međutim, srećom često puta se radi o nekoj banalnoj bolesti, odnosno smetnji. No, bolest zglobova (artroza) je prava bolest i kao takvu je treba upoznati i liječiti. A da bi je upoznali što bolje, daje se u obliku 100 pitanja i 100 odgovora.

Što je artritis? – Takozvani «reumatski bolovi», kojih ima oko 200, mogu da budu posledica dvije velike grupe bolesti lokomotornog sistema (sistema za kretanje):

- a) reumatske bolesti inflamatornog tipa tj. prouzrokovane upalom i
- b) Bolesti degenerativnog tipa, među kojima je artroza (bolest zglobova), koje predstavljaju degeneraciju zglobova.

Šta znači degeneracija? – Degeneracija je proces koji dobrim dijelom proizlazi iz gubitka elastičnosti, manje-više ranog elasticiteta, naime, strukture koje sačinjavaju zglove. Praktično, te strukture koje normalno mogu bez teškoča da funkcionišu 70-80 godina, kod nekih osoba u jednom određenom trenutku života počinju bže da se troše uzrokujuće jasne tegobe.

Da li je ova bolest rasprostranjena? – Degenerativne forme reumatizma, kao što je artroza (bolest zglobova), veoma su rasprostranjene jer sa jedne strane, zahvataju veliki broj djelova ljudskog tijela, a sa druge strane često se javlja i kod mlađih i kod starijih osoba.

Koja je cifra u pitanju? – Generalno uvezši, reumatski bolovi su na listi učestalosti odmah poslije prehlade i gripe... a veliki broj osoba koji se žali na prehladu, grip... boluje od artroze (bolesti zglobova). Dakle, broj osoba koje se žale na bolesti zglobova (lokomotornog aparata), među kojima je artroza u gotovo polovini slučajeva: vrlo je veliki, naime jedan oboljeli dolazi na pet zdravih.

Koji dio zglobova je prvi zahvaćen? – Prvo je to hrskavica, bjeličasto, elastično tkivo koje obavlja zglove a zatim suksesivno bolest napada cijelu kost koju ponekad bukvvalno deformiše.

Kad počinje razaranje? – Artroza se pojavi kada, iz različitih razloga (nasledni faktori, gojaznost, klimatski uslovi) hrskavica nije ustanju da odgovori na zahtjeve kojima je podvrgnuta prilikom pokreta. Hrskavica se progresivno troši u najdrastičnijim slučajevima čak ostavlja kost potpuno

Kada se manifestuje? – Manifestuje se kada su zglobovi (a posebno hrskavica koja ih štiti) istanjeni preko granice tolerancije može da dođe do upale koja otežava pokrete i počinje da se javlja bol.

Koji su uzroci? – Do ranog degenerativnog procesa generalno dolazi kada se obavlja takva aktivnost koja naročito zamara i napreže zglove ili ako su oni po samoj strukturi slabici, odnosno od rođenja su defektni i u toj mjeri da traju kraće.

Da li uzrok svemu može da bude povreda? – Da. Poslije frakture, na primjer, ako se ona ne sanira dobro, površina zglobova se deformiše, što može da se završi ranom deformacijom samog zglobova.

A druge bolesti? – Praktično, može se reći da sve one bolesti koje oštećuju zglove tj. mijenjaju im strukturu, daju

prostor artrozi, dakle degeneraciji. Jer, kad bol nestane osoba se ponaša kao da su zglobovi zdravi i kada ih napadne bilo koja druga bolest, lakše dođe do artroze i sami zapaljeni procesi (artritis) kada su sanirani mogu da ostvare takva oštećenja koja ubrzavaju degeneraciju zglobova.

Kakva je razlika između artroze i artritisa? – Artroza je degenerativni proces zahvaćene zone dok je artritis njen zapaljenje. Prva bolest je spora i dugotrajna, dok je artritis brz proces čije je krajnje oštećenje krajnje vidljivo.

Koja vrsta reumatizma može da se pomiješa artrozom? – To se vrlo često dešava sa reumatizmom muskulature, mada realno ove dvije bolesti nijesu uopšte iste. U ovom slučaju riječ je o reumatizmu koji zahvata baš vlakna, titive i mišiće.

Artroza kukova spada među najzbiljnije? – Kičma, kukovi i koljena. U poslednjima dva slučaja, kukovi i koljena, oboljenja može da izazove velike teškoće jer se upravo onemogućava kretanje.

Artroza kukova spada među najzbiljnije? – Da, kukovi spadaju među najteže i artroza koljena i kičme. Intezivni bol se prostire od prepnevne prednjim dijelom butine do koljena. Da ne bi osjećala bol, osoba se trudi da se što manje oslanja na nogu i počinje da šepa. Ovo se liječi gimnastikom, analgeticima, i antiinflamatornim lijekovima, a u ozbiljnim slučajevima ubacivanjem proteze hirurškim putem.

A što je lumbalna artroza? – To je artroza lokalizovana u donjem dijelu kičmenog stuba i posledica je promjena na pršljenovima i međupršljenском diskusu. Manifestuje se bolom i kočenjem kičme do nemogućnosti pokreta. Ponekad je pritisak kostiju i diskusa na neke nerve uzrok velikih komplikacija.

Da li artroza može da zahvati ruke? – Svakako da može, i to vrlo često. Uglavnom, ona je genetskog uzroka, što znači da je prisutna od rođenja i javlja se kod većeg broja članova porodice. Osim što otežava pokret rukom, ima neugodne estetske efekte jer ruke postaju «čvornovate».

Da li je artroza nasledna? – Da, mnogi njeni oblici mogu biti nasledni.

Da li se više javlja kod muškaraca ili kod žena? – Nema neke velike razlike, međutim postoje forme-artroza ruku ili koljena-koje su češće kod žena.

Da li neki poslovi povećavaju faktor rizika? – «Rizični» su svi poslovi koji zahtijevaju pretjeran napor i to kontinuiran. Tipičan primjer je artroza (bolovi zglobova) lakta ili ramena kod osoba koje rade pneumatskim čekićem.

Da li velika tjelesna težina pogoršava smetnju? – Baš je velika tjelesna težina uzrok artroze koljena. Velika tjelesna težina generalno uvezši nije osnovni razlog, ali može da ubrza proces degeneracije.

Dakle, tjelesna težina mora da se kontroliše? – To je osnovno pravilo svih oblika artroze «važnih zglobova». Smanjenjem tjelesne težine smanjuje se i njihovo opterećenje.

Da li trudnoća može da bude uzrok artrozi? – Trudnoća ne utiče na pojavu i progresiju artroze, jer je riječ o prolaznom povećanju težine koja nije u toj mjeri pretjerana.

Da li postoji «rizično» doba? – Može se reći da starije osobe, češće obolijevaju od artroze jer su forme artroze povezane sa preopterećenjem i «istrošenošću» zglobova sa godinama lakše javljaju.

Pogada li artroza i djecu? – Generalno uvezši ne, odnosno teško, jer nema vremena da se proces u mladom dobu evidentira. Ipak, ima naslednih oblika artroze koji počinju da se manifestuju i kod djece, ali su ovakvi slučajevi vrlo rijetki.

Koji su osnovni simponi artroze? – Artroza ne mora da daje simptome, može se postati svjestan nje jer je došlo do okoštavanja, makar iz drugih razloga. Artroza daje simptome kad postoji i zapaljenska komponenta, tj. kada blizu «degenerativnog» zglobova ima zapaljenja ili kada ima napetosti mišića.

Koji su znaci u tom slučaju? – Kada postoji i zapaljenje prvi znak je bol koji se pojačava prilikom opterećenja zglobova.

Koji su drugi uzroci bola? – Kada dođe do pritiska na nervne strukture blizu zglobova. Klasičan primjer je diskus henrie. Ovaj bol je veoma intezivan i može da utiče na senzibilitet kože, teškoću pokreta određenih mišića, itd.

Da li postoji više vrsta smetnji? – Zavisi od lociranosti bolesti. Bol može biti hroničan ili akutan. Akutni bil, tipičan za dikopatiju, veoma je jak, oštar i može da se proširi sve do noge. Hroničan bol je konstantan i javi se svaki put kada se optereti zahvaćena zona: primjer je artroza kukova.

Da li odmor koristi? – U principu da, ali se može reći da je kod artroze bol veći što se više koriste zglobovi (što se više krećete) i obratno. Kod artritisa (zapaljenje zglobova) je drugačije, bol uvek postoji jer ga ne prouzrokuje pokret već zapaljenje.

I san je sigurno usurpiran? – Jeste, upravo zato što ga prouzrokuje opterećenje zglobova, bol je jači uveče ali odmaranjem nestaje. U ozbiljnim slučajevima, uznapredovanje bolesti može da se javi i noću kada svakako utiče na san.

Koji drugi simptomi mogu da se pojave sa artrozom? – Kontrakcije u kočenju mišića tj. teškoća pokreta koja se, za razliku od artritisa javi na početku i progresivno jača tokom pokretanja, da bi na kraju nestala.

Kako se prepoznaju škripanja? – Škripanje je simptom artroze kada je praćeno bolom.

Ima li više tipova artroze? – Skala «težine» artroze se procjenjuje prvenstveno radiografijom čime se evidentira nestajanje ili manje ili više drastično, tanjenje hrskavica zglobova, kao i posljedične deformacije kostiju.

Kako se kost deforme? – Kost se deforme progresivno, trošenjem hrskavice. Pored toga, postoje i osteofiti, vrsta i izraslina na kostima koje doprinose njihovoj deformaciji.

Zbog čega se javljaju osteofiti? – Osteofiti (izraslina na kostima) su u izvjesnom smislu vid odbrane organizma. Javljuju se da bi se produžila površina zglobova i bolje rasporedila težina, dok realno, smetaju i pritiskaju obližnje strukture prilikom pokreta.

Pravilan položaj je vrlo važan? – Kako je već rečeno, sjedeći ili suviše dinamične aktivnosti sa odgovarajućim pokretima i pozicijama, škodljive su. Zglob ne treba da je niti preopterećen niti nepokretan, pravilan pokret je jedini način da se drži u formi.

Znači, imobilnost škodi? – Apsolutno, jer dugovremeno nekretanje može upravo da bude uzrok artroze: sati i sati provedeni sjedeći u istom položaju ispred kompjutera, sa minimalnim pomjeranjem zglobova, štetni su isto koliko njihovo preopterećenje.

Da li stres utiče? – Stres svakako nije uzrok artroze, ali nesumnjivo utiče na mišićne reumatizme: konstantna napetost mišića izazvana stresom može da uzrokuje reumatizme kao što je fibromialgija.

Šta je fibromialgija? – To je rasprostranjeno ili lokalizovano stanje konstantne napetosti (na primjer u nivou vrata) koje se često mijesha sa artrozom i koje pogoda osobe u periodu radne aktivnosti (rjeđa je kod starijih osoba). Stres (porodični, profesionalni, psihološki) utiče na ovaj tip reumatizma jer povećava napetost mišića, a kao posljedica napetosti nastaje bol.

Kakva je uloga toplog i hladnog? – Hladnoća i topota uvek utiču na reumatizme. Ono što je bitno to je da su varijacije temperature, pritiska i vlažnosti faktori koji djelimično nepoznatim načinom, mogu da pojačaju bol. Njihova drastična varijacija ne može da bude uzrok već motiv za pojačavanje i pogoršavanje problema.

Da li voda škodi? – Ne. Krušenje ruku ili drugih zahvaćenih zglobova ne pogoršava tegobu.

Topota pomaže? – Viša temperatura vode ili ambijenta ima pozitivno dejstvo jer topota opušta mišice čija je kontrakcija čest uzrok bola.

Ne smije se dugo biti sa mokrom kosom? – Mokra kosa sigurno ne može da bude uzrok bola, ali može da ga pojača jer može da utiče na stanje napetosti mišića. Međutim, ako nema napetosti mišića, hladnoća i vlažnost na potiljku ne mogu sami da izazovu bol (osim u slučaju veoma oštih temperatura).

Što je cervicalna artroza? – To je veoma rasprostranjena forma artoze koja je često progrednja mišićnom tenzijom i koja zahvata sve ili poneke (posebno prvu polovicu) vratnih pršljenova. Dio koji je najčešće zahvaćen jeste između lobanja u prva četiri pršljena.

Kako se prepozna? – Vrlo je važno razvojiti kojiko se tegoba osnosi samo na kost i zglobove a koliko zavisi od stepena kontrakcije i zapaljenja okolnih mišića. Generalno uvezši, kod mladih osoba se uglavnom radi o mišićnim kontrakcijama izazvanim stresom, dok je kod starijih vjerovatnije riječ o pravoj artrozi.

Da li se bol širi? – Da i to se obično pruža od ramena i leda ali ada, kako je već rečeno uvek je prisutna i kontrakcija mišića.

Koji su uzroci? – Za razliku od artroza lokalizovanih u drugim zonama, kod cervicalne (vratne) artoze je češći bol uzrokovani ne prevelikim opterećenjem zglobova, već upravo njihovim mirovanjem: prilikom dugog sjedenja za kompjuterom ili radnim stolom vrat i glava su obično u istom položaju.

Koji su osnovni simptomi? – Osnovni simptomi su ukočenost, napetost i bol koji postepeno postaje sve intenzivniji. Pored ovih simptoma mogu da se pojave vrtoglavice i glavobolja.

Da li zahvaćeni dio može da bude blokiran? – Cervikalna (vratna) hernija kao i hennije lubalnog diskusa može da izazove pritiskanje nerava tako da nervi parališu cijelu zahvaćenu zonu. Zbog toga je poželjna pravovremena dijagnoza čim se osjeti bol koji se širi od kičme cijele ruke.

Da li je odmor koristan? – Neophodnije je da se tokom rada prave intervali odmaranja i pokretanja glave, jednom riječju situacije u kojima se položaj mijenja.

Da li je neko doba života posebno opasno za cervikalnu artrozu? – To je radni vijek, dakle ono doba u kome je najlakše predati se poslu, dugo, čak godinama poslu koji zahtjeva stalno iste pokrete i isti položaj.

Što treba da se izbjegne? – Preporučuje se, a naročito onim osobama koje rade odgovorne i napete poslove sa malom mogućnošću kretanja da se upriliči vrijeme za neku vrstu gimnastike. Nasuprot tome, apsolutno treba izbjegavati dugovremeno mirovanje i istu poziciju koja prisiljava mišiće na konstantnu zategnutost.

Pogrešno je čitati u krevetu? – Ne sasvim. Bolovi mogu da se javje zbog dnevnih aktivnosti. Svakako, ako neka osoba već boluje od cervicalne artroze, položaj prilikom čitanja u krevetu napreže vrat i samim tim čitanje iz ležećeg položaja nije zdravo. Zbog toga se preporučuje mali i tanak jastuk koji će pratiti prirodnu krivinu vrata.

Da li bolest može da se preduprijeti? – Prvi korak da se izbjegne bolest u svim vidovima ili još bolje, njen razvoj jeste pravovremena dijagnoza: nasledne forme treba držati pod kontrolom.

Koliko često treba vršiti kontrolu? – U takvim slučajevima kontrolu treba vršiti bar dva puta godišnje. I bez da postoje simptomi, redovna kontrola lokomotornog aparata treba da bude utvrđeno pravilo za one koji u porodicu imaju slučajeve artroze.

Čemu služi kontrola? – Pravovremena dijagnoza je jedini način da se izbjegne sve neprijatnosti artroze: na primjer ako neka osoba počne da osjeća prve simptome artroze kukova ili koljena, odgovarajući lijekove ili fizička aktivnost pomoći će da se uspori ili čak zaustavi bolest koja bi u suprotnom mogla da dovede do ozbiljnih tegoba gdje bi hirurška intervencija bila neophodna.

Kada treba da se obavi prvi pregled? – Ako nema porodične predodređenosti niti simptomima, prvi pregled bi mogao da bude oko 40 godina starosti, (za razliku od mišićnih reumatizama koji se javljaju i kod mladih osoba) jer se artroza manifestuje kroz «istrošenost» zglobova a za to je potrebno vrijeme.

Postoje li i drugi vidovi prevencije? – Kada se pretpostavi da neka osoba ima faktore rizika za artrizu ili je kod nje već počeo proces degeneracije zglobova, za rehabilitaciju motorike treba odrediti aktivnost koja će konstantno održavati u formi zahvaćeni dio. Pored toga, a ako je potrebno, pristupa se farmakološkom tretmanu koji će odstraniti eventualno postojeće simptome ili imati zaštitno dejstvo za hrskavice.

Ko liječi artrizu? – Generalno uvezvi, artrizu liječe specijalisti za lokomotorni aparat: reumatolog, ortoped i fizijatar. Ortoped vrši hiruršku intervenciju u slučaju potrebe i zadužen je za traumatoške probleme, reumatolog je rezervisan u fazi rehabilitacije i kontroliše tretmane koji će pomoći da se uspostave poremećene funkcije i pokreti

zglobova po programu vježbanja koji odreduje i prati fizijatar.

Da li se preporučuje porodični ljekar? – Ipak je bolje obratiti se specijalisti.

Kako se uspostavlja dijagnoza? – Obično su dovoljni za dijagnostiku ljekarski pregledi i radiografija oblasti u kojoj se savio bol.

Da li su neophodna druga ispitivanja? – Da, analiza krvi ne daje rezultate od velikog značaja kod artroze, rezultati uglavnom ukazuju na postojanje zapaljenja zglobova (artritis) ali ne i na degeneraciju zglobova u toku.

Da li ultrazvuk koristi? – Eho može da pomogne da se utvrdi izvor bola i da se razluči da li je riječ o artrizi ili o zapaljenju nekih tkiva.

Da li su „TAC“ i „MAGNETNA REZONANCA“ korisni? – TAC je kompleks i skup sistem ispitivanja. Kod artroze se primjenjuje u slučaju diskus hernie ili u specifičnim slučajevima kada je potrebna diferencijalna dijagnoza. NMR (nuklearna magnetna rezonanca) upotrebljava se samo kod ispitivanja bolesti mekih tkiva zglobova ili dijelova oko njih, da bi se ovako oboljenje razlikovalo od artroze.

Što je sintegracija? – To je posebna radiološka tehnika kojom se vizualizuje stanje oboljelih organa ili tkiva u koje je prethodno injektirana radio aktivna supstanca. U svakom slučaju, mora da postoji precizan motiv da bi se kod artroze tražilo ovakvo specifično istraživanje.

Da li je ljekarski pregled važan? – Uprkos svim instrumentima i tehnikama kojima se danas raspolaze, posjeta ljekaru je uvijek na prvom mjestu, naime «broj jedan» da bi specijalista utvrdio način liječenja.

Koja su moguća liječenja? – Od uzimanja analgetika u banalnim slučajevima kada se pojavljuju prvi simptomi, do protiv zapaljenskog tretmana onda kada bol ne popušta i analgetici ne pomazu, što je dovoljan razlog da se posumnja da postoji i inflamatorna komponenta.

Da li se koristi kortizon? – Lijekovi na bazi kortizona se koriste samo u specifičnim slučajevima kao što su na primjer akutne forme artroze kičmenog stuba ili ledja. Zbog neželjenih propратnih efekata ovakvi tretmani ne traju duže od dvije nedelje.

Da li postoje drugi lijekovi? – Mogu da se koriste i kondroprotektori (štite hrskavice) koji imaju rekonstruktivno dejstvo. Ovo su noviji lijekovi pa još nema sigurnosti da imaju realno pozitivan efekat.

Da li imaju propратno dejstvo? – Ne, oni su prilično bezazleni i nemaju kontraindikacije.

Da li lokalne terapije mogu da posluže? – One su veoma korisne a sastoje se u ubrzavanju antiinflamatornih supstanci u zglob koji boli. Ovi preparati ublažavaju zapaljenje, ako postoji, i poboljšavaju otpornost hrskavice zahtijevajući, takođe, lubrifikantnom dejstvu (podmazivanju zglobova).

Kolika je efikasnost ove terapije? – Dejstvo je pozitivno i prilično dugotrajno. Ipak, koristi se samo u slučajevima kada se ne koriste tradicionalni tretmani.

Koliko dugo tretmani djeluju? – To generalno zavisi od simptoma. Simptomi artroze često nijesu kontinuirano prisutni već se javljaju u intervalima. Dakle, tretman se određuje individualno. Ako se bol smanji može da se prekine sa simptomatskim lijekovima (eliminišu simptome) i da se koriste samo kondroprotektori.

Da li je moguće potpuno ozdravljenje? – Bol se lako eliminiše ali ako je bolest dostigla određeni stepen, teško se može potpuno izlječiti, tj. bol se uvek ponovo javlja i nestaje.

Cervikalna artroza se lijeći na poseban način? – Ne, kao i kod drugih oblika, analgeticima i antiinflamatornim lijekovima, zavisno od stepena tegobe. Međutim, mogu da se dodaju i miorelaksanti koji smanjuju napetost mišića.

Da li ti lijekovi imaju kontraindikacije? – Miorelaksanti su predviđeni samo u specijalnim slučajevima, baš zato što, djelujući na centralni nervni sistem, imaju i neke propratne efekte, kao što su: pospanost, umor, slabost, pa su rezervisani samo za slučajeve koji ne odgovaraju na analgetike i antiinflamatorne ljekove.

Hirurgija je zaista efikasna? – Ortopedska hirurgija danas može da zamjeni seriju zglobova metalnim ili keramičkim protezama koje, osim što su krajnje funkcionalne, imaju i veću trajnost i to sve gotovo bez ikakvog rizika.

Kada se njim pribjegava? – U najtežim slučajevima se pribjegava operaciji. Kada osoba više ne odgovara ni na jednu vrstu liječenja, proteza nema premca. Zamjeniti neki dio danas se može veoma uspešno i u većini slučajeva, sigurno.

Da li se operišu svi zglobovi? – Postoje zglobovi na kojima nije lako intervenisati, kao na primjer: zglobovi ruke. Ali je i to ipak moguće.

Kome se preporučuje intervencija? – Nema potrebe podvrgavati hirurškoj intervenciji i ubacivati proteze kod starijih osoba koje zbog godina ili arterioskleroze nijesu u stanju da vrše pravilnu rehabilitaciju. U drugim slučajevima hirurška intervencija je neophodna za svakog ačiji su zglobovi praktično nepostojeci ili ozbiljno nefunkcionalni.

Da li je poslije hirurške intervencije situacija bolja? – Znatno. Ponovo mogu da se uspostave sve funkcije.

Da li je rehabilitacija važna? – Fundamentalna rehabilitacija, kako u opštem smislu, tako i u periodu neposredno poslije operacije je važna. Bitno je povratiti prirodno opterećenje zglobova i mišićni tonus, što se može postići odgovarajućom rehabilitacijom koja naravno, zavisi od osobe, zahvaćenog zgoba i godina pacijenta.

Čemu služi? – Osim što uspostavlja normalnu fizičku aktivnost osnovna je da se izbjegne povraćaj bolesti.

Pacijent mora da saraduje? – Apsolutno treba da saraduje. Jednom započeta terapija mora da ima kontinuitet i da traje dokle god treba jer samo tako može da da pozitivne rezultate.

Ko je vrši? – Terapiju vrši fizijater i fizioterapeut. Oni daju odgovarajuće vježbe i kontrolisu ispravnost pokreta kako bi se postepeno reaktivisala oboljela zona.

Koliko traje terapija? – Program sa fizioterapeutom traje dvije do tri nedelje, ali se tu i ne završava, jer ga poslije treba nastaviti samostalno. Sa pojavom bola tretman se ne prekida, mada o tome ipak odlučuje ljekar. Poslije hirurške intervencije rehabilitacija je svakako duža (2 do 3 mjeseca).

Koje su osnovne tehnike? – Prvenstveno je gimnastika, specijalne vježbe. Masaža, ultrazvuk i druge «pasivne» tehnike su manje efikasne. Da bi se povratio tonus mišićima osnovna je gimnastika i aktivno angažovanje pacijenata.

Čemu služi ultrazvuk? – Ultrazvuk prevashodno eliminiše bol. Međutim, po završenom ciklusu stanje ostaje nepromijenjeno i bol se ponovo vraća.

Da li je blato korisno? – Tretmani tretmani kao najstariji način liječenja artroza su svakako efikasni. Kupke smanjuju stres, a blato povećava lokalnu temperaturu čime maksimalno opušta mišiće.

Kada se pristupa apliciranju blata? – Pristupa se apliciranju blata kada se artroza pogorša zbogmišćene tenzije koja uzrokuje bol. Ipak, o ovome odlučuje specijalista.

A drugi tretmani? – U druge tretmane spada termalni bazen: plivanje je najbolji sport da povrati odgovarajući mišićni tonus.

A morska klima? – Suva morska klima, još u kombinaciji sa svakodnevnim plivanjem, brzo će kod oboljelog dovesti do poboljšanja situacije.

Koji su najbolji sportovi? – Ako su zahvaćeni kičmeni stub, kukovi i koljena, preporučljivi su svi sportovi koji mogu da «rasterete» tijelo težine, tj. kada se ono u pokretu oslanja na neki oslonac (sjedište bicikla) ili ga «podupire» voda tokom plivanja.

Koje sportove treba izbjegavati? – Treba izbjegavati one silovite gdje tijelo jako tereti zglobove. Ako su zahvaćeni periferni zglobovi (udovi na primer) treba izbjegavati skijanje i tenis, gdje može da dođe do pravih povreda.

Da li se može pribjegavati alternativnoj medicini? – Neke grane kao što su akupunktura mogu biti korisne, ali je njihovo dejstvo samo simpromatsko; eliminisu simptome a posebno bol, a ne i uzroke.

Da li se previdaju inovacije u bliskoj budućnosti? – Već smo rekli da mnoge forme artroze zavise od defekta zglobova još od rođenja. Na polju genetskog tretmana postignuti su mnogi rezultati. Proučavaju se tehnike koje djeluju direktno na urođenu malformaciju još dok ne preraste u bolest.

Kakvo bi bilo dejstvo novih tehniki? – Istraživanja su otkrila «sjedište» defekta hrskavice. Otkriveno je da je većina urođenih artroza povezana sa defektom u sastavu hrskavica (kolagenom) koju naročite supstance (tzv. proteoglikani) održavaju nadutom.

Kako je moguće ozdravljenje? – Generalnim inženjeringom je moguće zamjeniti defektne djelove novim koji bi garantovali radikalnu eliminaciju bolesti.

Kada će novi tretmani biti aktuelni? – Vjerovatno će za nekoliko godina moći da se postignu uspešni rezultati. Za neke forme artroze je već ustanovljeno «sjedište» defekta strukture. Da se pronađe način, se zamjene «nevaljani» djelovi, uz dosadašnja saznanja, potreban je još samo kratak korak.



ZAŠTO JE ALKOHOL NEVIDLJIVI UBICA?

Od otrovnog dejstva alkohola nije pošteđen ni jedan organ čovječjeg tijela, a što je najgore, dejstvo alkohola je nevidljivo i tiho, ali vrlo uporno napreduje, vrlo brzo se apsorbuje u razne djelove organizma, otprilike za pola sata. To zavisi od količine popijenog alkohola, koncentracije etanola u alkoholu, stepena napunjenošću žcluca (apsorpcija je mnogo brža ako je stomak prazan) i od "individualnog stepena tolerancije".

Apsorbovan alkohol, prvo prolazi kroz jetru, mali dio se eliminiše kroz pluća i bubrege (3 do 10 odsto), dok se najveći dio (90 do 97 odsto) razgrađuje u jetri, što znači nijesamo jetra ugrozena.

Uz jetru najviše strada centralni nervni sistem i to se ispoljava na različite načine.

Akutno trovanje koje je izazvano običnim pijanstvom javlja se odmah poslije upotrebe veće količine alkohola.

Poslije prve faze - euforije uzbuđenja, smanjene samokontrole i moći kritičkog rasuđivanja, slijedi depresija sa otupljenjem svijesti, teskoćama u govoru, teturanje, i najzad, duboki san. Ako je u pitanju velika količina alkohola, može da nastupa i koma.

Patološko pijanstvo je bolesna reakcija na alkohol, i mogu ga izazvati čak i male količine alkohola. Naročito se javlja patološko pijanstvo kod psihopatskih ličnosti i oboljelih od tumora na mozgu. Znaci su isti kao i kod običnog pijanstva ali su naglašeniji sa pojačanim psihomotornim nemirom, mahnitim idejama i zastrašujućim halucinacijama.

Hronično trovanje je posledica čestih napijanja koja na kraju dovode do promjene ličnosti a glavni znaci su psihološka iznurenost, smanjena moć kritičkog rasuđivanja, nezainteresovanost

Zapažaju se i izvjesna grubost i neotesanost u ispoljavanju osjećanja, razdražljivost, svadljivost, upornost ili pretjerana popustljivost i pasivnost.

Pored toga, alkoholičar je i lažljivac, pribjegava izgovorima da ne bi bio otkriven i tako postaje asocijalna ličnost.

Delirijum tremens je česti oblik akutnog poremećaja svijesti kod hroničnih alkoholičara. To je teško stanje konfuzije (delirijum) praćeno izrazitim drhtanjem udova (tremena). Ovakva osoba je potpuno dezorientisana, osjeća se ugroženom, plaši se sopstvenih halucinacija za koje je karakteristično da su često praćene priviđanjem životinja, najčešće su to miševi i insekti koji ga napadaju. Pored ovih psihičkih poremećaja i drhtanja, javljaju se i tegobe organskog porijekla -povišena temperatura, hladan znoj, ubrzani i neujednačen puls, sušenje usta, a to su sve znaci poremećaja u funkciji jetre i bubrega. U težim slučajevima delirijum tremens može da se završi i smrću.

Ovo teško stanje prouzrokovano hroničnim trovanjem liječi se jakim dozama vitamina iz grupe B1 vitamina A, C i K, sredstvima kojima se smiruju grčevi (konvulzivne krize).

Delirijum Ijubomore je još jedan poremećaj karakterističan za hronične

alkoholičare, pogarda gotovo isključivo muškarce koji svoje žene stalno optužuju da su im nevjerne.

Ensefalopatija Gayet - Wernieke može da nastupi kao posljedica nedostatka tijamina (vitamina B1) što je karakteristično za hronični alkoholizam. Znaci su paraliza

Sindrom korsakof se javlja kao posljedica hroničnog alkoholizma i nekih drugih oboljenja (zaraznih trovanja ugljenikovim oksidima ili olovom).

Karakterističan znak je gubitak pamćenja naročito događaja koji su u toku. Međutim, praznine u pamćenju pacijent ispunjava imaginarnim fantastičnim "sjećanjima".

Psihički poremećaji praćeni su i polineuritisom koje može da dovode i do opčetnih znakova paralize. Nastajanje ovog sindroma objašnjava se nedostatkom vitamina iz grupe B što izaziva mnogobrojne promjene u nervnom sistemu.

U pojedinim slučajevima, poslije šest do osam mjeseci liječenja vitaminskom terapijom zapaža se značajno poboljšanje, najčešće poboljšanje je skromno i nažalost, poremećaji pamćenja su neizlječivi.

Svi organi za varenje izloženi su štetnom dejstvu alkohola, počev od jednjaka koji omogućava prolaz hrane od usta do zeluca. Česta pojava je zapaljenje jednjaka, a u pojedinim slučajevima javljaju se i neki oblici raka. U donjem dijelu jednjaka može da dođe i do širenja lokalnih vena, što je vrlo opasno, jer one mogu da prsnu i nastupaju teska krvavljenja kada dolazi i do ugroženosti zivota.

Želudac može da oboli od atrofičnog gastritisa, ali alkohol može biti i uzrok čira ili raka na ovom organu do hroničnog zapaljenja i ovog organa. Koje je vrlo bolno i znatno otežava varenje.

Jetra je najveća žrtva alkohola. Naime, kod teških alkoholičara ćelije jetre pretvaraju se u masne ćelije i ne mogu da obavljaju svoju funkciju. Istovremeno, postepeno se u potpunosti mijenja lokalna slika što dovodi do ciroze jetre koja tokom kratkog ili dužeg perioda prerasta u potpunu insuficijenciju jetre sa nagomilavanjem tečnosti u trbušnoj duplji, krvavljenjem iz jednjaka i komom.

O ovakvom stanju mala je mogućnosti da se preživi a sam kvalitet života je vrlo loš. Nažalost, uprkos liječenju, bolest može da se popravi, i tada je jedini lijek transplantacija ovog vitalnog organa.

Razarajuće dejstvo alkohola ispoljava i na crvenim i bijelim krvnim zrncima. Što se prvič tiče, može da dođe do promjena njihovog oblika i zapremine, i anemije zabrinjavajućeg stepena.

Broj bijelih krvnih zrnaca, međutim, može da se smanji što doprinosi smanjenju odbrambenih moći organizma i pojavi drugih ozbiljnih tegoba.

Alkohol izaziva širenje krvnih sudova uslijed čega dolazi do pada krvnog pritiska koji se, međutim, može povećavati iznad normalnih granica ukoliko se nastavi sa uživanjem alkoholnog pića. Pored toga, alkohol utiče na pojavu aritmije i slabljenje srčanog mišića. Kod muškaraca alkohol može da izazove impotenciju, a kod žena prestanak menstruacije.



APRIL

mjesec borbe protiv ŠEĆERNE BOLESTI

**SAVEZ DRUŠTAVA
CRNE GORE
ZA BORBU PROTIV
ŠEĆERNE BOLESTI**

