



KOMPLİKASYONLA YAŞAM



1- Diyabet başka organları etkiler mi?

Kan şekeri kontrolünün sağlanamaması, kısa veya uzun dönemde sağlık sorunları oluşturur. Diyabet küçük ve büyük damarlarla birlikte sinirlerin de hasar görmesine neden olabilir. Diyabetin neden olduğu bu hasarlar komplikasyon olarak tanımlanır. Akut komplikasyonlar hipoglisemi, diabetik ketoasidoz koması, hiperozmolar hiperglisemik nonketonik komadır. Retinopati (gözlerin hasar görmesi), nöropati (sinirlerin hasar görmesi), nefropati (böbreklerin hasar görmesi), diyabetik ayak (ayak ülserleri) ve empotans, kronik komplikasyonlardır. Diyabetin akut ve kronik komplikasyonları hem Tip 1 hem de Tip 2 diyabetik hastada görülebilir.

2- Diyabetik retinopati nedir?

Diyabetik retinopati göz küresinin arkasında yeralan retina tabakasındaki damarların hasarındır. Hasarın erken devrelerinde görme etkilenebilir. Diyabet tanısı konduğunda yapılacak gözdibi muayenesi retinopatinin erken teşhisi için önemlidir. Diyabetik retinopatiye bağlı olarak gelişen görme azalmasının zamanında tanı ve fotokoagülasyon ile önemli ölçüde önlenmesi mümkündür. Örneğin zamanında yapılan lazer tedavisi ciddi görme kaybı riskini %60 oranında azaltabilmektedir.

3- Gözdibi muayenesi nasıl yapılır?

Gözdibi muayenesi için göze, gözbebeklerinin genişlemesini sağlayacak bir damla damlatılır, bu şekilde gözün arka bölümündeki göz damarlarının ve oluşmuş değişikliklerin oftalmolog tarafından iyice görülmesi sağlanır. Diyabetik hastaların yılda en az 1 kez gözdibi muayenesi yaptırmaları gerekmektedir.

4- Diyabetik retinopatinin tedavisi var mıdır?

Retinopatinin erken tanısı ve tedavisi sağlanmaz ise diyabet körlüğe neden olabilir. Ancak körlük oranı diyabetiklerin %10'undan daha az bir bölümünde görülmektedir.

Radyasyon aracılığı ile kuvvetlendirilmiş ışık anlamına gelen lazer ile günümüzde diyabetik retinopatinin tedavisinde önemli başarılar sağlanmıştır. Görme sorunu olan birçok diyabetli lazer tedavisinden çekinmekte ve gözlük kullanarak bu sorunlarını çözümlenebileceklerini düşünmektedirler. Hasta bu konuda eğitilmeli ve lazer tedavisinin uygulanış şekli açıkça anlatılmalıdır. Bu tedavi şeklinde, hasta bir cihaza bakılır ve verilen lazer ışını ile retina damarları tedavi edilir.

5- Nefropati her diyabetli hastada görülür mü?

Hayır. Fakat diyabet ayarı iyi olmayan Tip 1 diyabetiklerin %30-35'inde, Tip 2 diyabetiklerin %5-10'unda nefropati gelişmektedir. Amerika'da tüm böbrek hastalarının % 40'ı diyabetiktir. Metabolik kontrolü sağlayabilmiş diyabetiklerde nefropatinin görülme sıklığı düşüktür. Diyabetin kötü kontrolü dışında diyabet süresi, hipertansiyon, yüksek protein alımı, lipid düzeylerindeki anormallikler de diyabetik nefropati gelişimini etkilemektedir.

6- Nefropatinin erken tanısı mümkün müdür?

Son yıllara kadar, klinik olarak iyice ortaya çıktıktan sonra nefropati tanısı konulabiliyordu. Günümüzde hassas laboratuvar yöntemleri ile idrarda albumin (mikroalbuminüri) bakılmak suretiyle nefropatinin erken dönemde tanısı konulabilmektedir. Erken dönemde tanısı konulmuş diyabetiklere uygulanan yoğun insülin tedavisi ve sık aralıklı ziyaretlerle, nefropatinin ilerlemesi durdurulabilmektedir. Diyabetlilerin yılda en az 2 kez mikroalbuminüri ölçümü yaptırması erken tanı için gereklidir.

7- Mikroalbuminüri nedir? Nasıl test edilir?

Normalde dakikada idrar ile atılan albumin miktarı 20 mikrogramdır, bu düzey 20-200 mikrogram ise diğer bir ifade ile 24 saatlik idrar toplandığında 30-300 mg albumin varsa mikroalbuminüri varlığından söz edilir. Mikroalbuminüri tayini için 24 saatlik idrar tahlili en güvenilirdir. Hasta sabah ilk idrarını dışarı yapar, ertesi gün sabah ilk idrarı dahil olmak üzere 24 saat boyunca yaptığı tüm idrarı toplar ve laboratuvara getirir. Laboratuvarıda yapılacak ölçüm dışında hastanın evde kendi kendine uygulayabileceği tayin yöntemleri de vardır. Kan şekeri, idrarda glikoz ve keton ölçümü için kullanılan test çubukları gibi mikroalbuminüri tayini için de test çubukları bulunmaktadır. Evdeki ölçümlerde, herhangi bir andaki idrarda mikroalbuminüri bakılması güvenilir sonuçlar veremeyebilir, bunun için 24 saatlik idrarda test edilmelidir.

8- Nöropati nedir? Belirtileri nelerdir?

Glisemi kontrolünün sağlanamaması sinir hücrelerine zarar verebilir. Buna nöropati adı verilir. Sinir hücreleri şişer, nedbeleşir ve temel görevlerini yapamaz hale gelir. Bazı sinirlerin hasar görmesi, ayakların ve bacakların aşağı kısımlarında ağrı ve karıncalanma ile uyuşma, sızlama, zonklama ve yanma şikayetlerine yol açar. Hasta ayağındaki kesik, yara veya yanmayı hissetmeyebilir. Otonom nöropati hastada diare, ödem, terleme, solunum bozukluğu, taşikardi, hipotansiyon, impotans, hipoglisemik semptomların hissedilmemesi gibi çeşitli sorunlar da oluşturabilir. Nöropatik belirtiler ile nöropatinin başlama

zamanındaki hiperglisemi düzeyleri arasında kesin bir ilişki yok ise de nöropatinin önlenmesinde glisemi kontrolü önemlidir. Bazen hastalar kan şekeri kontrolü sağlandığı dönemde şikayetlerinin azaldığını söylerler. Hipoglisemiyi gösteren semptomların kaybı söz konusu olduğunda glisemi kontrolü çok sıkı yapılamayabilir.

9- Diyabetik ayak yaraları nasıl gelişir?

Diyabetik ayak gelişiminde nöropati varlığı önemlidir, çünkü nöropati acıya duyarlılığı azaltır, küçük yara ve kesiklerin farkedilmemesine yol açar. Ayaklardaki nasır, kesik, çizik gibi problemlerin önlenememesi enfeksiyonun ilerlemesine, hipergliseminin kontrol altına alınamamasına, sonuç olarak ekstremitte amputasyonlarına neden olabilmektedir. Diyabetiklerde alt ekstremitte amputasyonları diyabetik olmayanlara nazaran 10-15 kat fazladır. Diyabetik ayak yarası gelişme riski yüksek olan hastaların yakın takibi yapılmalıdır. Hastanın ayağındaki basıncı azaltacak önlemler alması ve özel ayakkabı kullanması yaranın ülserleşmesini önleyebilir. Diyabetik ayak oluşumunun önlenmesi ve tedavisinde en önemli nokta hastanın ayak bakımı konusunda eğitilmesidir .