

# Modül II- 1

## Diyabetin Tanısı, Sınıflandırılması ve Tanıtımı

<b>Genel Açıklama</b>	Diyabet, geçmişte tek başına seyreden bir hastalık olarak kabul ediliyordu. Halbuki, şimdi diyabetin pek çok değişik mekanizmanın neden olduğu bir heterojen metabolik hastalık olduğu açıktır. Diyabet şimdi nedenlerindeki farklılıklara, doğal öyküsüne ve klinik özelliklerine göre sınıflandırılmaktadır.
<b>Amaç</b>	Katılımcıya farklı glikoz metabolizması bozuklukları, bunların patojenezi, klinik özellikleri ve tanı kriterlerine yönelik tam ve güvenilir bilgi vermek
<b>Hedefler</b>	<p>Bu modül tamamlandıktan sonra katılımcı aşağıdaki konularda yeterliliğe ulaşacaktır:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes mellitusu tanımlamak</li> <li>• Küresel ve bölgesel düzeyde hastalığın görülüş sıklığını ve hasta kişi sayısını tartışmak</li> <li>• Farklı glisemi hastalıklarını ayırt etmek: Bozulmuş glikoz toleransı ve bozulmuş açlık glikozu, Tip 1 diyabet, Tip 2 diyabet, diğer spesifik tipler (MODY, LADA, steroid kullanımına bağlı diyabet gibi), gebelik diyabeti, çocukluktaki kistik fibroz, hemoglobinopati gibi kronik hastalıklara bağlı gelişen sekonder diyabet</li> <li>• Klinik görünüm, hasta özellikleri ve patojenez ile ilgili olarak tip 1 diyabet ve tip 2 diyabet arasındaki farkı anlamak</li> <li>• Tip 1 diyabetin gelişiminde genetiğin, çevre faktörlerinin ve immünolojinin rolünü tanımlamak</li> <li>• Tip 2 diyabetin gelişiminde genetik ve çevresel faktörlerin, obezitenin, insüline duyarsızlığın ve insülin eksikliğinin rolünü tanımlamak</li> <li>• Gençlerde Tip 2 diyabetin görülme eğilimini tanımlamak</li> <li>• Diyabet tanısında kullanılan laboratuvar incelemelerini ve uygun kullanımlarını (açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, oral glikoz tolerans testi) tanımlamak</li> <li>• Laboratuvar incelemelerinin doğruluğunu etkileyebilecek faktörleri tanımlamak</li> </ul>

- Aşağıdaki testlerin uygun kullanımını tartışmak: C-peptide, insülin antikorları, adacık antikorları ve GAD antikorları testleri ve aynı şekilde idrar tahlilleri (idrarda glikoz ve ketonları) ile HbA<sub>1c</sub> tayini
- Farklı glisemi bozuklukları için Dünya Sağlık Örgütü'nün tanı kriterlerini açıklamak
- Glikoz düşürücü oral ilaçların birincil ve ikincil yetmezlikleri dahil olmak üzere diyabetin doğal seyrini tanımlamak

### Öğretim Yöntemleri

Vaka çalışmaları, anlatım

### Önerilen Süre

Anlatım: 1-2 saat

Vaka Çalışmaları: 1-2 saat

### Bu Modülün Eğitimsi

Diyabet eğitimsi, endokrinolog

### Öğrenimin Değerlendirilmesi

Vaka çalışmalarının başarıyla tamamlanması

### Kaynaklar

American Diabetes Association. Clinical practice recommendations 2008. *Diabetes Care* 2008; 31(Suppl 1).

Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2003 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diab* 2003; 27(Suppl 2).

Chiasson JL, Josse RG, Gomis R, et al. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus: The STOP-NIDDM randomized trial. *Lancet* 2002; 346: 393-403.

Delahanty LM, Halford BN. The role of diet behaviours in achieving improved glycaemic control in intensively treated patients in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care* 1993; 16: 1453-8.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Effect of intensive diabetes treatment on the development and progression of long-term complications in adolescents with insulin dependent diabetes mellitus: Diabetes Control and Complications Trial. *J Pediatr* 1994; 125: 177-88.

Diabetes Control and Complications Trial. Epidemiology of diabetes interventions and complications research group intensive diabetes therapy and carotid intima-media thickness in type 1 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2003; 348: 2294-303.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329: 977-86.

Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 2002; 297: 356-9.

Harris SB, Ekoe JM, Zdanowicz Y, Webster-Bogaert S. Glycemic control and morbidity in the Canadian primary care setting (results of the diabetes in Canada evaluation study). *Diabetes Res Clin Pract* 2005; 70: 90-7.

International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas* 3<sup>rd</sup> edition. IDF. Brussels, 2006.

International Diabetes Federation Clinical Guidelines Task Force. *Global guideline for type 2 diabetes*. IDF. Brussels, 2005.

Isomaa B, Almgren P, Tuomi T, et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2001; 24: 683-9.

Pan X, Li G, Hu Y, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997; 20: 537-44.

Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343-50.

The Diabetes Prevention Program Research Group. The diabetes prevention program. *Diabetes Care* 2002; 23: 2165-71.

UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 1998; 352: 837-53.

UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes UKPDS 38. *BMJ* 1998; 317: 703-13.

World Health Organization. *Laboratory diagnosis and monitoring of diabetes mellitus*. WHO. Geneva, 2002. (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241590483.pdf>)

Bu modül için ilave bilgi bir slayt sunusu olarak [www.idf.org](http://www.idf.org) adresinden temin edilebilir