

Modül III-3

İnsülin Tedavisi

Genel Açıklama

Tip 1 diyabetli birey yaşamını sürdürmek için günlük insülin tedavisine gereksinim duyar. Halen, diyabeti olan çocuk ve adölesanların büyük bölümü Tip 1 diyabetlidir. Diyabet yönetimini iyileştirmek, komplikasyon gelişimin azaltmak ya da ortaya çıkışını geciktirmek için giderek daha çok Tip 2 diyabetliye oral glikoz düşürücü tedavi rejimlerine ilave olarak veya oral tedavi yerine insülin verilecektir. Birleşik Krallık Prospektif Diyabet Çalışması (United Kingdom Prospektif Diabetes Study; UKPDS) Tip 2 diyabetlilerin % 50'sinden fazlasının daha iyi kontrolü sağlayabilmek için, 5 yıl sonra insülin gibi ek tedavilere ihtiyaç duyduğunu gösterdi. Bu nedenle, insülin tedavisi kötü kontroldeki tedavi seçeneği olarak kullanılmamalıdır. Bu tip 2 diyabetin doğal seyrinin sonucudur. İnsülin rejimi değişkendir, hedeflere ve diyabetli bireylerin yaşam biçimine göre ayarlanmalıdır.

Amaç

Katılımcıların Tip 1, Tip 2 ve gebelik (gestasyonel) diyabeti olan bireylerde ve diyabetin diğer tiplerinde, örneğin steroid kullanımına bağlı diyabet gibi insülin tedavisini anlamasını sağlamak

Hedefler

Bu modül tamamlandıktan sonra katılımcı aşağıdaki konularda yeterliliğe ulaşacaktır:

- İnsülin tedavisi başlamada sağlık profesyonellerinin engellerini tartışmak
- İnsülin tedavisine başlamada diyabetli bireylerin engellerini tartışmak
- İnsülin tipleri arasındaki farkları ayırt etmek
- Farklı insülin tiplerinin etki sürelerini tartışmak
- Katılımcıya sağlık sistemindeki mevcut insülinlerin kaynağını (insan rekombinant DNA, analog, domuz, sığır) açıklamak
- İnsülin ihtiyacını ve emilimini etkileyen faktörleri tanımlamak
- Enjektörler, kalemler, pompalar dahil olmak üzere farklı yöntemler kullanarak insülin hazırlanması ve verilmesini göstermek
- Farklı ortam ve koşullarda insülini saklama ve depolama yöntemlerini tartışmak

- İnsülin tedavisinin hipoglisemi, insülin ödemi, kilo artışı, lipohipertrofi ve lipoatrofi gibi yan etkilerini tanımlamak
- Tip 2 diyabetlilerde oral tedavi ile insülin kombinasyonunu tartışmak
- Tip 1 ve Tip 2 diyabette yoğun insülin tedavisinin yararlarını açıklamak
- Farklı insülin tedavi şemalarının yararlarını ve birbirlerine üstünlüklerini tartışmak
- Farklı klinik durumlarda kullanılacak uygun insülin tipi ve rejimlerini tanımlamak
- Kan şekeri düzeyi, HbA_{1c}, kilo yönetimi ve lipidler ile ilgili bireyselleştirilmiş tedavi hedeflerini tanımlamak
- İnsülin tedavisine başlama/devam etme konusunda diyabetlinin korkularının üstesinden gelmesine yardımcı yöntemleri tanımlamak
- İnsülin dozu düzenleme prensiplerini anlamak
- Diyabetliyi hedef kan şekeri değerlerine ulaşabilmesi için insülin dozlarında düzenlemeler yapması konusunda eğitmek
- Hasta günler, yolculuk, fiziksel aktivite, cerrahi operasyon, dinsel ve kültürel olaylar gibi özel durumlarda insülin dozlarının ayarlanmasını tartışmak
- Pompa kullanıcıları için insülin tedavisini tartışmak*
- Pompa tedavisi yönetiminde özel bir ekibin önemini tartışmak*

Öğretim Yöntemleri

Vaka çalışmalarının kapsamı: Tip 2 diyabette insülin tedavisine başlama, yeni tanılanmış Tip 1 diyabet, yoğun insülin tedavisi, kan şekeri kayıtlarına göre insülini ayarlama

Önerilen Süre

Vaka çalışmaları: 2 saat

Bu Modülün Eğitimsi

Endokrinolog ya da diyabet eğitimcisi

Öğrenimin Değerlendirilmesi

Vaka çalışmalarını başarı ile tamamlama

Kaynaklar

American Diabetes Association. *Medical management of type 1 diabetes* 5th edition. ADA. Alexandria, 2008.

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

- Campbell RK, White JR Jnr. *Medications for the treatment of diabetes*. American Diabetes Association. Alexandria, 2000.
- 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).
- Colwell JA. *Hot Topics Diabetes*. Hanley and Belfus. Philadelphia, 2003.
- Cusi K, Cunningham GR, Comstock JP, et al. Safety and efficacy of normalizing fasting glucose with bedtime NPH insulin alone in NIDDM. *Diabetes Care* 1995; 18: 843-51.
- Davidson MB. *Diabetes mellitus diagnosis and treatment* 4th edition. WB Saunders Company. Philadelphia, 1998.
- Garg SK, Carmain JA, Braddy KC, et al. Pre-meal insulin analogue Lispro vs Humulin R insulin treatment in young subjects with type I diabetes. *Diabet Med* 1996; 13: 47-52.
- Ilkova H, Glaser B, Tunckale A, et al. Induction of long-term glycemic control in newly diagnosed type 2 diabetic patients by transient intensive insulin treatment. *Diabetes Care* 1997; 20: 1353-6.
- International Diabetes Federation Clinical Guidelines Task Force. *Global guidelines for type 2 diabetes*. IDF. Brussels, 2005.
- Klingensmith GJ (Ed). *Intensive diabetes management* 3rd edition. American Diabetes Association. Alexandria, 2003.
- Landstedt-Hallin L, Adamson U, Arner P, et al. Comparison of bedtime NPH or preprandial regular insulin combined with glibenclamide in secondary sulfonylurea failure. *Diabetes Care* 1995; 18: 1183-6.
- Nathan DM. Initial management of glycemia in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2002; 347: 1342-9.
- Olsson PO, Hans A, Henning VS. Miscibility of human semisynthetic regular and lente insulin and human biosynthetic, regular and NPH insulin. *Diabetes Care* 1987; 10: 473-7.
- UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared to conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352: 837-53.

* Bu hedefler ileri düzeyde yer alacaktır

Bu modül için ilave bilgi bir slayt sunusu olarak www.idf.org adresinden temin edilebilir