

Diyabet

TÜRK DİYABET CEMİYETİ
T.D.C.
1955

TÜRK DİYABET CEMİYETİ'NİN YAYINIDIR.
ŞUBAT 2026 - SAYI 73

VE SAĞLIKLI YAŞAM

**Diyabetlilere
Ramazan Rehberi**
Güvenli Oruç İçin
Bilmeniz Gerekenler

Basit Bir Kan Testi
Diyabetik Ayak Ülseri
Riskini Öngörebilir mi?

**Ramazan'da
Doğru Beslenme ve Egzersizle**
Metabolizmayı Korumak Mümkün Mü?

**SAĞLIĞINIZI ETKİLEYEN
GÖRÜNMEZ DENGİ;
İlaç-Besin
Etkileşimleri**

**Şeker Yükselir, RİSK ARTAR!
KALP SAĞLIĞINA
DİKKAT!**



Değerli Okurlar, Yeniden merhaba!



Doç. Dr. Gamze Akkuş

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı
Türk Diyabet Cemiyeti Yönetim Kurulu Üyesi*

EDITÖRDEN

Diyabet ve Sağlıklı Yaşam Dergisi'ni Temmuz 2023'ten bu yana verdiği yayın arasının ardından 73. sayısı ile yine ve yeniden siz değerli okurlarımızla buluşturduk. Dergimizin bundan sonraki yayın faaliyetlerini üstlenmiş bir akademisyen olarak önceki dönemde dergimizin editörlüğünü yürüten hocamız Prof. Dr. Zeynep Oşar Siva'ya teşekkürlerimi sunuyorum. Bu sayımızda hem yeni yılın enerjisi hem de sizlerle yeniden buluşmanın heyecanı ve mutluluğuyla beraber 'Yeni yılda daha sağlıklı bir yaşam' ve 'Ramazan ayına hazırlık' temalarını öne çıkardığımız dopdolu bir içerik hazırladık.

Diyabet, her geçen yıl hızla artarak ülkelerin sağlık harcamalarını ciddi oranda arttırmaktadır. İnsan sağlığına çok yönlü etkilerinin ötesinde, gelişen tedavi algoritmalarına rağmen Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF) 2025 yılı verilerine göre, dünya genelinde 20-79 yaş arası diyabet tanısı alan 589 milyon kişi mevcuttur. Bu rakam dünya üzerinde her 9 kişiden 1'ine karşılık gelmektedir. Dahası her 10 diyabetliden 4'ü henüz hastalığının farkında bile değil. Bu şekilde hareketsiz yaşam, düzensiz beslenme ve iyi bir takibin olmaması durumunda 2050 yılına kadar diyabetli birey sayısının yüzde 46 artarak dünya genelinde 853 milyona ulaşması beklenmektedir.

Dünya verilerine paralel olarak ülkemiz koşullarında da tip 2 diyabet görülme oranı hızla artmaktadır. TURDEP-2 çalışma verilerinde diyabet görülme oranı genel popülasyonda yüzde 13.7 olarak saptanmıştır. Farklı ölçeklerde yapılan birçok çalışmada da benzer oranlar rapor edilmiştir. Hem dünya genelinde hem ülkemizde sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturan diyabet yönetimi tüm ülkelerin sağlık politikalarında önlenabilir bir hastalık olarak ilk sıralarda yer almaktadır. Bu amaçla koruyucu önlemlerin geliştirilmesi, diyabet eğitiminin yaygınlaştırılması ve hasta takibinin daha sistematik bir şekilde yapılabilmesi ile hem hastalığın ilerleyişi hem de sağlık harcamaları önemli ölçüde azaltılabilmektedir. Bu amaçla 2026 yılı

için sağlık profesyonelleri olarak öncelikli hedefimiz diyabetli hasta takibinin iyileştirilmesinin ötesinde diyabetten korumaya yönelik olmalıdır.

Aynı zamanda bu sayıda yeni yılda daha sağlıklı olabilmenin önemini vurgulamak isterken amacımız sağlık kavramının altını bir kez daha çizmektir. Sağlık; kişinin ruhsal, bedensel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanması ile birlikte aslında çok yönlü değerlendirilmesi gereken bir kavramdır. Günümüzde 'longevity' yani uzun yaşam kavramı bir hayli popülerlik kazansa da, belki de uzun yaşamdan ziyade sağlıklı yaşam öncelikli olmalıdır. Kısa sürede kilo verdiren şok diyetler, doktor kontrolü dışında kullanılan zayıflama ilaçları, kontrolsüz yapılan egzersizler ve uzun yaşam adına doktor kontrolü dışında kullanılan takviye ilaçlar günlük pratikte en sık karşılaştığımız sorunlardan olsa gerek. Sosyal medyanın da yanlış ve eksik bilgiyi hızlı yayma konusundaki becerisi de göz ardı edilmemelidir.

Bu amaçla sadece alanında uzman kişilerin kaleme aldığı yazılardan oluşan Diyabet ve Sağlıklı Yaşam Dergisi'nin bu sayısında diyabete dair güncel haberler ve gelişmeler, ramazan ayında diyabetli hastalarımız için öneriler, halk arasında doğru bilinen yanlışlar, sağlıklı beslenmenin ipuçları, egzersizin önemi, probiyotik-prebiyotik kavramları detaylı bir şekilde ele alınacaktır. Ayrıca güncel makalelerin sizler için hazırlanmış özetleri ve uluslararası sağlık arenasında diyabet ile ilgili konuşulan güncel konuların sunumu ile dergimiz en güncel bilimsel veriyi siz değerli okurlarımıza sunmayı amaçlamaktadır.

Hepinize şimdiden keyifli okumalar diliyorum. Yeni yılın hepimize sağlık ve mutluluk getirmesi dileğiyle.

Sevgiler...



www.diyabetvesaglikliyasam.com



TÜRK DİYABET CEMİYETİ
Ayar Hayat Sağlar

www.diyabetcemiyeti.org

Yayın Türü: Süreli Dijital Yayın

Yayın Periyodu: Üç ayda bir yayınlanır

Türk Diyabet Cemiyeti Adına İmtiyaz Sahibi

Prof. Dr. Hasan İlkoğlu

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Doç. Dr. Gamze Akkuş

Yayın Kurulu

Prof. Dr. Zeynep Oşar Siva

Prof. Dr. Fırat Bayraktar

Prof. Dr. Tamer Tetiker

Prof. Dr. Taner Damcı

Prof. Dr. Müjde Aktürk

Doç. Dr. Serdar Şahin

Uzm. Dr. Cem Sulu

Editör / Gülşah Atıcı

Grafik Tasarım / Taner Döner

Reklam ve Mali İşler / Berna Baykal

berna@diyabetcemiyeti.org

Yönetim Adresi ve İletişim:

Harbiye Mah. Cumhuriyet Cad. Erk Apt. No: 38
İç Kapı No: 2 Şişli / İstanbul Türkiye

info@diyabetcemiyeti.org
0(534) 552 3003

Web: diyabetvesaglikliyasam.com

Youtube: [turkdiyabetcemiyet](https://www.youtube.com/turkdiyabetcemiyet)

Instagram: [turkdiyabetcemiyeti](https://www.instagram.com/turkdiyabetcemiyeti)

X: [DiyabetCemiyeti](https://twitter.com/DiyabetCemiyeti)

Dergide yer alan içeriklerin tüm hakları saklıdır. İçerikler, yayıncının yazılı izni olmaksızın dijital veya basılı hiçbir mecrada kısmen ya da tamamen kullanılamaz.

İÇİNDEKİLER

2

Editörden

6

Türk Diyabet Cemiyeti

8

Cemiyetimizden Haberler

14

Diyabetin Tedavisi
Hakkında Ne Biliyoruz?

17

Diyabetik Ayak Problemlerine
Karşı Etkili Önlemler

18

Diyabetlilere Ramazan
Rehberi

22

SAĞLIĞINIZI ETKİLEYEN
GÖRÜNMEZ DENGE;
İlaç-Besin
Etkileşimleri



26

Yaşam Öyküsü

28

Diyabetli Bireylere
Beslenme Önerileri

31

İstatistik Köşesi

32

Kan Testi Diyabetik Ayak
Ülseri Riskini Öngörebilir mi?



18 Diabetlilere Ramazan Rehberi Güvenli Oruç İçin Bilmeniz Gerekenler



58 Ramazan'da Doğru Beslenme ve Egzersizle Metabolizmayı Korumak Mümkün Mü?



Basit Bir Kan Testi Diabetik Ayak Ülseri Riskini Öngörebilir mi?

Şeker Yükselir, RİSK ARTAR!
KALP SAĞLIĞINA
DİKKAT!

34



Diabet ve Kalp Sağlığı 34

En Popüler Araştırmalar 38

Enerji İçeceği ve İnme Riski 42

Obezite Tedavisinde
Güncel Rehber 44

Fiziksel Aktiviteyle
Diabetteki Riskleri Azaltmak 46

Diabette Hipoglisemi 50

Tatlandırıcı Tartışmasına
Bilimsel Bakış 52

Sessiz Tehlikeyi Önlemek 54

Ramazan'da Beslenme ve Egzersizle
Metabolizmayı Korumak 58

Uzun Açlıkta Diabet 64



TÜRK DİYABET CEMİYETİ

A y a r H a y a t S a ğ l a r

www.diyabetcemiyeti.org

1955 yılında kurulan Türk Diyabet Cemiyeti, diyabet hastalığı, korunma yolları ve tedavisi hakkında halkın bilinçlenmesini sağlayan, eğitimler düzenleyen, bilimsel araştırmaların yapılması ve politikaların oluşturulmasına destek veren Türkiye'nin ilk ve önde gelen kurumlarından biridir. 1959 yılında Uluslararası Diyabet Federasyonu'na (IDF) 21. üye olarak katılmış; ülkemizin diyabet alanındaki sağlık hizmetlerini ve bilimsel çehresini, uluslararası camiada temsil eden önemli bir kuruluş haline gelmiştir. 1963 yılında ise; dönemin Bakanlar Kurulu kararı ile 'Kamu Yararına Çalışan Dernek' statüsünü kazanmıştır.

Altmış yılı aşan tecrübesiyle ülkemizde birçok kurum, kuruluş ve STK'ya ilham kaynağı olan Türk Diyabet Cemiyeti, özvarlıklarıyla kurduğu ve alanında bir ilk olan İstanbul Harbiye Özel Diabet Hastanesi'ni 1990 yılında hizmete açmıştır.

Zaman içinde artan talep ve değişen koşullar, Harbiye Özel Diabet Hastanesi'ne göre daha büyük kapasiteli ve daha iyi hizmet verecek bir hastane gereksinimini ortaya çıkarmıştır. Bu amaçla Türk Diyabet Cemiyeti ile Türk Diabet ve Obezite Vakfı'nın özvarlıkları ve bağışlarla Haziran 2015 yılında tamamlanan ve Prof. Dr. Nazif Bağrıaçık Kadıköy Hastanesi adıyla hizmete başlayan hastane Temmuz 2025'e kadar faaliyetine devam etmiştir.

2016 yılında Diyabet ve Obezite Farkındalık Eğitim Merkezi (DOFEM) kurulmuş, özellikle hasta ve yakınlarına yönelik olarak diyabet eğitimi, özbakım, beslenme ve egzersiz, ayak sağlığı, seyahat ve özel durumlarda yapılması gerekenler, insülinin saklama ve taşıma koşulları, ağız ve diş sağlığı, yıllık yapılması gereken kontroller gibi konu başlıklarında ücretsiz eğitimler vermeye başlamıştır. DOFEM ayrıca, okullar, belediyeler, huzurevleri, fabrikalar, işyerleri gibi çeşitli kurum ve kuruluşlarla ortaklaşa 'Diyabet ve Sağlıklı Beslenme' seminerleri düzenlemekte ve halkın farkındalık düzeylerini arttırmak için çalışmalar yapmaktadır.

Cemiyetin önemli faaliyetlerinden bir diğeri de 50 yılı aşkın süredir aralıksız olarak düzenlemekte olduğu ve Türkiye'deki ilk diyabet kampı olma özelliği taşıyan Yaz Eğitim Kampları'dır. Bu kamplar sayesinde diyabetli çocuk ve erişkinler tatil ortamında bakım ve kontrol kavramlarını öğrenmekte, bilgi ve deneyimlerini paylaşma fırsatı bulmaktadırlar.



Türk Diyabet Cemiyeti ayrıca, düzenlenmesine öncülük ettiği ve 60 yılı aşkın süredir devam eden Ulusal Diyabet Kongreleri ve diyabete ilişkin diğer hekim eğitimi toplantıları sayesinde bilim insanları ve sağlık profesyonellerini bir araya getirmekte, bilgi alışverişinde bulunmalarına ve güncel gelişmeleri takip etmelerine aracılık etmektedir.

Türk Diyabet Cemiyeti;

- Bilimsellik
- Önderlik ve öncülük
 - Şeffaflık
 - Güvenirlilik
 - Paylaşımcılık
- Kurumlar arası iletişim ve iş birliği
- Kaynaklarda verimlilik ve etkililik
- İnsana değer vermek ilkeleri doğrultusunda diyabet hastalarına, sağlık çalışanlarına ve halka yönelik eğitsel, sosyal ve bilimsel çalışmalarını sürdürmektedir.

Misyonu;

- Ülke çapında diyabetin önlenmesi ve tedavi edilmesi yönündeki halk sağlığı politikalarının oluşturulmasına ve bilimsel araştırmalara destek verilmesi.
- Diyabet hastalığı ve korunma, sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam konularında farkındalık yaratmak ve güçlendirmek.
- Diyabetlilere, ailelerine, doktor, hemşire, diyetisyen ve ilgili diğer sağlık personeline eğitim ve kursların verilmesi.

1 Dergimizin Esintileriyle Adana'da DİYABET ve SAĞLIKLI YAŞAM SEMPOZYUMU

Türk Diyabet Cemiyeti ile Çukurova Üniversitesi iş birliğinde, 24 Ocak tarihinde “Adana’da 1. Diyabet ve Sağlıklı Yaşam Sempozyumu” gerçekleştirildi. Çukurova Üniversitesi yerleşkesi içerisinde yer alan Çukurova Teknokent Konferans Salonu’nda düzenlenen sempozyum, Türkiye’nin dört bir yanından alanında yetkin değerli akademisyenler ve deneyimli uzman hekimleri bir araya getirdi.

Sempozyumun temel amacı; sağlıklı yaşam terminolojisinin önemine dikkat çekmek, diyabete giden uzun ve sessiz süreçte alınması gereken temel koruyucu sağlık hizmetlerini vurgulamak oldu. Diyabet ve Sağlıklı Yaşam Dergisi ile aynı adı taşıyan bilimsel program; ‘sağlıklı yaşam’ kavramıyla başlayarak prediyabet, diyabet ve diyabet türleri, hipoglisemi yönetimi, diyabetik ayak, özel durumlarda diyabet yönetimi gibi başlıklarla devam etti.

Program kapsamında ayrıca, günümüzde küresel bir halk sağlığı sorunu haline gelen obezite; farmakolojik ve cerrahi yönlerden tedavisinin yanı sıra bireye özel egzersiz ve diyet reçetesine kadar sağlık profesyonellerince çok yönlü olarak ele alındı. Bu bölümde paylaşılan bilgiler, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılmasının ve sürdürülmesinin ne denli önemli olduğunu bir kez daha ortaya koydu.

Sempozyumun ilgiyle takip edilen ‘Zor Diyabet Olguları’ oturumunda ise Türkiye’nin farklı bölgelerinden katılım gösteren uzman hekimler, takip ettikleri özgün vaka örneklerini meslektaşlarıyla paylaştı. Sekiz oturumda, on üç farklı konunun ele alındığı sempozyumda vaka sunumları eşliğinde yapılan interaktif tartışmalar katılımcılardan büyük ilgi gördü. Bu tartışmalar, katılımcılara farklı bakış açıları kazandırırken, bilgi paylaşımını da daha derin ve verimli hale getirdi. Program, değerli katılımcıların Adana’nın özgün lezzetlerini deneyimlediği, keyifli bir kapanış ile tamamlandı.

Diyabet ve Sağlıklı Yaşam Dergisi’nin esintilerini taşıyan organizasyonda emeği geçen tüm konuşmacılara ve katılımcılara teşekkür ediyor, sağlıklı yaşam bilincinin güçlenmesine katkı sağlayacak yeni buluşmalarda yeniden bir araya gelmeyi diliyoruz.

Doç. Dr. Gamze Akkuş





TÜRK DİYABET CEMİYETİ



ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ

1. DİYABET ve SAĞLIKLI YAŞAM SEMPOZYUMU

24 Ocak 2026 Cumartesi

Çukurova Üniversitesi

WORLD MEDICINE'nın koşulsuz katkılarıyla...

CEMİYETİMİZDEN HABERLER





DİYABET YAZ EĞİTİM KAMPI KAYITLARI BAŞLADI!

Başvuru için: www.diyabetcemiyeti.org

Eğlenirken Öğrenelim, Diyabetimizi Birlikte Yönetelim

Türk Diyabet Cemiyeti'nin (TDC) 59. Diyabet Yaz Eğitim Kampı, 28 Haziran - 5 Temmuz 2026 tarihleri arasında Çanakkale'nin Eceabat ilçesinde yer alan Kum Otel'de gerçekleştirilecektir. Sınırlı sayıda kontenjanın bulunduğu kampımız için başvurular başlamıştır.

Diyabet Yaz Eğitim Kampı Ne Vadediyor?

Diyabet Yaz Eğitim Kampı, katılımcılara keyifli bir tatil ortamında diyabet yönetimi konusunda güçlü bir eğitim programı sunmaktadır.

Ayrıca kamp süresince katılımcılar;

- Kamp boyunca hekim, diyabet diyetisyeni ve diyabet hemşiresi gözetiminde olur.
- Diyabet bakım ve kontrol kavramlarını öğrenerek tedaviye uyumlarını artırır.
- Bilgi ve deneyimlerini paylaşıp, karşılaştırma fırsatı bulur.
- Uzman diyetisyenler gözetiminde hazırlanan öğünlerle sağlıklı beslenmeyi ve öğün planlamasını öğrenir.
- Özellikle diyabetli çocuk ve gençler özgüvenlerini artırır.



Diyabet Yaz Eğitim Kampı Nasıl Bir Ortam Sunuyor?

Çanakkale'nin Eceabat ilçesinde deniz kenarında yer alan Kum Otel'de gerçekleştirilecek kampımız, deniz kenarında, çam ağaçlarıyla çevrili, yüzme havuzlu, yürüyüş ve koşu alanlarına sahip doğa ve tarihle iç içe keyifli bir ortam sunmaktadır. Kamp programımız 7 gece 8 gün sürecektir.



Kamp Ücretine Dahil Olan Hizmetler Neler?

- Açık büfe 3 ana öğün ve 3 ara öğün
- Hekim, diyetisyen ve diyetisyen hemşiresinden oluşan sağlık ekibinin gözetimi, danışmanlığı ve tıbbi bakım hizmeti
- Yoğun bir eğitim programı
- Gün içindeki egzersiz aktiviteleri
- Çanakkale Şehitliği Gezisi
- Gala yemeği



DIYABETİN

TEDAVİSİ HAKKINDA NE BİLİYORUZ?



Prof. Dr. Murat Sert

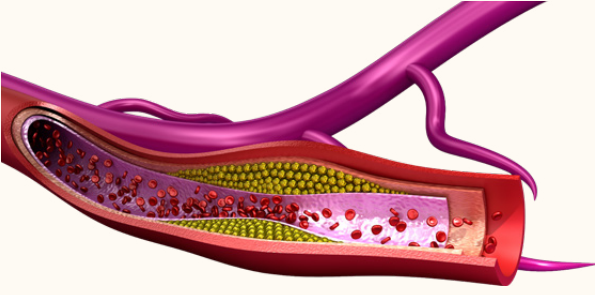
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

“Ülkemizde ve dünyada giderek artan diyabet, uluslararası salgın bir hastalık haline gelmiştir. Diyabet; sonradan oluşabilen görme kaybı, böbrek yetmezliği ve erken yaşta kalp krizi gibi ciddi komplikasyonları da beraberinde getirebilir. Ancak sevindirici olan şudur ki; doğru tedavi ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarıyla, diyabete bağlı komplikasyonların gelişme riskleri yüzde 60-70 oranında önlenebilmektedir. Peki, bu riskleri azaltmak ve sağlıklı bir yaşam sürdürmek adına atılabilecek temel adımlar nelerdir?”

Diyabetin birbirinden farklı alt tipleri bulunurken, hastalık nedenleri ve tedavileri de birbirlerinden oldukça farklıdır. Halk arasında sıklıkla tip 1 ve tip 2 diyabet türleri bilinirken, daha nadir görülen diyabet tipleri de mevcuttur. Bazen bu nadir diyabet tipleri tip 1 veya tip 2 diyabet tanısı alarak, yanlış tedavilerin verilmesine neden olmaktadır. Günlük klinik tıp pratiğinde yapılan hataların en önemlilerinden biri sadece kan şekeri ve HbA1c ölçümüne bakılması ve şeker hastalarının diyabet komplikasyonlarının izlenmesi açısından farkındalıklarının yetersiz olmasıdır.

Diyabetin Neden Olduğu Komplikasyonlar

Ülkemizde ve dünyada böbrek yetmezliği nedeniyle diyalize giren ve böbrek nakli bekleyen hastaların yüzde 40'ına diyabet (diyabetik nefropati) neden olmaktadır. Yine diyabetik retinopati, sonradan kazanılan görme kaybının en sık nedenidir. Bunların yanında el ve ayaklarda uyuşma, his kaybı ve ayak yaralanmaları ile kendini belli eden diyabetik nöropati hastalarının yüzde 60'ına kadar görülebilmektedir. Büyük



damar hastalıkları, ayak damarlarında tıkanma, bacaklarda ağrı ve özellikle koroner damarların tutulmasına bağlı erken yaşlarda kalp krizi, aritmiler ve kalp yetmezliği gibi yaşamı tehdit eden son derece tehlikeli komplikasyonlardan olup, diyabet hastalarının yüzde 80'inde mortalite nedenidir.

İyi Tedaviyle Diyabetin Yaratacağı Komplikasyon Riskleri %60-70 Oranında Önlenebilir

Diyabetin yukarıda bahsedilen hayati sağlık sorunlarına yol açmasına rağmen güzel haber, diyabeti iyi tedavi edersek bu komplikasyonların yüzde 60-70'lere varan oranlarda önlenebilmesi veya durdurulabilmesidir. Yukarıda da değindiğimiz üzere günlük pratikteki en önemli sorun, bu komplikasyonlara yönelik bilincin az olması, hasta takibinin sadece kan şekeri ölçümüne dayandırılmasıdır. Peki, bu komplikasyonlar nasıl önlenebilir?

Komplikasyonlara Karşı Sağlıklı Yaşam Adımları

1. Diyabetin ilk tanı anında, hangi tipi olduğu konusunda gerekli incelemeler yapılmalı, hastanın tanısı takip dosyasına girilmeli, diyabet eğitimi ile (hekim ve diyabet hemşiresi) hastaya anlatılmalıdır.

2. Hastaların tedavisi bireysel olup, başka hastaların tanı ve tedavisi kendisi için ölçü alınmamalıdır. Hastanın kafasına takılan hususlar doktoruna sorulmalı, mümkünse aynı sağlık merkezine ya da uzmana yaşam boyunca 3-4 ayda bir düzenli takibe gidilmelidir.

3. Alternatif ilaçlar, mucize tedaviler gibi bilimsel kanıt ve desteği olmayan reklam ürünlerine, gıda takviyelerine ve kişilere inanılmamalıdır.

4. Hastalar, diyabet komplikasyonları yönünden eğitilmeli, tanı anından itibaren bu komplikasyonlar takiplerinde en az 6 ayda veya yılda bir araştırılmalıdır. Çünkü komplikasyonlar ileri aşamada teşhis edilirse, tedavi edilmesi ve geri döndürülmesi çok daha zordur. Örneğin görme kaybı, kör olana kadar belirti vermez. Oysa yıllık düzenli takiplerde erken yakalanırsa lazer fotokoagülasyonu ile göz dibi kanamaları ve körlük önlenebilir. Yine diyabetik nefropati takiplerinde idrarda mikroalbumin ölçülerek yakalanabilir. Aksi halde, hasta böbreklerini kaybedene kadar belirti vermez. Tüm bu nedenlerden dolayı diyabet ve

diyabet komplikasyonları ve izlenmesi hakkında hasta bilinci çok önemlidir. Özellikle retinopati açısından diyabetiklerin yaşam boyunca göz hekimine kontrolü ve takibi elzemdir.

5. Diyabetik ayak yarası tüm dünyada edinsel ekstremitte kayıplarının ve ayak amputasyonlarının en sık nedenidir. Aylarca süren hastane yatışları gerektirebilmektedir. Diyabetiklerde yaşam boyu gelişme riski yüzde 15 civarında olup diyabeti olmayanlara göre amputasyon riski 15-20 kat fazladır.

6. Hastaların diyabet tedavisine katılmasının sağlanması son derece önemlidir. Günümüzde evde kan şekeri takibi yapılmaksızın tedavi düzenlenmesi oldukça zordur. Çünkü HbA1c, 3-4 aylık ortalama kan şekerini yansıtmakta olup ani hipoglisemileri veya hiperglisemileri belirleyememektedir. Bu nedenle hastaların açlık, tokluk veya hipoglisemi belirtileri hissettikleri anda kan şekeri ölçümüyle bunları teyit etmeleri ve tarihini ve sıklığını not almaları tedavi planlarında çok önemlidir. Günümüzde hekim gerekli gördüğünde sürekli kan şekeri ölçüm cihazlarını kullanarak hastalarda birkaç hafta boyunca yüzlerce glukoz ölçümlerini görebilmektedir.

7. Yaşam tarzı ve sağlıklı beslenme; diyabetin hangi tipi ve hangi tedavisi kullanılırsa kullanılsın bu iki hususa dikkat edilmezse optimal diyabet kontrolü mümkün değildir. Hastaların günde 30 dakika, haftada en az 150 dakika yürümeleri en basit ve en yararlı egzersizdir. Yürüme öncesi, sonrası kan şekeri ölçümü, hipoglisemiye karşı tedbir olarak yemekten 1-2 saat sonra yürünmesi,

aç yürünecekse hipoglisemi riski için ufak bir sandviç yenmesi olabilir. Beslenmede mutlaka hastaya göre kalori hesabı, tam tahıl ve bakliyatı içeren en az yüzde 45-50 karbonhidrat, yüzde 30 yağ, yüzde 20 protein hesabı gözetilmeli, diyetisyen tarafından hasta eğitiminde ne yiyecekleri ve ne kadar yiyecekleri öğretilmelidir. Özellikle karbonhidratlar tanıtılmalı, hekim gerekli görüyorsa karbonhidrat sayımı öğretilmeli, hasta yemek kayıtlarını ve yemek sonrası tokluk kan şekeri ölçümlerini izleyerek hedef değerlerde olup olmadığını hekimiyile paylaşmalıdır.

8. Diyabetlinin sağlıklı beslenmesi, kan şekeri ve diyabet tedavisinin temelini oluşturur. Temel olmazsa üstüne çıkılması mümkün değildir. Hekimlerden saklanarak yenilen tatlılar, uyumsuzluklar hekimini değil hastanın kendi kendini aldatmasıdır. Bu konularda açık ve samimi olunmalı bu yiyecekler konusunda hekim ve diyetisyeninden destek almalıdır. Şurası unutulmamalıdır, tıpta hastanın kendi tedavisine bu derece yararlı ve aktif katkıda bulunduğu diyabet dışında başka hiçbir hastalık yoktur.

Kaynaklar:

1. Satman I, TURDEP II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol.* 2013;28(2):169-80.
2. Akkus G, Sert M. Diabetic foot ulcers: A devastating complication of diabetes mellitus continues non-stop in spite of new medical treatment modalities. *World J Diabetes* 2022; 13(12): 1106-1121 [PMID: 36578865 DOI: 10.4239/wjd.v13.i12.1106].
3. Evran M, Sert M, Akkuş G, et al. Foot ulcer a devastating complication of diabetes mellitus: a single-center experience of 400 patients. *Turk J Endocrinol Metab.* 2021;25:133-141.
4. Moutray T, Evans JR, Lois N, et al. "Different lasers and techniques for proliferative diabetic retinopathy". *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018 (3) CD012314. doi:10.1002/14651858.cd012314.pub2. PMC 6494342. PMID 29543992.
5. American Diabetes Association. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care.* 2024;47(Supplement 1):S77-S110.

Diyabetik Ayak Problemlerine Karşı Basit Ama Etkili Önlemler

KontROLSÜZ diyabet yönetimi, bacak atardamarlarında gelişen tıkanmalar, ayaklarda ağrı ve his kaybı gibi faktörler, küçük yaralanmaların hasta tarafından fark edilmemesine yol açarak diyabetik ayak komplikasyonlarının başlıca nedenlerini oluşturur. Bu durum, uygun önlem alınmadığında ciddi yaralara ve amputasyona kadar ilerleyebilir. Hasta farkındalığının artırılması ve düzenli günlük ayak bakımının uygulanması, diyabetik ayak yaraları ile amputasyon riskini yüzde 50 oranında azaltabilmektedir. Diyabetli bireylerin alabileceği basit ama etkili tedbirler ise şunlardır:

- ☒ Diyabetin iyi kontrolü
- ☒ Sigara içilmemesi
- ☒ Yalın ayak gezilmemesi
- ☒ Sivri burunlu ya da topuklu ayakkabı giyilmemesi
- ☒ Ayağın şekline uyan yumuşak derili, ortopedik ayakkabı seçilmesi
- ☒ Banyo sularının sıcaklığının kol dirseği ile veya termometreyle ölçülmesi
- ☒ Sıcak kaplıcalarda ve yazın sahilde sıcak kumlar üzerinde yalın ayak yürünmemesi
- ☒ Isıtıcı soba ya da kaloriferden uzakta oturulması
- ☒ Ayağa sıcak tuğla konulmaması
- ☒ Tırnakların ılık sabunlu suda 10-15 dakika bekletildikten sonra düz kesilmesi
- ☒ Törpü kullanımına dikkat edilmesi



Doç. Dr. Gamze Akkuş

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı
Türk Diyabet Cemiyeti Yönetim Kurulu Üyesi

Diyabetlilere Ramazan Rehberi

Güvenli Oruç İçin Bilmeniz Gerekenler

“Ramazan ayında diyabetli bireyler için uzun süre yemek yememek ve susuz kalmak kan şekeri kontrolünü zorlaştırabilir. Bu nedenle oruç öncesi doktor kontrolü, beslenme ve ilaç planlaması büyük önem taşıyor.”

Ramazan ayı terminolojik olarak İslam dünyasında her yıl 1 ay boyunca güneşin doğuşu ile batışı arasındaki sürenin herhangi bir şey yenilip içilmeden geçirilmesi halidir. Tabi bu uzun süren açlık ve susuzluk hali en çok kronik hastalıkları olan kişileri etkilemektedir. Tam bir yasaklama olmasa da diyabet hastaları için ramazan ayında çok ciddi kısıtlamalar veya dikkat edilmesi gereken noktalar bulunmaktadır. Öte yandan özellikle obezite ve prediyabet birlikteliği olan hasta grubunda sahur ve iftar şeklinde günde sadece 2 öğün beslenmenin, beraberinde sigara gibi alışkanlıklardan uzak durmanın faydaları da söz konusudur.

Ancak asıl önemli olan konu kan şekeri regülasyonu bozulmuş, ilaç veya insülin kullanan ve diyabete eşlik eden başka hastalıkları olan kişilerin yönetimidir. Bu anlamda ramazan ayında diyabetli hastaların yönetimi için bir fikir birliği sağlamak ve ortak bir görüş oluşturmak amaçlı çeşitli kılavuzlar, konsensuslar oluşturulmuştur.



DİYABETLİNİN RAMAZAN AYI KILAVUZU

1 Bu kılavuzlara göre diyabetli hastaların ramazan ayında yönetimini kolaylaştırmak için hastaların bazı parametrelere göre risk tanımlaması yapılmıştır. Bu parametreler; kişinin diyabetinin tipi, süresi, hipoglisemi yani kan şekeri düşüklüğü yaşıyıp yaşamadığı, eğer yaşıyorsa sıklığı, aldığı diyabet tedavisi, komplikasyon varlığı (diyabetik böbrek hastalığı, kalp hastalığı veya görme kusurları) gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Bu skorlamaya göre hastalar yüksek-orta-düşük riskli olarak gruplandırılır ve yüksek riskli hastaların oruç tutmamaları önerilmektedir.

2 Genel anlamda bu sınıflamayı hem daha iyi konumlandırmak hem de oruç öncesi genel bir değerlendirme amaçlı hastaların geriye dönük üç aylık kan şekeri değeri (HbA1c), böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, açlık-tokluk kan şekeri takibi yapılmalıdır. Tüm hastalar Ramazan ayı başlamadan mümkünse 6-8 hafta öncesi kan şekeri takibi ve diyet uyumu sorgulanacak şekilde ayrıntılı klinik öyküsü ile fiziki muayene yapılarak değerlendirilmelidir. Öykü alınırken dikkat edilecek en önemli noktalar; kahvaltı yapıp yapmadığı, beslenme düzeni ve beslenmesindeki karbonhidrat içeriği, aldığı günlük sıvı miktarı, egzersiz alışkanlığı, evdeki kan şekeri takipleri, hipoglisemi varlığı ve sıklığı detaylı sorgulanmalıdır. Almakta olduğu diyabet tedavisi de dozları ve şeması ile ayrıntılı olarak yazılmalıdır.



3 Tip 1 diyabet hastalarının Ramazan ayında gözlemlendiği klinik çalışmalar çok olmamakla beraber çalışma sonuçları hastaların yoğun insülin tedavisine bağlı olarak sık hipoglisemi yaşadıklarını göstermiştir. Tip 1 diyabet hastaları hastalıkları gereği bazal bolus yoğunlaştırılmış (günde 4 defa) insülin tedavisi aldıklarından dolayı diyet uyumu tam da olsa kan şekeri çok sık dalgalanmalar göstermektedir. Yaşanan her hiperglisemi ve hipoglisemi, organ hasarı gibi diyabete bağlı komplikasyon riskini arttırdığından dolayı uzun açlık süreleri bu hastalar için tehlikeli olabilmektedir. Bu anlamda tip 1 diyabet hastalarının ramazan ayında oruç tutması önerilmemektedir.

Ancak tüm önerilere rağmen oruç tutmak isteyen hastalar için eğer kan şekeri regülasyonu iyi ise bazal insülin dozunun yüzde 20-30 azaltılması, tercihen sahur vaktinde yapması önerilir. Ancak glisemik kontrolü kötü olan hastalar için ise bazal insülin dozunun yüzde 20-30'una kadar artırılarak takip edilmesi önerilmektedir. Öğün öncesi insülinleri (prandiyal) sahur ve iftar vakti günde 2 defa, dozlarının ise ramazan ayından önceki dozlara paralel olacak şekilde karbonhidrat alımına göre artırılıp-azaltılması önerilmektedir. Tabi ki tüm bu düzenlemelere hasta-hekim işbirliğinde sık klinik vizitler ile karar verilmelidir.

4 Tip 2 diyabetli hastalar ise almış oldukları oral antidiyabetik ilaçlar veya insülin tedavisine göre daha heterojen bir gruba oluşturmaktadır. Benzer olarak bu hastalar içinde tedavi ilişkili hipoglisemi riski olduğundan dolayı almakta olduğu ilaç tedavisi detaylı bir şekilde incelenmelidir.

Eğer hasta görece hipoglisemi riski düşük olarak bilinen ilaç gruplarından kullanıyorsa (metformin, tiazolidindionlar, akarboz, DPP-4 inhibitörleri veya GLP-1 analogları) ramazan ayı öncesi herhangi bir doz modifikasyonuna gerek yoktur. Ancak hipoglisemi riski yüksek olan sülfonilüre grubu ilaç kullanımı söz konusu ise dozun yüzde 50 azaltılarak sahur veya iftar vaktinde alınması önerilmektedir. Yeni kuşak oral antidiyabetik ilaçlardan glukozüri (idrarla glukoz atılması) yapan SGLT2 inhibitör grubu ilaçların glukoz ile beraber idrar çıkışını arttırmaları neticesinde sıvı kaybı riski yüksek olmasından dolayı mümkünse ramazan ayı öncesi kesilmesi, devam edilecekse de bol sıvı alınarak ve doz azaltılarak takip edilmesi önerilmektedir.

5 İnsülin kullanan tip 2 diyabet hastalarının yönetimi tip 1 diyabet hastalarına göre daha komplekstir. Hastanın kan şekeri takibine göre uzun etkili insülin dozlarının (Glargine, Detemir, NPH, Degludeg) yüzde 15-30 azaltılması önerilmektedir. Eğer hasta günde iki kez karışım insülin olarak adlandırılan insülinlerden kullanıyorsa iftar öncesi dozu aynı kalarak sahurda yapılması gereken dozun yüzde 20-50 azaltması önerilmelidir. Bazal bolus yoğunlaştırılmış tedavi alıyorsa aynı şekilde bazal insülin dozlarının yüzde 15-30 azaltılarak prandiyal insülin dozlarının kan şekeri takibine göre karar verilmesi gerekmektedir. Özellikle hastaların kan şekeri <70 mg/dl olduğu her durum için bazal insülin dozlarını 4 ünite azaltması, >200 mg/dl olduğu her durum için ise de 4 ünite arttırması gerekmektedir. Tabi tüm bu düzenlemelere daha önce de belirttiğimiz gibi hasta ve hekim işbirliği içerisinde karar verilmelidir.

Ramazan ayında diyabetli hastaların yönetimi diğer zamanlara göre ayrı bir çaba ve önem arz etmektedir.

Hastaya ait diyabet tipi, diyabet süresi, tedavisi, eşlik eden hastalık ve almakta olduğu tedavi gibi faktörler detaylı sorgulanıp incelenerek bir risk skorlaması yapılmalı ve hastaya tüm olasılıklar anlatılmalıdır. Tüm bu detaylı sorgulama sonrasında tedavi modifikasyonu yapılarak ramazan ayına hazırlık yapılmalıdır.

Referanslar

- 1) D. Desilver, D. Masci World's Muslim population more widespread than you might think
Pew Research Center, 31 (2017)
- 2) Diabetes and Ramadan: Practical guidelines 2021. Diabetes Research and Clinical Practice. 2022;185 <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109185>
- 3) P. Saeedi, et al., IDF Diabetes Atlas Committee Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas Diabetes Res Clin Pract, 157 (2019 Nov), p. 107843, 10.1016/j.diabres.2019.107
- 4) P. Hajek, K. Myers, A.-R. Dhanji, O. West, H. McRobbie. Weight change during and after Ramadan fasting Journal of Public Health, 34 (3) (2012), pp. 377-381
- 5) M. Al-Arouj, S. Assaad-Khalil, J. Buse, I. Fahdil, M. Fahmy, S. Hafez, et al. Recommendations for Management of Diabetes During Ramadan. Update, 33 (8) (2010), pp. 1895-1902





Prof. Dr. Saime Paydaş
Nefroloji Uzmanı
Acıbadem Adana Hastanesi

SAĞLIĞINIZI ETKİLEYEN GÖRÜNMEZ DENGİ; İlaç-Besin Etkileşimleri



Hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar, aslında toplumda çok bilinmeyen yönüyle günlük hayatta tükettiğimiz yiyecek, içecek ve takviyelerle etkileşim halinde olabiliyor. Özellikle diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalığı gibi kronik durumlarda bu etkileşimler sağlığımızı doğrudan etkileyebiliyor. Hatta öyle ki sağlıklı olduğu bilinen bazı yiyeceklerin dahi ilaçlarla birlikte tüketilmesi önemli yan etkilere neden olabiliyor. Peki, ilaçların güvenli ve etkili olabilmesi için bu dengeyi nasıl sağlayacağız, gelin birlikte bakalım...

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir. Birçok sağlık problemi ilaçlarla tedavi edilir. Ancak ilaçların güvenli ve etkili olabilmesi için doğru kullanılması gerekir. Bir maddenin, ilacın etkilerini artırması veya azaltması, ilacın tek başına kullanıldığında olmayan yeni bir etkiye neden olması durumunda ilaç etkileşiminden bahsedilir. İlaç etkileşimi bir ilacın başka bir ilaç, yiyecek, içecek veya çevresel kimyasal ajan ile farmakolojik etkisinin değişmesidir.

Etkileşimler; ilaçların kendi arasında, ilaç ve besin arasında, ilaçlar ve bitkiler arasında olabilir. Bazı yiyecek, içecekler ve diyet destek ürünleri ilaçların etkilerini değiştirebilmektedir. Uzun süreli tedavi gerektiren özellikle eşlik eden hipertansiyon, diyabet, kalp ve damar hastalıkları olan olgularda bu risk daha fazla artmaktadır. Bunların dışında pek çok hastalığın tedavisinde çok sayıda ilacın birlikte kullanım gerekliliği nedeni ile ilaçların birbirleri ile veya tüketilen besinlerle etkileşiminin önemi giderek artmaktadır. Sağlıklı olduğu bilinen bazı yiyeceklerin de ilaçlarla birlikte tüketilmesi önemli yan etkilere neden olabilir.

Farmakokinetik ve Farmakodinamik Etkiler

İlaç etkileşimlerinde farmakokinetik ve farmakodinamik olaylar önemlidir. Farmakokinetik etki; ilacın emilimi, dağılımı, metabolizması veya atılımını etkileyerek etki yerinde ilaç konsantrasyonunun değişmesidir.

Farmakodinamik etki; ilaç konsantrasyonunu etkilemeden ilacın farmakolojik etkisinde değişiklikleri kapsar. Sonuç olarak ilacın biyomoleküler, biyokimyasal ve fizyolojik etkilerinde farklılık oluşur. İlaç etkileşimlerinin doğru yönetilmesi, klinik önemli etkileşimlerin tanınması, değerlendirilmesi ve dolayısıyla zararlı olabilecek ilaç etkileşimlerinin önlenmesinde sistematik yaklaşım gerekir. Organizmaya verdiği zararlı etkilerin yanı sıra ilaç etkileşimleri sağlık sistemine önemli yük oluşturur. Çünkü gelişen problemlerin tedavisi; daha fazla laboratuvar testi yapılmasını, hastane başvurusu, yatışı ve tıbbi girişim gerektirir. Ayrıca kişinin çalışamaması sonucu maddi kayıplar ve hukuksal problemler ortaya çıkabilir.

Beslenme ve İlaçlara Etkisi

Serum albümini düşük olması nedeni ile bazı ilaçların dokulara taşınması değişir. Bu nedenle serum albümini düşük olan kişilerde genellikle ilaçların daha düşük dozda kullanılması önerilir. Yaşlılarda, obezlerde yağ dokusu oranı daha yüksektir. Yağda çözünen ilaçlar vücutta birikebilir, toksisite riski artar.

Öte yandan bazı ilaçlar besinlerin emilimini, sindirim sisteminin asiditesini, sindirim sıvılarını, sindirim kanalının motilitesini değiştirebilir. İlaç besinlere bağlanabilir, enzim sistemlerini inaktive edebilir, mukozal hücreleri hasarlandırabilir. Bazı yiyecekler ise sindirim sisteminin asiditesini değiştirebilir. Örneğin şekerlemeler asiditeyi değiştirerek yavaş salımlı astım ilaçlarının çözülmesini hızlandırır ve ilacın toksisite riskini

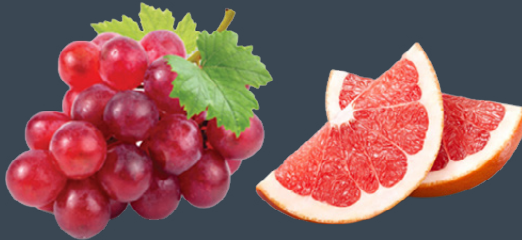
arttırır. Ayrıca bazı yiyecekler ilacın bağırsakta emilim yerinde rekabete girebilir, sindirim sıvılarının sekresyonunu uyarabilir, emilim hızını değiştirebilir.

Alkolün Antidiyabetik İlaçlarla Etkileşimi

Hastalar herhangi bir ilacı alkolle karıştırmaktan daima kaçınmalıdır. Özellikle tip 2 diyabet tedavisinde kullanılan bazı ilaçlarda bu risk daha fazladır. Klinik olarak yüzde kızarıklık, sıcaklık, sersemlik, mide bulantısı ve taşikardi yaygın belirtiler yaşanabilir. Alkol, diyabetik hastalarda hipoglisemiye neden olabilir veya mevcut hipoglisemiyi kötüleştirebilir. Akut ve kronik alkol kullanılması, bazı hipoglisemik ilaçların metabolizmasını etkileyebilir. Diyabetik hastalar alkolden kaçınmalı veya minimumda tutmalıdır.

İlaçlar Su ile İçilmelidir

İlaçlar su ile içilmeli, yiyecekler veya diğer içeceklerle karıştırılmamalıdır. İlacın tok mu, aç mı alınacağı bilinmelidir. Örneğin çeşitli kas iskelet sistemi hastalıklarında kullanılan bazı ilaçların etkisi, aç içildiğinde daha erken başlar. Astım, KOAH, kronik bronşit gibi hastalıkların tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar, yağlı yiyeceklerle alındığında emilimi artarak serum seviyesi artar.



Sağlıklı Olduğu Bilinen Bazı Besinler İlaçların Etkisini Değiştirebilir

İlaç-yiyecek etkileşimlerinin dengesini iyi kurmak önemlidir. Örneğin sağlıklı olduğu bilinen ve çok sık kullanılan greyfurt suyu, sarımsak, brokoli, sarı kantaron ilaçların etkisini değiştirebilir.

ÜZÜM SUYU

Üzüm suyu, 48-72 saat süreyle karaciğer enzimlerinin bir kısmını gastrointestinal sistemde inaktive ederek kas ağrısı hatta kas yıkımına neden olabilir.

GREYFURT

Greyfurt, bağırsaktan ilacın emilimini artırarak toksik seviyeye neden olabilir. Greyfurt suyu, hormon ilaçlarının etkisini azaltır. Bazı kanser ilaçlarının ise etkisini değiştirebilir.

POTASYUMCA ZENGİN BESİNLER

Hipertansiyon ilaçlarının bir kısmı, diyetle potasyumun daha fazla veya daha az alınmasını gerektirebilir. Potasyumca zengin besinler; muz, incir, buğday, portakal, kuru meyveler, tuzlu besinler, enginar, brokoli, Brüksel lahanası, patates, kabak, ıspanak, domates (salça, püre), kayısı, ananas suyu, kavun, kuru fasulye, bezelye, mercimek, kuru hindistan cevizi, kuru hurma, taze nektarinler, şeftali, nar, greyfurt, avakado ve hardaldır.

İnsanlarda ve hayvanlarda yapılan deneysel çalışmalara göre; pankreas beta hücrelerinden insülin salınımı artmakta ve insülin salgılayan beta hücrelerinin onarımını veya gelişimini teşvik ederek kan şekerini düşürmektedir. Bu grup ürünlerle ilgili önemli uyarı, hipoglisemi riski olan kişilere verilmemelidir. Ayrıca rahimde kasılmaya neden olacağından gebelere verilmemelidir. Bazı geleneksel tıp ürünleri; insülin ve diyabet ilaçları ile sinerjistik etki gösterir. Özellikle oral diyabet ilaçları veya insülin kullanan hastalarda şiddetli hipoglisemiye neden olur. Kolesterol ilaçlarının etkisini artırır.

SARIMSAK



Sarımaks kolesterol düşürücüdür. Kanser, hipertansiyon, ateroskleroz, diyabet, mantar enfeksiyonları, miyokard enfarktüsü ve periferik damar hastalığı tedavisinde denenmiş ancak kullanılmasını destekleyen bilimsel kanıt azdır. Sarımaks ve pıhtı önleyici ilaçların eş zamanlı kullanımı kanama riskini artırabilir. Sarımaks özü su veya çeşitli organik çözücülerle birleştirilmesinin, hem sağlıklı hem de diyabetik tavşanlarda oral glikoz toleransı üzerinde hipoglisemik bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Sarımaks yağının diyabetik hayvanlar ve insanlarda hipoglisemik etkisi olduğu iddia edilmektedir. Sarımaks, diyabet ilaçların etkisini artırabilir ve ciddi hipoglisemiye neden olabilir. Kanama eğilimi olanlarda tüketilmemelidir.

BİTKİLER

Diyabet ilacı kullanan hastalarda hipoglisemik etkili bitkilerin tüketimi; hem tip 1 hem tip 2 diyabetli hastalarda glikoz yönetimi üzerinde etkili olabilir. Yaprak suyu, acı kavun/karela meyvesi ve çemen otu tohumları; hipoglisemik etkileri olan ve yaygın kullanılan bitkisel ürünlerdir. Geleneksel olarak 400'den fazla bitki, hipoglisemik etkileri için kullanılmıştır. Hastaların bilgilendirilmesi ve çok yakın takip edilmesi gerekir.

SARI KANTARON

Antidepresan olarak kullanılmaktadır. Diğer antidepresanlarla kullanıldığında serotonin sendromuna neden olur. Serotonin sendromunda; hafif titreme ve ishal, şiddetli kas sertliği, ateş ve nöbetler görülür. Şiddetli serotonin sendromu tedavi edilmezse ölüme yol açabilir. Eş zamanlı kullanıldığında gebeliği önleyici oral ilaçların kan düzeyini azaltır. HIV tedavisinde başarısızlığa, ilaç direncine neden olur.

ZENCEFİL

Zencefil; kanın pıhtılaşmasını önleyen ilaçlarla eş zamanlı kullanıldığında kanama riski artabilir.

- Kaynaklar : 1. Krishnaveni Vydani: Drug interactions and adverse effects. In book: Evidence-Based Pharmacotherapy in Clinical Practice (pp.848-880) 2025
2. Aydın G ,Kaya E: Momordica charantia L.'s Biological Active Components and Its Potential Use in Traditional Therapies A Review International Journal of Traditional and Complementary Medicine. volume 1 issue 2 79-95 2020.
3. Ziani K, Negrei C, Corina- Bancaionita- Mindrican, Musuc Adina Magdalena, Predoi Valentina Patricia, Udeanu Denisa Ioana, Mitittellu Magdalena; Drug-food interactions.The influence on the patient's therapeutic plan.Farmacia 2022 vol 70 785-7977 <https://doi.org/10.31925/farmacia.2022.5>.
4. Waheed Sakariyau Adiol, Adeola Christiana Ogunwale1,b, Folorunso Ibikun Mary: A review on drug-diet interaction. World News of Natural Sciences Farmacia 43 (2022) 108-125 <https://doi.org/10.31925/farmacia>
5. Rabia Bushra, Nousheen Aslam, Arshad Yar Khan Review Article Food-Drug Interactions Oman Medical Journal (2011) Vol. 26, No. 2: 77-83



Diyabetle Pandemi Dönemi Tanışan Gencin, Kendi Kaleminden Yaşam Öyküsü

Diğer Parçam; DİYABET

Benim diyabet hikayem insanın en hayat dolu olduğu yıllarda, 16 yaşında başladı. Pandemi dönemi nedeniyle günlük yaşantımızın değiştiği zamanlardı. 2020 yılının Temmuz ayında diyabet tanısı aldım. Ailemde ise tek diyabetli benim. Ancak bu hastalık ilerleyen yıllarda benim adeta diğer yarım oldu.

Aslında ilk başta yaz ayları olduğu için çok dikkate almadığım bol su içme eğilimi ve yorgunluk beni bir kan değerlerime baktırmam gerektiği fikrine vardırırdı. Yapılan tetkikler sonucu tip 1 diyabet olduğumu öğrendim. Neye uğradığımı şaşırmıştım. Açıkçası nasıl hissedeceğimi bende bilmiyordum. Ailem doğal olarak üzülmüş fakat bana belli etmemeye çalışmışlardı. Ben ise sosyal ve enerjik biriyim. Bu yüzden dışarıya karşı üzgün ve umutsuz görünmemeye çalıştım. Ama durum beni içten içe maskelenmiş bir depresyona sokmuştu. Sonuçta hayatınızın 360 derece değişmesi bu yaşlarda gerçekten çok zor bir durum. Gece

3'te kalkmak, her sabah kahvaltı yapmak benim hayatımda bir devrim niteliğinde olan, beni en çok yoran şeylerdi. Ama insülin iğnesine veya şeker ölçümüne çabuk adapte oldum. Çünkü çocukluk yıllarımda çok hastalandığım için ilaç ve iğne süreçlerine alıştım.

'Diyabeti Bir Düşman Değil, Yol Arkadaşı Olarak Kabul Ettim'

Diyabetle tanışıklığımız bir yılı tamamladığı zaman ve pandemi döneminden normal hayata geçiş sürecinde, hayata karışmak beni iyileştiren şeylerden biri oldu. Diyabeti bir düşman değil de yol arkadaşı olarak kabul etmiştim. Günlük yaşantımı çok değiştirmişti ama daha disiplinli biri olmuştum. Ayrıca günlük rutinime diyabetle birlikte bir öz bakım saati eklemiş oldum. Beslenme düzenim de zamanla bu doğrultuda bana iyi gelecek sağlıklı besinlerle donatılmış oldu. Tüm bunlar için diyabete teşekkür ederim.

'Ailemin Yanımda Olması ve Destekleri Paha Bıçilemez'

Diyabet aynı zamanda bazı şeylerden vazgeçmenize sebep oluyor. Genelde kolay pes eden bir karakter değilim ama şehir dışında üniversite okuma düşüncemden vazgeçmiştim. Çünkü bu süreçte ailemle birlikte olmak ve ailemin diyabetime olan yaklaşımı beni güvende hissettiriyor. Benimle birlikte kabullenmeleri ve bana yardımcı olmaya çalışmaları paha bıçilemez. Bu durum günlük yaşantımı da oldukça rahatlatıyor. Fakat fazlaca kuralcı oldular. Bu biraz dezavantaj. Ailem ve yakın arkadaşım bu yolda en büyük destekçilerim. Onlara minnettarım.

'Diyabetim Beni Etkilemiyor, Artık Daha Güçlü ve Daha Aktifim'

Açıkçası bu süreçte çok güçlü bir karakter olduğumu öğrendim. Diyabetim beni engellemiyor, aksine artık daha aktif oldum. Diyabet beni daha çok mücadele etmem, hayatta daha çok var olmam için gaza getiren bir motivasyon olarak hayatımın tam ortasında bulunuyor. Diyabet tanısı alan ve bu hastalıkla yeni tanışan birine bu hastalığın bir son değil bir başlangıç olduğunu söyleyebilirim. Diyabetin sizi geriye çektiğini düşünebilirsiniz; fakat en geriye çekilen ok, en ileriye gidendir.

Teşekkürler tip 1 diyabetim, teşekkürler yol arkadaşım...

Azra Altaş



Diyabetli Bireylere Yönelik Tek Bir Beslenme Modeli Yoktur, Kişiyeye Özel Planlanmalıdır

Doç. Dr. Dyt. Cemile İdiz
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi

Geçmişte diyabetli bireylerin oruç tutmalarının uygun olmadığı düşünülmekte ve bu durum hastaların sosyal ve ailevi yaşamlarında olumsuz psikososyal etkilere yol açabilmekteydi. Ancak günümüzde, diyabet tedavisinde kullanılan ilaçlardaki gelişmeler ve diyabet teknolojilerindeki ilerlemeler, oruca yönelik kısıtlayıcı yaklaşımların yeniden gözden geçirilmesini sağlamıştır.

Oruç tutan diyabetli bireylerde hipoglisemi, dehidratasyon, hiperglisemi ve diyabetik ketoasidoz gibi sağlık sorunlarının görülme riski artabilmektedir. Bu nedenle oruç öncesinde bireysel risk değerlendirmesinin yapılması büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda Uluslararası Diyabet Federasyonu, Diyabet ve Ramazan Uluslararası İttifakı ile iş birliği içinde, çok sayıda risk faktörünü içeren bir risk değerlendirme aracı geliştirmiştir.

Diyabet türü, gebelik varlığı, diyabet süresi, diyabetin tedavi şekli, hipoglisemi sıklığı, HbA1c düzeyi, hiperglisemik acil durum öyküsü, komplikasyon varlığı, bilişsel işlevler, yaş, fiziksel aktivite düzeyi ve oruç süresi gibi faktörler, Ramazan ayında oruç tutmak isteyen diyabetli bireyler için risk hesaplamasında değerlendirilen başlıca unsurlardır.

Oruç tutmak isteyen ve hekim tarafından yapılan risk değerlendirmesi sonrası diyetisyene yönlendirilen diyabetli bireylerde beslenme tedavisinin kişiyeye özel olarak planlanması büyük önem taşır. Bu yaklaşım yalnızca kan şekeri kontrolünün sağlanmasına değil, aynı zamanda fazla kilolu veya obeziteli bireylerde sağlıklı vücut ağırlığının korunmasına da katkı sağlar.

Beslenme değerlendirmesi yapılırken diyabetin tipi, mevcut komplikasyonlar, boy ve vücut

ağırlığı gibi antropometrik ölçümler, laboratuvar bulguları, kullanılan ilaçlar, bireyin besin tüketim kayıtları, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, eşlik eden diğer hastalıkları ve beslenme değişikliklerine yönelik motivasyonu dikkate alınır. Belirlenen sorunlara yönelik çözüm yolları diyabetli bireyle birlikte planlanır.

Ramazan ayında uygulanan tıbbi beslenme tedavisi, oruç tutulmayan zaman diliminde diyabetli bireylerin enerji ve besin ögesi gereksinimlerinin uygun şekilde karşılanmasını hedefler. Bu yaklaşım, açlık süresinde kan glukoz düzeylerinde aşırı düşüş yaşanmasını önlemeye yardımcı olur. Öğün planlamasında karbonhidrat içeren besinlerin gün içindeki dağılımının dengeli yapılması, yemek sonrası glisemik dalgalanmaların kontrol altına alınmasında önemlidir.

Ayrıca beslenme tedavisi uygulanırken hipertansiyon ve dislipidemi gibi eşlik eden kronik hastalıkların varlığı mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Özetle diyabetli bireyler için herkese uyan tek bir beslenme modeli bulunmamaktadır. Bu nedenle Ramazan ayında beslenme tedavisi; bireyin yaşam tarzı, sağlık durumu ve klinik özellikleri dikkate alınarak, kanıta dayalı ve kişiye özel şekilde planlanmalıdır.

Ramazan ayında diyabetli bireylerin sağlıklı ve güvenli bir şekilde oruç tutabilmeleri için aşağıdaki beslenme ilkelerine dikkat etmeleri önerilir:



Sahur öğünü atlanmamalı:

Sahur yapılmaması gün içinde kan şekeri düşüklüğü riskini artırır. Bu nedenle mutlaka sahur öğünü tüketilmelidir.

Ara öğünler bireysel gereksinimlere göre planlanmalı:

Diyabetli bireyin ihtiyacına bağlı olarak iftar ile sahur arasında bir ya da iki ara öğün eklenebilir.

İftarda aşırı ve hızlı yemek yemekten kaçınılmalı:

İftar sırasında bir anda fazla miktarda besin tüketimi kan şekerinin hızla yükselmesine neden olabilir. Bu nedenle yemekler iftardan sonra zamana yayılarak, kişiye özel öneriler doğrultusunda ve kontrollü şekilde tüketilmelidir.

Öğünler dengeli olmalı:

Günlük beslenme düzeninde, vücudun gereksinim duyduğu tüm besin öğelerinin yeterli ve dengeli biçimde karşılanmasına dikkat edilmelidir.

Karbonhidrat seçimine dikkat edilmeli:

İftar ve sahurda tüketilen karbonhidrat miktarı bireysel gereksinimleri karşılayacak düzeyde olmalı; kan şekeri daha yavaş yükselten, glisemik indeksi düşük besinler tercih edilmelidir. Örneğin, pirinç pilavı yerine bulgur pilavı, pide yerine tam buğday veya çavdar ekmeği seçilebilir.

Liften zengin besinlere yer verilmeli:

Lif alımı kan şekeri kontrolüne olumlu katkı sağlar, iftarda tokluk hissinin artırır ve sahurdan sonra açlık hissinin gecikmesine yardımcı olur. Bu nedenle sebze, meyve, tam tahıllar ve kuru baklagillerin tüketimi önemlidir.

Rafine şeker içeren besinler sınırlandırılmalı:

Şekerli içecekler, geleneksel şerbetli tatlılar ve şeker ilaveli diğer besinlerin tüketimi azaltılmalıdır. İftarda şeker oranı yüksek tatlılar yerine bir porsiyon meyve tercih edilebilir.

Protein ve yağ seçimine dikkat edilmeli:

Proteinler kas kütlesinin korunmasına ve tokluk süresinin uzamasına yardımcı olur. Günlük protein ihtiyacı karşılanırken yağsız etler, derisiz tavuk ve balık gibi sağlıklı protein kaynakları tercih edilmeli; kızartma yerine haşlama, ızgara veya fırında pişirme gibi sağlıklı pişirme yöntemleri kullanılmalıdır. Doymuş yağlar sınırlandırılmalı, trans yağ içeriği yüksek besinlerden (fast food ürünleri, bazı margarinler gibi) kaçınılmalıdır.

Yeterli sıvı alımı sağlanmalı:

Oruç tutulan saatler dışında yeterli miktarda su ve şekersiz içecek tüketimi, vücudun sıvı dengesinin korunması açısından büyük önem taşır. Şekerli içecekler, şuruplar ve meyve sularından kaçınılmalı; kahve, çay ve kola gibi kafeinli içeceklerin tüketimi ise idrar söktürücü etki göstererek dehidrasyona yol açabilmeleri nedeniyle sınırlandırılmalıdır.

Uzun süreli oruçlarda sahur geç saatlerde yapılmalı:

Özellikle 10 saatten uzun süren oruçlarda sahurun mümkün olduğunca geç yapılması, gün içinde kan şekeri dengesinin korunmasına yardımcı olabilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1.American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes; 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care* 1 January 2026; 49 (Supplement_1): S89–S131.
- 2.International Diabetes Federation and DAR International Alliance. *Diabetes and Ramadan: Practical Guidelines*, Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2021.
- 3.Ibrahim M, Ba-Essa EM, Ahmed A, Ahmad E, Annabi FA, Chaabane H, et al. Recommendations for the Management of Diabetes During Ramadan Applying the Principles of the ADA/ EASD Consensus: Update 2025. *Diabetes Metab Res Rev.* 2025 Jul;41(5):e70057.
- 4.Hassanein M, Afandi B, Yakoob Ahmedani M, Mohammad Alamoudi R, Alawadi F, Bajaj HS, et al. *Diabetes and Ramadan: practical guidelines 2021.* *Diabetes Res Clin Pract* 2022;185:109185.
- 5.TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu - 2024, <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetismellitus2024.pdf>, erişim tarihi:15.12.2025
- 6.Türkiye Diyabet Derneği Diyabet Ve Ramazan Kılavuzu-2022, <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.trdiyabet.org/admin/PICS/files/Diyabet-ve-Ramazan-Kilavuzu.pdf>, erişim tarihi:20.12.2025



DÜNYA GENELİ ve ÜLKEMİZDE DİYABET VERİLERİ; SAYILAR NE SÖYLÜYOR?

- Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF) raporuna göre; dünya genelinde 589 milyon diyabetli bulunmaktadır.
- 2050 yılında bu rakamın 853 milyona ulaşacağı öngörülmektedir.
- 20-79 yaş arası her 9 kişiden 1'inde diyabet bulunmaktadır.
- Her yıl 149 bin diyabetik bebek dünyaya gelmektedir. Bu bebeklerin, gebelik süresince yüksek kan şekere maruz kalmalarından dolayı doğum sonrası hastane yatış süreleri daha uzun sürmektedir.
- 2024 yılında diyabete bağlı komplikasyon nedeni ölen kişi sayısı 3.4 milyon olarak saptanmıştır.
- Diyabetli bireylerde en önemli ölüm sebebi ise kardiyovasküler ve böbrek hastalıklarıdır.
- Kişinin, diyabet tanısı aldıktan sonra normal popülasyona göre kalp hastası olma riski 2-4 kat artmaktadır.
- Diyabetin en önemli komplikasyonu olan kronik böbrek hastalığı, diyabetik hastaların yüzde 40'ında gelişmektedir.
- IDF'e göre; tip 2 diyabet ile ilgili en önemli risk faktörleri ileri yaş, azalan fiziksel aktivite ve diyet uyumsuzluğu neticesinde artan obez nüfustur. 2030 yılına kadar dünya genelinde 1 milyar insanın obezite ile yaşayacağı tahmin edilmektedir.
- Türkiye verilerine bakıldığında ise ülkemizde 9.6 milyon diyabetli birey bulunmaktadır.
- Bu hastaların 1.8 milyonu tip 1 diyabetli bireylerdir.
- Türkiye, 20-79 yaş arası nüfusun yüzde 16.5'inin diyabetli olarak saptanması nedeniyle dünyada diyabetin hızla arttığı ülkeler arasında gösterilmektedir.
- Ülkemizde tanı konmamış diyabetli nüfusun yüzde 45.5 civarında olduğu tahmin edilmektedir.
- Türkiye'de her yıl 42 bin kişi diyabet nedeniyle hayatını kaybetmektedir.



Basit Bir Kan Testi

Diyabetik Ayak Ülseri Riskini Öngörebilir mi?

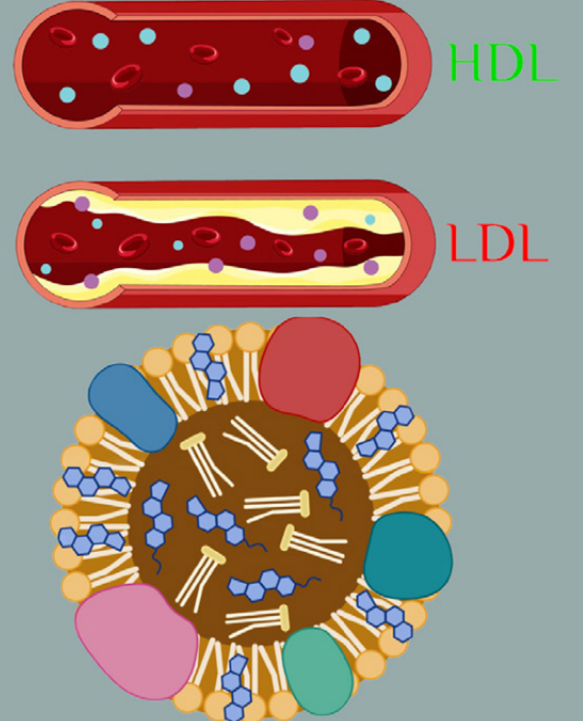
Uzm. Dr. İrem Kolsuz Türker
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

“Diyabet hastalığında görülebilen diyabetik ayak ülseri, iyileşmesi zor, bazen de uzuv kaybına kadar ilerleyen ciddi bir problemdir. Hastalarda bu yaraların gelişimini öngörmek ise klinik açıdan her zaman kolay değildir. Çin’de yapılan bir araştırmada pahalı tetkiklere ihtiyaç duyulmadan, rutin kan tahlillerinde zaten ölçülen bazı basit değerlerle diyabetik ayak ülseri gelişme riski ve iyileşme potansiyeline dair umut verici sonuçlar elde edildi.”

Diyabetik ayak ülserinin (DFU) gelişimini öngörmek, diyabetik popülasyonda uzuv kaybını önlemeye yönelik klinik yaklaşımların en kritik ve güçlü içeren aşamalarından biridir. Hangi hastalarda ayak yarası gelişeceğini önceden tahmin edebilmek çok önemlidir. Bu yaralar erken fark edilmezse büyüyebilir ve çok ileri durumlarda uzuv kaybına yol açabilir. Fakat kullandığımız birçok test bunu tam olarak gösteremiyor. İleri görüntüleme teknikleri ve moleküler profillemeye ise yüksek maliyet ve düşük erişilebilirlik içeriyor. Bu bağlamda Çin’de yapılan yeni bir araştırma, rutin kan tahlilinde baktığımız bazı basit değerlerin bize ipucu verebileceğini gösterdi.

Vücuttaki İltihap Alarmını Veren Değerler

Şimdi biraz bu değerlerden ve çalışmanın detaylarından bahsedelim. HDL; halk arasında ‘iyi kolesterol’ diye bilinir. Damarları korur, vücudu temizler. Nötrofiller; enfeksiyon ve iltihap olduğunda yükselen savaşçı beyaz kan hücreleridir. Monositler; vücutta iltihap uzun sürdüğünde artan savunma hücreleridir. Trombositler; kanamayı durduran hücrelerdir, bazı iltihap durumlarında artabilir. Araştırmacılar bu hücrelerin sayısını HDL ile karşılaştırarak, vücuttaki iltihap miktarı hakkında fikir edinmeye çalışmışlar.



HDL'nin Diyabetik Ayak Yarası Riskiyle Bağlantısı

Bu çalışmada diyabetli 1200'den fazla kişinin kan tahlilleri incelendiğinde vücudunda iltihabı daha yüksek olan kişilerde ayak yarası görülme ihtimali daha fazla bulunmuş. Bazı oranlar (örn. nötrofil/HDL ve monosit/HDL) yükseldikçe risk artıyor. Bu değerlerin rutin kan testleriyle kolayca hesaplanabiliyor olması, yöntemin pratik olabileceğini gösteriyor. Ayrıca araştırma, iltihap arttığında kanın oksijen taşıma kapasitesinin azaldığını ve bunun da yaraların daha zor iyileşmesine yol açtığını doğruladı.

Bu sonuçlara göre gelecekte sadece basit bir kan testiyle bir hastanın ayak yarası geliştirme riski öngörülebilir. Riski yüksek hastalara daha erken müdahale edilebilir. Dolaşımı iyileştirici ve iltihabı azaltıcı önlemler daha erken uygulanabilir. Gereksiz pahalı testlere gerek kalmayabilir. Bu çalışma kesin bir tedavi önerisi sunmasa da, rutin kan testlerinin bile diyabetik ayak yarası konusunda bize önemli bilgiler verebileceğini gösteriyor.

Sonuç olarak HDL'nin ve bazı kan hücrelerinin sadece kolesterol veya savunma sistemiyle ilgili olmadığını, aynı zamanda diyabetik ayak yarası riskiyle bağlantılı olabileceğini anlıyoruz. Bu tür basit testler, gelecekte diyabetli hastaların takibinde önemli bir araç haline gelebilir.

Kaynak: *Could a Simple Blood Test Signal Diabetic Foot Ulcer Risk?*
David G. Armstrong, DPM, MD, PhD





Prof. Dr. Oğuz Akkuş
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi
Kardiyoloji Ana Bilim Dalı

Şeker Yükselir, RİSK ARTAR! KALP SAĞLIĞINA DİKKAT!



“Bugün atılan küçük sağlık adımları, yarının güçlü kalbini oluşturur.”

Kalp ve damar kaynaklı hastalıklar (kalp krizi, kalp yetersizliği, inme ve felç), hastalıklara bağlı sakatlık ve ölümlerin dünyada en sık sebeplerindendir. Kalp rahatsızlığını tetikleyen şeker hastalığı ve yüksek tansiyon gibi hastalıklar ve sigara gibi altta yatan nedenler vardır. Şeker hastalığı bunlar arasında kalp hastalığı gelişme riskini artıran en güçlü risk faktörüdür. Kalp hastalığı riskini yaklaşık 4 kat artırır. 2021 verilerine göre dünya genelinde yaklaşık 550 milyon insan şeker hastasıdır ve 2025 yılında bu sayının 783 milyona ulaşması beklenmektedir. Bu sayılar göstermektedir ki diyabet, dünya nüfusunun en az yüzde 10'unu etkileyen yaygın bir hastalıktır.

Şeker Hastalığı Kalp Sağlığı İçin Neden Bu Kadar Riskli?

Şeker hastalığı damarların iç yüzeyine zarar verir. Damarlar gevşeyemez ve daralır. Organların beslenmesi bozulur. Bunun sonucu olarak o damar, kalp, böbrek, beyin gibi hangi organı besliyorsa vücutta yaygın hasar meydana gelir. Tedavi daha da zorlaşır. Kalbin etkilenmesi ölüm riskini katlayarak artırır. Peki, ne yapalım?

Şeker hastalığının önlenmesi; sağlıklı beslenme, spor, stresten uzak durma gibi yaşam tarzı değişiklikleriyle mümkündür. Tüm bu faktörlere rağmen genetik durum ve diyetle uyulmaması gibi nedenlerle yine de şeker hastalığı gelişebilir. Bu durumda erken tanı ve tedavi gerekmektedir. Bu sebeple özellikle

belli şikayetler durumunda; sık idrara çıkma, aşırı susama, yorgunluk, bulanık görme, kilo kaybı, yaraların geç iyileşmesi ve tekrarlayan enfeksiyonlar varlığında hem hastanın hem hekimin diyabet hastalığından şüphelenmesi, tanı ve tedaviyi hızlandıracaktır. Şeker hastaları şikayetlerini hissetmeyebilirler veya var olan şikayetleri azalmış olabilir. Göğüs ağrısı hissetmeden kalp krizi gelişmesi; karın ağrısı, nefes darlığı, çabuk yorulma, boyun ve çenede uyuşma olması; bacak ve boyun damarlarının tıkanması; özellikle eforla bacakta veya kolda ağrı, uyuşma gibi... Bu durum, kalp ve damar açısından sağlıklı olduklarını göstermez. Halk arasında buna 'gizli kalp krizi' denir. Bunun nedeni, yüksek şekere bağlı sinir hasarı gelişmesidir.

Kalp Üzerine Hayati Risklerin Önüne Geçmek İçin Neler Yapılabilir?

Erken tanı ve tedavi hayat kurtarır. Çünkü şeker hastalığının varlığı kalp ve damar sağlığı açısından büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Kalp krizi, kalp yetersizliği, ritim bozuklukları, inme, bacak damar tıkanıklıkları ve ayak yaraları, şeker hastalığının kalp üzerine hayatı ve yaşam kalitesini tehdit eden sonuçlarıdır. Oluşabilecek bu sonuçların önüne geçmek ve kalp sağlığını korumak için şeker hastaları yaşam tarzına dikkat etmelidir. Özellikle 40 yaş üstü şeker hastalarının, bilinen bir kalp hastalığı olmasa dahi, kalp sağlığının kontrolü ve risk değerlendirmesi amacıyla kardiyoloji kontrolü altında olması önerilir. Ek risk faktörü olmasa bile şeker hastalarına yılda bir kez kardiyoloji poliklinik kontrolü önerilmektedir. Poliklinik kontrollerinde ayrıntılı fizik muayene yapılır ve kalp hastalığı açısından risk oluşturabilecek durumlar değerlendirilir. Bu kapsamda tansiyon ölçümü, elektrokardiyografi (EKG), transtorasik ekokardiyografi (kalp ultrasonu) ve gerekli görüldüğünde kan ile idrar tahlilleri uygulanır. Elde edilen bulgular doğrultusunda olası riskler belirlenir ve uygun tedavi ile takip seçenekleri planlanır. Hastanın kilolu olması durumunda, sağlıklı beslenme önerileri ve yaşına, genel sağlık durumuna uygun fiziksel aktivite önerileri sunulur. Kilo vermek; özellikle obez bireylerde >%5 kilo kaybı, şeker kontrolünü kolaylaştırmanın yanında kalp damar hastalıkları için risk oluşturan yüksek tansiyon ve kolesterol düzeylerinde iyileşme sağlar.





Şeker Hastalarında Yüksek Tansiyon Görülme Riski Yüzde 80-85

Şeker hastalarında yüksek tansiyon ayrı bir başlıktır. Kalp hastalığı için bir risk faktörü olan hipertansiyon, dünya genelinde her 3 kişiden 1'inde görülmekteyken şeker hastalarında bu oran yüzde 80-85'lere yükselir. Yüksek tansiyon, şeker hastalığının neden olabildiği kalp, böbrek ve beyin hasarını tetikler. Şeker hastalığına eklenmesiyle bu riskler katlanarak artmaktadır. Biz kardiyologlar, bu nedenle şeker hastalığına eşlik eden hipertansiyon varlığında ilaç tedavisine daha erken başlamayı tercih ederiz. Özellikle 65 yaş üstü hasta grubunda tansiyon değerleri >130/80 mmHg seyrediyorsa, 120-130/70-80 mmHg seviyelerine düşürmek kalp, böbrek ve beyin hasarının önlenmesi açısından tedavi hedefimizdir.

Fiziksel aktivite ve egzersiz; spor yapmak hem beden hem de ruh sağlığı açısından destekleyicidir. Beraberinde kilo vermeyi kolaylaştırır ve 3 aylık şeker (HbA1c) değerlerinde düzelme sağlar. Şeker hastası bireylere haftada ortalama 150 dakika yürüyüş, yüzme, bisiklet sürme, ip atlama gibi fiziksel aktivite önerilir. Bunun yanında, yaşına ve genel durumuna uygunsa haftada 2 defa direnç egzersizleri yapılabilir. Kan şekeri kontrolünün yanında, kalp hızı ve tansiyon düzenleyici etkisi olan egzersiz, kalp sağlığını korumak açısından önemlidir.

Damarlarında Daralma Görülen Şeker Hastaları İçin Tedavi Yöntemleri

Bütün bu önlemlere rağmen şeker hastalığının gelişmesi ve ilerlemesi durumunda damarlarda meydana gelen daralmalar; hastayı, hasta yakınlarını ve doktoru artık bir aile haline getirmektedir. Şeker hastalarına uyguladığımız tedavi seçenekleri, şeker hastalığı olmayanlara göre maalesef daha agresif hale gelir. Örnek olarak, kalp veya bacak damarları ileri derecede daralan şeker hastalarına aspirine ek olarak düşük doz, farklı kan sulandırıcılar ekleyebiliriz. Son yıllarda şeker hastalarına yönelik tedavi seçeneklerine eklenen bazı şeker ilaçlarının, şeker kontrolü yanında kalp koruyucu etkileri, tansiyon kontrolüne katkıları ve kalp yetersizliğinde idrar söktürücü etkilerinin fark edilmesiyle, bu ilaçlar kalp hastalıklarında da sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Bu ilaçlar, endokrinoloji ve kardiyoloji ekip çalışması altında kullanılmaktadır.

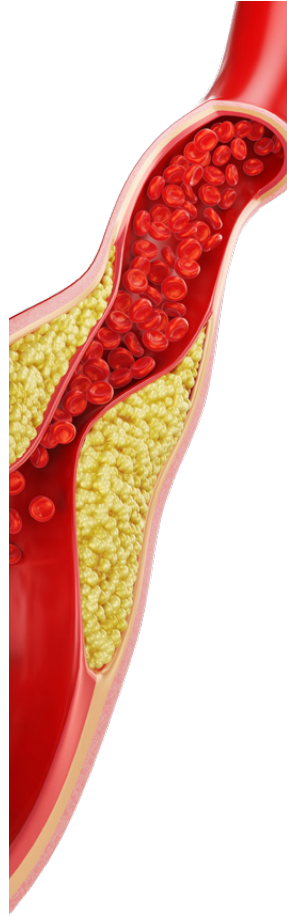
Kalp krizi geçiren ya da henüz geçirmeden şikayetleri nedeniyle koroner anjiyografi uygulanan şeker hastalarında sık karşılaştığımız bir bulgu, kalp damarlarının yaygın hastalığı ve incelmesidir. Tedaviyi zorlaştıran ve bazı durumlarda bypass veya stente uygun olmayan bu damarlarla karşılaştığımızda, sadece ilaç tedavisi uygulanabilir. Yakın zamanda biz kardiyologların sıklıkla kullanmaya başladığı, anjiyografik yöntemle uygulanan ilaç salınımlı balonlar, bu tür ince ve yaygın hasta damarların tedavisinde seçenekler arasına girmiştir. Ek metal yükü veya ameliyat gerektirmeyen ilaçlı balon kullanımı, uygun hastalarda uygulanmaktadır.

Şeker Hastası, Bir Kalp Hastası Gibi Takip ve Tedavi Edilmeli

Hastalarımızı tedirgin etmek istemeyiz; ancak bu bilgiler ışığında, aslında bir şeker hastası kalp hastası gibi takip ve tedavi edilmelidir. Biz kardiyologlar olarak şeker hastalarını muayene ederken şüpheli davranırız. Bunun nedeni, eklediğimiz ilaçların olası etki ve yan etkilerini yakından gözlemlemektir. Ayrıca hastalara, herhangi bir şikayetleri olduğunda bunu ciddiye almalarını; kalp rahatsızlığını hissedemeyebileceklerini ve nefes darlığı, karın ağrısı gibi gizli şikayetleri dikkate almalarını söyleriz. Böyle bir durumda hastalar en yakın sağlık kuruluşuna ve kardiyoloji hekimine başvurmalarıdır.

Özellikle bilinen kalp damar hastalığı olan, son organ hasarı dediğimiz bulguları bulunan hastalar (böbrek hasarı, görme bozukluğu ve sinir sistemi tutulumu olanlar) ve SCORE2-Diabetes risk hesaplamasına göre 10 yıllık kalp damar hastalığı riski $\geq 20\%$ olan bireyler çok yüksek risk altındadır. Bu hastalar daha da yakın izlem ve kontrol gerektirir. Sonuç olarak, bugün atılan küçük sağlık adımları, yarının güçlü kalbini oluşturur.

Kaynaklar: Malandrino N, Davis FS, Glaros SB, Kackler IH, Cantor SL, Mocherret NA, Thota G, Mabundo L, Sampson M, Remaley A, Lightbourne M, Magee SM, Yanovski JA, Chung ST. High predicted cardiac event risk in youth with obesity and type 2 diabetes: a pooled cohort analysis. *Cardiovasc Diabetol*. 2025 Oct 24;24(1):405. doi: 10.1186/s12933-025-02951-w. PMID: 41137059; PMCID: PMC12551294.
Rodriguez-Kruza G, Nakagawa H. Pathophysiology of cardiovascular disease in diabetes mellitus. *Cardiovasc Endocrinol Metab*. 2018 Feb 14;7(1):4-9. doi: 10.1007/s12000-00000000000141. PMID: 31646271; PMCID: PMC6739883.
Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland G, Aljan RA, Antunes M, Christodorescu RM, Crawford C, Di Angelantonio E, Ekasson B, Espinola-Klein C, Feuchner L, Haller M, Herrington WG, Kautzky-Willer A, Lambrianou E, Lesiak M, Lettino M, McGuire DK, Mullens W, Rocca B, Sattar N; ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *Eur Heart J*. 2023 Oct 14;44(39):4043-4140. doi: 10.1093/eurheartj/ehad192. Erratum in: *Eur Heart J*. 2023 Dec 21;44(48):5060. doi: 10.1093/eurheartj/ehad774. Erratum in: *Eur Heart J*. 2024 Feb 14;45(7):518. doi: 10.1093/eurheartj/ehad857. PMID: 37623463.
SCORE2 Diabetes Working Group and the ESC Cardiovascular Risk Collaborators. SCORE2 Diabetes: 10-year cardiovascular risk estimation in type 2 diabetes in Europe. *Eur Heart J*. 2023 Jul 21;44(28):2544-2556. doi: 10.1093/eurheartj/ehad260. PMID: 37247180; PMCID: PMC10361012.
Casertano F, Grant PL, Abayasinghe V, Bailey CJ, Cerullo A, Delgado V, Federici M, Filippatos G, Gribbeek DE, Hansen TB, Halkuri HV, Johansson L, Juhli R, Lettino M, Marx N, Mellbin LG, Ostgren CL, Rocca B, Roffi M, Sattar N, Seferovic PM, Sousa-Uva M, Valensi P, Wheeler DC; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*. 2020 Jan 7;41(2):255-323. doi: 10.1093/eurheartj/ehz486. Erratum in: *Eur Heart J*. 2020 Dec 14;41(45):4317. doi: 10.1093/eurheartj/ehz486. PMID: 31497854.
Perroneau C, De Bacquer D, Vague P, De Backer G, Gylling Y, Kautzky K, et al. Gender differences in screening for glucose perturbations, cardiovascular risk factor management and prognosis in patients with dysglycaemia and coronary artery disease: results from the ESC/EDIP/ELIPAS survey. *Cardiovasc Diabetol*. 2021;20:1-12. doi: 10.1186/s12933-021-00922-2. PMID: 34118411.
Blott DL, Ekelboom JM, Connolly SL, Steg PG, Anand SS, Verma S, et al. Role of combination antiplatelet and anticoagulation therapy in diabetes mellitus and cardiovascular disease: insights from the COMPASS trial. *Circulation*. 2020;141:1841-1854.
Wieratt SD, Raz L, Bonaca MP, Mossaheidi D, Kato ET, Cahn A, et al. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2019;380:347-357. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1812389.
Campi A, Leone PP, Colaninno A, Vinyak M, Stone CH, Melvin R, Dargatzis G, Kivi A, Sharma SK. Drug-Coated Balloons for the Treatment of Coronary Artery Disease: A Review. *JAMA Cardiol*. 2023 Feb 1;10(2):189-196. doi: 10.1001/jamacardio.2024.4244. PMID: 39714901.
Pazzetto M, Makoulis S, Khalilani B, Gargiolianni FL, Cortese R. Drug-coated balloons and diabetes: a review. *Cardiovasc Diabetol*. 2025 Oct 27;24(1):408. doi: 10.1186/s12933-025-02952-2. PMID: 41146181; PMCID: PMC12560524.
SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J*. 2022;42:2439-2454.



SAĞLIKLI YAŞAMDA EN POPÜLER ARAŞTIRMALAR



Günümüzde, klinikte sıklıkla kullanılan zayıflama ilaçlarının daha önce hiç bahsedilmeyen yan etkileri 2025 yılında en çok okunan makaleler arasında yer aldı. Bu ilaçların kullanımıyla ilişkili diş ve dişeti problemleri, ağız kokusu gibi problemler yaşanabileceği raporlandı. İlaç ilişkili iştah kaybı ile sıvı alımının azalması neticesinde ağız kuruluğuna bağlı olarak bu problemlerin yaşanabileceği öne sürüldü. Öte yandan, bu ilaçları kullanan kişilerin yüzde 25'i bulantı, kusma, kabızlık, ishal gibi gastrointestinal problemler yaşıyabiliyor. Özellikle kusma sonrası ağızda kalan asitli gıda artıklarının da diş çürüklerine neden olabileceğinden bu ilaçları kullanırken ağız ve diş sağlığına önem verilmesi gerektiği özellikle vurgulanıyor.

Amerika'da yapılan bir araştırmada tip 2 diyabet yönünden hastalığa yakalanma riski yüksek olan 4 bin 589 kişinin adım sayısı 180 gün boyunca takip edildi. Bu kişilerin günlük yaşam aktivitelerine rutin devam ederken, adım sayılarıyla birlikte hastalık riski arasındaki ilişki değerlendirildi. Yapılan 6 aylık takipte günlük adım sayısının artırılmasının hastalık riskini azalttığı belirlendi. Günlük adım sayısına ilaveten 1000 adım daha atılmasıyla hastalık riskinin yüzde 17 azaldığı tespit edildi. Ayrıca çalışmanın alt analizlerinde kişilerin günlük adım sayısının 5 bin 800'ün üzerinde olması halinde diyabet gelişme riskleri anlamlı oranda azaldığı görüldü.



Günlük adım sayısının sağlıklı yaşam için önemli olduğunu vurgulayan bir çalışma daha 2025 yılının en çok ilgi gören yazılarından biri oldu. Farklı ülkelerde gerçekleştirilmiş 31 çalışmanın dahil olduğu bu araştırmaya göre; günde 5 bin ile 7 bin arası adım atma sağlık yönünden pozitif sonuçları gösterirken, 10 bin adım atmanın ciddi klinik iyilik halini ve hastalık gelişimini (ölüm, kalp hastalığı, demans) azalttığı gösterildi. Bu çalışma sonuçlarına göre günlük adım sayısının 7 binden sonra her 2 bin artışı, kişide yüzde 7-64 oranında sağlık riskini azaltıyor.



Diyabetik nöropati; diyabet ilişkili kişide sinir hasarının meydana gelmesidir. Kan şekeri regülasyonu sağlanamayan hastalarda nöropati nedenli uzuv kayıpları olabilmektedir. Ayrıca diyabet hastasının günlük yaşamında nöropati kaynaklı ağrıyı hissetmeme veya aşırı hissetme, yanma, karıncalanma gibi semptomlar kişinin iyilik halini bozar. Nöropatiyi tedavi etmek amaçlı kullanılan birden fazla ilaç grubu mevcuttur ancak tedavi etkinlikleri sınırlı ve farklı istenmeyen etkileri de söz konusudur. Bu amaçla 20 bin hastanın dahil edildiği retrospektif bir çalışmada ağrı nedenli kullanılan ilaçlara bağlı olarak demans ve bilişsel bozukluk gelişebileceği gösterildi. Özellikle 65 yaş üzeri bireylerde bu grup ilaçların nörolojik yan etkileri çok daha fazla görülüyor.



Klinik pratikte obezite tanısında sıklıkla kullanılan beden kitle indeksinin (BKİ) yerini yağlı vücut dokusunun ölçümü mü alıyor? 1998 yılından itibaren obezite tanısında kullanılan BKİ'nin (kilogram/metrekare) tam olarak obezite tanımlamasını yansıtmadığı ve daha objektif kriterlere ihtiyaç duyulması nedeniyle yapılan çalışmalarda total vücut yağ dokusu ölçümü ve daha da ötesi yeni geliştirilen bir gösterge, nispi yağ kitle indeksi geliştirildi. Bu indeksin hesaplanmasında boy, bel çevresi ve cinsiyet gibi değişkenler kullanılıyor. Önümüzdeki yıllarda nispi yağ kitle indeksinin BKİ'nin yerini alması bekleniyor.





Her geçen gün kahve ve çay tüketiminin arttığı toplumlarda bu alışkanlığın özellikle menopoz sonrası kadınlardaki kemik sağlığına etkileri bilinmiyor. Avusturalya'da 9 bin 704 kadında yapılan bir araştırmada; aşırı kahve tüketiminin kalça kemik yoğunluğunda azalmaya, çay tüketiminin ise tam tersi şekilde iyileşmeye neden olduğu saptandı. Çalışmanın detaylarında doz ilişkili total kemik kitlesinde etkilene saptanırken, konuyla ilgili yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtiliyor.



Fertiliteyi yani üreme fonksiyonlarını sağlamak amaçlı verilen tedavilerin ilerleyen süreçte sağlık problemlerine neden olup olmadığı en çok araştırılan bir diğer konu... Bu amaçla 2025 yılında yayınlanan bir çalışmada; 1964 ile 2000 yılları arasında doğan 1.61 milyon kadın incelendi ve fertiliteyi sağlamak amaçlı verilen ilaçlar raporlandı. Uzun dönemde bu kadınlarda düşük oranda da olsa hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık gelişebileceği öne sürülüyor.

Geniş kapsamlı bir diğer çalışmada ise gebelik döneminde tiroit hormon değerlerinde düşüklük saptanan hastalarda ilerleyen süreçte çocukta otizmle ilişkili hastalık gelişme riskinin daha yüksek olduğu raporlandı. Anormal tiroit değerleri olan 4 bin 409 annede doğum sonrası çocukların takibinde otizm riskinin 2.68 kata kadar arttığı gösterildi. Öte yandan, araştırma kapsamında erken tanı ve ilaç tedavisiyle tiroit hormonları normale getirilen annelerin doğum sonrası çocuklarında bu riskin azaldığı görülüyor.



Avrupa Kardiyoloji Dergisi'nde yayınlanan bir çalışmada; diyabetik hastalarda kardiyovasküler hastalık gelişimi bilinmekle birlikte ani kardiyak ölüm riskinin de diyabeti olmayan kişilere oranla daha fazla olduğu tespit edildi. Danimarka'da yapılan bu çalışmada; tip 1 diyabetli hastalarda ani kardiyak ölüm riski genel popülasyona oranla 3.7 kat, tip 2 diyabetli hastalarda ise 6.5 kat olarak belirlendi. Beklenen yaşam süresinde ise diyabetin tipi ile ilişkili olarak 14.2 ila 7.9 yıl arasında kısalma olduğu ortaya çıkarılıyor.



Diyabetin kalp, böbrek ve göz ilişkili komplikasyonlarının ötesinde az konuşulan fakat ciddi seyreden bir diğer komplikasyonu ise işitme kaybı... Bu hastalarda uzun süreli kan şekeri yüksekliğine maruziyet sonrası kohlea, baziler membran gibi işitme alanlarındaki damarsal harabiyet neticesinde işitme kaybı gelişebileceği ortaya kondu. Diyabet hastası 3 bin 910 kişinin dahil edildiği ve 17 çalışmanın yer aldığı geniş kapsamlı bir metanalizde özellikle diyabet süresi 10 yıldan uzun olan hastalarda işitme kaybı yüzde 40-71.9 gibi oranlarda raporlanırken, erken ve etkin kan şekeri kontrolünün bu riski azaltabileceğine dikkat çekiliyor.

MedPage'den alıntılanmıştır.



Günde 8 Kutu Enerji İçeceği: İnme ile Sonuçlanan Bir Olgu

“Son yıllarda kullanımı giderek artan enerji içecekleri, içeriğinde bulunan yüksek kafein ve uyarıcı maddeler nedeniyle uzun dönemde hipertansiyon, ritim bozuklukları ve inme gibi ciddi klinik tablolara yol açabiliyor. Bu durum artık çeşitli olgu sunumlarıyla tıp literatüründe yer alıyor. İngiltere’de hayatını gayet sağlıklı bir şekilde sürdüren orta yaştaki erkek bireyin enerji içeceği ile tanışmasının ardından yaşadığı hipertansiyon ve inme öyküsünü içeren olguyu sizler için paylaşalım ve gelin birlikte değerlendirelim”

Aşırı enerji içeceği tüketimi, İngiltere’den bildirilen bir olgu sunumunda görüldüğü gibi bir kişinin hipertansiyon ve inme geçirmesinin nedeni olabilir. 50’li yaşlarında, başka hastalığı olmayan sağlıklı bir erkek, ani sol taraf uyuşması ve dengesizlik şikayetiyle başvurdu. Kan basıncı 254/150 mm Hg olarak ölçüldü. Tansiyon düşürücü tedavi ile taburculuk sırasında 170/80 mm Hg’ye düşürüldü. Beyin görüntülemesi de yapıldıktan sonra inme teşhisi kondu.

Hastanın boyun damarları normaldi bu nedenle beyinin derinliklerindeki küçük damarlara bağlı inme olarak değerlendirildi. Koruma amaçlı hastaya pıhtılaşma önleyici tedaviler, tansiyon ilaçları ve kolesterol düşürücü tedaviler başlandı. Hasta aylar sonra şiddetli hipertansiyon nedeniyle yeniden hastaneye yatırıldı. Daha fazla tansiyon ilacı başlandı ve dört hafta sonunda 5 adet tansiyon ilacı kullanıyordu.

Bu sırada önemli bir yaşam tarzı ayrıntısı ortaya çıktı. Daha detaylı yaşam tarzı sorgulamasında hastanın her bir kutuda 16 ons porsiyonda 160 mg kafein içeren enerji içeceklerinden günde ortalama sekiz kutu tükettiği öğrenildi. Bu rehberlerin günlük maksimum 400 mg önerdiği kafein miktarının üzerinde, günde 1,2–1,3 gram kafeine denk geliyordu.

Enerji içeceklerinin bırakılmasıyla kan basıncı normale döndü. Normal tansiyon değerlerine ulaştı. Üç hafta içinde tüm ilaçlar kesildi. Bu nedenle hastanın yüksek kafein içerikli enerji içecekleri tüketiminin, en azından kısmen, sekonder hipertansiyonuna ve dolayısıyla inme olaylarına katkıda bulunduğu düşünüldü. Sonraki takiplerde tamamen iyileşerek işine dönebildi; ancak bazı inme belirtileri 8 yıl sonra bile devam etti.

Vakayı sunan yazarlar; enerji içeceklerinin hem akut hem de kronik tüketiminin kardiyovasküler hastalık ve inme riskini artırabildiğini ve bu durumun geri döndürülebilir olduğunu vurguladılar. Kafein, adenosin molekülünün merkezi sinir sistemindeki depresan etkisini ve damarlardaki genişletici etkisini engelleyen bir maddedir. Yazarlar aşırı kafein tüketiminin sağlık açısından olumsuz etkiler yaratabileceğini; enerji içeceklerinin ortalama 250 mL’de yaklaşık 80 mg kafein içerdiğini, çayın 30 mg, kahvenin ise 90 mg içerdiğini belirtti. Enerji içeceklerindeki kafein etkisinin arttıran içerikler, yüksek şeker içeriği ve porsiyon başına fazla kafein miktarı da sağlık açısından risk barındırmaktadır.

Düzenleme açısından FDA (Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi)’in enerji içeceklerinde resmi bir üst kafein sınırı yoktur. Ancak yetişkinlerde günlük 400 mg’ın genellikle güvenli kabul edildiğini belirtir. Dünyada bazı ülkeler resmi sınırlar koymuştur. Çin (150 mg/L), Kanada (servis başına 180 mg), Avustralya ve Yeni Zelanda (320 mg/L). Mevcut kanıtlar kesin olmamakla birlikte, enerji içeceği satışlarının ve reklamlarının daha sıkı düzenlenmesi halk sağlığı açısından faydalı olabilir. Ayrıca sağlık profesyonelleri, genç hastalarda inme veya açıklanamayan hipertansiyon durumunda enerji içeceği tüketimini sorgulamalıdır.

Kaynaklar: 1- Coyle, Martha, and Sunil Munshi. "Energy Drinks, Hypertension and Stroke." *BMJ Case Reports* CP 18, no. 12 (2025): e267441.



Kilo Vermekten Daha Fazlası: Obezite Tedavisinde Güncel Rehber

Uzm. Dr. Ali Örs

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları

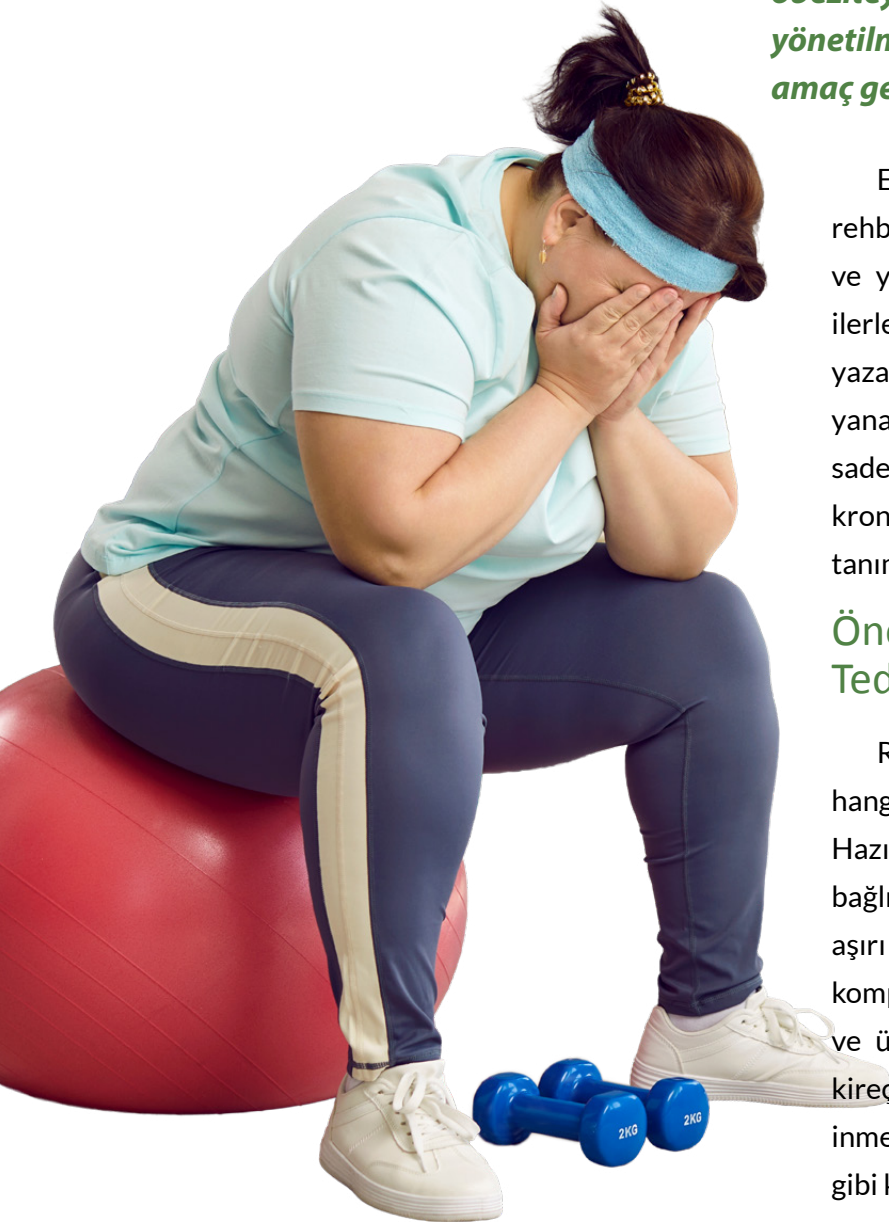
Bilim Dalı

“Amerikan Klinik Endokrinoloji Derneği’nin hazırladığı yeni uzlaşma raporuna göre, yetişkinlerde obeziteye bağlı kronik hastalıkların etkili şekilde yönetilmesi, sadece kilo vermekten ibaret değil. Asıl amaç genel sağlığın iyileştirilmesi...”

Endocrine Practice Dergisi’nde yayımlanan güncel rehber, obezite tedavisindeki son tıbbi gelişmeleri içeriyor ve yoğun çalışan hekimlerin kullanabileceği adım adım ilerleyen pratik tanı ve tedavi şemaları sunuyor. Rapor yazarlarından Dr. Juliana Simonetti son rehberden bu yana neredeyse 10 yılın geçtiğini ve bu süreçte obezitenin sadece davranışsal bir sorun olmaktan çıkıp; karmaşık, kronik ve tekrarlayabilen bir hastalık olarak yeniden tanımlandığını söylüyor.

Önemli Nokta; Hastalığın Evresine Göre Tedaviyi Planlamak

Rehbere göre hekimler için en önemli nokta, hastalığın hangi evrede olduğuna göre tedaviyi planlamaktır. Hazırlanan görsel algoritmalardan biri yağ fazlalığına bağlı kronik hastalığı 3 evreye ayırıyor. Birinci evre aşırı yağlanma olan ancak obeziteye bağlı hastalık veya komplikasyonları olmayan bireyleri ifade ediyor. İkinci ve üçüncü evre ise aşırı yağlanma yanında eklemlerde kireçlenme, uyku apnesi, gizli şeker ve metabolik sendrom, inme ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan engellilik gibi komplikasyonlara sahip bireyleri içeriyor.



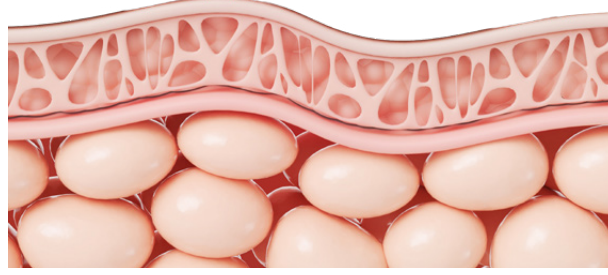
Birinci evre için alınacak önlemler; yaşam tarzı değişiklikleriyle riskleri azaltmak ve kilo kaybı hedefi yüzde 5-15 arası kişilerde gerekirse birinci nesil kilo verme ilaçlarını kullanmaktır. İkinci ve üçüncü evre için alınacak önlemler arasında ilaç tedavisi ve cerrahi müdahaleler yer alıyor. Rehber ayrıca, tip 2 diyabet, uyku apnesi, kalp ve metabolizma sorunları gibi farklı hastalık durumlarına göre tercih edilecek ilaçların bir sıralamasını sunuyor ve her ilacın fayda-risk açıklamalarını içeriyor.

Öte yandan hastaların yaşayabileceği kilo damgalanması ve bunun ruhsal, fiziksel sağlığı kötü etkileyebileceğine dikkat çekiliyor. Bu nedenle hekimlerin, hastaların kendine yönelik kilo ayrımcılığı yaşayıp yaşamadığını anlamak için kilo damgalanması ve kilo önyargısı testlerinin kullanması öneriliyor. Sonuç olarak, kişiyi merkeze alan bir yaklaşım; empati, yaşam tarzı değişiklikleri, tıbbi ve cerrahi seçeneklerin tamamını hastaya açık ve kanıta dayalı şekilde sunmayı içeriyor.

Doktorların Vücut Kitle İndeksi'nin Ötesine Geçmesini Sağlamak

Amerikan Klinik Endokrinoloji Derneği 2017'de yağ fazlalığına bağlı kronik hastalık terimini tanıtarak obezitenin kronik bir durum olduğunu vurgulamıştı. Bu tanı, sadece vücut kitle indeksine bakmıyor; vücuttaki enerji dengesinin bozulmasını, yağ dokusunun miktarındaki, dağılımındaki ve işlevindeki bozuklukları da dikkate alıyor.

Massachusetts'ten Dr. Richard Siegel'e göre, hekimlerin de yağ fazlalığına bağlı



kronik hastalık ve obeziteye bağlı hastalıklar kavramlarını içeren bu yeni, daha kapsamlı yaklaşım konusunda eğitilmesi gerekecek. Rehberin bazı bölümlerinin klinik uygulamaya yerleşmesi zaman alabilir. Örneğin artık fazla yağ oranını belirlemek için sadece vücut kitle indeksi değil; bel çevresi ve bel-boy oranı gibi ölçümlerin kullanılması öneriliyor. Ancak bu ölçümler birçok klinikte rutin yapılmıyor.

Klinik Uygulamada ve Sağlık Sisteminde Yeni Bakış Açısı Gerekliliği

Rehberdeki şemalar görsel olarak faydalı olsa da klinik uygulamada sistemin genelinde bir bakış açısı değişimi gerektirebilir. İkinci nesil kilo verme ilaçlarının kilo dışında obeziteye bağlı hastalıkların tedavisi gibi yeni kullanımlarına dair klinik sonuçlar geldikçe bu algoritmalar daha da şekillenecek. Ayrıca uzun vadede bu algoritmaların birinci basamak sağlık kurumlarında adil şekilde uygulanıp uygulanamayacağı, sigorta kapsamı ve ilaç maliyetleri nedeniyle belirsiz olabilir.

Kaynaklar

1-Amerikan Klinik Endokrinoloji Derneği Konsensus Bildirisi: Obezite/ Yağlanmaya Bağlı Kronik Hastalığı Olan Yetişkinlerin Değerlendirilmesi ve Tedavisi İçin Algoritma – 2025 Güncellemesi Nadolsky, Karl ark. Endokrinoloji Uygulaması, Cilt 31, Sayı 11, 1351 – 1394

2- AACE: Obeziteye Dayalı Hastalık Bakımı Kilo Vermekten Daha Fazlasıdır - Medscape - 4 Kasım 2025

Düzenli Fiziksel Aktiviteyle Diyabetteki Riskleri Azaltın



Doç. Dr. Çiğdem Özdemir
Çukurova Üniversitesi Fizyoloji Ana Bilim Dalı

“Egzersiz sırasında gerçekleşen kas kasılmaları, kan şekerinin insülininden bağımsız olarak özellikle iskelet kası tarafından kullanılmasını artırır. Bu durum egzersizin kan şekeri düzenleme etkisindeki en önemli mekanizmalardandır.”

Diyabet, insülin sekresyonundaki yetersizlik veya vücuttaki insülin duyarlılığındaki bozulma ile karakterize, yüksek kan şekeri seviyeleri ile seyreden metabolik bir hastalıktır. Son yıllarda sıklığı giderek artan bu hastalığın, sağlık ve sosyoekonomik olarak birçok problemi de beraberinde getirdiği bilinmektedir. Sedanter yaşam ve fiziksel inaktivite, diyabetin ortaya çıkışı için en önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bu nedenle fiziksel aktivite ve egzersiz, hastalığın ortaya çıkışını durdurmak, yavaşlatmak ve seyrini hafifletebilmek için tedavinin en önemli bileşenlerinden birisi olarak kabul edilmektedir.

Düzenli olarak gerçekleştirilen kişiye uygun fiziksel aktivite ve egzersiz programlarının, kan şekeri kontrolüne destek olması kadar, komplikasyon gelişme riskini azalttığı yada kontrol altına alınmasını kolaylaştırdığı bilimsel olarak gösterilmiştir. Egzersiz sırasında gerçekleşen kas kasılmaları, kan şekerinin insülininden bağımsız olarak özellikle iskelet



kası tarafından kullanılmasını arttırır. Bu durum egzersizin kan şekeri düzenleme etkisindeki en önemli mekanizmalardandır. Tek bir egzersizin tamamlanmasını takiben saatler sonrasında bile insülin duyarlılığının yüksek kalabildiği gösterilmiştir. Düzenli olarak devam ettirilen fiziksel aktiviteler ise hücresel taşıma mekanizmalarından biyokimyasal reaksiyonlara ve hücresel depolama yanıtlarındaki değişikliklere kadar çeşitli adaptasyon süreçleriyle kan şekeri düzenlemesine hizmet etmektedir.

Diğer taraftan fiziksel aktivitenin, bu hastalarda yaşam kalitesini etkileyebilecek hipertansiyon, dislipidemi ve obezite gibi diğer birçok hastalık yönünden de olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Düzenli olarak gerçekleştirilen egzersizlere cevaben, hastaların çeşitli dokulardaki kanlanmalarının yeniden organize edilmesi, aerobik kapasitelerinin artması, form durumlarını iyileşmesi, sadece glukoz değil vücutta yağ yakımının da artışı ile metabolizmanın desteklenmesi, kas kaybının önlenmesi ve sarkopeninin önüne geçilebilmesi gibi özetlenebilecek çok sayıda adaptasyon cevabı, bahsi geçen hastalıkların da kontrol altına alınması açısından önemli değişikliklerdir.

Egzersiz Öncesi Hazırlık ve Sonraki Süreç

Diyabetik hastalarda egzersiz sırasında neler yapılması gerektiğinin bilinmesi kadar, egzersiz öncesi hazırlık ve sonrası süreçlerin takibi de büyük önem taşır. Hastaların fiziksel aktivitenin en yüksek verimini alabilmeleri ve ortaya çıkabilecek istenmeyen etkilerden korunabilmeleri için hasta ve hasta yakınlarında konu ile ilgili farkındalık oluşturulması açısından bazı önemli konulardan bahsetmek önemli olacaktır. Bu anlamda en çok dikkat edilecek konuların başında kan şekeri düşmesi yani hipoglisemi gelmektedir. Dikkat edilmediği takdirde egzersiz ile birlikte ani kan şekeri düşüşleri ortaya çıkabilir.



Hipoglisemi Belirtileri Bilinmeli, Önlemi Alınmalı

Egzersiz öncesi kan şekerinin 100 mg/dL ve üzerinde olduğundan emin olunması, ortaya çıkabilecek baş ağrısı, konsantrasyon güçlüğü, titreme, sinirlilik, halsizlik, terleme gibi hipoglisemi belirtilerinin neler olduğunun iyi tanımlanması ve kan şekeri 70mg/dL'nin altına düşmesi halinde egzersize hiç başlanmaması gibi esas konularda farkındalık oldukça önem arz eder. Bu gibi durumlarda başlangıç egzersiz planlamaları ve uygulamalarının gözetim altında yapılması, hastaların yanlarında uygun nitelikte karbonhidrat bulundurmaları, hastayı ve durumunu açıklayan tıbbi kimlik taşımaları önemli olacaktır. Özellikle yaşlı hastalarda hipoglisemi belirtileri ile bilişsel fonksiyon problemlerinin bir araya gelmesi bu konuları hayati önemli bir noktaya taşımaktadır.



Egzersizle Uyumlu Şekilde Beslenmeli

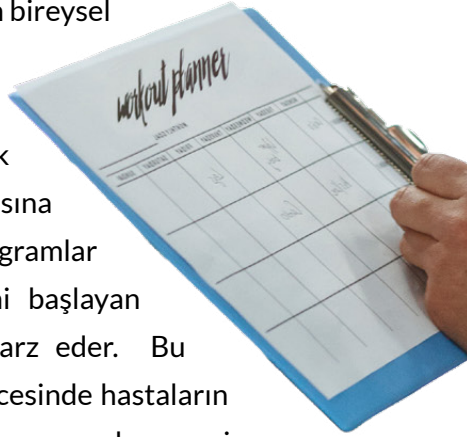
Öte yandan, hastalarda kan şekeri 250mg/dL ve üzerinde ise idrarda keton varlığı araştırılmalı ve egzersiz planlaması bu durum kontrol altına alınıncaya kadar ertelenmelidir. Ayrıca hastaların uygun miktarda su tüketimi ile dehidrate kalmamaları ve yaptıkları egzersiz ile uyumlu olacak şekilde yeterli ve dengeli beslenmeleri yönünden de konunun uzmanları tarafından sıkı bir takipte olmaları önemlidir. Nöropatisi olan bazı hastalarda, örneğin göğüs ağrısının algılanamama riski nedeniyle, nefes darlığı ya da sırt ağrısı gibi belirtilerin varlığının hasta tarafından takip edilmesi ve farkındalığı büyük önem taşır.

Aktiviteye Uygun Kıyafetler Seçilmeli

Aktivite sırasında uygun kıyafetlerin seçilmesi, ayak yarası oluşmaması için uygun ayakkabı tercihi, egzersiz sonrası ayak ve vücut hijyenine önem verilmesi, ayak yaralarını erkenden tespit etmek açısından düzenli ayak kontrollerinin yapılması farkındalık oluşması gereken diğer önemli hususlardandır.

Fiziksel Aktivite Planlaması Yapılmalı

Hangi hastada hangi egzersizin yapılması gerektiği, egzersiz süre, şiddet ve sıklığı ile dinlenme periyotlarının düzenlenmesi, hastalarda yapılacak olan bireysel değerlendirmeler kararlaştırılmalıdır. Hastaların, genel durumları, kan değerleri, komplikasyon varlığı ve eşlik eden hastalığının bulunup bulunmamasına bağlı olarak uygulanması gereken programlar değişiklik gösterebilir. Özellikle yeni başlayan hastalarda takip sıklığı büyük önem arz eder. Bu nedenle düzenli egzersiz planlaması öncesinde hastaların konu ile ilgili olarak hekim kontrolünden geçerek egzersiz programına dahil edilmesi önem taşır.



Kaynaklar: 1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes, Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities: Standards of Care in Diabetes, 2026, Diabetes Care 2026;49 (Suppl. 1):S50–S60
2. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, The American College of Sports Medicine, 2018,Tenth Edition, Senior Editor; Deborah Riebe, Associate Editors; Jonathan K. Ehrman, Gary Liguori, Meir Magal.
3. Physiology Of Sedentary Behavior, The American Physiological Society.Ana J. Pinto, Audrey Bergouignan, Paddy C. Dempsey, Hamilton Roschel, Neville Owen, Bruno Gualano, David W. Dunstan, 2023, Physiol Rev 103: 2561–2622



Doç. Dr. Gülay Şimşek Bağır

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

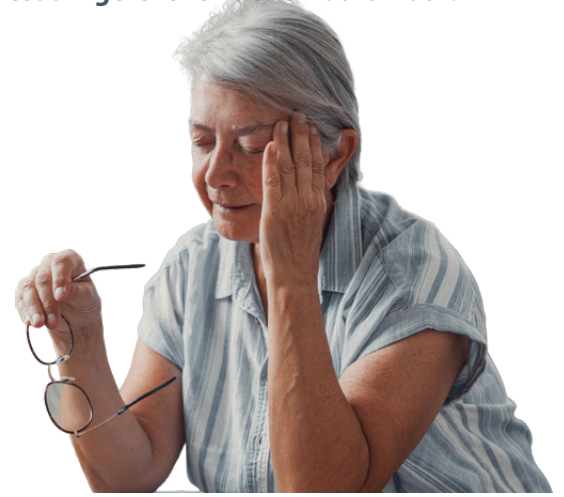
Diyabette Acil ve Önlenebilir Komplikasyon; HIPOGLİSEMİ

Titreme, soğuk terleme, anksiyete, çarpıntı, acıkma hissi, baş ağrısı, uyuşma ve halsizlik, baygınlık, bilinç kaybı belirtileri yaşıyorsanız dikkat! İnsülin ya da şeker düşürücü ilaçlar kullanan hastaların yılda en az birkaç kez yaşadığı hipoglisemi, hızlı tanı ve tedavi gerektiren acil bir durumdur.

Diyabet tedavisinde kan şekeri düzeylerini yaşa, eşlik eden hastalıklara, diyabet ilişkili komplikasyonların varlığına göre bireyselleştirilmiş şekilde hedef değerlerde tutmaya çalışırken dikkat edilmesi gereken en önemli nokta hipoglisemi gelişiminden kaçınabilmektir. Ancak gerek insülin tedavisi alan hastalar gerekse de şeker düşürücü diğer ilaçları kullanan hastalar, yılda en az birkaç kez hipoglisemi yaşamaktadırlar. Bu nedenle bütün diyabet hastaları ve aile bireyleri hipoglisemi tanımı, korunma yolları ve tedavisi konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Hipoglisemi, diyabetin akut komplikasyonları arasında yer alan hızlı tanı ve tedavi gerektiren acil bir durumdur.

Hipoglisemi Nedir, Belirtileri Nelerdir?

Diyabeti olmayan bireylerde hipoglisemi varlığından söz edebilmek için kan şekerinin < 50 mg/dl olması, kan şekeri düşüklüğü ile uyumlu semptomlarının olması ve uygun tedavi ile bu durumun düzelmesi gerekmektedir. Diyabetli hastalarda ise hipoglisemi sınırı < 70 mg/dl olarak kabul edilmektedir.



Hipoglisemi, hafif, orta ve ağır hipoglisemi olmak üzere üç ayrı grupta sınıflandırılabilir. Hafif ve orta derecedeki hipoglisemilerde hastalar kendi tedavilerini yapabilecekken ağır hipoglisemi damardan tedavi gerektiren, komaya neden olabilen bir durumdur. Amerikan Diyabet Derneği sınıflamasına göre hipoglisemi; Seviye 1: Kan şekeri < 70 mg/dl, Seviye 2: Kan şekeri < 54 mg/dl, Seviye 3: Kan şekeri düzeyinden bağımsız olarak hipoglisemi tedavisi için yardım gerektiren ciddi durumlar olmak üzere üç gruba ayrılır.

Hipoglisemi semptomları arasında titreme, soğuk terleme, anksiyete, çarpıntı, acıkma hissi, baş ağrısı, uyuşma ve halsizlik yer alır. Ağır vakalarda baygınlık, bilinç kaybı gelişebilir.

Hipoglisemi Açısından Riskler; İlaç, Beslenme Bozukluğu, Alkol Tüketimi...

İnsülin kullanan hastalar ve şeker ilaçlarından özellikle pankreasdan insülin salgılanmasını sağlayarak etki eden ilaçları kullanan hastalar hipoglisemi gelişimi açısından risk altındadır. Ancak diyabet tedavisinde kullanılan tüm ilaçlar özellikle riskli hastalarda hipoglisemiye neden olabilirler. Kronik böbrek hastalığı, egzersiz, beslenme zamanlamasının ayarlanamaması, alkol kullanımı, beslenme bozukluğu, ciddi karaciğer bozukluğu gibi durumlar hipoglisemi gelişimi açısından yüksek riskli durumlardır. Diyabetli hastalarda, diyabete bağlı kronik bir komplikasyon olan otonom nöropati gelişmiş ise hipoglisemiden habersizlik yani hipoglisemiye fark edememe durumu görülebilir. Bu hastalarda glisemik kontrol konusunda daha esnek davranılır.

Hipoglisemide Güncel Tedavi Yöntemleri; Korunma Yolları Öğrenilmeli

Öncelikle insülin kullanan hastalar ve hipoglisemi açısından yüksek riskli hastalar olmak üzere bütün diyabetik bireyler ve mümkünse aile bireyleri hipoglisemi klinik bulguları, tedavisi ve hipoglisemiden korunma yolları ile ilgili bilgilendirilmelidirler.

Bilinci açık ve yutma fonksiyonu normal olan hafif olgularda, hızlı kan şekerini yükseltebilecek, glukoz içerikli herhangi bir karbonhidrat formu hastaya verilebilir. 15-20 gram glukoz (4-5 kesme şeker, 150-200 ml meyve suyu ya da limonata) verilebilir. Ancak yüksek yağlı veya proteinli besinlerden

kaçınılmalıdır. On beş dakika sonra hipoglisemi hala devam ediyorsa tedavi tekrarlanır. Şuuru kapalı, yutma fonksiyonu bozulmuş hastalarda ise damardan tedavi uygulanır. Glukagon, glukoz üretimini uyararak insülin etkilerini ortadan kaldıran, kan şekeri düzeyini artıran bir hormondur. Özellikle tip 1 diyabeti olan hastalarda ağır hipoglisemi durumunda bunun enjeksiyonu uygulanabilir. Bu nedenle de hasta yakınları, aile bireyleri bu enjeksiyon konusunda bilgilendirilmelidirler.

Yalancı Hipoglisemi (Psödohipoglisemi)

Özellikle sık ve ağır hipoglisemik atakları olan olguların ise diyabet tedavisi yeniden gözden geçirilir. Kan şekeri düzeyleri uzun süredir yüksek seyreden hastalar, uygun diyabet tedavisi sırasında kan şekeri düzeyleri normal aralığa dönmeye başlarken hipoglisemileri olmasa bile hipoglisemi semptomları hissederler. Bu hastaların tipik hipoglisemi semptomları varken kan şekeri düzeyleri 70 mg/dl'nin üzerindedir. Bu duruma psödohipoglisemi yani yalancı hipoglisemi denir. İyi glisemik kontrol ile zaman içerisinde düzelecek bir durumdur ve hastalara mutlaka bu konuda bilgi verilmelidir.

Hipoglisemi atağı sonrası hastalar hipoglisemi nedeni açısından ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. İnsülin kullanımı, şeker hapları, öğünlerdeki uyumsuzluk, egzersiz, yeni gelişen böbrek hastalığı gibi nedenler sorgulanmalı, yeni bir hipoglisemi atağı gelişmemesi açısından tedavi yeniden gözden geçirilmelidir.

TATLANDIRICI

Tartışmasına Bilimsel Bakış

Sağlıklı beslenmeye çalışırken tatlıdan vazgeçemeyenler için tatlandırıcılar cazip bir alternatif olarak öne çıkıyor. Ancak bilim dünyasınca bu ürünlerin kilo kontrolü ve bağırsaklar üzerindeki etkileri uzun süredir tartışılıyor. Yakın zamanda tatlandırıcılarla ilgili fazla kilolu veya obez 325 yetişkin ile 36 çocuk üzerinde yapılan geniş kapsamlı bir çalışma önemli ve şaşırtıcı sonuçlar ortaya koyuyor.

Şeker yerine tatlandırıcı kullanmak SAĞLIKLI MI?

Yeni yapılan büyük bir çalışma, bu konuda bize önemli bilgiler veriyor. Araştırmaya göre şekerin yerine tatlandırıcı kullanılan bir beslenme düzeni, hem daha iyi kilo kontrolü sağlıyor hem de bağırsak florasında bazı olumlu değişiklikler oluşturuyor. Üstelik bu durum kalp ve şeker hastalığı riskini olumsuz etkilemiyor.

Bu çalışmada fazla kilolu veya obez 325 yetişkin ve 36 çocuk incelenmiş. Herkes önce 2 ay boyunca kilo vermeye veya kilosunu sabitlemeye çalışmış. Daha sonra 10 ay

boyunca; şekerli yiyecek içeceklerin yerine tatlandırıcı kullanan 'Tatlandırıcı Grubu' ile aynı diyeti uygulayan ancak tatlandırıcı yerine daha fazla şeker içeren bir beslenmeyi hedef alan 'Şeker Grubu' olarak iki farklı beslenme tarzına ayrılmışlar.

Sonuçlara bakıldığında bir yılın sonunda, tatlandırıcı kullanan grup diğer gruba göre ortalama 1,6 kilogram daha fazla kilo verebilmiş veya verdiği kiloyu daha iyi koruyabilmiş. Bağırsak florası olumlu yönde değişmiş. Tatlandırıcı grubunda, bağırsakta kısa zincirli yağ asitleri üreten yararlı bakteriler artmış. Bu bakteriler bağırsak sağlığı ve metabolizma için önemlidir. Kan değerleri, kalp ve metabolizma açısından olumsuz etki görülmemiş. Kolesterol,

şeker, tansiyon gibi değerlerde belirgin bir kötüleşme olmamış. Yan etkiler daha çok bağırsakla ilgili saptanmış. Tatlandırıcı kullananlarda karın ağrısı, gaz, gevşek dışkılama gibi şikayetler biraz daha sık izlenmiş. Ancak ciddi bir yan etki saptanmamış.

Araştırmanın sonuçlarını sıralayacak olursak:

1.Tatlandırıcılar, kilo kontrolüne yardımcı olabilir.

2.Metabolik açıdan (şeker, kolesterol, tansiyon) zararlı görünmüyor.

3.Bağırsak bakterilerinde bazı olumlu değişiklikler yapabiliyor.

4.Ancak gaz ve şişkinlik gibi sindirim şikayetleri artabiliyor.

Bu çalışma, tatlandırıcıların herkes için tamamen zararsız olduğu anlamına gelmiyor. Ancak şeker yerine kullanıldığında özellikle kilo kontrolü açısından faydalı olabileceğini gösteriyor. Şeker yerine tatlandırıcı kullanmak, özellikle kilo kontrolü açısından işe yarayabilir ve bağırsak sağlığında bazı iyileşmelere yol açabilir. Ancak herkesin sindirim sistemi farklıdır; bazı kişiler tatlandırıcılarla gaz ve şişkinlik yaşayabilir.

*Kaynak: Sweeteners Transform Both Weight Loss and Gut Health,
Edited by Devyani Gholap, November 03, 2025*



DÜNYADA 589 MİLYON KİŞİYİ ETKİLEYEN SESSİZ TEHLİKEYİ ÖNLEMEK

Uzm. Dr. Yahya Erdem İnce
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 2024 yılı verilerine göre 20-79 yaş arasındaki kişilerde diyabet sıklığının yüzde 11,1 olduğunu ve bunun yaklaşık 589 milyon kişiye karşılık geldiğini açıkladı. IDF, bu sayının 2050 yılına kadar 853 milyona çıkacağını öngörüyor.

Peki, bu sessiz tehlike nasıl önlenabilir?

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 2024 yılı verilerine göre 20-79 yaş arasındaki kişilerde diyabet sıklığının yüzde 11,1 olduğunu ve bunun yaklaşık 589 milyon kişiye karşılık geldiğini açıkladı. IDF, bu sayının 2050 yılına kadar 853 milyona çıkacağını öngörüyor. Peki, bu sessiz tehlike nasıl önlenabilir?

Dünya genelinde diyabet görülme sıklığı; erkekler ve kadınlar arasında benzer olmakla birlikte kentlerde, kırsal alanlara göre, yüksek gelirli ülkelerde ise düşük gelirli ülkelere göre daha fazladır. Ayrıca, dünya genelinde tanı almamış tip 2 diyabet mellitus (T2DM) ve prediyabet olan bireyler, olumsuz sağlık sonuçları ve erken ölüm riski açısından yüksek risk altındadır.

Tip 2 Diyabete Geçiş Önlenabilir

Tip 2 diyabet, prediyabet ile öncülük edilen kronik kan şekeri yüksekliği ile birlikte sessiz ve ilerleyici bir hastalıktır. Tip 2 diyabetin erken tespiti, tedavi ile müdahale etme fırsatı sunar. Son 30 yıldaki çalışmalar orta düzey hiperglisemiden tip 2 diyabete geçişin önlenebileceğini veya geciktirilebileceğini göstermektedir. Prediyabet kan testlerinde diyabet kriterlerini karşılamayan ancak kan şekeri yüksekliği ile seyreden durumu yansıtmaktadır. Bu durum halk arasında da 'gizli şeker' olarak adlandırılmaktadır.

Tip 2 Diyabetin Beslenmeyle İlişkisi

Tip 2 diyabet görülme sıklığını azaltmak için iki tamamlayıcı yaklaşım vardır. Bunlar yüksek riskli bireylere müdahale ve tüm nüfusta risk faktörlerini azaltmaktır. Birçok araştırma, tip 2 diyabetin ortaya çıkışı ile beslenme veya diyet bileşenleri arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir.



Bunları şu şekilde sıralayabiliriz;

- Yüksek glisemik indeksli (GI) gıdalar ve yüksek glisemik yüklü (GL) diyetler riski artırır.
- Tam tahıl ürünleri, lif, bitkisel yağlar ve bitkisel proteinler gibi bitki bazlı kaynaklardan elde edilen gıdaların ve diyet bileşenlerinin tüketimi riski azaltır.
- Daha fazla kırmızı et, işlenmiş et ve şekerli içecek tüketimi riski artırır.
- Yüksek miktarda bitkisel yağ alımı T2DM'ye yakalanma olasılığını düşürür, ancak toplam yağ alımı diyabetin ortaya çıkışı ile ilişkilendirilmez.
- Bitkisel proteinin hayvansal protein yerine kullanılması T2DM riskini azaltabilir.
- Vejetaryen diyetler T2DM'ye yakalanma olasılığının azalmasıyla ilişkilendirilmiştir.
- Yaşam tarzı değişiklikleri, T2DM'nin gelişimini önlemede veya geciktirmede etkilidir.

Diyabet ve Prediyabetin Tanımlanması

Diyabet tanımları evrensel olarak kabul edilmektedir. Hem Dünya sağlık örgütü (WHO) hem de Amerikan Diyabet Derneği (ADA) aynı açlık kan şekeri, 2. saat kan şekeri ve HbA1c tanı değerlerini kullanmaktadır. Belirti göstermeyen bireylerde, klinik yönetim için aynı test ortamında ya da farklı zamanlarda iki anormal değerin bulunması önerilmektedir.

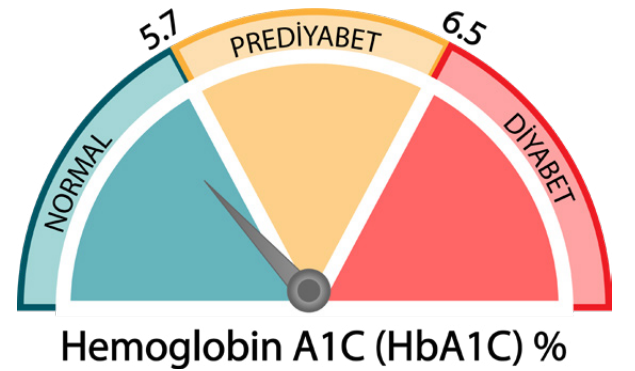
	WHO kriterleri	ADA kriterleri
Diyabet		
Açlık kan şekeri (AKŞ)	≥7,0 mmol/L (126 mg/dL)	≥7,0 mmol/L (126 mg/dL)
2.Saat kan şekeri*	≥11,1 mmol/L (200 mg/dL)	≥11,1 mmol/L (200 mg/dL)
HbA1c	≥6.5% (48 mmol/mol)	≥6.5% (48 mmol/mol)
Prediyabet		
Bozulmuş açlık glukozu (BAG)		
Açlık kan şekeri	6,1–6,9 mmol/L (110–125 mg/dL)	5,6–6,9 mmol/L (100–125 mg/dL)
Bozulmuş glukoz toleransı (BGT)		
2.Saat kan şekeri*	7,8–11,0 mmol/L (140–199 mg/dL)	7,8–11,0 mmol/L (140–199 mg/dL)
HbA1c	-	5,7%–6,4% (39–47 mmol/mol)

Tanısı Konmamış Diyabet ve Prediyabet için Tarama

Tanısı konmamış diyabet veya prediyabet için tarama genellikle önerilen stratejilerdir. Erken tanı ve tedavi olumsuz sonuç riskini azaltırken, prediyabet olan kişilerin belirlenmesi diyabete ilerlemeyi önleme fırsatı sunar. Rehberler, asemptomatik bir bireyde diyabet tanısını doğrulamak için yeniden test yapılmasını önerse de prediyabeti doğrulamak için yeniden test yapılmasına dair bir rehber bulunmamaktadır.

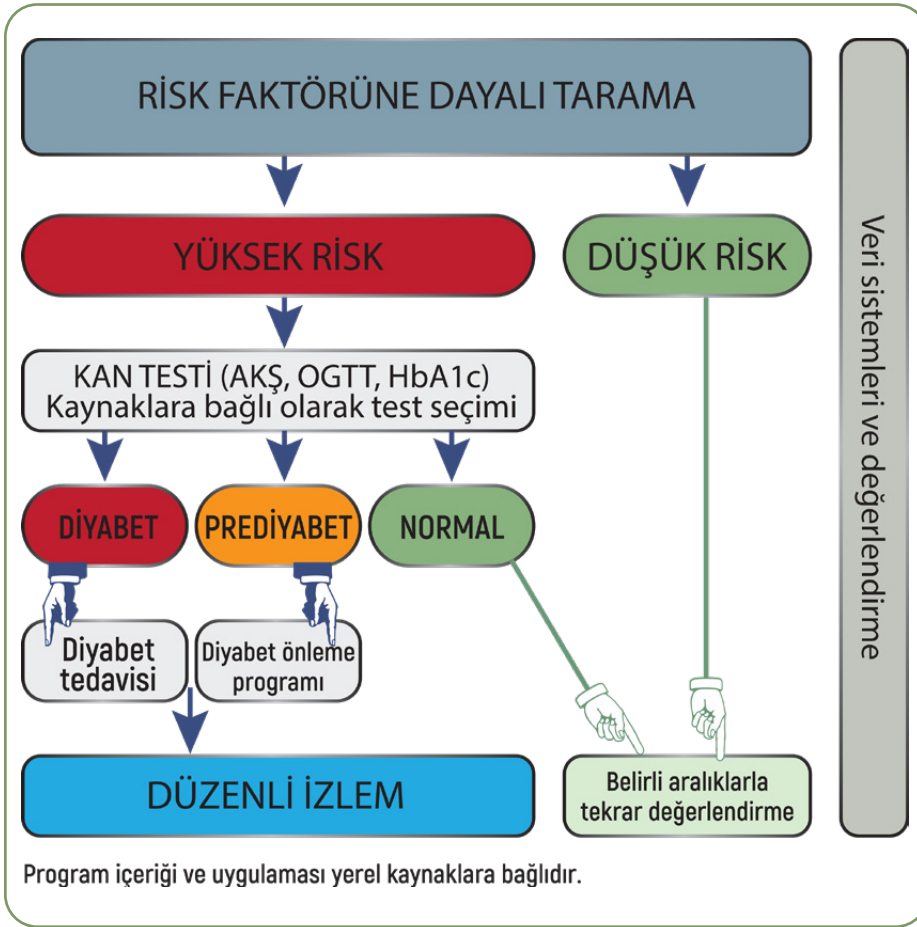
IDF, 75 gram oral glukoz tolerans testinde 1. saat kan şekerinin diğer mevcut biyokimyasal testlere göre daha hassas ve pratik bir yöntem olduğunu önermekte ve teşhis kriterlerinin

yeniden tanımlanması ve teşhis seçeneği olarak eklenmesi çağrısında bulunmaktadır. Değeri yüksek olan bireylerin, BGT olanlarla benzer şekilde diyabet önleme müdahalelerinden fayda sağlayabileceği muhtemel olmakla beraber şu anda bunu destekleyen klinik çalışma verisi bulunmamaktadır.



Diyabet Önleme Programlarının Uygulanması

Diyabet önleme programları ideal olarak hem yüksek riskli bireyleri hem de genel nüfusu kapsayan stratejiler içermelidir. Sevindirici bir şekilde, teşhis edilen diyabet sıklığının birçok yüksek gelirli ülkede istikrara kavuştuğu veya azaldığı görülmekte olup, 2010'dan bu yana bildirilen yıllık tahmini sıklık değişimi $-1,1$ ile $-10,8$ arasında değişmektedir. T2DM açısından yüksek risk taşıyan bireylerde çok yönlü T2DM önleme faaliyetleri ve toplum geneli yaklaşımlar bu gözlemde etkili faktörler olabilir. Nüfus stratejileri, ulusal politika yapıcılarını üzerinde lobi yapmak ve etkilemek gerektirir. Bu bölümün odak noktası, yüksek riskli bireyler için programların uygulanmasıdır. Yüksek riskli bireyleri hedefleyen programların temel bileşenleri evrensel olarak kabul edilmektedir.



Kaynaklar

1. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF). IDF Diyabet Atlası, 11. baskı. Brüksel, Belçika: Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2025. Erişim: <http://www.diabetesatlas.org>.
2. Dünya Sağlık Örgütü. 75. Dünya Sağlık Toplantısı'nda kabul edilen ilk küresel diyabet kapsam hedefleri. Erişim: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/first-ever-global-coverage-targets-for-diabetes-adopted-at-the-75-th-world-health-assembly>
3. Tip 2 diyabet için küresel kılavuz: Standart, kapsamlı ve minimal bakım için öneriler. Diyabet Med. 2006;23(6):579-93.
4. IDF Çalışma Grubu. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tip 2 diyabetin yönetimi için IDF klinik uygulama önerileri. Erişim: <https://idf.org/media/uploads/2023/05/attachments-63.pdf>
5. Dünya Sağlık Örgütü. Evrensel sağlık kapsamının takibi: 2023 küresel izleme raporu. Erişim: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>

Ramazan'da Doğru Beslenme ve Egzersizle Metabolizmayı Korumak Mümkün Mü?

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz Serin
Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Beslenme ve Diyetetik Bölümü

“İftar ve sonrasında; enerji içeriği yoğun beslenme vücut ağırlığında artışa, su içiminin azalması dehidratasyon ve baş ağrısına, lif alımının azalması ise kabızlığa yol açabilmektedir. Ancak doğru bir beslenme tarzı ve doğru planlanmış egzersizlerle metabolizmanın yavaşlamasını engelleyerek, Ramazan ayını sağlıklı, vücut ağırlığını koruyarak ve sağlıklı beslenerek geçirmek mümkündür.”



Ramazan ayında beslenme yaklaşık 12-18 saat süren uzun süreli açlık ve besin alımının günün belirli saatleriyle sınırlandırılması nedeniyle fizyolojik, metabolik ve davranışsal açıdan özel bir önem taşımaktadır. Ramazan ayında iftar ve sahur olmak üzere iki ana öğünde beslenilmesi, gündüz su tüketiminin azalması, beslenmenin gece yapılması, uyku düzeninin ve fiziksel aktivitenin değişmesi bu ayda beslenme alışkanlıklarının değişmesine neden olur.

Oruç tutulan ilk günlerde beslenme düzenindeki değişimden dolayı sağlıklı bireyler Ramazan ayında kabızlık, mide yanması, uyku hali, unutkanlık, dikkatsizlik, baş dönmesi, baş ağrısı, kan şekeri düşüklüğü ve vücut ağırlığı artışı gibi birtakım sağlık sorunları ile karşılaşabilir. Uzun süreli açlık, ara öğünlerin ortadan kalkması ve toplam öğün sayısının azalmasına bağlı olarak metabolizma yavaşlama eğilimi göstermekte ve vücut ağırlığı kontrolü zorlaşmaktadır.

Beslenme Davranışlarındaki Değişimler ve Metabolik Etkileri

Sahur vaktinde oruç tutmak için uyanan insanlar genel olarak az yemek tüketme eğiliminde olmakla birlikte, tüketilen yiyeceklerin cinsi kahvaltı öğünüyle aynı olmaktadır. Bu öğünde alınan enerji, günlük enerjinin yaklaşık yüzde 30'unu oluşturmaktadır.

İftar vaktinde ise çok çeşitli yiyecekler tüketilmektedir. Enerji alımının büyük bir bölümünü oluşturan iftar öğünü, günlük enerji alımının yüzde 60'ını oluşturmaktadır. Ramazanda iftar sonrası ise çoğu kişi gece yarısına veya daha sonrasına kadar uyanık kalır. Bu süreçte yeme düzeni ve alışkanlıkları değişkenlik gösterir. Genel olarak bireylerde kırmızı et, ekmek, pilav, hamur işi ve tatlı ve iftar sonrası su yerine çay tüketimi artar. Bunun yanı sıra meyve ve sebze tüketimi de azalır.

İftar ve sonrasında; enerji içeriği yoğun beslenme vücut ağırlığında artışa, su içiminin azalması dehidratasyon ve baş ağrısına, lif alımının azalması ise kabızlığa yol açabilmektedir. Ancak doğru bir beslenme tarzı ve doğru planlanmış egzersizlerle metabolizmanın yavaşlamasını engelleyerek, Ramazan ayını sağlıklı, vücut ağırlığını koruyarak ve sağlıklı beslenerek geçirmek mümkündür.

Sahura Kalkılmalı, Sindirim Sistemi ve Metabolizma Korunmalı

Sahura kalkılmaması ya da sahurda sadece su içilmesi yaklaşık 15 saat olan açlığı, ortalama 19-20 saate çıkarmaktadır. Bu durum metabolizma hızının yavaşlamasına, çok uzun açıklarda kan şekeri veya kan basıncının düşmesine, dikkat ve konsantrasyon azalmasına, reflü ve mide yanması gibi bazı sindirim sorunlarına yol açabilir. Bu nedenle sahura mutlaka kalkılmalıdır.

Temel Besinler Yeterli ve Dengeli Şekilde Her Öğünde Tüketilmeli

Yeterli ve dengeli beslenme; vücudun normal fizyolojik gereksinimlerini sürdürebilmesi için yeterli enerjinin yanı sıra karbonhidrat, protein, yağ, vitamin, mineral, su gibi besin öğelerinin de dengeli bir şekilde vücuda alınması olarak tanımlanabilir. Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabilmesi için 4 temel besin grubunda yer alan besinler her öğünde yeterli ve dengeli miktarda tüketilmelidir (Şekil 1).



Şekil 1: Temel besin grupları

Temel besin grupları dikkate alınarak oluşturulan öğünler için örnekler;

ÖĞÜN 1

- Etli Taze fasulye (**Et ve sebze grubu**)
- Bulgur pilavı (**Ekmek ve tahıl grubu**)
- Yoğurt (**Süt ve süt ürünleri grubu**)

ÖĞÜN 2

- Fırın Köfte / Tavuk (**Et grubu**)
- Makarna (**Tahıl Grubu**)
- Mevsim Salata (**Sebze grubu**)
- Ayrar (**Süt ve süt ürünleri grubu**)

İftar ve Sahur Arasında Küçük Ara Öğünler Planlanmalı

Uzun süreli açlığın ardından tek seferde yüksek enerjili ve büyük porsiyonlu öğünler tüketilmesi; postprandiyal hiperglisemi, insülin dalgalanmaları, gastrointestinal rahatsızlıklar ve aşırı enerji alımı riskini artırabilmektedir. Buna karşılık, iftar ile sahur arasındaki sürede toplam enerji ve besin öğeleri gereksinimini karşılayacak şekilde küçük porsiyonlar halinde ve aralıklı öğünler planlanması, glisemik kontrolün sağlanmasına, sindirim sisteminin yükünün azaltılmasına ve metabolik dengenin korunmasına katkı sağlamaktadır.



Önce İftariyelikler Tüketilmeli Sonra Ana Yemeğe Geçilmeli

İftarda kan şekeri çok düşük olduğundan kısa sürede çok miktarda besin tüketme isteği doğmaktadır. Yapılan en büyük hatalardan birisi de çok hızlı bir şekilde, çok yüksek miktarda besin tüketmektir. Beyne tokluk hissi

yemekten 15-20 dakika sonra gelir. Çok hızlı yemek yendiğinde bu süre zarfında yüksek miktarda, enerjisi yüksek besinler yenilebilir ve bu durum ilerleyen günlerde vücut ağırlığı kazanımına da zemin hazırlar.

Bu aşamada, iftarda su veya hurma ile orucumuzu açtıktan sonra, yağ oranı az olan iftariyeliklerden (1-2 dilim peynir, 1-2 adet zeytin, 2 parça ceviz, domates, salatalık maydanoz, yeşillik vb.) ve sonra bir kase çorba, yanında birkaç dilim tam buğday veya çavdar ekmeği ile devam etmeliyiz. En az 10-15 dakika veya yarım saat sonra ana yemeğe geçmeliyiz.

Sıvılar Zamana Yayılarak Alınmalı; Ortalama 1.5-2.0 Litre

Ramazanda oruçlu bir kişinin sıvı alımı kişisel alışkanlığına ve yaşadığı iklime bağlı olarak değişmekle birlikte bu dönemde bireyler potansiyel olarak düşük sıvı alımı ile karşı karşıya kalmakta, vücut su durumu etkilenmekte ve dehidratasyon riski artmaktadır. Bu dönemde sıvı gereksiniminin karşılanabilmesi için iftarla birlikte yüksek miktarda su tüketmek yerine, sıvının zamana

yayılarak alınması önerilmektedir. İftarda bir iki bardak su ile başlanması, ana öğün sonrasında ve ara öğünlerde su tüketiminin sürdürülmesi, gastrointestinal toleransı artırmakta ve sıvı emilimini desteklemektedir. Sahurda ise mutlaka su tüketilmesi, gün içinde gelişebilecek dehidratasyon riskinin azaltılmasına katkı sağlamaktadır. Günlük toplam sıvı gereksiniminin bireysel farklılıklar göz önünde bulundurulmalı ve ortalama 1.5-2.0 litre olacak şekilde düzenlenmelidir.



Liften Zengin Besinler Tercih Edilmeli; Tam Tahıllı Ekmek, Yulaf...

Günlük beslenmenin iftar ve sahurla sınırlı olduğu bu dönemde lif içeriği düşük ve rafine karbonhidratlardan zengin besinlerin tercih edilmesi; tokluk süresinin kısalması gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Ramazan ayında liften zengin besinlerin iftar ve sahur öğünlerine dengeli biçimde dağıtılması, uzun süreli açlık sonrası oluşabilecek hızlı mide boşalmasını ve ani kan şekeri yükselmelerini sınırlamaktadır. İftar ve sahurda tam tahıllı ekmekler, sebze ve meyveler, kuru baklagiller, yulaf, kuru yemişlerin kontrollü miktarlarda tüketilmesi, gün boyunca tokluk hissinin uzamasına ve enerji dengesinin korunmasına katkı sağlamaktadır.

Haftada En Az 150 Dakika, Günde 30-45 Dakika Yürüyüş Yapılmalı

Ramazan ayında egzersiz, performans odaklı değil, sağlığın korunması ve fiziksel aktivite sürekliliğinin sağlanması hedefiyle ele alınmalıdır. Ramazan döneminde fiziksel aktivitenin arttırılması metabolizma hızını etkileyen en temel faktörlerden biridir. Bu amaçla haftada en az 150 dakika orta şiddette fiziksel aktivite önerilmektedir. İftardan 1-2 saat sonra veya sahurda hemen önce 30-45 dakika yürüyüş yapılmalıdır.





Örnek Sahur Menüleri

Kahvaltı türü besinler tercih edilmelidir. Enerji ihtiyacı ve beslenme alışkanlıklarına göre aşağıdaki besinlerden uygun olanlardan seçim yapılabilir.

1 su bardağı süt veya 1 kase yoğurt

1-2 dilim peynir

1adet haşlanmış yumurta veya yağsız/ az yağlı omlet /menemen

Mevsimlik çiğ sebzeler (mevsimlik yeşillik, domates, salatalık, havuç vb.)

Birkaç adet kuru meyve veya kuru meyvelerden yapılmış hoşaf veya komposto

1 porsiyon meyve

1 kase çorba

Yağlı tohumlar (2 adet tam ceviz /5-6 adet fındık veya badem)

4-5 adet zeytin

1-2 ince dilim tam buğday ekmeği veya çavdar ekmeği veya pide ekmeği

Bol su içilmesi tavsiye olunur.

Örnek İftar Menüsü

Oruç açılırken

1 bardak su

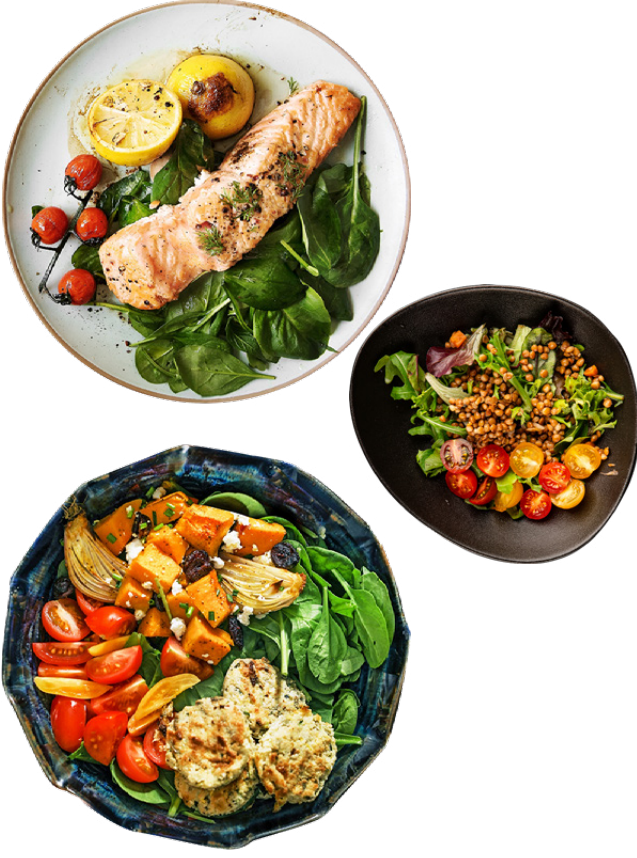
2-3 adet hurma

İftariyelikler (1-2 dilim peynir + 2-3 adet zeytin+ 2 parça ceviz + domates, salatalık, maydanoz, yeşillik)

1 kase çorba (mercimek, sebze ,yayla, tarhana vb.)

1-2 dilim tam buğday ekmeği veya pide





İftardan 10-15 dakika sonra;

Ana yemek (1 porsiyon)

Haşlama, fırında, ızgara yöntemiyle pişirilmiş 3-4 köfte kadar et, köfte veya 1 orta boy baget tavuk yemekleri veya 150 gr balık veya 5-6 yemek kaşığı zeytinyağlı sebze yemekleri veya 1 porsiyon kuru baklagil yemeği (zeytinyağlı barbunya veya zeytinyağlı kuru fasulye vb.)

1 kase cacık veya 1 su bardağı ayran veya yoğurt veya kefir

1 kase bol yeşillikli salata

1-2 dilim tam buğday ekmeği veya çavdar ekmeği veya 1-2 dilim pide veya 4 -5 yemek kaşığı bulgur pilavı

İftardan 2 Saat Sonra

Şerbetli tatlılar yerine sütlü tatlılar tercih edilebilir.

1 porsiyon sütlü tatlı (1 porsiyon güllaç veya sütlaç veya muhallebi veya puding vb. olabilir)

1 porsiyon meyve veya meyve tatlısı veya

1 porsiyon hoşaf veya komposto

İftar ile sahur arasında bol bol su içilmelidir.



KAYNAKLAR: 1. AlZunaidy NA, Al-Khalifa AS, Alhussain MH, Mohammed MA, AlJheaid HA, Althwab SA, Faris ME. The Effect of Ramadan Intermittent Fasting on Food Intake, Anthropometric Indices, and Metabolic Markers among Premenopausal and Postmenopausal Women: A Cross-Sectional Study. *Medicina*. 2023; 59(7):1191. <https://doi.org/10.3390/medicina59071191>

2. Nachvak SM, Pasdar Y, Pirsheh S, Darbandi M, Niazi P, Mostafai R, Speakman JR. Effects of Ramadan on food intake, glucose homeostasis, lipid profiles and body composition composition. *Eur J Clin Nutr*. 2019 Apr;73(4):594-600. doi: 10.1038/s41430-018-0189-8. Epub 2018 Jun 8. PMID: 29884874.

3. Al-Jafar R, Yuqi W, Elliott P, Tsilidis KK, Dehghan A. The dietary changes during Ramadan and their impact on anthropometry, blood pressure, and metabolic profile. *Front Nutr*. 2024 Jun 10;11:1394673. doi: 10.3389/fnut.2024.1394673. PMID: 38915859; PMCID: PMC11194389.

4. Dana N Abdelrahman, Salah Eddine El Herrag, Meghit Boumediene Khaled, Hadia Radwan, Farah Naja, Refat Alkurd, Maien A B Khan, Falak Zeb, Katia H AbuShihab, Lana Mahrous, Khaled Obaideen, Faiza Kalam, Frank Granata Iv, Mohamed Madkour, MoezAllislam E Faris, Changes in energy and macronutrient intakes during Ramadan fasting: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression, *Nutrition Reviews*, Volume 82, Issue 11, November 2024, Pages 1482–1513, <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuad141>

5. Deeb A, Elbarbary N, Smart CE, Beshyah SA, Habeb A, Kalra S, Al Alwan I, Babiker A, Al Amoudi R, Pulungan AB, Humayun K, Issa U, Jalaludin MY, Sanhay R, Akanov Z, Krogvald L, de Beaufort C. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines: Fasting during Ramadan by young people with diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2020 Feb;21(1):5–17. doi: 10.1111/pedi.12920. Epub 2019 Oct 28. PMID: 31659852.

6. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu. 2024. Erişim linki: <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetesmellitus2024.pdf>



Prof. Dr. Alev Eroğlu Altınova

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı

UZUN AÇLIKTA DİYABET; Kalp, Böbrek ve Metabolizma Mercek Altında

Diyabet; kan şekerinde dalgalanmalar, vücudun susuz kalması ve metabolizmada dengesizlik riskleri nedeniyle oruç tutma açısından özel değerlendirme gerektiren kronik bir hastalıktır. Özellikle kalp ve damar sistemi hastalığı ve diyabete bağlı böbrek hastalığı olan bireylerde bu riskler belirgin şekilde artmaktadır.

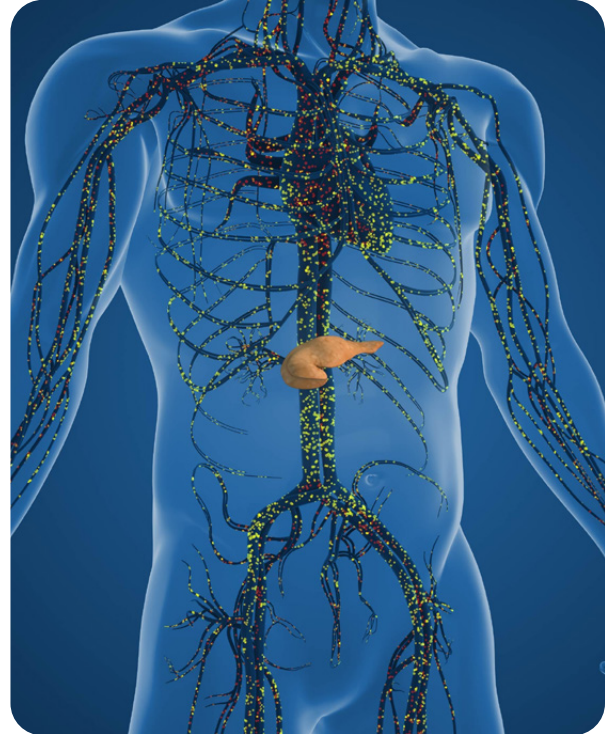
Oruç Sırasında Metabolizmada Neler Değişir?

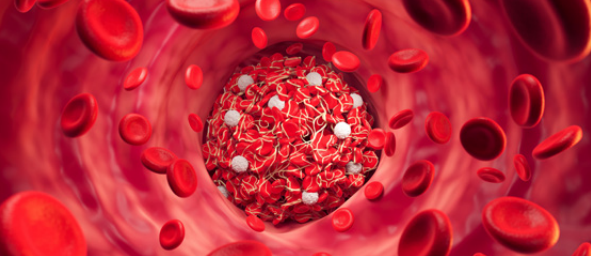
Ramazan'da uzun süreli açlık ve susuzluk dönemleri, vücudun enerji dengesini bozabilir. Diyabetli bireylerde bu durum:

- Kan şekerinin ani düşmesi (hipoglisemi)
- İftar sonrası kan şekerinde hızlı ve aşırı yükselmeler (hiperglisemi)
- Sıvı kaybı
- Vücudun tuz ve mineral dengesinin bozulması şeklinde kendini gösterebilir.

Bu değişiklikler sadece kan şekerini değil, aynı zamanda kalp atım hızını, tansiyonu, damar yapısını ve böbreklerin kanlanmasını da etkiler. İftar öğünlerinde kısa sürede yüksek kalorili, yağlı ve şekerli gıdaların tüketilmesi; kan şekerinin ve kan yağlarının hızla yükselmesine neden olur. Ramazan ayından önceki son 3

ay içinde ağır hipoglisemi geçirmiş olanlar, tekrarlayan hipoglisemi öyküsü olanlar, ciddi şeker yüksekliği olanlar ve gebe diyabetliler olumsuz etkiler açısından çok yüksek riskli hasta grubudur.





Kalp ve Damar Sistemi Üzerindeki Riskler Nelerdir?

Hipoglisemi ve Kalp Ritim Bozuklukları

Uzun açlık süresine bağlı olarak gelişen hipoglisemi, vücutta stres hormonlarının salınmasına neden olur. Bu durum kalp hızını artırır, tansiyonda ani değişikliklere yol açar ve özellikle altta yatan kalp hastalığı olan diyabetlilerde ritim bozukluğu ve ani kardiyak olay riskini artırabilir. Uzun açlık, hipoglisemi olmadan da kalp hızı değişkenliğine etki yaparak ritim bozukluğuna yol açabilir. Ayrıca uyku düzenindeki bozulma da buna olumsuz yönde katkıda bulunur.

Tansiyonda Dengesizlikler

Ramazan ayında oruç tutma sırasında tansiyonu etkileyebilecek birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında beslenme düzeni, uyku alışkanlıklarındaki değişiklikler, kullanılan ilaçların alınma zamanındaki değişiklikler yer alır. Bunların sonucunda tansiyon dengesinde bozulmalar, ani yükselme veya düşüşler gelişebilir. Özellikle tansiyonu önceden de dengede olmayan bireylerde bu dalgalanmalar istenmeyen sonuçlar doğurabilir.



Sıvı Kaybı ve Dolaşım Bozukluğu

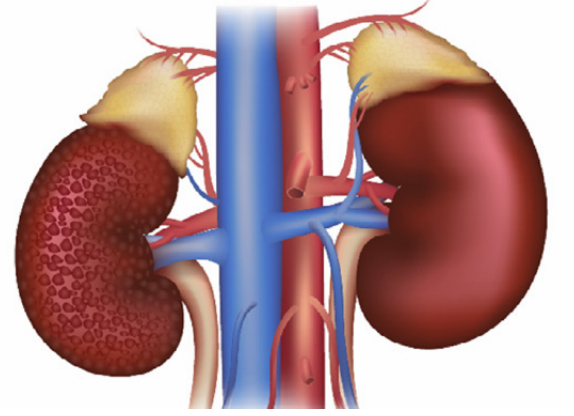
Açlık süresinin 18 saati bulduğu yaz aylarına denk gelen oruç zamanları sıvı kaybı açısından daha risklidir. Oruç sırasında yeterli sıvı alınamaması, kanın yoğunlaşmasına ve dolaşımın zorlaşmasına neden olur. Bu durum özellikle:

- Kalp damar hastalığı
- Kalp yetersizliği
- Kontrolsüz hipertansiyonu olan diyabetli bireylerde ciddi sorunlara yol açabilir.

Beyin Damarları ve İnme Geçmiş

Daha önce inme geçirmiş veya beyin damar hastalığı olan bireylerde Ramazan orucu tekrar inme geçirme riskini artırır. Oruç sırasında gelişebilen:

- Hipoglisemi atakları
- Dehidratasyon
- Kan viskozitesinde artış beyin damarlarında pıhtı oluşma riskini artırabilir.



Böbrek Sağlığı Üzerindeki Riskler Nelerdir?

Sıvı Kaybı ve Akut Böbrek Hasarı

Böbrekler, vücudun sıvı dengesini korumada hayati rol oynar. Diyabetli hastalarda oruç sırasında yeterli sıvı alınamaması:

- Böbrek kanlanmasının azalmasına
- Üre ve kreatinin yükselmesine
- Böbrek hasarına neden olabilir.
- Kronik böbrek hastalığı olan diyabetlilerde bu risk çok daha yüksektir.

Sonuç olarak; diyabetli bireylerin Ramazan ayında oruç tutmaları böbrek, kalp ve damar sistemi açısından ciddi risk oluşturabilir. Beraberinde kalp ve damar problemi, yüksek tansiyon ve böbrek sorunları olan kişilerin bu riskleri çok daha fazladır ve oruç tutup tutamayacaklarına doktorlarına danışarak karar vermeleri gerekmektedir.

KAYNAKLAR: - Abid Mohammed Akhtar, et al. Ramadan fasting: recommendations for patients with cardiovascular disease. Heart, 2022 Feb;108:258-265.
- Alper AT, et al. Recommendations for Ramadan fasting to patients with cardiovascular diseases; Turkish Society of Cardiology consensus report. Anatol J Cardiol 2021; 25: X.
- Diabetes and Ramadan and Ramadan Practical Guidelines, 2021
- Ibrahim M, et al. Recommendations for management of diabetes during Ramadan: update 2020, applying the principles of the ADA EASD consensus. BMJ Open Diabetes Res Care. 2020;8:e001248.