

Bir Üniversite Hastanesi Diyabet Polikliniğine Başvuran Hastaların İzlem Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Attila ÖNMEZ¹, Ali TAMER²

ÖZ

Diabetes Mellitus dinamik süreçleri olan bir hastalıktır. Poliklinik takipleri tedavinin en önemli basamaklarından biridir. Hastanın başvuru anındaki ve takiplerindeki durumu iyi bilinmelidir. Bu çalışmada, diyabet polikliniğine başvuran ve düzenli olarak poliklinik kontrolüne gelen diyabet hastalarının; sosyodemografik ve biyokimyasal verilerinin, ilaç tedavi modalitelerinin ve komplikasyon oranlarının incelenmesi amaçlandı. Diyabet polikliniğine başvuran kontrol hastalarının dosyaları geriye dönük olarak taranarak tip 1, tip 2 ve gestasyonel diyabet tanısı konulan toplam 375 hasta çalışmaya alındı. Hastalar diyabet polikliniğine başvuru zamanına göre ilk başvuru ve 12. aydaki poliklinik başvuruları olarak incelendi. Başvuran hastaların yaş ortalaması 53 (18-93) yılı ve kadın cinsiyet daha sık (%55,7) gözlendi. Olguların başvuru anındaki ortalama HbA1c değerleri %9,1 ve 12. ayda %8 olarak saptandı. Tüm diyabet tipleri içinde hastalarda en fazla görülen mikrovasküler komplikasyon diyabetik nöropati (%14,9), en az görülen ise diyabetik nefropati (%2,1) idi. En fazla eşlik eden ek hastalığın hipertansiyon olduğu görüldü (%50,7). Başvurudaki hastaların tedavide yüksek oranda metformin ve sülfonilüre kombinasyonu (%34,9) kullanıldığı; 12. ayda ise hastaların daha çok metformin ve insülin kombinasyonu (%37,6) kullandığı görüldü. Multisistemik yaklaşım gerektiren diyabet hastalığının tedavisinde hekim, diyabet hemşiresi ve diyetisyen bir takım halinde çalışmalıdır. Kontrolde gelen hastaların kontrol parametrelerinin başvuru anındaki parametrelerinden daha iyi durumda olması poliklinik kontrollerinin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 diyabet; diyabetik komplikasyonlar; diyabetik tedavi modaliteleri.

The Evaluation of Patients Following Results Applying Diabetes Mellitus Outpatient Clinic in a University Hospital

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a disease with a dynamic course. Polyclinic follow-up visits are one of the most important issues in the treatment. Disease status of patients, should be known well both at admission and in the follow up visits. In this study, sociodemographic and biochemical data, medical treatment modalities and complication rates of diabetes patients who admitted the diabetes polyclinic and had regular follow up visits. A total of 375 patients with diagnosis of type 1, type 2 and gestational diabetes included in the study by analyzing retrospectively medical records of patients admitted to diabetes polyclinic. Patients were analyzed as first visit and 12th month according to the admission time to diabetes polyclinic. Mean age of patients was 53 (18-93) years and the most common gender was female (55.7%). The mean HbA1c levels were 9.1% in the first admission group, and 8% in 12th month. The most common microvascular complication was diabetic neuropathy (14.9%), the least complication was nephropathy (2.1%), among all diabetes types. The most common disease concomitant to diabetes was hypertension (50.7%). It was observed that the most common medical treatment option was metformin and sulfonylurea combination (34.9%) in the first admission group patients while patients were use metformin and insulin comination in the 12th month group (37.6%). Physician, diabetes nurse and dietician should work as a team, in management of diabetes treatment requiring multisystem approach. The case that the control parameters of the patients coming to the control are better than the parameters of the admission time, shows the importance of follow up controls.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus; diabetic complications; diabetic treatment modalities.

¹ Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD

² Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Attila ÖNMEZ, attilaonmez@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 07.09.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 21.09.2016

GİRİŞ

Diabetes Mellitus (DM), insülin hormon sekresyonunun ve insülin etkisinin mutlak ve rölatif azlığına bağlı meydana gelen hiperglisemi ve bunun sonucunda karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasının bozukluğuna neden olan kronik bir metabolizma hastalığıdır (1,2,4). DM, en yaygın görülen endokrin hastalıktır ve hastalığın prevalansı, gelişmekte olan ülkelerde % 2–5, gelişmiş ülkelerde %5–10 düzeyinde görülmektedir. Dünyada 2010 yılında dünyada diyabetik hasta sayısı 220 milyon iken 2025 yılında ise 300 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (1-3). Tip 2 DM, genellikle erişkin yaşta, daha az sıklıkla çocuklukta başlar, tip 2 diyabet prevalansı yaşla birlikte artar ve erkeklerde 65–69, kadınlarda 70–74 yaşları arasında yükselişe geçer. DM, komplikasyonlarla seyreden morbidite ve erken mortalite riski yüksek bir hastalık olup uzun süren hiperglisemi başta göz, böbrek, sinir, kalp ve kan damarları olmak üzere çeşitli organların hasarı, disfonksiyonu ve yetmezliğine sebep olmaktadır (1-3,4). Hiperglisemiye bağlı gelişen genel semptomlar arasında poliüri, polidipsi, kilo kaybı, bazen polifaji, görmede bulanıklık, enfeksiyona eğilim ve büyüme geriliği sayılabilir (1-5). Diyabetin akut metabolik komplikasyonları yanı sıra kronik komplikasyonları zemininde gelişen diyabetik ayak hastanın yaşam kalitesini belirgin şekilde azaltırken, aynı zamanda yaşamını da tehdit eden, sosyoekonomik maliyeti artıran önemli bir halk sağlığı sorunudur. Birçok ülkede ölüme neden olan hastalıklar içinde diyabet beşinci sırada yer almaktadır (5,6). Tüm bu komplikasyonlar, ülkeler için önemli tıbbi sonuçlar ve ekonomik kayıplara sebep olur. Diyabet tedavisinin en önemli parçası düzenli poliklinik kontrolleridir. Hekim, hemşire ve diyetisyenden oluşan ekip hastaların takiplerine gelmesini teşvik etmelidir böylece olası komplikasyonlar erkenden önlenmektedir. Bu çalışmada; diyabet polikliniğinde düzenli poliklinik takiplerine başvuran hastaların takipteki demografik, klinik ve biyokimyasal parametreleri ile tedavi modalitelerinin, poliklinik dosyalarından geriye dönük tarayarak verilerinin analiz edilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Eğitim Araştırma Hastanesi (SÜEAH) Diyabet Polikliniği'ne 2012-2013 yılları arasında başvuran tip 1, tip 2 ve gestasyonel DM tanısı olan ve düzenli poliklinik takiplerine gelen toplam 375 hasta rasgele olarak çalışmaya alındı ve bu hastalar başvuru zamanına göre ilk başvuru grubu ve 12. ayda poliklinik muayenesine gelen hasta grubu olarak gruplandırıldı. Veriler diyabet polikliniğine başvuran diyabetik hastalar için özel hazırlanmış dosyalardan retrospektif olarak kayıt edildi. Çalışmamızda, kontrole gelen hastaların yaşı, cinsiyeti, diyabet tipi, kullandığı ilaçlar, diyabetin kronik komplikasyonları, eşlik eden kronik hastalıkları ve bunlar için kullandığı ilaçlar hasta dosyalarından çıkarıldı. Aynı zamanda hastaların, biyokimyasal parametrelerden açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, HbA1c, LDL-kolesterol ve ALT düzeyleri kaydedildi. Elde edilen veriler; düzenli olarak kontrol muayenelerine gelen hastaların sosyodemografik, klinik,

biyokimyasal parametreler ve diyabetik tedavi modaliteleri olarak gruplandırılarak, incelenmesi amaçlandı.

İstatistiksel Analiz

Araştırmada istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20 (Armonk, NY: IBM Corp.) kullanılarak yapıldı. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler ortalama±standart sapma, normal dağılmayanlar ortanca (minimum-maksimum), oranlar ise n (%) olarak ifade edildi. Oranların karşılaştırılması Mc Nemar testiyle, normal dağılmayan iki bağımlı grubun karşılaştırılması ise Wilcoxon testi ile incelendi. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya, Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyabet Polikliniğine düzenli aralıklarla kontrole gelen toplam 375 DM' li hasta çalışmaya alındı. Hastalardan %53,7'si kadın, %47,3'ü erkekti. Hastaların yaş ortalaması 53 (18-93)'tü. Hastaların 36'sı (%9,6) tip 1, 337'si (%89,9) tip 2,2'si (%0,5) gestasyonel DM idi. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların başvuru anındaki verileri incelendiğinde; şehir merkezinde yaşayanların daha yüksek oranda (%65) diyabet polikliniğine başvurduğu, %28,3'ünün aktif çalıştığı, eğitim düzeylerinin ilköğretim (%52,3) ağırlıklı olduğu saptandı. Eşlik eden kronik hastalıklar açısından

Tablo 1. Olguların demografik verileri (n=375)

Parametreler	n (%)
Yaş (yıl)	53 (18-93)
Cins (K/E)	209/166
Şehir Merkezi	244 (65,0)
İlçe Merkezi	96 (25,6)
Köy	35 (9,4)
Okuryazar Değil	43 (11,4)
İlkokul Mezunu	196 (52,3)
Ortaokul Mezunu	51 (13,6)
Lise Mezunu	53 (14,1)
Üniversite Mezunu	31 (8,3)
Aktif Çalışmayan	269 (71,7)
Aktif Çalışan	106 (28,3)
Tip 1 DM	36 (9,6)
Tip 2 DM	337 (89,9)
Gestasyonel DM	2 (0,5)
Aile Öyküsü	217 (57,9)
Koroner Arter Hastalığı	40 (10,7)
Hipertansiyon	190 (50,7)
Hiperlipidemi	118 (31,5)
Serebrovasküler olay	6 (1,6)
Malignite	6 (1,6)
Antihipertansif	158 (42,1)
Antihiperlipidemi	139 (37,1)
Asetilsalisilik asit	92 (24,5)
Antidepresan	4 (1,1)
Retinopati	29 (7,7)
Nöropati	56 (14,9)
Nefropati	8 (2,1)
DM ayak	7 (1,9)

incelendiğinde en çok 190 hasta (%50,7) ile hipertansiyonun 2. en sıklıkla 118 hasta ile (%31,5) hiperlipidemisinin eşlik ettiği gözlemlendi. Hastaların soygeçmiş sorgulandığında %57,9'unda aile öyküsünün olduğu görüldü. Hastalarda gözlenen mikrovasküler komplikasyonlardan en sık 56 hasta ile (%14,9) nöropatinin 2. sıklıkla 29 hasta (%7,7) ile retinopatinin en az da 8 hasta (%2,1) ile nefropatinin eşlik ettiği gözlemlendi. Olguların demografik verileri Tablo 1'de özetlendi.

Olguların başvuru anındaki ortalama HbA1c değerleri %9,1 iken 12. ayda ölçülen değerlerinin 8'e düştüğü gözlemlendi bu azalma istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Açlık ve tokluk kan şekeri takipte anlamlı olarak azaldı ($p<0,05$). LDL değerinde anlamlı bir değişiklik gözlenmedi ($p<0,05$). ALT değerinin takipte anlamlı olarak azaldığı görüldü ($p<0,05$). Biyokimyasal parametreler Tablo 2'de özetlendi.

Tablo 2. Olguların laboratuvar verileri

Parametreler	Başvuru	12. ay	p
AKŞ	183 (42-689)	157 (35-480)	<0,001
TKŞ	289 (66-693)	218 (78-562)	<0,001
HbA1c	9,1 (4,5-18,7)	8 (5,7-17)	<0,001
LDL	121 (28-330)	124 (10-359)	0,249
ALT	23 (10-312)	22 (6-150)	<0,001

AKŞ: Açlık Kan Şekeri, TKŞ: Tokluk Kan Şekeri, LDL: Düşük Dansiteli Lipoprotein, ALT: Alanin Transaminoferraz

DM'li başvuru hasta grubunda monoterapide en sık metforminin kullanıldığı (%12,8) en az kullanılan monoterapinin ise dipeptidil peptidaz 4 inhibitörleri (DPP4) (%0,3) olduğu görüldü. En sık kombinasyon tedavisinin başvuruda metformin ve sülfanilüre (SU) (%34,9). 12. ayda ise metformin ve insülin tedavi rejimlerinin kombinasyonlarıydı. Metformin ve SU kombinasyonu takipte anlamlı olarak azalırken ($p<0,05$), Metformin ve DPP4 kombinasyonu anlamlı olarak artmıştır ($p<0,05$). İnsülin ile metformin kombinasyonunun kullanımı da anlamlı olarak artmıştır ($p<0,05$). Tip 2 DM hasta gruplarında ilaç kullanım oranları, Tablo 3'te özetlendi.

Tablo 3. Olgularda kullanılan bazı antidiyabetik ilaç oranları

İlaçlar	Başvuru	12. ay	p
Tek başına Metformin	48 (12,8)	68 (18,1)	0,005
Tek başına DPP4-i	1 (0,3)	4 (1,1)	0,375
Tek başına SU	6 (1,6)	7 (1,9)	1,000
Tek başına intensif	66 (16,6)	1 (0,3)	<0,001
Tek başına uzun etkili	4 (1,1)	1(0,3)	0,375
Tek başına Karışım İnsülin	23 (6,1)	11 (2,9)	0,012
Metformin+SU	131 (34,9)	12 (3,2)	<0,001
Metformin+DPP4-i	9 (2,4)	30 (8,0)	<0,001
DPP4-i +insülin	1 (0,3)	4 (1,1)	0,375
Metformin+insülin	63 (16,8)	141 (37,6)	<0,001

DPP4-I: Dipeptidil peptidaz-4 inhibitörleri, SU: Sülfanilüre

TARTIŞMA

Diyabet, toplumda sık görülen, kronik, komplikasyonları ve tedavi maliyetinin yüksek olmasından dolayı sadece hastayı değil, tüm toplumu ilgilendiren bir halk sağlığı sorunudur. Diyabetin komplikasyonları nedeniyle de birçok tıp dalını da ilgilendirmektedir. Diyabetin, erken dönemde

tedavisi çok önemlidir. Tedavi edilmediğinde veya yetersiz tedavi uygulandığında hastanın yaşam kalitesini düşürmekte, iş gücü ve ekonomik kaybına sebep olmakta ve geriye dönüşü olmayan sekeller bırakarak hastanın yaşam standartlarını düşürmekte ve ömrünü kısaltmaktadır. Diyabet dinamik süreçleri olan bir hastalıktır Hastanın başlangıcını ve sonraki konumu iyi bilinmelidir. Hastanın eğitim düzeyi, sosyo-kültürel durumu, aile hikayesi, antropometrik verileri ve alışkanlıkları mutlaka ilk muayenede not edilmelidir (7). Tanıdan sonra da kronik ve akut komplikasyonların varlığı ve riskleri takip sürecinde araştırılmalı hastaların bu yüzden düzenli kontrole gelmesi yönünde motive edilmesi gerekmektedir. Molloğlu ve ark. yaptığı bir çalışmada diyabet polikliniği kontrolüne gitme sıklığını %50 olarak saptamışlardır (8). Acemoğlu ve arkadaşlarının çalışmalarında düzenli doktor kontrolünü gitme oranını %54,8 ve Aktaş ise %55 olarak belirtmişlerdir (9,10). İlaç kullanımı olan diyabet hastaların en az her 6 ayda bir kullanmayanların ise en az yılda 1 poliklinik kontrolüne gelmesi önerilmektedir (11). Diyabet polikliniğimizde 2012-2013 yılları arasında toplam 898 olgu başvurmuş olup düzenli kontrole gelen olgu sayımız ise 375 (%41,7)'dir. Literatürün altında olan bu değer hastaların polikliniğe ulaşımındaki zorluklar ve hastaların aynı doktorlar ile takiplerine devam etmek istemesi nedeni ile olduğu düşünülmüştür.

Diyabet riski yaş ile birlikte artmaktadır. Ülkemizde, Tip 2 diyabet hastaları ile yapılan bir epidemiyolojik çalışmada hastaların yaş ortalaması 59,4±10,7 olarak izlenmiştir (12). Bizim çalışmamızda başvuru anındaki tüm hastaların (diyabet tipi ayırmadan) yaş ortalaması 53 (18-93) idi bu verinin literatürdeki tip 2 DM'li hastalara göre düşük olmasının nedeni daha küçük yaşlarda tanı konan tip 1 DM'li hastaların da olmasıdır. Dünya'da diyabet prevalansı erkeklerde daha yüksek olmakla birlikte diyabetik kadın sayısı daha fazladır. Bunun nedeni, birçok toplumda yaşlı kadın sayısının erkeklerden fazla olması ve diyabetin yaşla birlikte görülme sıklığının artması olarak açıklanmaktadır (13). Ülkemizde İ. Satman ve TURDEP Çalışma Grubunun 2010 yılı sonuçlarına göre erkeklerde diyabet sıklığı %16 iken kadınlarda bu oran %17,2 olarak gözlemlenmiştir (14). Çalışmamızda, diyabet polikliniği kontrole gelen hastaların 209'u kadın (%53,7), 166'sı erkek (%47,3) olarak saptanmıştır. Çalışmamız literatür ile uyumludur.

Diyabet hastalarının yaşadıkları yerlere göre değerlendirildiğinde, Türkiye'de yapılan büyük çaplı çalışmalardan olan TURDEP-I çalışmasına göre kentsel bölgede diyabet oranı biraz daha yüksek olmakla birlikte, TURDEP-I' in devamı niteliğinde olan TURDEP-II çalışmasına göre kentsel ve kırsal diyabet sıklığı arasında çok anlamlı bir fark kalmamıştır (63). Bizim çalışmamızda ise diyabetik hastaların yerleşim oranlarına bakıldığında, şehir merkezinde 244 (%65), ilçe merkezinde 96 (%25,6) ve köyde 35 (%9,4) hasta saptandı. Çalışmamızda diyabet polikliniğine ulaşım zorlukları nedeniyle merkezde oturan hastalar ağırlıkta olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda hastaların birinci derece yakınlarının yaklaşık yarısında diyabet olduğu görülmüştür (15). Bizim çalışmamızda da oran %57,9 olup literatür ile uyumluydu (12). Diyabetli bireylerin %71,8'inde diyabete eşlik eden bir kronik

hastalık mevcut olup, bu hastalıklardan ilk üçü sırasıyla hipertansiyon, hiperlipidemi ve koroner arter hastalığıdır (11). Çalışmamızdaki hastalar değerlendirildiğinde %10,7'sinde koroner arter hastalığı, %50,7'sinde hipertansiyon, %31,5'inde hiperlipideminin diyabete eşlik ettiği saptandı. Diyabetin kronik etkileri sonucunda mikrovasküler (retinopati, nöropati, nefropati) ve makrovasküler komplikasyonları (ateroskleroz) oluşabilmektedir. 20 yıl boyunca takip edilen 549 Tip 1 diyabet hastası ile yapılan bir çalışmada hastaların %85'inde retinopati (yarısı proliferatif), %52'sinde persistan proteinüri (>500 gr/gün protein), %74'ü periferik ya da otonomik nöropatisinin olduğu, %19'unun ise büyük damar hastalığı olduğu gözlemlendi (16). Diyabetik retinopati (DRP), diyabetin sık görülen ve tedavi edilebilir, kronik bir komplikasyondur. Diyabetin başlamasından 20 yıl sonra Tip 2 diyabetli olguların %60'ında çeşitli oranlarda retinopati gelişmektedir. DRP için risk faktörlerinin diyabetin süresi, muayene anında ilerlemiş yaş, yüksek glikolize hemoglobin seviyesi ve proteinüri olduğu ileri sürülmüştür (17). ABD'de yapılan çok merkezli bir çalışmada retinopati sıklığını %20 düzeyinde saptamıştır (18). Türkiye'de DRP'nin epidemiyolojisi hakkında Taş ve ark.'nın 2000 yılında, 2362 hastayı inceledikleri, çok merkezli, kesitsel çalışmada DRP prevalansı %30,5 olarak bulunmuştur (19). Bizim çalışmamızda Tip 2 DM hastalarında başvuruda DRP oranı %7,7 saptandı. Diyabetik nöropati, diyabetin bir diğer mikrovasküler komplikasyonudur. Nöropatinin prevalansında ve gelişiminde birçok faktör etkilidir. Bunlar diyabet süresi, HbA1c düzeyi, sigara ve erkek cinsiyetidir. Nöropati diyabet hastalarının %50'sini uzun dönemde etkileyen en önemli komplikasyonlarından biridir ve çoğunlukla da asemptomatiktir (20). Klinik ve subklinik diyabetik nöropati diyabet hastalarının %10'unda görülmektedir (21). Bizim çalışmamızda tip 2 DM hastalarında nöropati sıklığı başvuruda %14,9'du bulgumuz literatüre yakındı. Diyabetik nefropati, diyabetin bir diğer mikrovasküler komplikasyonu olup kontrol edilemediğinde artan sıklıkla son dönem böbrek yetmezliği gelişmesinden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunudur. ABD'de yeni gelişen Son dönem böbrek yetmezliği hastalarının %40'ını diyabetik hastalar oluşturmaktadır (22). Dünyada diyabetik nefropati prevalansı % 4-8 (tip 1 ve tip 2 DM) 20 yılın üzerine diyabeti olan tip 2 DM'li hastalarda nefropati görülme oranı ise %30-40 olduğu gösterilmiştir (21). Çalışmamızda, nefropati oranı %2,1'di. Diyabetik ayak problemi günümüzde diyabetin önemli komplikasyonlarından birini oluşturmaktadır. Tüm diyabetik hastalarda diyabetik ayak öyküsü yaklaşık %7,4 yaşam boyu diyabetik ayak gelişme riski yaklaşık %4-10 olarak bildirilmiştir (23). Bizim çalışmamızda DM hastalarında diyabetik ayak sıklığı 7 (%1,9) idi. Glikolize hemoglobin son dönemdeki glisemik kontrolün en iyi ölçüm yöntemi olarak kabul edilmekte, hastaların klinik takibinde kullanılmakta ve diyabetin kronik komplikasyonlarını göstermede iyi bir gösterge olduğu bilinmektedir (24). HbA1c'nin %6,5'ten düşük olması diyabetik hastaların çoğu için istenen bir hedeftir (11). Ne var ki yoğun diyabet bakımına rağmen glisemik kontrol açısından az sayıda hastada hedef değere ulaşabilmektedir

(%40,5) ortalama HbA1c değeri ise 7,6'dır (25). Çalışmamızda ise başvuru anında HbA1c değeri ortalama 9, 1, 12. ayda ise %8'di. Takiplere gelen hastalarda HbA1c düzeyinin hedefe yaklaştığı tespit edilmiştir ancak HbA1c değerinin 6,5'in altına çekilemediği görülmektedir. ALT değerinde takipte anlamlı olarak azalma gözlenmiş olup (p<0,05) bunda iyi glisemik kontrol ile hastalarda daha az sıklıkla hepatosteatoz görülmesine bağlı olduğu düşünülmüştür.

Diyabetik hastalarda diyet ve egzersiz gibi nonfarmakolojik tedavi biçimlerinin başarılı olamadığı durumlarda oral antidiyabetik (OAD) ilaçlar kullanılmaktadır. Tüm diyabetik hastaların %60-70'i OAD ilaç kullanmaktadır (26). Bununla birlikte insülin tedavisi Tip 2 diyabet hastaların yönetiminde giderek artan öneme sahip olmaktadır. Özellikle insülin tedavisi bir veya daha fazla OAD olarak yeterli kontrolün sağlanamadığı durumlarda kullanılmaktadır (27). Uluslararası Diyabet Çalışma Enstitüsünün (1999-2001) verilerine göre diyabet hastalarının %53'ü yalnız OAD, %19'u insülin, %12'si insülin ve OAD, %15'inin de diğer tedavi yöntemleri kullandığını göstermiştir (28). TURDEP 2 çalışmasında; daha önce diyabet tanısı olan hastaların %85'inin antidiyabetik ilaç kullandığı ve bunların OAD kullanımının %71,9, insülinin %2,2, insülin ve OAD'nin ise %11,4 olduğu saptanmıştır (14). Çalışmamızda hastalar başvuru grubunda en çok metformin ve SU kombinasyonu kullanılmıştır (%34,9) takiplerde bu kombinasyonun (%3,2) anlamlı olarak azaldığı görülürken (p<0,05); metformin ve DPP4 kombinasyonunun kullanımı anlamlı olarak arttığı görüldü (p<0,05). Bunda SU'nun hipoglisemi yan etkisinden dolayı daha az yan etkisi olan tedavi rejimleri tercih edildiği düşünüldü. Tek başına intensif insülin tedavisi alan hastaların takiplerinde intensif tedavinin anlamlı olarak azaldığı (p<0,05) görüldü. Bunun nedeni, diyabet tedavisinin ilk basamağı olan metforminin takiplerde tedaviye eklendiğinden dolayı olduğu düşünüldü. Hastaların, takiplerinde metformin ve insülin kombinasyonunun kullanım sıklığının anlamlı olarak arttığı görüldü (p<0,05). Bu durumun da diyabet süresi uzadıkça hastalarda diyabet komplikasyonların artması ile birlikte ek hastalıklarının artması sonucu, ön planda insülin tedavi seçeneğinin kullanıldığı düşünüldü.

SONUÇ

Multisistemik yaklaşım gerektiren diyabet hastalığının tedavisinde hekim, diyabet hemşiresi ve diyetisyen bir ekip halinde çalışmalıdır. Diyabet olgularının takibinin bir ekip işi olduğu düşünülürse eğitim hemşireliğinin ve diyetisyenlik hizmetlerinin yeterli kalitede yapılabilmesinin sağlanması gerektiği görülmektedir. Bu konuda gerekli adımların atılması önem arz etmektedir. Çalışmamızda, kontrol muayenelerine başvuru oranlarının az olması; sağlık yöneticilerinin il merkezinde diyabet merkezi ihtiyacını değerlendirmesini ve diyabet polikliniğimize ulaşımdaki aksaklıkların giderilmesinin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Kontrolde gelen hastaların kontrollerindeki parametrelerin başvuru anındaki parametrelerinden daha iyi durumda olması poliklinik kontrollerinin önemini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A. Cerrahpaşa İç Hastalıkları. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2011.
2. Büyüköztürk K. İç Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2007.
3. Büyükdevrim S, Yılmaz MT, Satman İ, Dinççağ N, Karsıdağ K, Altuntaş Y. Diyabetolojiye Giriş, Laboratuvar ve Klinik Tanı Kriterlerinin Standardizasyonu. 5. Baskı. İstanbul: Fatih Ofset; 1996.
4. Kahn CR, Weir G, King G, Jacobson A, Smith R, Moses A. Joslin's Diabetes Mellitus. 14th edition. Boston, MA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
5. Unwin N, Gan D, Whiting D. The IDF Diabetes Atlas: providing evidence, raising awareness and promoting action. Diabetes research and clinical practice. 2010; 87(1): 2-3.
6. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27(5): 1047-53.
7. Altun BU. Poliklinikte Diyabet Hasta Takibi. Trakya Univ Tıp Fak Dergisi. 2010; 27(1): 19-25.
8. Mollaoglu M, Fertel KT, Çelik Z. Diyabet eğitim programının diyabetik hastaların tutumları üzerine etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010; 5(13): 95-104.
9. Acemoğlu H, Ertem E, Bahçeci M, Tuzcu A. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri. Eurasian Journal of Medicine. 2006; 38(3): 89-95.
10. Aktaş A. Tip 2 Diyabet Hastalarda Kapsamlı Diyabet Tedavisi Eğitimi ve Uygulamalarının Glisemik Kontrolün Sağlanmasına Etkileri [Tıp Uzmanlık Tezi]. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü; 2008.
11. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Akalın S, Salman S. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzleme Kılavuzu. 6. Baskı. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayınları; 2013.
12. Nural N, Hindistan S, Gürsoy AA, Bayrak N. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Tip 2 Diyabetes Mellitus Tanılı Hastaların Epidemiyolojik Özellikleri ve Prognozu. TAF Prev Med Bull. 2009; 8(4): 297-306.
13. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes care. 27(5): 1047-53.
14. Satman İ, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. European Journal of Epidemiology. 2013; 28(2): 169-80.
15. Kartal A, Çağırğan M, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2008; 7(3): 223-30.
16. Hauner H, Schubert J, Pfeiffer EF. Prevalence of secondary complications in patients with type I diabetes mellitus. Results of a retrospective analysis of 549 type I diabetic patients of the Ulm University clinic. Med Klin (Munich). 1990; 85(12): 690-5.
17. Jerneld B. Prevalence of diabetic retinopathy. Acta Scand Ophthalmol. 1988; 188(3): 3-32.
18. Klein R, Klein BE, Moss SE, Davis M D, DeMets DL. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy II Prevalence and risk of diabetic retinopathy when age at diagnosis is less than 30 years. Arch Ophthalmol. 1984; 102(4): 520-6.
19. Taş A, Bayraktar MZ, Erdem U, Sobacı G, Uçar M, Tarihi GT. Türkiye'de diyabetik hastalarda retinopati prevalansı ve risk faktörleri. Gulhane Tıp Dergisi. 2005; 47(3): 164-74.
20. Dyck PJ, Litchy WJ, Lehman KA, Hokanson JL, Low PA, O'Brien PC, et al. Variables influencing neuropathic endpoints: the Rochester Diabetic Neuropathy Study of Healthy Subjects. Neurology. 1995; 45(6): 1115-21.
21. Amos AF, McVarty, Zimmot P. The rising global burden of diabetes and its complications: Estimates and projections to the year 2010. Diabetic Medicine. 1997; 14(5): 7-85.
22. Hostetner TH. The principles and practice of nephrology. Philadelphia: BCC Decker; 1991.
23. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. JAMA. 2005; 293(2): 217-28.
24. Okosun IS, Annor F, Dawodu EA, Eriksen MP. Clustering of cardiometabolic risk factors and risk of elevated HbA1c in non-Hispanic White, non-Hispanic Black and Mexican-American adults with type 2 diabetes. Diabetes Metab Syndr. 2014; 8(2): 75-81.
25. Spann SJ, Nutting PA, Galliher JM, Peterson KA, Pavlik VN, Dickinson LM, et al. Management of Type 2 Diabetes in the Primary Care Setting: A Practice-Based Research Network Study. The Annals of Family Medicine. 2006; 4(1): 23-31.
26. Gözaydın M, Duygun T, Saygırları İ. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Glisemi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Medikal Network Klinik Bilimler & Doktor. 2003; 9(6): 670-4.
27. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet. 1998; 352(9131): 837-53.
28. Bethesda M. National diabetes information clearinghouse, National Diabetes Statistics. NIH publication. 2004; 99(4): 39-45.