General Organization for Teaching Hospitals and Institutes
The National Institute for Diabetes and Endocrinology

Scientific E-Bulletin

Vol (2) , March - May 2026

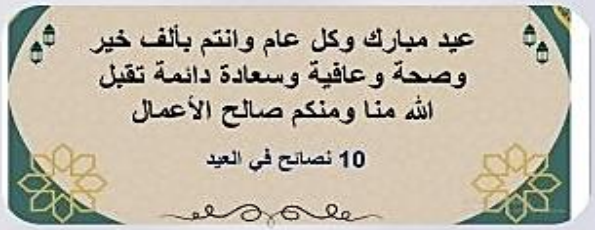
President of GOTHI
Prof Dr Muhammad Mostafa Abdel Ghaffar

Dean of the National Institute for Diabetes and Endocrinology
Prof Dr Ihab Nabil Hanna

Editor in Chief
Dr Randa Darwish

16 th Kasr Al- Aini Street , Cairo, Egypt

TOPICS IN THIS ISSUE



Meet our experts in the scientific webinar held on 13/2/2026
Ramadan Kareem and After Ramadan
on our pages >>

Our Guidelines What's New ? 2026 Standards of Care , ADA

التثقيف الصحي السكري مع الاستشارين بوحدة التغذية العلاجية بالاضافة الى المحاضرات التي تم عرضها في اليوم العلمي
رمضان كريم و بعد رمضان
14/2/2026

Welcome Note

Prof Ihab Nabil Hanna ,MD

Professor of Vascular Surgery , Head of the Vascular Surgery Department and Diabetic Foot Unit ,
Dean of the National Institute of Diabetes and Endocrinology

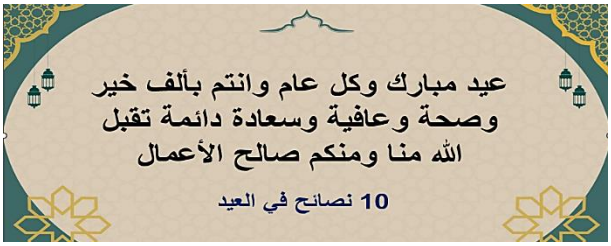
Core Mission and Objectives

The National Institute of Diabetes and Endocrinology (NIDE) in Egypt is a prominent research, academic, and clinical institution dedicated to advancing knowledge and providing specialized treatment for diabetes, endocrinology, and related metabolic disorders.

- **Specialized Patient Care:** Providing comprehensive, multidisciplinary care for diabetes and endocrine disorders, including highly specialized services like diabetic foot care and obesity treatment.
- **Advanced Medical Research:** Conducting research to improve the diagnosis and management of diabetes and its complications, often collaborating with universities to develop national clinical practice recommendations.
- **Public Awareness and Prevention:** Organizing community outreach programs and awareness days to educate the public on early detection, healthy diets, and regular treatment to prevent complications.
- **Academic Excellence:** Functioning as a teaching and training center for healthcare professionals to enhance clinical practice standards in Egypt.

Visionary Goals

- **Expanding Service Access:** Aiming to provide the best possible services to a large volume of citizens; through its various medical services.
- **Quality Standardization:** Striving to align its medical and educational services with international standards through regular scientific meetings, peer-reviewed research, and specialized clinics.
- **Prevention-Focused Care:** Moving toward a proactive healthcare model that emphasizes early screening and weight control systems to prevent the onset of diabetes.



- **قطعة الحلوى قد ترفع السكر خلال أقل من ساعة**

الحلويات الغنية بالسكريات البسيطة مثل الكعك والبسكويت يتم امتصاصها بسرعة، لذلك قد يرتفع مستوى السكر في الدم خلال 30–60 دقيقة بعد تناولها.

- **تناول الحلوى على معدة فارغة يرفع السكر أكثر**

عند تناول السكريات بدون طعام آخر، يحدث ارتفاع أسرع وأعلى في الجلوكوز. لذلك يفضل تناول الحلوى بعد الوجبة وليس قبلها.

- **المشي بعد الأكل قد يخفض السكر بشكل ملحوظ**

تشير دراسات حديثة إلى أن المشي لمدة 10–15 دقيقة بعد الوجبة يساعد على تقليل ارتفاع السكر بعد الأكل لأن العضلات تستخدم الجلوكوز كمصدر للطاقة.

- **المشروبات السكرية أخطر من الحلوى أحيانًا**

العصائر والمشروبات الغازية قد تحتوي على كمية سكر أعلى من قطعة الحلوى ويتم امتصاصها بسرعة أكبر.

- **الافراط في الحلويات ليس المشكلة الوحيدة** ، بعض أطعمة العيد مثل: المخبوزات ، المعجنات و النشويات

قد ترفع السكر أيضًا لأنها تتحول إلى جلوكوز في الجسم.

- **الحركة القصيرة أفضل من الجلوس الطويل**

الدراسات الحديثة توضح أن كسر فترات الجلوس بالحركة الخفيفة يساعد على تحسين التحكم في السكر.

- **الأطفال المصابون بالسكري لا يجب منعهم تمامًا من الحلوى ،الأفضل هو:**

اختيار كمية صغيرة

حساب الكربوهيدرات

ضبط جرعة الإنسولين

حتى لا يشعر الطفل بالحرمان.

- **قياس السكر في العيد مهم أكثر من الأيام العادية**

لأن نمط الطعام يتغير، لذلك يفضل قياس السكر: قبل الأكل وبعد الأكل بساعتين.

- **شرب الماء يساعد على توازن السكر**

الجفاف قد يؤدي إلى ارتفاع تركيز الجلوكوز في الدم، لذلك يجب شرب الماء بانتظام.

- المفتاح هو الاعتدال والوعي الصحي وليس الحرمان

عيد سعيد وصحة دائمة للجميع.

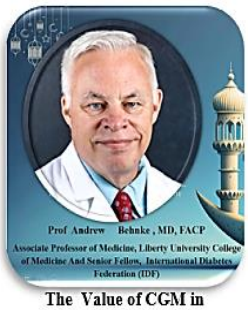
Ramadan and After Ramadan Online Webinar

February 13th ,14th 2026)

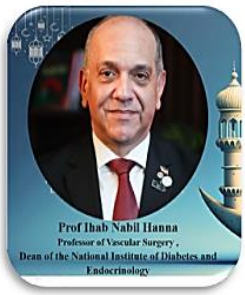
RAMADAN KAREEM

MEET OUR EXPERTS

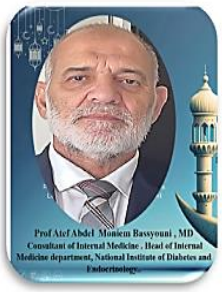
The 2026 Update of the IDF-DAR Risk Calculator for Fasting in People with Diabetes



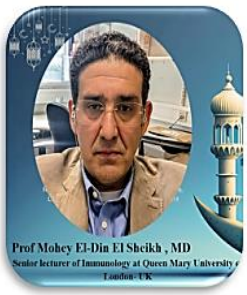
The Value of CGM in Monitoring Blood Glucose Levels During Fasting



Core Mission and Objectives



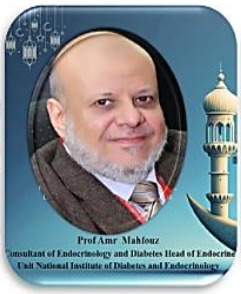
Fasting in People living with type 2 Diabetes



Immunity and Fasting

The Effect of Fasting and Reduced Hydration on Voice: A Practical Clinical Overview

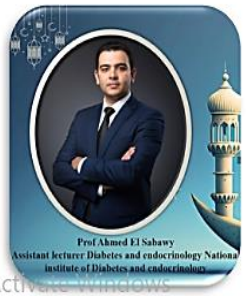
Fasting and Hormones , A Two players' game



الصيام الامن لمريض السكر في رمضان

تصائح هامة للتغذية في رمضان

مطبخ رمضان



الصيام الامن لمريض السكر في رمضان اسئلة و اجوبة

Activate Windows
Go to Settings to activate Windows.

Fasting in People living with type 2 Diabetes

Prof Atef Abdel Moniem Bassyouni , MD

Consultant of Internal Medicine ,Diabetes and Endocrinology . Head of Internal Medicine department, National Institute of Diabetes and Endocrinology.

Important Notes:

I-The diabetic patients should break the fasting immediately:

*1*BG<70mg%,*
*2*BG >300mg%,*
*3*acute diseases causing fever, diarrhea, fatigue or generalized weakness.*

II-The diabetic patients should not fast:

-Very Risky patients [conditions per se >6]:

1*recent severe or unawareness hypoglycemia
2*pregnant not within targets,
3*severe renal impairment eGFR <30ml/min,
4*unstable CVD,,
5 *impaired cognitive function or flair,

- Risky Diabetic patients [if points summation >6],

1*weekly multiple hypoglycemia,
2*pregnant within targets
3*moderate renal impairment GFR 30-45 ml/min,
4*hyperglycemia emergencies(DKA / HHS) or on multiple mixed insulin injection,
5* highly intensive labour,

*III-*Type and duration of DM, *Level of glucose control, *SMBG, *fasting hours have less risk scores*

1. Monitoring

•Blood glucose monitoring during fasting does not break the fast.

•Monitor blood glucose levels :
1.at the beginning of the fast and then
2.regularly every 4 h, or
3.if any symptoms of hypoglycaemia or if the patient becomes unwell.

•Trial of fasting of 3 consecutive days e.g. 13th, 14th & 15th of Shaban.

•Patients should be aware and stop fasting if:
-there is hypoglycaemia with BG < 70 mg/ml at any time during the fast or
-BG are 70 mg/ml at the start of the fast and the patient is taking insulin or sulfonylureas
-there is hyperglycaemia with blood glucose levels > 300mg/ml

Al-Arouj M, *et al.* Recommendations for management of diabetes during Ramadan: update 2010. *Diabetes Care* 2010; 33: 1895–1902

2. Diet recommendation

- It is preferred to start the iftar by some carbohydrate to compensate for glycogen depletion. It is also advisable to take some protein during sohour to be used in gluconegenesis during fasting.
- It is better to break the fasting as soon as sunset occurs and it is advisable to delay your sohour until one hour before dawn.

RAMADAN MUBARAK

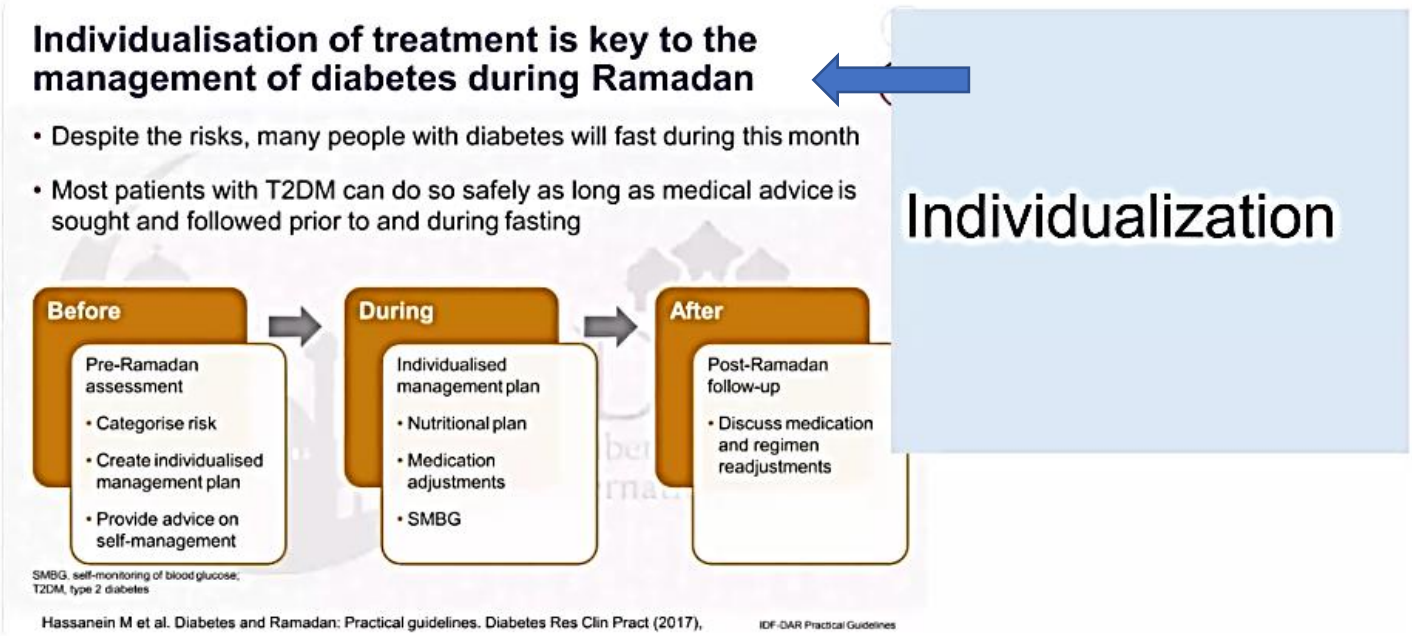
The 2026 Update of the IDF-DAR Risk Calculator

Prof Heba Sedrak , MD

Prof of Internal Medicine
Diabetes and Endocrinology
Cairo University

Key 2026 Updates & Risk Categories

- **Low Risk (Score 0–3):** Patients likely able to fast with minor lifestyle adjustments.
- **Moderate Risk (Score 3.5–6):** Requires careful monitoring and potential therapy adjustment.
- **High Risk (Score > 6):** Generally advised not to fast due to significant safety concerns; if they do, strict medical supervision and management adjustments are necessary https://idf.org/about-diabetes/resources/idf-dar-risk-calculator-update-2026/



Summary

Fasting in Ramadan is obligatory for all adult, healthy and sane Muslims.
Given the propensity of acute metabolic derangements and medicine-related side-effects, patients with diabetes can be at significant health risk by fasting.
A pre-Ramadan risk stratification is crucial for diabetes patients
High- to very high-risk patients are advised not to fast but if they choose to fast, they should be supported and monitored closely
Risk score is very essential and should be individualized
The 2026 IDF-DAR Risk Calculator update offers a refined, evidence-based framework for evaluating fasting risk in individuals with diabetes

Activate
Go to Sett

Navigating Ramadan with CGM : Guide to Safe Fasting

Prof Andrew Behnke , MD, FACP

Associate Professor of Medicine, Liberty University College of Medicine And Senior Fellow, International Diabetes Federation (IDF)

Why CGM? The Benefits During Fasting

- **24/7 Visibility:** Captures the "slow fall" during the day and the "rapid spike" after Iftar.
- **Trend Arrows:** Predicts if sugar is dropping *before* it becomes a medical emergency.
- **Reduced Burden:** No need for multiple painful finger-pricks while dehydrated (and yes, glucose monitoring does **not** break the fast!).
- **Peace of Mind:** Real-time alerts for hypoglycemia during sleep or late afternoon.

Activate Win

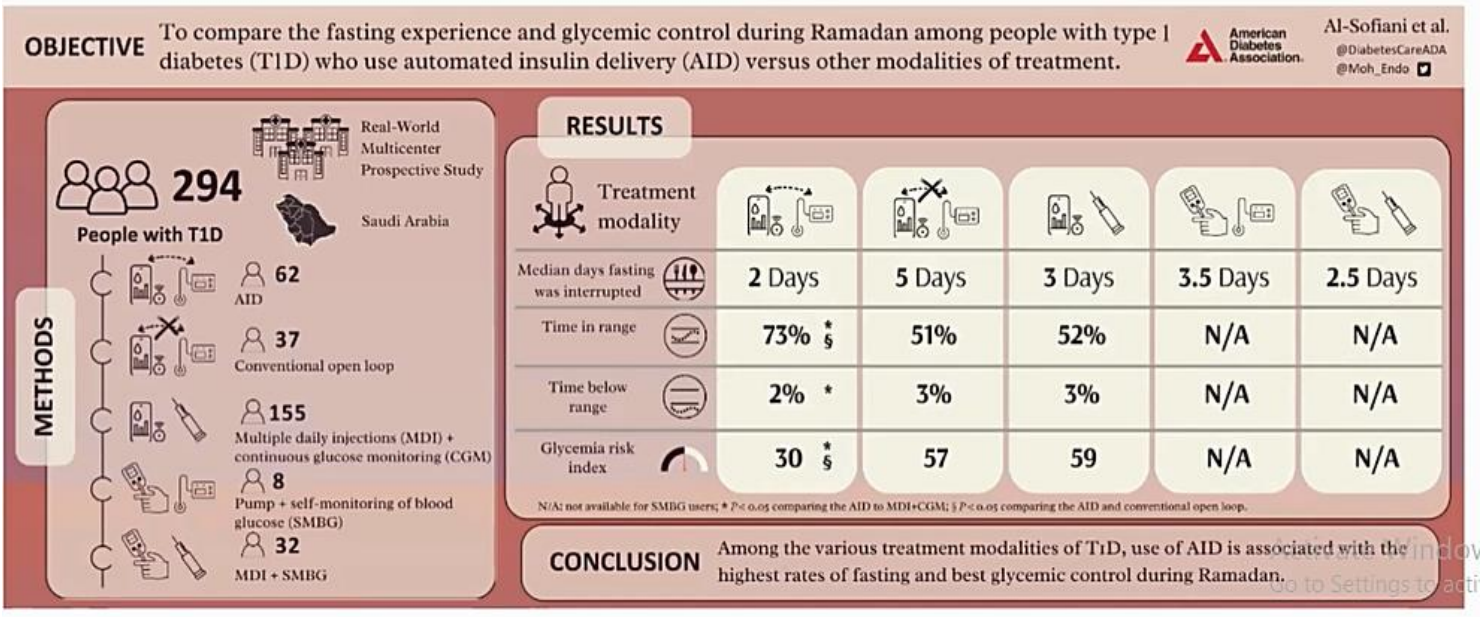
Pre-Ramadan Risk Assessment

- **The 6-Week Rule:** Clinical review must happen 6 weeks before the first fast.
- **Adjustment:** Use CGM data from the prior 2 weeks to adjust insulin basal rates.
- **Education:** Ensuring the patient knows how to interpret **Trend Arrows** (Vertical vs. Horizontal).
- **Reference:**
  - *Jabbar A, et al. (2021). "Pre-Ramadan assessment and the role of technology."*

Activate
Go to Setti

CGM

Activate Windows
Go to Settings to activat



Fasting and Immune Homeostasis

Prof Mohey El-Din El Sheikh , MD
Senior lecturer of Immunology at Queen Mary University of London-UK
Senior Lecturer, Education Lead (Centre for Experimental Medicine and Rheumatology), (WHRI Work Experience Program, Faculty of Medicine and Dentistry)

- **Fasting: Haematopoiesis**
  - transiently reduces circulating leukocytes—preferentially depleting aged or dysfunctional cells
  - promotes bone-marrow HSC self-renewal and differentiation across fasting–refeeding cycles.
- Fasting "metabolically re-educates" hematopoietic stem and progenitor cells, enhancing a more regenerative phenotype.
- **Fasting: Cytokine Profile**
  - pro-inflammatory mediators (IL-6, TNF-α, CRP) decline,
  - IL-10 tends to rise,
  - β-hydroxybutyrate restrains inflammasome activation.

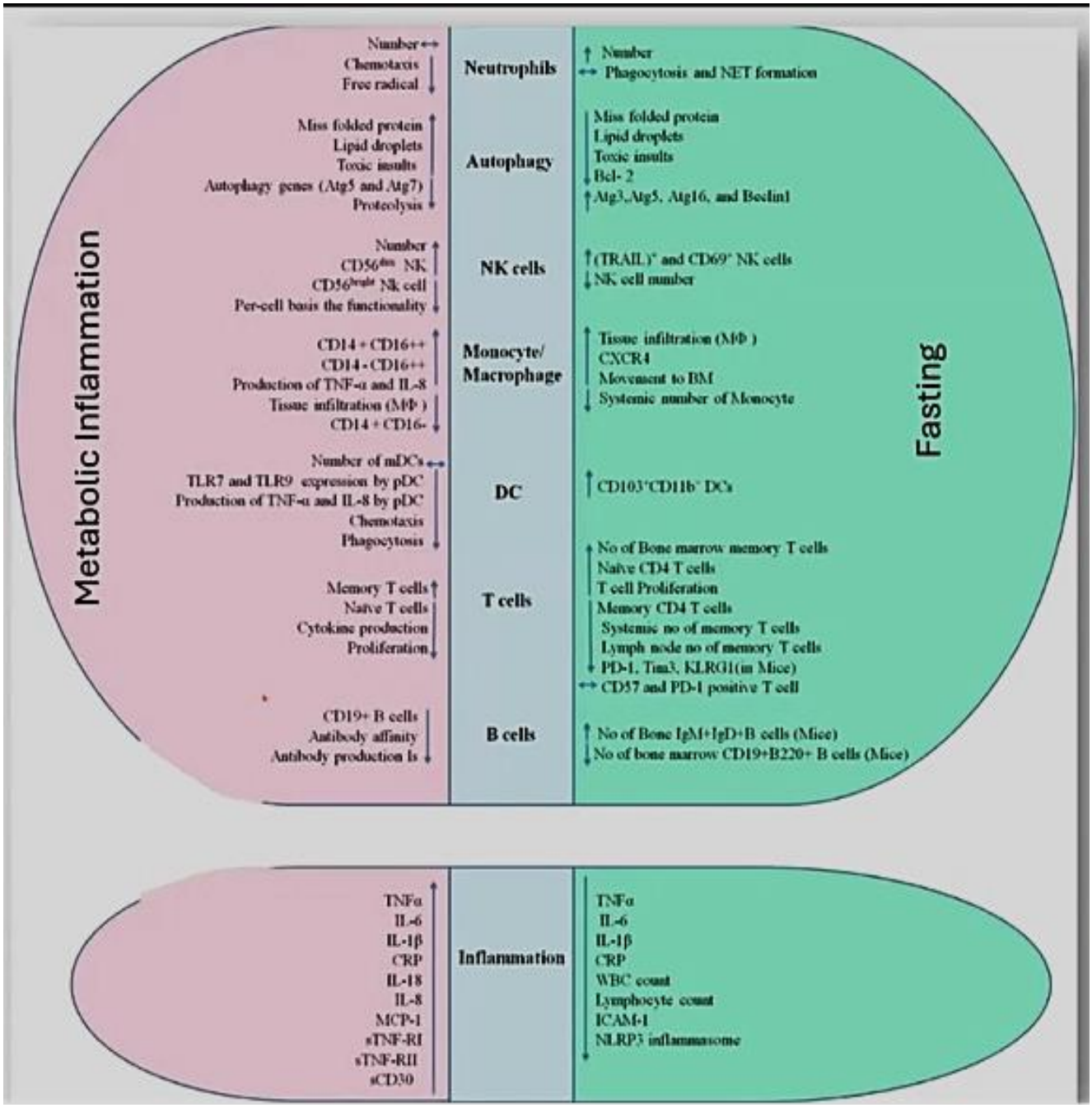
- **Fasting: Innate Immunity**
- Fasting recalibrates innate immunity
  - macrophage and neutrophil migration and phagocytosis improve,
  - dendritic-cell antigen presentation is refined,
  - NK-cell cytotoxicity is enhanced, strengthening early recognition and clearance of infected or transformed cells.
- **Fasting: Adaptive Immunity**
- On this innate background, adaptive responses are reshaped:
  - ↓Th17/↑Treg balance, reinforce peripheral tolerance, and modulate B-cell function and antibody quality.
  - This Th17→Treg shift is expected to attenuate IL-17– and IFN-γ–driven axes implicated in neuroinflammatory and neurodegenerative disorders such as multiple sclerosis, Alzheimer's disease, and Parkinson's disease.

Activat
Go to Se

- **Clinical Applications**
- In autoimmune settings such as rheumatoid arthritis
  - immuno-metabolic shifts dampen synovial inflammation by reprogramming effector T cells and macrophages,
  - studies report decreases in ESR/CRP and improvements in pain and morning stiffness, though responses vary by protocol and patient profile; fasting should be considered an adjunct to DMARDs/biologics with supervision, and larger standardized trials are needed to refine timing, duration, and safety.
  - cytokine down-tuning and T-cell polarity shifts may support disease control (e.g., RA), and

- Fasting should remain adjunctive to standard care, with adequate protein/micronutrients on feeding days, hydration, and medication supervision (e.g., steroids, immunomodulators, glucose-lowering agents).
- Patients with undernutrition, frailty, or active severe infection should fast only with clinician guidance.

Activat


Metabolic Inflammation
Fasting
Neutrophils
Number ↔
Chemotaxis ↓
Free radical ↓
↑ Number
↔ Phagocytosis and NET formation
Autophagy
Miss folded protein ↑
Lipid droplets ↑
Toxic insults ↑
Autophagy genes (Atg5 and Atg7) ↓
Proteolysis ↑
Miss folded protein ↓
Lipid droplets ↓
Toxic insults ↓
Bcl- 2 ↓
↑Atg3,Atg5, Atg16, and Beclin1
NK cells
Number ↑
CD56dim NK ↓
CD56bright Nk cell ↑
Per-cell basis the functionality ↓
↑(TRAIL)+ and CD69+ NK cells
↓NK cell number
Monocyte/ Macrophage
CD14 + CD16++ ↑
CD14 - CD16++ ↑
Production of TNF-α and IL-8 ↑
Tissue infiltration (MΦ) ↑
CD14 + CD16- ↓
↑ Tissue infiltration (MΦ)
CXCR4 ↑
Movement to BM ↑
↓ Systemic number of Monocyte
DC
Number of mDCs ↔
TLR7 and TLR9 expression by pDC ↓
Production of TNF-α and IL-8 by pDC ↓
Chemotaxis ↓
Phagocytosis ↓
↑CD103+CD11b- DCs
T cells
Memory T cells ↑
Native T cells ↓
Cytokine production ↓
Proliferation ↓
↑ No of Bone marrow memory T cells
Native CD4 T cells ↓
T cell Proliferation ↓
Memory CD4 T cells ↓
Systemic no of memory T cells ↓
Lymph node no of memory T cells ↓
↓ PD-1, Tim3, KLRG1(in Mice)
↔ CD57 and PD-1 positive T cell
B cells
CD19+ B cells ↓
Antibody affinity ↓
Antibody production Is ↓
↑ No of Bone IgM+IgD+B cells (Mice)
↓No of bone marrow CD19+B220+ B cells (Mice)
Inflammation
TNFα ↑
IL-6 ↑
IL-1β ↑
CRP ↑
IL-18 ↑
IL-8 ↑
MCP-1 ↑
sTNF-RI ↑
sTNF-RII ↑
sCD30 ↑
TNFα ↓
IL-6 ↓
IL-1β ↓
CRP ↓
WBC count ↓
Lymphocyte count ↓
ICAM-1 ↓
NLRP3 inflammasome ↓

The Impact of Ramadan Fasting on Vocal Production

Prof Nihal Hisham, MD

Phoniatric consultant,
Hearing and Speech Institute.

Introduction

Voice production is a complex physiological process requiring coordinated interaction between the respiratory system, the vocal folds, and neuromuscular control mechanisms. Optimal voice quality depends on efficient airflow, intact vocal fold biomechanics, and adequate hydration. During Ramadan fasting, prolonged abstinence from fluids results in physiological changes—primarily dehydration—that can influence vocal performance.

Role of Hydration in Voice Function

Hydration is critical for maintaining optimal vocal fold biomechanics.

Systemic Hydration

Adequate body hydration: Maintains tissue elasticity, reduces viscosity of the lamina propria, lowers phonation threshold pressure, and improves vocal efficiency

Surface Hydration: Surface lubrication through mucus: Reduces friction during vocal fold collision, Facilitates smooth mucosal wave movement, Improves acoustic stability, and Delays vocal fatigue.

Effects of Ramadan Fasting on Voice

Dehydration as the Primary Mechanism, results in mild to moderate dehydration. This leads to: Increased vocal fold stiffness, Higher tissue viscosity, Reduced mucosal wave amplitude**.** Increased phonation threshold pressure, and Decreased vibratory efficiency, Clinically, individuals may report; Throat dryness, Increased vocal effort, Early vocal fatigue, Mild roughness or slight lowering of pitch

These changes are generally functional changes and reversible after rehydration.

Respiratory and Muscular Effects

Fasting-related metabolic changes may reduce muscle endurance, affecting: Respiratory muscle performance, Laryngeal muscle stamina, and Breath support stability. This increases phonatory effort, particularly during prolonged speech, recitation, or professional voice use.

Objective Voice Changes During Fasting

Acoustic analysis demonstrates measurable alterations during fasting: Increased jitter (frequency instability), Increased shimmer (amplitude instability), Higher noise-to-harmonic ratio, Reduced maximum phonation time. Laryngoscopic evaluation typically shows normal anatomy. Occasionally, reduced mucosal wave amplitude or mild posterior glottic gap may be observed, usually related to fatigue rather than structural pathology.

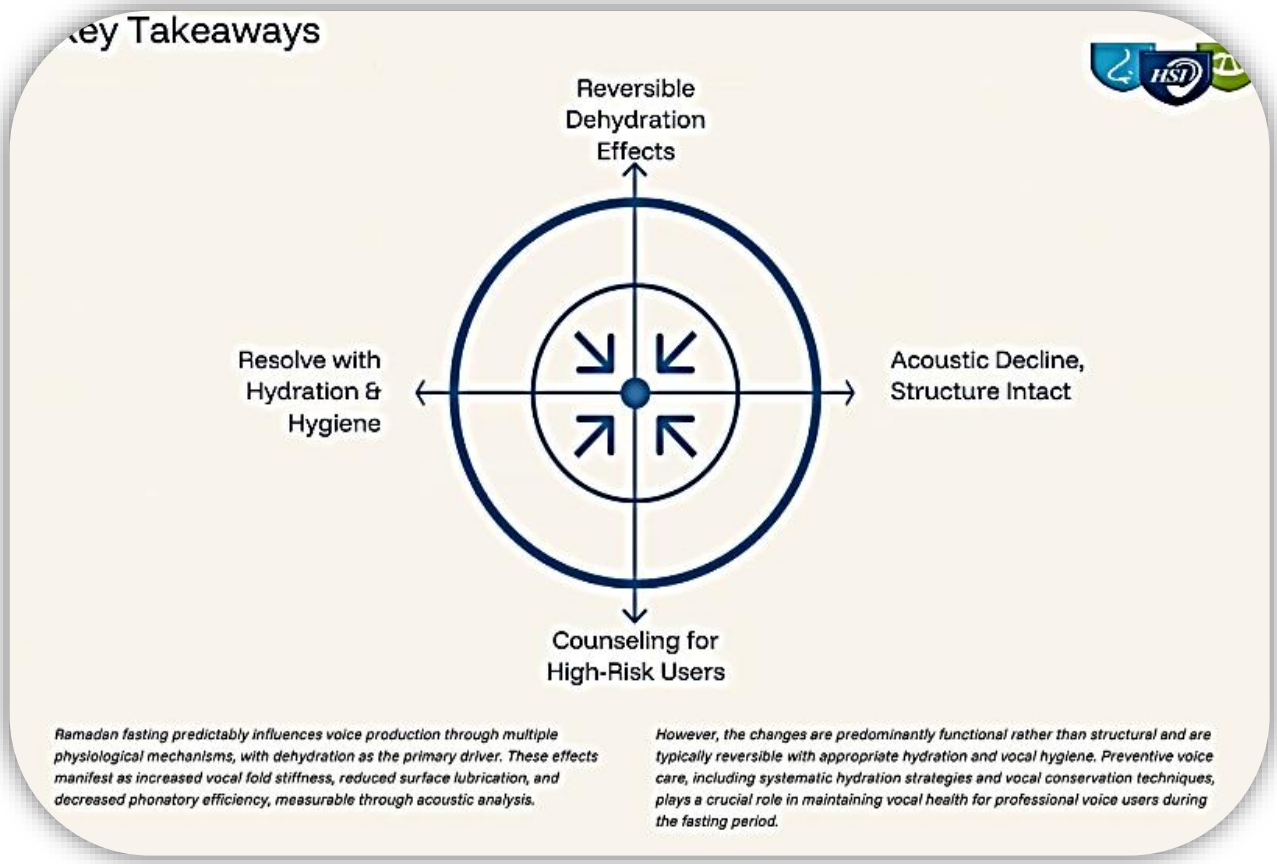
Overall, voice changes during Ramadan are predominantly physiological rather than pathological.

Additional Contributing Factors, Several Ramadan-related factors may further influence voice: Altered sleep patterns (Suhoor and Taraweeh) leading to fatigue**,** Increased vocal load from recitation and social activities**,** Mouth breathing due to mucosal dryness, worsening surface dehydration

High-Risk Groups: Quran reciters and Imams, Diabetic patients, Teachers and educators, Healthcare professionals, Public speakers, and Singers
Early counseling and preventive care are especially important for these groups.

Evidence-Based Voice Care During Ramadan
Hydration Strategies: Consume approximately 2.5–3 liters of water between Iftar and Suhoor**,** Distribute intake gradually**,** and Monitor urine color as a hydration indicator
Nutritional Considerations: Limit caffeine**,** Reduce spicy, acidic, and fatty foods (to prevent reflux)**,** Avoid excessive salt**,** and Include water-rich fruits and vegetables
Vocal Hygiene: Schedule vocal rest periods**,** Avoid shouting and excessive throat clearing**,** Use amplification when needed**,** and Perform gentle vocal warm-ups

When to Seek Medical Advice: Medical evaluation by phoniatrician is recommended if hoarseness persists beyond Ramadan, pain occurs during phonation, or voice loss develops.
Conclusion
Voice production depends on efficient respiratory support, intact vocal fold biomechanics, and optimal hydration. Ramadan fasting primarily affects voice through dehydration, increasing tissue stiffness and reducing lubrication, which leads to measurable but typically **reversible** changes in vocal performance.
With appropriate hydration, vocal hygiene, and load management, most individuals can maintain healthy voice function throughout the fasting period. Preventive strategies and patient education remain essential, particularly for professional voice users.



Fasting and Hormones ,
A Two players' game

Dr Randa Darwish , MD ,FRCPCH-UK , Fellow of the IDF
Consultant and Fellow of Pediatrics , Vice-Dean for Training and Research, NIDE

Circadian clocks are internal timekeepers enabling organisms to adapt to recurrent events in their environment such as the succession of day and night by controlling essential behaviors such as food intake or the sleep-wake cycle. The cellular clock network regulates numerous physiological processes including the endocrine system, with a fasting duration of 12–18 hours depending on season/location ,the Sleep–wake cycle is often altered.

Meal timing during Ramadan may also influence expression patterns of the Molecular Clock Genes : BMAL1, CLOCK , PER, CRY

Key metabolic hormones affected

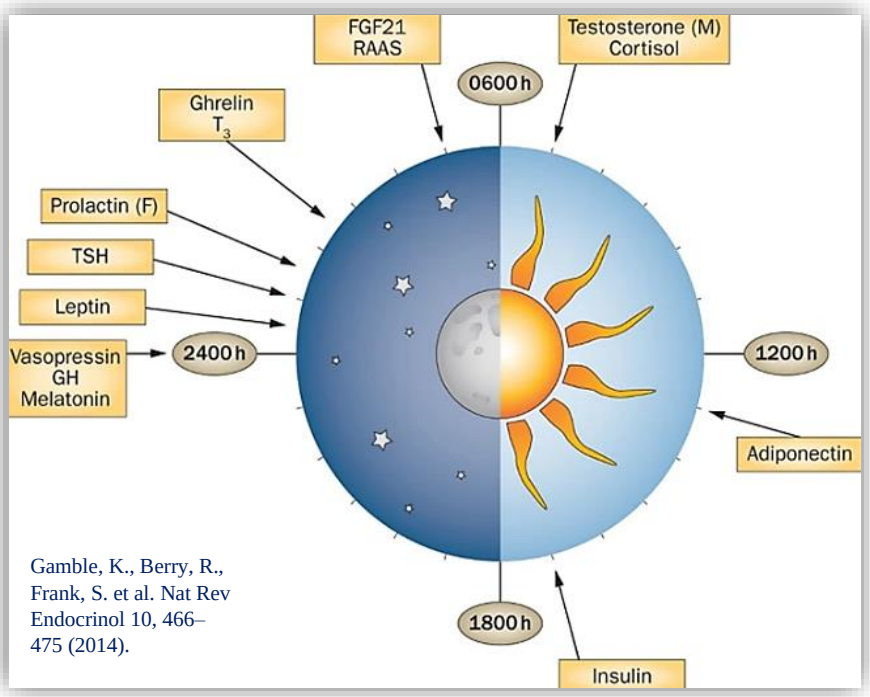
Insulin :

- Decreases during day time fasting
- Increased insulin sensitivity reported in many studies.
- Reduced insulin levels promote:

Lipolysis , Fat utilization and important implications for patients with diabetes especially ketosis in t1DM

Cortisol:

Normally follows circadian rhythm: Peaking early morning ,Lowest at night. During Ramadan: show delayed peak with less stress manifestations



Gamble, K., Berry, R., Frank, S. et al. Nat Rev Endocrinol 10, 466–475 (2014).

Growth hormone (GH) :

Secreted from the pituitary gland in a pulsatile manner . Promotes lipolysis and protein conservation. Increases during fasting.

Melatonin Rhythm:

Secreted by pineal gland. Controls sleep cycle and other body functions as blood pressure and autonomic cardiovascular regulation, immune system regulation .Also ,various physiological functions such as retinal functions, detoxification of free radicals and antioxidant actions through its action on MT3 receptors protecting the brain from oxidative stress. Normally Peaks at night and is affected by any alteration of sleeping rhythm.

Practical Circadian Recommendations in Ramadan:

- **Early Night Sleep and waking in the last third of the night for prayers then sohour .**

Early, consistent sleep stabilizes hormonal rhythm, supports melatonin peak ,preserves growth hormone secretion ,maintains cortisol morning surge, preserves melatonin peak and prevents chronic circadian misalignment.

- **A 20–30-minute mid-day nap:**

Reduces daytime sleep pressure , Lowers stress hormones , Improves alertness and Compensates for reduced night sleep. Short naps do NOT disturb melatonin cycle if limited.

- **Light Iftar Circadian Benefit** :

Prevents metabolic phase shift , Preserves insulin sensitivity and Reduces post-Iftar hyperglycemia.

- **Suhoor Timing**

Suhoor occurs before dawn (Fajr). Circadian Significance: **Meal timing** acts as a (time cue) for peripheral clocks in Liver, Pancreas and Adipose tissue.

- **A pre-dawn meal**:

Prevents prolonged catabolic stress , Reduces cortisol spikes , Stabilizes glucose rhythm . Rhythm remains more synchronized if followed by short rest before Fajr .

- **Light Exposure**

Circadian rhythm is highly sensitive to light. Morning light Resets the Suprachiasmatic Nucleus (SCN), Stabilizes cortisol rhythm and Improves sleep quality.
Recommendations: Reduce bright screen exposure at night , Increase morning light exposure after Fajr and Spend time outdoors early in the morning.

- **For patients with: Diabetes , Hypertension and Thyroid disease :**

Consult the physician before Ramadan , Adjust medication timing and Monitor glucose regularly. Islam permits exemption if fasting harms health.

References :

– Blume C, Garbazza C, Spitschan M. Effects of light on human circadian rhythms, sleep and mood. Somnologie (Berl). 2019 Sep;23(3):147-156. doi: 10.1007/s11818-019-00215-x. Epub 2019 Aug 20.
– Al-Rawi N, Madkour M, Jahrami H, et al. Effect of diurnal intermittent fasting during Ramadan on ghrelin, leptin, melatonin, and cortisol levels among overweight and obese subjects: A prospective observational study. PLoS One. 2020.
– Begemann, K., Rawashdeh, O., Olejniczak, I. et al. Endocrine regulation of circadian rhythms. npj Biol Timing Sleep 2, 10 (2025). https://doi.org/10.1038/s44323-025-00024-6

Our Guidelines

What is new?

Presented by Dr Randa darwish

The 2026 Standards of Care in Diabetes reflect a meaningful shift. They move away from rigid algorithms and toward thoughtful, individualized care

Care area	What the 2026 ADA Standards emphasize	What it changes in real visits
Shared decision-making	Stronger focus on goals based on preferences, prognosis, comorbidities, and financial realities.	We match targets and medications to real life, not to "ideal" averages.
CGM access and timing	CGM at diabetes onset and anytime later when it helps decisions.	We use CGM earlier, including in type 2 diabetes, to guide nutrition and meds.
CGM device categories	Updated device categories include rtCGM, OTC-CGM, and professional CGM.	We choose the right tool, from short-term professional CGM to ongoing personal CGM.
Education and training	Clearer expectations for training, for patients and clinicians, by device type.	Better onboarding reduces frustration, improves accuracy, and raises adherence.
Obesity as core therapy	Annual obesity screening, plus confirmation of adiposity when feasible.	We track body composition and function, not only BMI and weight.
Weight-loss target	Repeated reinforcement of 5–7% weight loss as a meaningful metabolic goal.	We set realistic, measurable goals that improve glucose and risk markers.
GLP-1 and dual GIP/GLP-1 use	Expanded use for cardiometabolic benefit, beyond A1C lowering alone.	We choose agents based on the whole person, including weight, heart, and kidney risk.
MASLD and MASH integration	GLP-1 RAs with demonstrated benefit become preferred options in MASH contexts.	We align glucose, weight, and liver goals, and we refer when fibrosis risk rises.
Blood pressure goals	Encouragement of systolic BP <120 mmHg in higher CV or kidney risk when safe.	We individualize intensity, and we avoid overtreatment in fragile patients.

Care area	What the 2026 ADA Standards emphasize	What it changes in real visits
Lipid add-ons to avoid	Do not add fibrates, niacin, or over-the-counter omega-3 supplements to statins.	We keep therapy evidence-based, reducing pill burden while preserving access to prescription Icosapent Ethyl when indicated.
Heart failure tailoring	More specific recommendations for HFpEF and stage-based HF prevention strategies.	We match therapy to symptoms and phenotype, not just to "diabetes status."
CKD sequencing and combinations	Clearer monitoring guidance, plus optional early combo approaches in higher albuminuria.	We protect kidneys earlier, and we monitor potassium and eGFR more deliberately.
Behavioral health and sleep	More emphasis on screening for anxiety, distress, fear of hypoglycemia, and sleep health.	We treat barriers that drive glucose swings and burnout.
Older adults and treatment burden	More CGM support for older adults on insulin, plus nuance in BP goals and nutrition.	We simplify plans and reduce hypoglycemia, while preserving strength and independence.

Section	Selected Key Updates for 2026
2. Diagnosis & Classification	Added guidance on monitoring individuals with a single confirmed IA-2 autoantibody.
4. Comprehensive Medical Evaluation	New T-score thresholds for osteoporosis therapy; GLP-1 RAs with MASH benefits; New table for geriatric syndrome assessment (13.1).
5. Facilitating Positive Health Behaviors	Updated prefasting risk assessment criteria for Ramadan (Table 5.3); New screening for sleep health.
8. Obesity & Weight Management	Screening should now include an additional measurement of body fat (e.g., anthropometric) where feasible.
12. Retinopathy, Neuropathy, Foot Care	Expanded narrative on GLP-1 RA effects on eye health; Emphasis on combination therapy for neuropathic pain; Discusses emerging foot care tech.
13. Older Adults	New recommendation for CGM use for older adults on insulin; More specific BP goals (<130/80); Specific protein intake guidance.
16. Diabetes Care in the Hospital	**NEW** perioperative glycemic goals: pre-op A1C <8% (or GMI <8%/TIR >50%); peri-op BG of 100-180 mg/dL.

General Changes:

https://diabetesjournals.org/care,

https://diabetesjournals.org/care/issue

Volume 49, Issue 3 ,March 2026 , ISSN 0149-5992 , EISSN 1935-5548

https://diabetesjournals.org/care/article/49/Supplement_1/S6/163930/Summary-of-Revisions-Standards-of-Care-in-Diabetes

1. Improving Care and Promoting Health in Populations

(**Link to 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S001**)

2. Diagnosis and Classification of Diabetes

(**Link to 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S002**)

3. Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities

(**Link to 3. Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S003**)

4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities

(**Link to 4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S004**)

5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes

(**Link to 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S005**)

6. Glycemic Goals, Hypoglycemia, and Hyperglycemic Crises

(**Link to 6. Glycemic Goals, Hypoglycemia, and Hyperglycemic Crises: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S006**)

7. Diabetes Technology

(**Link to 7. Diabetes Technology: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S007**)

8. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Diabetes

(**Link to 8. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Diabetes: Standards of Care in Diabetes–2026https://doi.org/10.2337/dc26-S008**)

9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment

(Link to 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc25-S009)

10. Cardiovascular Disease and Risk Management

(Link to 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S010)

11. Chronic Kidney Disease and Risk Management

(Link to 11. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S011)

12. Retinopathy, Neuropathy, and Foot Care

(Link to 12. Retinopathy, Neuropathy, and Foot Care: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S012)

13. Older Adults

(Link to 13. Older Adults: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S013)

14. Children and Adolescents

(Link to 14. Children and Adolescents: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S014)

15. Management of Diabetes in Pregnancy

(Link to 15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S015)

16. Diabetes Care in the Hospital

(Link to 16. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S016)

17. Diabetes Advocacy

(Link to 17. Diabetes Advocacy: Standards of Care in Diabetes—2026https://doi.org/10.2337/dc26-S017)

Summary :

https://gertitashkomd.com/key-2026-ada-guideline-updates-that-matter-most-for-modern-diabetes-care/

الصيام الامن لمريض السكر في رمضان

Prof Amr Mahfouz , MD

اد عمرو محفوظ

Consultant of Endocrinology and Diabetes Head of Endocrine Unit National Institute of Diabetes and Endocrinology

كيف يتغير السكر بين الإفطار والسحور؟

- عند أذان المغرب، وبعد ساعات طويلة من الانقطاع عن الطعام، يميل الكثيرون إلى تناول وجبة إفطار كبيرة وغنية بالسكريات والكربوهيدرات البسيطة. هذا الأمر يؤدي إلى امتصاص كميات هائلة من الجلوكوز بسرعة، مما يسبب ارتفاعًا حادًا في مستوى السكر بالدم (ارتفاع السكر).
- يمكن أن يستمر هذا الارتفاع لعدة ساعات بعد الإفطار إذا لم تكن الوجبة متوازنة وإذا لم يتم تعديل جرعات الدواء بشكل صحيح.
- وجبة السحور تلعب دورًا حيويًا في توفير طاقة بطيئة التحرر لمنع هبوط السكر في اليوم التالى

منع الصيام أو يُعتبر عالي الخطورة في الحالات التالية:

- مرضى السكري من النوع الأول: خاصة إذا كان التحكم في السكر غير مستقر أو لديهم تاريخ من نوبات هبوط السكر المتكررة.
- المرضى الذين عانوا من هبوط حاد في سكر الدم أو الحماض الكيتوني السكري في الأشهر الثلاثة التي تسبق رمضان.
- المرضى الذين يعانون من "عدم الإحساس بهبوط السكر"، وهي حالة لا يشعر فيها المريض بأعراض انخفاض السكر.
- النساء الحوامل المصابات بالسكري (سواء سكري الحمل أو سكري مزمن).
- المرضى الذين يعانون من مضاعفات متقدمة مثل الفشل الكلوي (خاصة من يخضعون لغسيل الكلى)، أو أمراض القلب الشديدة.
- كبار السن الذين يعانون من أمراض مزمنة أخرى بالإضافة إلى السكر

جدول يوضح مستويات السكر الطبيعية والخطرة

توقيت القياس	المستوى المستهدف (الآمن)	المستوى الذي يتطلب الحذر	المستوى الخطر (يجب كسر الصيام)
أثناء الصيام (نهارًا)	80 – 130 ملغ/ديسيلتر	70 – 80 ملغ/ديسيلتر	أقل من 70 ملغ/ديسيلتر أو أعلى من 300 ملغ/ديسيلتر
بعد ساعتين من الإفطار	أقل من 180 ملغ/ديسيلتر	180 – 250 ملغ/ديسيلتر	أعلى من 300 ملغ/ديسيلتر
قبل السحور	90 – 140 ملغ/ديسيلتر	أقل من 90 ملغ/ديسيلتر	

ما الأعراض التي تدل على انخفاض أو ارتفاع السكر؟

- علامات هبوط السكر⚠ أعراض هبوط السكر (أقل من 70 ملغ/ديسيلتر) تستدعي التدخل الفوري:
- التعرق البارد.
- الرجفة والرعشة.الشعور بالجوع الشديد.
- تسارع ضربات القلب.
- الشعور بالدوار أو الدوخة.
- تشوش الرؤية.
- صعوبة في التركيز أو الارتباك.
- في الحالات الشديدة: فقدان الوعي أو التشنجات.

أعراض ارتفاع السكر

- بينما أعراض الارتفاع المعتدل قد تكون خفيفة (عطش، كثرة تبول)، فإن الأعراض التالية تدل على ارتفاع خطير (أعلى من 250-300 ملغ/ديسيلتر) وقد تشير إلى بداية الحماض الكيتوني:العطش الشديد وجفاف الفم
- .كثرة التبول.
- الشعور بالتعب والإرهاق الشديد.
- الغثيان أو القيء.
- آلام في البطن.رائحة الفم تشبه رائحة الفاكهة (الأسيتون).
- صعوبة في التنفس.
- الارتباك أو النعاس الشديد.

نصائح هامة للتغذية في رمضان

Prof Eman Rashed

اد ايمان راشد

Consultant and head of clinical nutrition unit at National Institute of Diabetes and Endocrinology

ارشادات هامة في حالة ممارسة الرياضة لمرضى السكري :

- يجب أن تكون الرياضة منتظمة و يفضل ان تكون يوميا لفترة لا تقل عن نصف ساعة مثل ممارسة الألعاب الخفيفة)ركوب الدراجة – المشي –السباحة.(
- يجب قياس نسبة السكر قبل القيام بالعمل الرياضي .
- يجب تناول وجبة خفيفة كقطعة فاكهة أو ساندوتش قبل ممارسة الرياضة لمنع أعراض هبوط السكر و يجب أيضا أن يحمل الطفل قطعة من الحلوى .
- أعراض الهبوط قد تظهر بعد ساعات من انتهاء التمرين الرياضي أو يتأخر حدوثه الى الليل و ليس شرطا حدوث الهبوط بعد اللعب مباشرة .

سلوك غذائي يجب اتباعه عند تناول المشروبات :

- لا تتناول الشاي أو القهوة بعد تناول الطعام مباشرة و لكن بعد تناول الطعام بساعتين .
- تناول من 2الى 3كوب شاي أخضر يوميا مع الاقلال من اضافة السكر .
- قلل من تناول السكريات المضافة للمشروبات .
- توقف عن تناول المشروبات الغازية و العصائر المحلاة .
- اشرب من 8الى 10كوب ماء يوميا على الأقل .

سلوك غذائي يجب اتباعه مع المصنعات الغذائية و الوجبات السريعة :
1. ابتعد عن تناول الأطعمة المحفوظة أو المعلبة .
2. ابتعد عن تناول اللحوم المصنعة مثل (:اللانشون -البسطرمة -الهوت دوج -السوسيس -البرجر .)
3. ابتعد عن تناول مخبوزات الأفران و الصلصات المختلفة مثل :الصويا صوص.
4. لا تتناول الطعام خارج المنزل و في حالة الضرورة يرجى اختيار الطعام الصحي .
5. اهتم بقراءة مكونات الطعام من على العبوة قبل تناوله لمعرفة بعض المعلومات الغذائية مثل :مقدار (الملح -السكر -الدهون و نوعها الموجود به (لمعرفة مدى صحة أو ضرر هذا الغذاء .

مطبخ رمضان

Prof Amina Deif

اد امينة ضيف

Assistant Professor of Clinical Nutrition Clinical nutrition unit NIDE

هناك بعض الممارسات الغير صحية وبخاصة داخل المطبخ قد تُفقد الطعام عناصره الغذائية اوتُشكّل مخاطر صحية جسيمة على المدى القصيراو الطويل.

فيما يلي أكثر الممارسات الخاطئة مع طرق تصحيح هذه الطرق لصحة افضل

ا-القلي في الزيت

يُعدّ استخدام الزيت للقلي (الذرة-عباد الشمس-الصويا- بذرة القطن) ممارسة شائعة وضاره بالصحة.

الآثار الصحية: يسبب تناول الطعام المقلي زيادة استهلاك السعرات الحرارية والدهون المشبعة

والمتحولة مما يؤدي للاصابة بالسرطان، والسمنه والسكر من النوع الثاني وأمراض القلب، والالتهابات المزمنة ،وارتفاع ضغط الدم ودهون الكبد وغيرها.

البدائل الصحية :الابتعاد عن هذه الطريقة بقدر الامكان واستخدام انواع اخري مثل زيت الأفوكادو، زيت جوز الهند اوالسمن الطبيعي أو زيت الزيتون اوالقلي باستخدام القلاية الهوائية، أو الشواءوتجنب إعادة استخدام الزيت لان تسخين الزيت بشكل متكرر يؤدي إلى تحلله وزيادة سميته.

2- تسبيك الطعام :

إضافة كميات كبيرة من الزيوت أو السمن في هذه الطريقة تزيد من استهلاك السعرات الحرارية وحدوث السمنة والطهي هنا لفترات طويلة على حرارة عالية يقلل من القيمة الغذائية والفيتامينات، خاصة فيتامين سي والأطعمة المسبكة تسبب عسر الهضم.

نصائح لتسبيك صحي: تقليل كمية الدهون المستخدمة واستخدام (زيت زيتون بدلاً من السمن النباتي) واستخدام طريقة "اللي في ني" وعدم المبالغة في فترة الطهي للحفاظ على العناصر الغذائية.

3- المخللات طبق اساسي في فطار رمضان

المخللات المصنعة تحتوي علي كمية كبيرة من الملح وتؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، وزيادة خطر الإصابة بأمراض القلب والسكتة الدماغية ومشاكل الكلى وقد يسبب الإفراط في تناولها احتباس السوائل وخطر الإصابة بسرطان المعدة و يرتبط النظام الغذائي الغني بالملح، بما في ذلك الأطعمة المخللة شديدة الملوحة، بزيادة خطر الإصابة بسرطان المعدة بالاضافة الي ان المخللات تحتوي علي العديد من الاضافات الغيرصحية التي تسبب العديد من الامراض ومنها المواد الحافظة وهناك من يستخدم ملح مجهول المصدر وخضروات رديئة الجودة وماء ملوث .

البديل الصحي تجنب تناول المخللات الجاهزة او تقليل الاستهلاك بقدر الامكان مع مراعاة شطف المخلل بالماء لإزالة بعض الصوديوم الموجود به او نقعه قبل تناوله و يعد تحضير المخلل في المنزل بديلا صحيا ويفضل استبدال المخللات بالسلطة الخضراء.

4- الطهي بالسمن الصناعي

يُنصح بشدة بتجنب الطهي باستخدام السمن الصناعي نظرًا لمخاطرها الصحية الجسيمة بما في ذلك ارتفاع مستوى الكوليسترول الضاروانخفاض مستوي الكوليستيرول النافع وارتفاع الاصابة بأمراض القلب والتهابات الجسم و انسداد الشرايين والسكته الدماغية والسكر النوع الثاني ومقاومة الانسولين والسمنه وبعض انواع السرطانات وهذه الدهون الغير صحية توجد بشكل أساسي في الأطعمة المُصنّعة، والمخبوزات والبسكويت والفطائرومخبوزات الفرن الافرنجي والكيكات، والوجبات السريعة، ومُبيضات القهوة.

بدائل صحية:زيت الزيتون والزبدة الطبيعي او السمن الطبيعي.

5- زيادة استهلاك العصائروالمشروبات بأنواعها في رمضان

وتشمل عصائر الفاكهة الطبيعية والمصنعة والمشروبات الرمضانية مثل مشروب الخروب والدوم والتمر هندي الصناعي ومشروب قمر الدين وغيره وهذه المشروبات تحتوي علي كميات كبيرة من السكر وتسبب زيادة سكر الدم والكبد الدهني ومشاكل اخري وبخاصه الصناعي منها الذي يحتوي علي مواد حافظة واضافات ضارة بالصحة.

البديل الصحي :الابتعاد تماما عن العصائر المصنعة اوالعصائر البودر والتمرهندي البودر الصناعي واستبدال عصائر الفاكهة الطبيعي بالفاكهة الكاملة وتحضير مشروب الدوم والخروب بالمنزل بدون اضافة سكر واستهلاك التمرهندي الطبيعي واستبدال مشروب قمر الدين بعصير المشمش ان امكن مع عدم اضافة السكروالاهتمام بشرب الماء.

6- طهي الفول المدمس

لا ينصح بشراء الفول المدمس المطهي من المطاعم وذلك بسبب قلة جودته وعدم غسلة ووجود السوس به الذي يقلل من قيمته الغذائية و له العديد من الاضرار كما يضاف له مادة اديتا لتسريع عملية الطهي وهي مادة ضارة جدا بالصحة ويضاف له الارز او الخبز وذلك يزيد من محتواه من النشويات وبالتالي زيادة سكر الدم ويضاف له مواد ملونة صناعية لاعطاءة اللون الاصفر الكهرماني ولا يتم نقع الفول او نقعة لفتره قصيرة.

البديل الصحي تدميس الفول بالمنزل ونقعة مالا يقل عن 12 ساعة وشطفه جيدا بالماء الجاري ويمكن اضافة العدس الاصفر او الفول المدشوش له عند الطهي ويمكن اضافة الكركم لاعطاءة اللون المرغوب.

7- الخبز الطازج والغير طازج

يتميز الخبز الغير طازج أو الذي تم تسخينه بعد تجميده بانخفاض مؤشر نسبة السكر في الدم، مما يؤدي إلى ارتفاع أقل وأبطأ وأكثر تحكمًا في مستوى السكر في الدم مقارنةً بالخبز الطازج. ويعود هذا الاختلاف إلى أن النشا الموجود في الخبز عند جفافه أو تجميده، يحدث له عملية تحول حيث يتحول النشا القابل للهضم إلى نشا مقاوم، وهو نوع من النشا يصعب على الجسم هضمه.

- **الخبز التجاري**: قد لا يحقق الخبز المُباع في المتاجر، والذي يحتوي على العديد من المواد الحافظة، نفس الفائدة من التجميد، لأن المواد الحافظة قد تمنع تحول النشا.

- لتحقيق أقصى قدر من التحكم في نسبة السكر في الدم، فإن الطريقة الموصى بها هي تقطيع الخبز وتجميده لمدة 3 أيام على الأقل، ثم تحميصه قبل تناوله.

8- الشـــــاي

من الخطأ شرب الشاي بعد الوجبة مباشرة ولكن يمكن تناوله بعد ساعتين علي الاقل من الوجبه ويراعي عدم استخدام الكاتيل المصنوع من البلاستيك في غلي الماء ويفضل استخدم المصنوع من الاستانلس ويجب ترك الماء المغلي يبرد قليلا قبل اضافته للشاي الاخضر ويفضل عدم استهلاك الشاي الباكيت .

9- الزبادي المعلب والمنكهه

يحتوي العديد منه علي السكر والعديد من الاضافات الاخري مما يجعله خيار غير جيد وبخاصة لمريض السكر

البديل الصحي: عمل الزبادي البلدي بالمنزل دون اي اضافات مع امكان اضافه الفاكهة الطازجة له اذا اردت فهو بديل صحي للزبادي المعلب وغني بالبكتريا النافعة.

شكر وتقدير