**Образец клинического протокола: Сахарный диабет 2-го типа**

**Таблица содержания**

Список аббревиатур и сокращений 2

1. Клинические руководства 3

2. Диагностика 4

2.1 Скрининг пациентов с отсутствием симптоматики (выборочно) 4

2.2 Классические признаки и симптомы сахарного диабета 4

2.3 Диагностический алгоритм 5

2.3.1 Стандартные направления для постановки диагноза 6

2.3.2 Диагностические критерии 6

2.4 Диагностическая классификация 7

3. Лечение 7

3.1 Алгоритм отбора препаратов 7

3.1.1 Препараты по лечению сахарного диабета 7

3.1.2 Выбор инсулина и алгоритмы титрации 10

3.1.3 Таблица сравнения препаратов 11

3.1.4 Другие препараты для лечения сахарного диабета 14

4. Мониторинг 15

4.1 Карта наблюдения за пациентом ПУЗ 15

4.2 Регистры пациентов 17

5. Самоменеджмент 18

5.1 План действий пациента 18

5.2 Обучение пациента 23

5.3 Образец Краткого плана действий 24

Ссылки 27

**проект от 15 мая 2015, версия 1.4**

# Список аббревиатур и сокращений

* КП Клинический Протокол
* КР Клиническое Руководство
* ЦС Центр Стандартизации
* CSIH Canadian Society for International Health
* ПУЗ Программа Управления Заболеваниями
* ЕОК Европейское Общество Кардиологии
* РЦРЗ Республиканский Центр Развития Здравоохранения
* МЗ Министерство Здравоохранения

# Клиническое руководство

Основой данного клинического протокола являются клинические доказательства, описанные в следующем клиническом руководстве:

***Стандарт:***

* Шотландская межуниверситетская сеть руководств (SIGN). Управление сахарным диабетом. Национальное клиническое руководство. Эдинбург (Шотландия): Шотландская межуниверситетская сеть руководств (SIGN); март 2010г., стр. 170 (публикация SIGN; № 116).**1**
	+ Обновленное доказательство: раздел 1.3 пересмотрен в мае 2014г., а также разделы 6.5.6 и 6.11 пересмотрены в мае 2011 г. См.: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign116.pdf>.

Были отмечены два исключения в руководствах SIGN. В разделе 2.6 по ведению артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний были произведены замены на следующие источники:

* По ведению сахарного диабета и артериальной гипертензии: [Американская](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=American%20Diabetes%20Association%5BCorporate%20Author%5D) Диабетическая Ассоциация. Стандарты оказания медицинского ухода при диабете-2015г. сокращены для поставщиков первичной медицинской помощи. Clin Diabetes. Апрель, 2015г.;33(2):97-111.**2**
* По ведению сахарного диабета и липидов: Руководства ЕОК/ЕОА по управлению дислипидемией: рабочая группа по управлению дислипидемией Европейского общества кардиологии (ЕОК) и Европейского общества атеросклероза (ЕОА) Euro Heart J. Июль 2011г.;32(14):1769-818.3

В частности, целевой уровень артериального давления у пациентов с сахарным диабетом был пересмотрен в сторону 140/90,а целевой уровень липидов в сторону ЛПНП <1,8 при наличии у пациента с сахарным диабетом сердечно-сосудистого заболевания, и <2,5, при отсутствии сердечно-сосудистого заболевания.

***Ожидания:***

Все терапевты и кардиологи должны:

* Читать КР в полном объеме
* Посещать сертифицированные обучающие сессии минимум раз в три года
* Предоставлять сертификат о посещении руководителю Департамента по контролю качества в поликлинике
* Проходить экзамен в режиме онлайн на знания в области КР каждые три года

# 2. Диагностика

## 2.1 Скрининг пациентов с отсутствием симптоматики (выборочно)

Примечание: руководства по ведению сахарного диабета SIGN не предоставляют какого-либо одобрительного или опровергающего заключения по скринингу пациентов с отсутствием симптоматики. Поэтому данная рекомендация считается не обязательной и зависит от предложений национальной рабочей группы клинических экспертов. Она основывается на рекомендациях, приведенных из клинического руководства по ведению сахарного диабета провинции Британская Колумбия.

Пациентам в возрасте ≥ 40 лет необходимо проходить скрининг каждые три года, при этом сдавая анализ на уровень глюкозы натощак. В таком случае должен быть соблюден диагностический алгоритм, приведенный в разделе 2.3.

**Ожидания:**

Пациентам с отсутствием симптоматики от 40 лет и выше необходимо проходить скрининг каждые три года.

## 2.2 Классические признаки и симптомы сахарного диабета

Классические признаки и симптомы сахарного диабета включают в себя:

Симптомы: полиурия, полидипсия, необъяснимое снижение веса, расфокусированное зрение, усталость.

Признаки: обезвоживание (сухость рта, постуральная гипотензия, тахикардия, снижение кожного тургора).

Остальное: случайный уровень глюкозы в крови ≥ 11.1 ммоль/л.

**Ожидания:** Ожидается, что терапевты будут выявлять подозрение на сахарный диабет у пациентов с классическими симптомами и назначать исследования для подтверждения диагноза (см. п. 2.3 ниже).

## 2.3 Диагностический алгоритм

Следующий алгоритм может быть использован при наличии у пациента подозрения на сахарный диабет на основе признаков и симптомов, описанных в пункте 2.2.

Анализ уровня глюкозы натощак

Уровень глюкозы **натощак:**

6.1-6.9

<=6.0

>>=7.0

Провести глюкозотолерантный тест

Через два часа после нагрузки глюкозой:

<<7.8

>=11.1

>>=7.8 & <11.1

Нормальное состояние

Нарушенная гликемия натощак

Диагноз: нарушенная толерантность к глюкозе

Диагноз: сахарный диабет

Источник: Алгоритм разработан консультантами компании CSIH на основе информации из руководства SIGN. ОГТТ – оральный глюкозотолерантный тест.

**Ожидания:** см. п. 2.4 ниже

### 2.3.1 Стандартные направления для постановки диагноза

В случае если диагноз Сахарный диабет был поставлен пациенту недавно, необходимо назначить следующий перечень основных исследований:

Уровень ЛПНП натощак, уровень гликированного гемоглобина, соотношение альбумина к креатинину, уровень электролитов, креатинин, уровень сахара в крови натощак, общий анализ мочи.

**Ожидания:** результаты данных исследований у пациентов, которым диагноз Сахарный диабет был поставлен недавно, необходимо заносить в амбулаторную карту пациентов.

## 2.3.2 Диагностические критерии

***Стандарт:***

Ниже следуют признанные в Казахстане диагностические критерии для постановки диагноза «сахарный диабет»:

|  |
| --- |
| **Диагностические критерии для выявления сахарного диабета** |
| 1. Уровень глюкозы натощак (FPG) ≥7.0 ммоль/л, ИЛИ |
| 2. Уровень глюкозы ≥11.1 ммоль/л в течение двух часов после оральной нагрузки глюкозой в размере 75 г (оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ)), ИЛИ |
| 3. Уровень гликированного гемоглобина ≥ 6.5% |

Ссылка: клиническое руководство SIGN , раздел 1.3 определения, стр. 21;а также рекомендации ВОЗ. 4

Ниже приведены признанные диагностические критерии для постановки диагноза нарушенная толерантность к глюкозе:

|  |
| --- |
| **Диагностические критерии для выявления нарушенной толерантности к глюкозе** |
| 1. Уровень глюкозы натощак (FPG) <7.0 ммоль/л И |
| 2. Уровень глюкозы ≥7.8 и <11.1 ммоль/л в течение двух часов после оральной нагрузки глюкозой в размере 75 г (оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ)) |

Ниже приведены признанные диагностические критерии для постановки диагноза нарушенная гликемия натощак:

|  |
| --- |
| **Диагностические критерии для выявления нарушенной гликемии натощак** |
| 1. Уровень глюкозы натощак (FPG) ≥6.1 and <7.0 ммоль/л  |

***Ожидания:*** Как только будет установлено соответствие вышеизложенным критериям все терапевты и эндокринологи должны задокументировать диагноз сахарный диабет в амбулаторной карте, а также необходимо задокументировать те критерии, соответствие которым было установлено при постановке диагноза «Сахарный диабет» впервые.

Врачам также рекомендуется записывать год, во время которого был поставлен диагноз Сахарный диабет.

Врачам рекомендуется документировать диагноз нарушенной толерантности к глюкозе или нарушенной гликемии натощак, так как они являются факторами риска будущего развития сахарного диабета. Тем не менее, данная процедура не подлежит аудиту, т.к. наличие у пациента этих состояний не требует лечения, описанного в данном протоколе.

## 2.4 Диагностическая классификация

Ниже следуют определения сахарного диабета 1 и 2 типов:

|  |  |
| --- | --- |
| Классификация | Клинические критерии |
| 1 тип | Заболевание в раннем возрасте; быстрое прогрессирование симптомов; на начальной стадии требуется назначение инсулина. |
| 2 тип | Начало заболевания в зрелом возрасте; связано с ожирением, режимом питания; на начальной стадии назначается изменение режима питания и прием пероральных препаратов; в сложных или тяжелых случаях может быть использован инсулин. |

Источник: буклет пациента SIGN, стр. 4.5

**Ожидания:** Все пациенты должны быть классифицированы по типу 1 или 2, результаты классификации необходимо документировать в карте наблюдения за пациентом (см. 4.1 ниже). Избегайте использований таких терминов, как "инсулинозависимый" и "инсулиннезависимый" диабет.

# 3. Лечение

## 3.1 Алгоритм отбора препаратов

### **3.1.1 Препараты по лечению сахарного диабета**

Следующий алгоритм может быть использовать для отбора препаратов в целях снижения уровня сахара в крови (вариант 1):

**Международная Федерация Диабета Алгоритм по лечению пациентов с сахарным диабетом 2-го типа**

**Изменения образа жизни**

**Тогда на каждом этапе, если не достигается целевой уровень гликированного гемоглобина < 7.0%**

**Рассмотрите назначение препаратов первой линии**

**Препараты сульфонилмочевины**

 **или ингибиторы альфа - глюкозидазы**

**Метформин**

**Рассмотрите назначение препаратов второй линии**

**Ингибиторы альфа-глюкозидазы или ингибиторы дипептидилпептидазы 4** **или** [**тиазолидиндион**](http://www.multitran.ru/c/m.exe?t=6627183_2_1&s1=thiazolidinedione)

**Метформин**

**(если не является препаратом первой линии)**

**Препараты сульфонилмочевины**

*или*

**Рассмотрите назначение препаратов третьей линии**

 **третьей линии**

**Ингибиторы альфа-глюкозидазы или ингибиторы дипептидилпептидазов 4 типа или** [**тиазолидиндион**](http://www.multitran.ru/c/m.exe?t=6627183_2_1&s1=thiazolidinedione)

**Агонист рецепторов глюкогоноподобного пептида –1**

**Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа**

**Базальный инсулин или премикс**

*или*

*или*

**Рассмотрите назначение препаратов четвертой линии**

**четвертой линии**

**Базальный инсулин или премикс (позднее базальный + прандиальный)**

= обычный подход

**Базальный + прандиальный инсулин**

= альтернативный подход

Источник: Международная федерация диабета. Алгоритм лечения для людей с сахарным диабетом 2 типа; 2014 г. [приведено 10 апреля, 2015 г.]. Доступно по ссылке: <http://www.idf.org/treatment-algorithm-people-type-2-diabetes>.6 авторские права защищены, 2014 г., Международная федерация диабета. Переиздано с разрешения от Международной федерации диабета. Алгоритм Международной федерации диабета был изменен для использования в Казахстане путем добавления ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа под вариантами третьей линии, для соответствия руководствам SIGN, которые были выбраны для использования в стране.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ: материалы, представленные на данном сайте, предназначены только для образовательных и информационных целей. Необходимо понимать, что Международная федерация диабета не занимается оказанием медицинских услуг или предоставлением рекомендаций. Информация, содержащаяся на данном сайте, не предназначена для замены консультации с квалифицированными специалистами здравоохранения и поэтому не может браться за основу для осуществления данного действия. Ссылки, содержащиеся в пределах этого вебсайта на товары, услуги, предприятия, организации веб-сайты и события, которые не находятся под контролем Международной федерации диабета, не должны быть истолкованы как одобренные Международной федерацией диабета.. МФД не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования любой справочной информации или за включение любой литературы, на которую делаются ссылки, в рамках сайта. Международная федерация диабета не несет ответственности за изменения, внесенные для использования в Казахстане, как указано выше.

Ниже следует альтернативная версия алгоритма отбора препаратов (вариант 2).

**Рисунок 2: Алгоритм лечения диабета (вариант 2)**

Метформин

Препараты сульфонилмочевины\*

* При непереносимости метформина или
* При снижении веса/ наличии астматических симптомов

**Препараты 1-ой линии в дополнение к изменению образа жизни; НАЧАТЬ С ОДНОГО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ**

Провести обзор и если цель не достигнута перейти ко второй линии

**Препараты 2-ой линии в дополнение к изменению образа жизни, соблюдению приема препаратов и оптимизации дозы; ДОБАВИТЬ ОДИН ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ**

**Тиазолиндион\* (**На территории ЕС только пиоглитазон является лицензированным)

* В случае гипогликемии (вождение, риски, связанные с характером работы, если имеется риск падения с высоты) и
* При отсутствии ХСН

**Ингибитор дипептидилпептидазы 4\***

* В случае гипогликемии (вождение, риски, связанные с характером работы, если имеется риск падения с высоты)
* Если проблема заключается в увеличении веса

Препараты сульфонилмочевины

Провести обзор и если цель не достигнута перейти к третьей линии

**Препараты 3-й линии в дополнение к изменению образа жизни, соблюдению приема препаратов и оптимизации дозы; ДОБАВИТЬ ИЛИ ЗАМЕНИТЬ ОДНИМ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ**

ПРЕПАРАТЫ PER OS (продолжать лечение препаратами метформин/ сульфонилмочевины, при хорошей переносимости

ИНЪЕКЦИОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ (при наличии у пациента желания к самостоятельному использованию, продолжать лечение препаратами метформин/ сульфонилмочевины, при хорошей переносимости

**Агонист рецепторов глюкогонподобного пептида – 1\***

* Если индекс массы тела > 30 кг/м2
* При наличии желания снизить вес
* Обычно < 10 лет с момента постановки диагноза

**Ингибитор дипептидилпептидазы 4\***

Если проблема заключается в увеличении веса

**Инсулин\* (делать инъекцию перед сном)**

* При наличии астматических симптомов/ увеличенииуровня гликированного гемоглобина, на начальнойстадии назначить инсулин НПХ (нейтральный протамин Хагедорна)
* В случае гипогликемии, назначить в качестве альтернативы базальный аналог инсулина
* Добавить прандиальный инсулин с соблюдением режима по мере необходимости

**Тиазолиндион\* (**На территории ЕС только пиоглитазон является лицензированным)

При отсутствии ХСН

Источник: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Ведение диабета. Национальное клиническое руководство. Эдинбург (Шотландия): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); март 2010г. 170 стр. (публикация организации SIGN; №. 116) – смотрите раздел 6.11.1 Авторские права2010г. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Переиздано с разрешения Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

**Ожидания:** Ожидается, что врачи будут следовать данным алгоритмам. Врачи также должны документировать случаи, когда рекомендуемый препарат не используется (например, из-за побочных эффектов). Помимо первоначальных двух препаратов (метформина и сульфонилмочевины), врачи имеют широкий спектр вариантов лечения. Врачи могут свободно воспользоваться возможностями этого диапазона выбора, а также должны продемонстрировать введение дополнительного лечения, если уровень гликированного гемоглобина выше желаемой цели при ведении пациентов в течение длительного периода времени

### 3.1.2 Выбор инсулина и алгоритмы титрации

Следующие алгоритмы могут быть использованы для титрации инсулина для пациента.   Предоставленная здесь информация позволяет врачу разработать индивидуальный подход по выбору наилучших препаратов в соответствии с состоянием пациента. Например, пациенты страдающие ожирением, возможно, пожелают избежать прием препаратов, способствующих увеличению веса; а пациенты с чувствительным желудочно-кишечным трактом, возможно, пожелают избежать прием препаратов с побочными гастроинтестинальными эффектами

**Таблица 1: Алгоритм по выбору препарата и титрации инсулина**

|  |
| --- |
|  **Протокол титрации** |
| Реагент | Начальная доза | Индикатор | Корректировка | Частота корректировки |
| Базальный | 10 единиц перед сном  | Уровень глюкозы натощак >  5.5 ммоль/л |  +1 единица | Ежедневно |
| 0.1-0.2 единицы/ кг ежедневно, или 10 единиц один или два раза в день | Средний уровень глюкозы натощак:  <4.4 ммоль/л 4.4-6.1 ммоль/л >6.1 ммоль/л |  -3 единицы Без изменений +3 единицы | Каждые три дня |
| Премикс | 6 единиц во время завтрака и ужина | Средний уровень глюкозы натощак перед завтраком и ужином:  <4.4 ммоль/л  4.4-6.1 ммоль/л 6.2-7.8 ммоль/л 7.9-10.0 ммоль/л >10.0 ммоль/л |  -3 единицы Без изменений +3 единицы +6 единиц +9 единиц | Каждые 3-5 дней |
| Базис - болюсный(Базальный как указан выше) | 50% общей дневной дозы, разделенной на три дозы (50%, 33% и 17% для наибольшей, средней и наименьшей порций приема пищи) | Доза прандиального инсулина: ≤10 единиц 11-19 единиц ≥20 единиц | Если хотя бы половина постпрандиальных показателей > целевых показателей: -1 единица +2 единицы +3 единицы | Если хотя бы половина постпрандиальных показателей <целевых показателей: -1 единица -2 единицы -3 единицы | Еженедельно |

Источник: Canadian Medical Association Journal. Lau AN, Tang T, Halapy H, Thorpe K, Yu CH. Титрация дозы инсулина для больных диабетом 2 типа. CMAJ. Апрель 2012г. 17;184(7):767-76.7 Авторские права2015 Canadian Medical Association Journal. Переиздано с разрешения Canadian Medical Association Journal. Пожалуйста, обратите внимание на то, что данная версия находится в ограниченном использовании. Для дальнейшего использования необходимо будет получить новое разрешение.

**Ожидание:** Врачи, назначающие инсулин, должны выбрать один из представленных выше алгоритмов и задокументировать выбор в амбулаторной карте пациента. ***Врачи могут индивидуально настроить алгоритм в соответствии с потребностями пациента, но эти индивидуальные настройки должны быть также задокументированы.***

### 3.1.3 Таблица сравнения препаратов

Приведенная ниже таблица предназначена для использования в сочетании с алгоритмами, данными в разделе 3.1.1.8. Предоставленная здесь информация позволяет врачу разработать индивидуальный подход по выбору наилучших препаратов в соответствии с состоянием пациента. Например, пациенты страдающие ожирением, возможно, пожелают избежать прием препаратов, способствующих увеличению веса; а пациенты с чувствительным желудочно-кишечным трактом, возможно, пожелают избежать прием препаратов с побочными гастроинтестинальными эффектами.

**Таблица 2: Свойства сахарпонижающих препаратов, доступных в США и Европе, способные направлять выбор индивидуального лечения у пациентов с сахарным диабетом 2 типа**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Класс** | **Препарат (ы)** | **Преимущества** | **Недостатки** | **Стоимость\*** |
| Бигуаниды | Метформин | Большой опыт примененияНе вызывает гипогликемии↓ случаи ССЗ ([Британское проспективное исследование сахарного диабета](http://www.multitran.ru/c/m.exe?t=4806731_2_1&s1=UKPDS)) | Гастроинтестинальные побочные эффекты (диарея,спазмы в животе)Риск лактоцидоза (в редких случаях)Нехватка витамина B12Многочисленные противопоказания: хроническая почечная недостаточность, риск лактоцидоза, гипоксия, обезвоживание, и т.д.  | Низкая |
| Препараты сульфонилмочевины | 2-ого поколенияГлибурид/ глибенкламидГлипизидГликлазид†Глимепирид |  Большой опыт применения↓ риск развития микрососудистых заболеваний ([Британское проспективное исследование сахарного диабета](http://www.multitran.ru/c/m.exe?t=4806731_2_1&s1=UKPDS)) |  Вызывает гипогликемию↑ веса? Смазывание симптомов инфаркта миокарда и ишемической болезни сердцаНебольшой срок действия | Низкая |
| Меглитинид(глиниды) | РепаглинидНатеглинид | ↓уровень постпрандиальных гликемических обостренийГибкость дозирования |  Вызывает гипогликемию↑веса? Смазывание симптомов инфаркта миокарда и ишемической болезни сердцаЧастый режим дозирования | Умеренная |
| Тиазолидинедионы | Пиоглитазон‡Розиглитазон§ | Не вызывает гипогликемиюДлительность действия↑ уровень холестерина липопротеидов высокой плотности↓ уровень триглицеридов(пиоглитазон) ? ↓ случаи ССЗ(Проспективное клиническое испытание пиоглитазона при макрососудистых заболеваниях,пиоглитазон) | ↑весаОтеки/ сердечная недостаточностьВысокий риск перелома костей↑ уровень холестерина ЛПНП (розиглитазон)? ↑ риск развития инфаркта миокарда (мета-анализ, розиглитазон) | Низкая |
| Ингибиторы альфа-глюкозидазы | АкарбозаМиглитол | Не вызывает гипогликемию↓уровень постпрандиальных гликемических обострений?↓ случаи ССЗ(Исследование по профилактике инсулиннезависимого сахарного диабета)Не оказывает системного действия | Умеренное влияние на снижение уровня гликированного гемоглобинаГастроинтестинальные побочные эффекты(флатуленция, диарея)Частый режим дозирования | Умеренная |
| Ингибитор дипептидилпептидазов 4 типа | СитаглиптинВилдаглиптин†СаксаглиптинLinagliptinАлоглиптин | Не вызывает гипогликемиюХорошо переносится | Ангионевротический отек/уртикарная сыпь и другие иммуно-обусловленные дерматологические воздейсттвия  ? Острый панкреатит ? ↑ количество госпитализаций пациентов с сердечной недостаточностью | Высокая |
| Ингибиторы [натрий-зависимого переносчика глюкозы](http://www.multitran.ru/c/m.exe?t=5862472_2_1&s1=SGLT)  | КанаглифлозинДапаглифлозин‡Эмпаглифлозин |  Не вызывает гипогликемию↓ веса↓ уровня артериального давленияЭффективен на всех этапахведения сахарного диабета 2-го типа | Мочеполовые инфекцииПолиурияУвеличение объема жидкости Деплеция/ гипотензия/ усталость↑ уровня холестерина ЛПНП↑ уровень креатинина (временно) | Высокая |
| Агонисты рецепторов глюкогонподобного пептида - 1 | ЭксенатидЭксенатид [пролонгированного](http://www.multitran.ru/c/m.exe?t=4602264_2_1&s1=extended%20release) действияЛираглутидАльбиглютидLixisenatide†Dulaglutide |  Не вызывает гипогликемию↓ веса↓уровня постпрандиальных гликемических обострений↓некоторые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний | Гастроинтестинальные побочные эффекты (тошнота/рвота/диарея)↑ частоту сердечных сокращений ? Острый панкреатит Гиперплазия С-клеток/ опухоли щитовидной железы у животныхИнъекционная формаНеобходимость обучения по применению | Высокая |
| Инсулины | Быстродействующие аналоги- Лизпро- Аспарт- ГлулизинКороткого действия-Человеческий инсулинСреднего действия-Человеческий инсулин НПХ, (нейтральный протамин Хагердона)Аналоги базального инсулина- Гларгин- Детемир- Деглудек† Премикс (несколько типов) | Примерно одинаковая реакция у всех на этот препаратТеоретически безграничная эффективность↓ риск развития микрососудистых заболеваний ([Британское проспективное исследование по сахарному диабет](http://www.multitran.ru/c/m.exe?t=4806731_2_1&s1=UKPDS)у) | ГипогликемияУвеличение веса? Митогенные эффектыИнъекционная формаНежелание пациентов Необходимость обучения по применению | Варьируется# |
| ХПН, хроническая почечная недостаточность; ССЗ, сердечно-сосудистые заболевания; ГИП, глюкозозависимый инсулинотропный пептид; Х-ЛПВП, уровень холестерина липопротеидов высокой плотности; Х-ЛПНП,уровень холестерина липопротеидов низкой плотности; ИМ,инфаркт миокарда; PPAR-g, g-[рецептор, активируемый пролифератором пероксисом](http://www.multitran.ru/c/m.exe?t=4114895_2_1&s1=peroxisome%20proliferator%20activated%20receptor) ; PROactive, Проспективное клиническое испытание пиоглитазона в случаях макрососудистых заболеваний (30); STOP-NIDDM, Исследование профилактики инсулиннезависимого сахарного диабета (31); TZD, тиазолидинедион; T2DM, type 2 diabetes mellitus; UKPDS, [Британское проспективное исследование по сахарному диабет](http://www.multitran.ru/c/m.exe?t=4806731_2_1&s1=UKPDS)у (32,33). Исследование препарата Циклозет (бромокриптин быстрого высвобождения) (34). \*Стоимость основана на препарате с самой низкой ценой данного класса (см. ref. 15). †не лицензированный в США ‡ Первоначальные опасения относительно риска развития рака мочевого пузыря снижаются после проведения последующего исследования. §Не лицензированный в Европе по двум типам сахарного диабета. #Стоимость сильно зависит от типа/бренда (аналоги, человеческий инсулин), а также дозирования. Адаптировано с разрешением Inzucchi и др. (15). |

Источник: Американская диабетическая ассоциация. Стандарта оказания медицинской помощи при диабете 2015г. (Таблица 7). Уход при диабете. 2015г. ;38(1).**8** Авторские права и все права защищены. Материал, приведенный в данной публикации, использовался с разрешения Американской диабетической ассоциации. Пожалуйста, обратите внимание на то, что данная версия находится в ограниченном использовании. Для дальнейшего использования необходимо будет получить новое разрешение.

**Ожидание:** Данный инструмент предоставляется в качестве руководства для врачей и не требует аудита.

### 3.1.4 Другие препараты для лечения сахарного диабета

В нижеследующей таблице перечислены другие рекомендации для больных сахарным диабетом, направленные на лечение сердечно-сосудистых заболеваний.

|  |  |
| --- | --- |
| **Заболевание** | **Рекомендации** |
| Гипертензия | Лечить до достижения целевого артериального давления 140/90, используя:  Препараты первой линии: Ингибитор АПФ (или БРА, при непереносимости ингибитора АПФ у пациента)  Другие препараты первой линии: блокаторы кальциевых каналов, или тиазидные диуретики Бета-блокатор: назначать при наличии коронарной болезни сердца или также при наличии хронической сердечной недостаточности; в противном случае, не назначать в качестве терапии первой линии. |
| Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний | Назначить 75 мг аспирина в день пациенту с наличием сахарного диабета и коронарной болезни сердца. Если коронарная болезнь сердца отсутствует назначение аспирина не обязательно. |
| Управление липидами | Рассмотреть лечение всех пациентов с сахарным диабетом путем назначения статинов, независимо от уровня ЛПНП (см.клинические руководства ЕОК по управлению сахарным диабетом и ведению сердечно-сосудистых заболеваний, раздел 6.4.5).Целевой уровень ЛПНП <1,8, при наличии сердечно-сосудистых заболеваний, хронической почечной недостаточности или повреждения органа-мишени; целевой уровень ЛПНП <2,5 при отсутствии данных условий.Стандартные статины включают в себя:Симвастатин 5, 10, 20 or 50 мгАторвастатин 10, 20, 40, 80 мг  |

Источник: подготовлено консультантами компании CSIH, на основе руководств SIGN1 и ЕОК3

**Ожидания:**

Если артериальное давление не снизилось до целевого уровня в течение предыдущих трех месяцев, врачам необходимо увеличить дозу антигипертензивных препаратов или добавить новый препарат из рекомендованного списка.

Все пациенты должны принимать рекомендованные препараты, указанные выше (липиды, аспирин при ишемической болезни сердца).

Врачи могут отклоняться от указанных выше руководств, но причина любого отклонения должна быть задокументирована в амбулаторной карте пациента (например, если пациент против принятия препарата с определенными побочными эффектами или пациент не может позволить себе покупку препарата).

# 4. Мониторинг

## 4.1 Карта наблюдения за пациентом ПУЗ

Пациентам, не достигшим своего целевого артериального давления и уровня сахара, необходимо проходить последующее детальное обследование, для ведения сахарного диабета, как минимум каждые три месяца. Для пациентов с хорошим контролем данных показателей частота визитов может быть сокращена до одного раза в шесть месяцев.

Карту наблюдения за пациентом следует заполнять во время каждого комплексного визита пациента с сахарным диабетом. В результате, такая информация, как уровень артериального давления пациента, вес, последний задокументированный уровень гликированного гемоглобина, а также все корректировки в назначении препаратов должны быть задокументированы во время каждого визита.



Версия: от 11 сентября, 2015г. Источник: адаптировано из Руководства по уходу за сахарным диабетом Британской Колумбии. Консультативный совет по руководствам и протоколам, Комиссия по медицинским услугам Британской Колумбии. Руководство по уходу за сахарным диабетом (полная версия) [домашняя страница в интернете]. 2010 [процитировано 13 апреля, 2015г.].9 Авторские права2010г. Консультативный совет по руководствам и протоколам, Комиссия по медицинским услугам Британской Колумбии. Переиздано с разрешения Консультативного совета по руководствам и протоколам, Комиссии по медицинским услугам Британской Колумбии. CSIH подтверждает, что Британская Колумбия является и будет владельцем прав интеллектуальной собственности данного материала и переведенной версии. Британская Колумбия сохраняет полные прав по использованию, воспроизведению и распространению копий данного материала и переведенной версии при любым образом и в случае когда Британская Колумбия может распоряжаться ими по своему усмотрению.

**Ожидания**: всем поликлиникам в Казахстане необходимо использовать стандартные Карты наблюдения за пациентами с Сахарным диабетом и соответственно обновлять их. Все последующие визиты пациента должны осуществляться каждые три месяца (каждые шесть месяцев для пациентов со стабильным уровнем артериального давления и уровнем сахара в крови), а клинике следует демонстрировать использование всех обоснованных методов назначения последующих визитов пациентов. Информацию, включая уровень артериального давления, вес, уровень гликированного гемоглобина, необходимо фиксировать во время каждого визита пациента. Анализ на уровень гликированного гемоглобина следует назначать каждые три месяца (либо каждые шесть месяцев, если данный показатель находится в пределах нормы). Результаты ежегодных обследований (например, вакцинация, осмотр зрения, осмотр стоп) также необходимо документировать.

## 4.2 Регистры пациентов

Поликлиники должны вести регистр всех пациентов с сахарным диабетом и указанной ниже информации, которая необходима для расчета ключевых индикаторов качества оказания медицинской помощи.

**Таблица 4: Регистр по диабету**



Источник: подготовлено консультантами CSIH

**Ожидание:** все поликлиники должны:

* Вносить данные в Карту наблюдения за пациентом после каждого приема пациента по сахарному диабету
* Сохранять заархивированную копию регистру в конце каждого месяца
* Использовать регистр для определения пациентов, вызванных на прием. Список обзвона пациентов в регистре перечисляет пациентов, которые не пришли вовремя на определенные тесты или услуги (процедуры); таких пациентов нужно обследовать как можно скорее. Список обзвона также выявляет пациентов, которые находятся под оптимальным, приближенным к оптимальному и плохим контролем. Пациентов под оптимальным контролем следует наблюдать каждые 6 месяцев, пациентов под контролем, приближенным к оптимальному, - по крайней мере, каждые три месяца, и под плохим контролем – минимум, каждый месяц. Данные временные интервалы можно сократить, на усмотрение врача, если у пациента имеется другое сопутствующее заболевание или осложнение

**Таблица 5: Список для обзвона пациентов с диабетом**



Источник: Подготовлено консультантами CSIH

# 5. Самоменеджмент

## 5.1 План действий пациента

Пациентам должен быть предоставлен индивидуальный план действий по ведению сахарного диабета, кратко излагающий цели лечения, цели по достижению изменений в образе жизни, а также план экстренных действий на случай заболевания. План необходимо составлять индивидуально для каждого пациента, принимая во внимание количество изменений, которые он способен достичь в течение короткого периода времени.

**Таблица 6: Индивидуальный план по уходу при диабете**

**Индивидуальный план по уходу при диабете (часть 2)**

для: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_/ \_\_\_/\_\_\_\_\_

**Цели по контролю заболевания**

Мой целевой уровень артериального давления: \_\_\_\_ / \_\_\_

Мой целевой уровень гликированного гемоглобина\_\_\_\_\_\_\_\_

Мой целевой уровень сахара в крови натощак: < \_\_\_\_\_\_\_

Мой целевой уровень холестерина ЛПНП: < \_\_\_\_\_\_\_\_

Мой целевой вес: \_\_\_\_\_\_\_(кг) до: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_г.

**Изменение образа жизни**

Мой план физических нагрузок:

 Вид физических нагрузок: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Частота выполнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Объем выполнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендуемые ограничения потребления алкоголя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мой план по решению вопросов курения (при необходимости): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мой рекомендованный рацион питания включает:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПЛАН ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕГО НАБЛЮДЕНИЯ:**

Я должен посещать врача для последующего наблюдения каждые: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я должен посещать поликлинику для сдачи анализов крови каждые:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я должен проверять уровень сахара в крови каждые: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я должен измерять свой вес каждые: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Индивидуальный план по уходу при диабете (часть 2)**

ПЛАН ЭКСТРЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ:

Если уровень сахара в крови слишком высокий ( \_\_\_\_\_\_\_\_), тогда я должен сделать следующее:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если уровень сахара в крови слишком низкий (<4.0), тогда я должен сделать следующее:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если у меня появилась рвота или диарея, тогда я должен сделать следующее:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Источник: подготовлено консультантами CSIH

**Индивидуальный план по уходу при диабете - часть 3, Руководство по завершению (стр. 1)**

Несмотря на то, что план должен быть подстроен под пациента, нижеследующие показатели являются установленными по умолчанию для каждого из вышеуказанных пунктов. Врач может отклоняться от данных значений, принимая за основу самочувствие пациента, что является для него более важным.

Мой целевой уровень артериального давления: 140/90

Мой целевой уровень гликированного гемоглобина: 7.0, или 6.5 , при недавно поставленном диагнозе, или выше 7.0, при наличии риска гипергликемии или при трудном регулировании уровня сахара в крови по разным причинам (например, пожилой возраст, другие сопутствующие заболевания, и т.д.)

Целевой уровень сахара в крови натощак: < 7.0

Целевой уровень холестерина ЛПНП: <1.8, при наличии у пациента коронарной болезни сердца, < 2.5 в других случаях

Целевой вес: вес, соответствующий индексу массы тела <= 25.

|  |  |
| --- | --- |
| Высота (см) | Вес (кг) |
| 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 |
| 150 | 22 | 24 | 27 | 29 | 31 | 33 | 36 | 38 | 40 |
| 155 | 21 | 23 | 25 | 27 | 29 | 31 | 33 | 35 | 37 |
| 160 | 20 | 21 | 23 | 25 | 27 | 29 | 31 | 33 | 35 |
| 165 | 18 | 20 | 22 | 24 | 26 | 28 | 29 | 31 | 33 |
| 170 | 17 | 19 | 21 | 22 | 24 | 26 | 28 | 29 | 31 |
| 175 | 16 | 18 | 20 | 21 | 23 | 24 | 26 | 28 | 29 |
| 180 | 15 | 17 | 19 | 20 | 22 | 23 | 25 | 26 | 28 |
| 185 | 15 | 16 | 18 | 19 | 20 | 22 | 23 | 25 | 26 |
| 190 | 14 | 15 | 17 | 18 | 19 | 21 | 22 | 24 | 25 |
| 195 | 13 | 14 | 16 | 17 | 18 | 20 | 21 | 22 | 24 |
| 200 | 13 | 14 | 15 | 16 | 18 | 19 | 20 | 21 | 23 |

|  |
| --- |
| **Маркировка ИМТ**  |
| >30 | Ожирение |
| 25-29.99 | избыточный вес |
| 18-24.99 | идеальный вес |
| <18 | Недовес |

**Индивидуальный план по уходу при сахарном диабете - Часть 3, Руководство по завершению (стр. 2)**

План по выполнению физических нагрузок: 150 минут умеренной активности или 75 минут интенсивной активности в неделю; распределить данное время на 7 дней. Следует включить сочетание аэробных упражнений и силовой нагрузки. (Клиническое руководство SIGN раздел 3.5.5.) Если пациент принимает инсулин, следует рассмотреть уменьшение дозы, либо для предотвращения гипогликемии пациенту необходимо дополнительно перекусить перед тренировкой.

Табакокурение: целью должен быть полный отказ от курения; рассмотрите назначение никотин замещающей или лекарственной терапии.

Алкоголь: не более 2-3 порций алкогольных напитков в день (смотрите клиническое руководство SIGN, раздел 3.8.1). Канадские клинические руководства предлагают более четкую рекомендацию: не более двух порций в день с максимальным количеством в размере 10 порций в неделю для женщин, и не более трех порций в день с максимальным количеством в размере 15 порций в неделю для мужчин. (Источник: руководства для поставщиков медицинских услуг по снижению рисков потребления алкогольных напитков среди пациентов, Канадский центр по проблемам злоупотребления психоактивными веществами, 2013 г.).

Рекомендованный режим питания: рассмотрите низкоуглеводную диету (50-110 г; смотрите клиническое руководство SIGN, раздел 3.7.1). Поставщикам медицинских услуг рекомендуется предоставлять детальную информацию по типу и рекомендуемых объемах пищи для снижения у пациента уровня углеводов.

Последующие визиты: каждые три месяца (либо шесть месяцев при систематически стабильном у пациента уровне артериального давления и уровня сахара в крови).

Последующие анализы крови: каждые три месяца (либо шесть месяцев при систематически стабильном у пациента уровне сахара в крови).

Частота проведения тестов на уровень сахара в крови в домашних условиях: руководство SIGN рекомендует самостоятельное отслеживание уровня сахара в крови для пациентов, принимающих инсулин или препараты сульфонилмочевины, которые могут вызвать появление гипогликемии. Самостоятельное отслеживание уровня сахара в крови можно рассматривать для пациентов с острым заболеванием, держащих пост во время месяца Рамадан или для пациентов со слабым контролем уровня сахара в крови (к примеру, пациенты с уровнем гликированного гемоглобина >8.0).

Руководства не дают конкретных рекомендаций по частоте проведения тестов, т.к. данную процедуру необходимо подстраивать под каждого пациента индивидуально. Сдача анализов может быть одноразовой или ежедневной, а также может быть выполнена от одного до четырех раз в день.

Проверка веса: в руководстве SIGN не предлагается конкретной частоты измерений веса. Данная процедура может быть проведена в соответствии с нуждами пациента.

**Индивидуальный план по уходу при диабете - Часть 3, Руководство по завершению (стр. 3)**

Если мой уровень сахара в крови слишком высок (>\_\_\_\_):

Врач должен определить, какой уровень является для пациента чрезмерно высоким, и предоставить инструкции пациенту в соответствии с его нуждами. Инструкции могут включать в себя такие, как «обратиться в поликлинику для последующих инструкций», потребление дополнительных жидкостей, и/или увеличение дозы инсулина короткого действия, если пациент уже принимает инсулины.

Если мой уровень сахара в крови слишком низкий (<4.0):

* Принимайте в пищу (в жидком или твердом виде) быстродействующие углеводы. Наилучшим вариантом является 15 г глюкозы или сахарозы в виде таблеток или раствора. Если данные средства недоступны, попробуйте:

• 15 мл (3 чайные ложки) или 3 пакетика пищевого сахара растворить в воде

• 175 мл (3/4 стакана) сока или обычного безалкогольного напитка

• 6 маленьких леденца® (1=2.5г углеводов)

• 15 мл (1 столовая ложка) меда

Действия, необходимые в случае возникновения рвоты или диареи (основаны на рекомендации в период обострения болезни от Научного центра здравоохранения Гамильтон10):

* Принимайте обычные лекарства для лечения сахарного диабета
* Если у вас дома есть глюкометр, проверяйте уровень сахара в крови каждые 2-4 часа, и записывайте результаты измерений в журнал наблюдений.
* Соблюдайте ваш привычный рацион питания и устраивайте перекусы как обычно (если они у вас есть).
* Если возникла проблема с принятием пищи, попробуйте следующее:
* Если ваш уровень сахара в крови ниже 14 ммоль/л, принимайте как сахаросодержащие, так и сахаронесодержащие напитки.
* Если ваш уровень сахара в крови 14 ммоль/л и более, пейте напитки без содержания сахара.

Сахарсодержащие жидкости. Пейте эти напитки каждые 1-2 часа: 3⁄4 стакана обычного газированного напитка или сока, 1 фруктовый леденец или ½ стакана обычного фруктового желе.

Напитки без содержания сахара. Употреблять каждый час один стакан сахаронесодержащих напитков, таких как: вода, диетический газированный напиток, чай, жидкий суп

Углеводы. Попробуйте один из следующих легко перевариваемых продуктов питания: одна чашка супа, один ломтик хлеба, 6 крекеров на соде

Обратитесь в поликлинику или больницу при: боли в животе, тошноте, непрекращающейся рвоте или диарее, температуре тела > 38oC; при чувстве сильной жажды, спутанности сознания, чрезмерной сонливости, потере зрения или общей слабости.

**Ожидание:** каждый пациент должен иметь индивидуальный план действий, обновляемый, по крайней мере, один раз в год. Копия плана должна храниться в амбулаторной карте пациента для целей аудита. Врачей необходимо поощрять обновлять за более частое обновление плана.

## 5.2 Обучение пациента

Все пациенты с сахарным диабетом должны направляться в школы здорового образа жизни для обучения пациента природе заболевания сахарного диабета, ведению правильного режима питания, выполнению физических упражнений и другим аспектам ведения здорового образа жизни. Направление должно быть назначено в момент постановки диагноза и повторяться каждый год.

**Ожидание**: Поликлиники должны гарантировать назначение направлений. Отказ пациента от следования направлениям должен быть задокументирован.

## 5.3 Образец Краткого плана действий

Всем пациентам с сахарным диабетом должна быть предложена поддержка по самоменеджменту. Готовность и заинтересованность пациента в поддержке самоменеджмента следует оценивать во время каждого последующего визита. Пациенты, считающие, что они готовы к оказанию поддержки самоменеджмента и могут вынести из этого пользу, следует получить помощь со стороны поставщика медицинских услуг, прошедшего обучение в поддержке самоменеджмента. Поставщику медицинских услуг необходимо регулярно встречаться с пациентом в целях оказания ему помощи в разработке краткого плана действий, который предполагает достижение пациентом конкретных, желаемых улучшений в его образе жизни в ближайшем будущем. Следующий шаблон (в Таблице 7) может быть использован для помощи пациенту в разработке каждого плана действий.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Таблица 7: Образец составления Краткого плана действий Сегодняшняя дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Моя цель по улучшению здоровья и поддержанию хорошего самочувствия:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**1) Составить план действий:**Есть ли что-то что бы вы хотели сделать для вашего здоровья или поддержания хорошего самочувствия в течение следующих одной или двух недель? Если нет ничего, что вы бы хотели сделать для вашего здоровья или поддержания хорошего самочувствия прямо сейчас, вы, возможно, пожелаете рассмотреть это в будущем. Если да, то заполните следующие детали. Некоторые из них можно не рассматривать. Постарайтесь быть как можно конкретнее.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Мой план действий** | **Мои ответы** | **Комментарии** |
| **Что бы вы хотели сделать?** |  |  |
| **В чем/ где?** |  |  |
| **Когда и как часто?** (В какой части дня вы будете это делать? Если более одного раза—как часто это будет происходить?):  |  |  |
| **Как долго и в каких объемах?** (минуты, порции, и т.д.) |  |  |
| **Когда вы начнете?**  |  |  |

**2) Проведите обзор своего плана**2a) Насколько вы уверены в своих способностях по выполнению плана?Совсем не уверен 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Очень уверен**\*Примечание**: Если вы выбираете 6 или ниже, ответьте на вопрос 2b. Если вы выбираете 7 или выше, проследуйте к вопросу 3.2b) Каким образом вы можете изменить свой план для повышения возможности поднятия оценки до 7 и выше? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**3) Проведите самопроверку****☐** Я буду проверять себя сам**☐** Я буду проверять себя с чьей-либо помощью (член семьи или член команды здравоохранения) Кто этот человек? *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Как и когда вы бы хотели себя проверять (т.е. в течение недели или дня, по телефону или при личном присутствии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Источник: воспроизведено по материалам Центра сотрудничества, мотивации и инноваций (CCMI), Британская Колубмия, Канада, 2015 г. Все авторские права защищены, 2015 г., CCMI. Перепечатано и переведено с разрешения Центра сотрудничества, мотивации и инноваций.

**Ожидание:** Поставщики медицинских услуг, обученные поддержке самоменеджмента, которые предлагают эту услугу пациентам, должны использовать стандартную форму краткого плана действий для его документирования. Пациент должен иметь при себе оригинал этого плана, и еще одну копию следует хранить в амбулаторной карте пациента. Для целей аудита, наличие нескольких кратких планов действий у пациентов демонстрирует оказание поддержки самоменеджмента надлежащим образом.

# Ссылки

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of diabetes. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland); 2010. Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign116.pdf>

2. Standards of medical care in diabetes-2015 abridged for primary care providers. Clin Diabetes. 2015 Apr;33(2):97-111.

3. Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J. 2011 Jul;32(14):1769-818.

4. World Health Organisation (WHO) & International Diabetes Federation (IDF). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia Geneva; 2006. Available from: Available from url: [http://www.who.int/diabetes/publications/Definition and diagnosis of diabetes\_new.pdf](http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf)

5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Managing diabetes - A booklet for patients and carers. 2014 [cited May 13, 2015]. Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/pat116.pdf>

6. International Diabetes Federation. Treatment algorithm for people with type 2 diabetes.; 2014 [cited April 10, 2015]. Available from: <http://www.idf.org/treatment-algorithm-people-type-2-diabetes>

7. Lau AN, Tang T, Halapy H, Thorpe K, Yu CH. Initiating insulin in patients with type 2 diabetes. CMAJ. 2012 Apr 17;184(7):767-76.

8. American Diabetes Association. 7. Approaches to Glycemic Treatment in: Standards of Medical Care in Diabetes—2015: . Diabetes Care. 2015;38(1).

9. Guidelines and Protocols Advisory Committee, Medical Services Commission of British Columbia. Diabetes Mellitus (DM) Care - Guideline (full) [homepage on the internet]. c2010 [cited April 13, 2015]. Available from: <http://www2.gov.bc.ca/gov/DownloadAsset?assetId=5ABAD46337CB422FB810DEAA9BFAAC9B&filename=diabetes.pdf>

10. Hamilton Health Sciences [Internet]. My sick day plan for Type 2 Diabetes 2014 [cited May 14, 2015]. Available from: [http://www.hamiltonhealthsciences.ca/documents/Patient Education/DiabetesType2SickDayPlan-trh.pdf](http://www.hamiltonhealthsciences.ca/documents/Patient%20Education/DiabetesType2SickDayPlan-trh.pdf)