

Национален Институт за Здравство и Клиничка Извонредност

Дата на издавање: Мај 2009

Дијабетес Тип 2

Контролирање на Дијабетес Тип 2

Овој прирачник се ажурира делумно

Клинички прирачник 66 на НИЗКИ и го заменува

Март 2010

Препораките 1.14.2.3, 1.14.2.4, 1.14.2.5 и 1.14.2.6 од овој прирачник се ажурирани и заменети со Невропатска болка : фармаколошко управување/справување на невропатската болка кај возрасни во не специјалистички подесувања/поставувања (Клинички прирачник 96 на НИЗКИ) достапен на www.nice.org.uk/guidance/CG96

Клинички прирачник 87 на НИЗКИ

Изработен од Националниот центар за соработка со хронични состојби и Центар за Клиничка Пракса при НИЗКИ

Клинички прирачник 87 на НИКВ

Дијабетес Тип 2: третирање/лекување на дијабетес тип 2

Информации за нарачување/подредување

Можете да ги преземете следниве документи од www.nice.org.uk/guidance/CG87

- Прирачникот на НИКИ (овој документ) - сите препораки.
- Краток прирачник – резиме на препораките за здравствените професионалци
- Разбирање на упатствата од НИКИ-резиме/кратка содржина за пациентите и негувателите

- Комплетен прирачник (кратки клинички упатства 87 на НИКИ и CG66)-сите препораки,детали за начинот на кој се добиени,како и прегледи за доказите врз кои тие биле базирани.

За печатени копии на краткиот прирачник или Разбирање на упатствата од НИКИ, јавете се на 0845 033 7783 број на НИКИ или електронска пошта publications@nice.org.uk и наведете:

- N 1863 (краток прирачник)
- N 1864 (Разбирање на упатствата од НИКИ).

Клиничките упатства од НИКИ се препораки за лекувањето и грижата на луѓето со специфични болести и состојби во NHS во Англија и Велс

Овој прирачник го претставува гледиштето на НИКИ кое е добиено по внимателно разгледување на достапните докази.Стручните медицински лица се очекува да го земат во предвид при спроведувањето на клиничкото мислење.Сепак, прирачникот не го отфрла индивидуалната одговорност на здравствените работници при носењето соодветни одлуки согласно околностите на пациентот,и се консултираат со пациентот и/или старателот или негувателот, и се информираат за карактеристиките на лековите кои се конзумираат.

Примената на овој прирачник е одговорност на локалните членови на комисијата и/или добавувачите.Членовите на комисијата и добавувачите треба да го применат прирачникот согласно локалните закони да за се избегне незаконска дискриминација и да се земе во предвид промовирањето на еднаквата можност.Ништо не треба да се интерпретира на начин на кој нема да биде во согласност со должностите на овој прирачник.

Национален Институт за Здравство и Клиничка Извонредност

Mid Place

71 High Holborn

London WC1V 6NA

www.nice.org.uk

Содржина

Вовед.....	5
Нега на пациент.....	6
Клучни приоритети за имплементација.....	7
1. Прирачник	8
1.1 Едукација на пациент	8
1.2 Контрола на начинот на живеење/не-фармаколошко контролирање..	9
1.3 Контрола на нивото на глукоза	11
1.4 Само-надгледување на плазма глукоза.....	12
1.5 Контрола на орални глукозни терапии (1): метформин,инсулин secretagogues and acarbose.....	13
1.6 Контрола на орални глукозни терапии (2): други орални агенси и exenatide.....	15
1.7 Контрола на глукоза: терапија со инсулин.....	19
1.8 Терапија за крвен притисок	23
1.9 Проценка на кардиоваскуларен ризик	25
1.10 Контрола на крвни липидни нивоа	26
1.11 Анти-тромбозна терапија	28
1.12 Оштетување на бубрезите	29
1.13 Оштетување на видот	30
1.14 Оштетување на нервите	32
2. Забелешки за целта на прирачникот	34
3. Имплементација.....	35
4. Препораки од истражувња.....	36
5. Други верзии на од овој прирачник.....	39
6. Инструкции поврзани со прирачникот на НИЗКИ.....	40

7. Ажурирање на прирачникот.....	41
Додаток А: Групи за развој на прирачникот.....	42
Додаток Б: Панел за преглед на прирачникот.....	48
Додаток В: Алгоритми	49

Клиничкиот прирачник е делумно ажуриран со клиничкиот прирачник 66 на НИЗКИ и истиот го заменува Клиничкиот прирачник 66 на НИЗКИ ги има ажурирано клиничките упатства Е, F, G и H на НИЗКИ (2002) и ги има заменето препораките за дијабетес тип 2 со НИЗКИ технолошки упатства 53(2002), 60 и 63 (2003).

Препораките во деловите 1.6 и 1.7.2 се ажурирани со краткиот клинички прирачник Дијабетес тип 2: нови агенци за контрола на глукоза во крвта кај дијабетес тип 2 се нови (нови 2009) или непроменети. Овој краток прирачник се однесува на лиценцирани лекови од септември 2008. Препораките не се применуваат на лекови кои не се достапни во ВБ и не се вклучува лираглутид, кој не е одобрен од маркетингот на ВБ за дијабетис тип 2 за време на изработката на овој прирачник. Препораките се усогласени со безбедносните информации од Европската Агенција за Лекови и Регулаторна Агенција за лекови и здравствени производи.

Вовед

Дијабетес тип 2 е често поврзан со висок крвен притисок, нарушеност на нивото на крвните липидни нивоа и со тенденција за појава на тромбоза. Значајно за повисокиот кардиоваскуларен ризик е тоа што носи: коронарна артериска болест (срцев удар, ангина); периферална артериска болест (гангрена, клаудикација); и каротидна артериска болест (мозочни удари, деменција). Одредени компликации (миковаскуларни) од дијабетесот вклучуваат оштетување на очите (слепило), оштетување на бубрезите (понекогаш е потребна дијализа или трансплантација) и оштетување на нервите (која резултира со ампутација, болна невропатија, еректилна дисфункција и други проблеми). Оваа слика од повеќе кратни васкуларни ризични фактори и широк дијапазон на компликации значат дека менаџирањето на дијабетес тип 2 се вовлекува во многу области од здравството. Како резултат на ова, грижата за дијабетесот е комплексна и одзема

доста време. Начинот на живот се менува, сложениот начин на контрола и несаканите појави од терапијата го прават саомониторирањето и едукацијата на луѓето со дијабетес важен дел од контролата.

Дефиниција

Препораките од прирачникот беа добиени со употребата на дефиницијата за дијабетес на СЗО, која бара еден степен на високо ниво на плазма глюкоза доволно за индивидуата да биде изложена на ризик од микроваскуларни компликации. Дефиницијата беше потврдена од СЗО во 2006, но како и претходните верзии не содржи одредена дефиниција за дијабетес тип 2. Личноста се смета дека има дијабетес тип 2 ако тој или таа нема дијабетес тип 1 (брз почеток, често во детството, зависник од инсулин, кетоацидоза ако ја запоставува болеста), моногенетски дијабетес или други медицински состојби или третман кој сугерира за секундарен дијабетес. Дијагнозата не е цел на овој прирачник.

Нега на пациент

Прирачникот нуди најдобри практични совети за нега на луѓе со дијабетес тип 2. Не се однесува на нега за пациенти пред и за време на бременост, или нега од страна на специјалистички услуги за специфични оштетувања на органи (срцево, бубрежно, очно, васкуларно оштетување, мозочен удар и други услуги).

Контролата на дијабетесот вклучува значаен број на елементи од самогрижа и советите треба да се подредени соодветно на потребите и параметрите на луѓето со дијабетес како и на нивните негуватели. Луѓето со дијабетес тип 2 треба да имаат можност да носат одлуки за нивната грижа и лекување базирани на информации од соработката со здравствените работници. Доколку пациентите не се во можност да носат одлуки, здравствените работници треба да ги следат упатствата од Одделот за Здравствени упатства-„Прирачник за соодветно испитување или лекување“ (2001) (достапен на www.dh.gov.uk). Здравствените работници треба исто така да го следат кодот за пракса приложен со Законот за ментална способност (резимето е достапно на www.publicguardian.gov.uk).

Добрата комуникација меѓу пациентот и здравствените работници е суштинска. Треба да се поддржи со записи базирани на пишаните информации изработени согласно потребите на пациентот. Лекувањето и негата како и информациите за пациентите треба да бидат културолошки соодветни. Треба да бидат достапни и на луѓе со дополнителни потреби како што се физички, ментални или пречки при учење.

Доколку пациентот се согласи, семејствата или негувателите треба да имаат можност да се вклучат во носењето одлуки за лекување и нега.

На семејствата или негувателите треба исто така да им се дадат информациите и да ги поддржат нивните потреби.

Клучни приоритети за имплементација

- Да се понуди структурирана едукација за секоја личност и/или за нивните негуватели за време на дијагнозата со годишно подобрување и ревизија. Да се информираат луѓето и нивните негуватели дека структурираната едукација е составен дел од грижата на луѓе со дијабетес.
- Да се обезбедат индивидуализирани и тековни совети за исхрана од страна на стручните медицински лица со соодветна експертиза и нутриционисти.
- При поставувањето на целниот гликолизирани хемоглобин (HbA_{1c}):
 - се вклучува личноста во одлуките за постигнување на неговото индивидуално ниво на HbA_{1c} , кое може да изнесува над 6.5 % кај луѓето со дијабетес тип 2.
 - се охрабрува личноста во одржувањето на таргетирано индивидуално ниво доколку несаканите појави (вклучувајќи ја хипогликемијата) или напорите за да се одржи ова ниво го нарушуваат квалитетот на животот
 - се нуди терапија (начин на живот и лекување) за да се помогне при постигнувањето и одржувањето на таргетираното ниво на HbA_{1c} ,
 - да се информира личноста со високо ниво на HbA_{1c} дека секое намалување на HbA_{1c} е поволно за понатамошното здравје
 - да се избегне интензивен менаџмент со намалување на нивото под 6.5%.
- Да се понуди само-контрола на плазма гликоза кај личност со новодијагностициран дијабетес тип 2, само како составен дел од неговото или нејзиното само едуцирање. Да се дискутира за неговата цел и да се постигне договор за тоа како да се интерпретира и да се делува согласно на ова.

- Кога ќе се започне со инсулинска терапија, треба да се употреби програма за користење на активна инсулинска дозна титрација која ги опфаќа:
 - Структурирана едукација
 - Континуирана телефонска поддршка
 - Честа само-контрола
 - Дозна титрација до таргет ниво на гликозиран хемоглобин
 - Да ја разбере и примени диетотерапијата
 - Справување со хипогликемија
 - Менаџирање на акутни промени во плазма гликозата
 - Поддршка од соодветно обучени и искусни стручни медицински лица

1 Упатства

Следниве упатства се базирани на најдобрите достапни докази. Целосниот прирачник (www.nice.org.uk/CG87) ги дава деталите за методите и доказите кои се користени за развој на упатствата.

1.1. Едуцирање на пациент

1.1.1 Да се понуди организирана едукација на секоја личност и/или здравствени работници околу и за време на дијагнозата, со годишно подобрување и ревизија. Да се информираат луѓето и здравствени работници дека организирана едукација е составен дел од грижата за луѓето со дијабетес.

1.1.2 Да се избере програма за едукација на пациенти која ќе ги исполни критериумите поставени од страна на Одделот за Здравство и Едукациската работна група за пациенти со дијабетес во Велика Британија.

- Секоја програма треба да се базира на докази и да биде соодветна на потребите на индивидуата. Програмата треба да има одредени цели и пристап кон учењето кој треба да ја подржува способноста

на луѓето со дијабетес за само-контрола и да обезбеди правилни ставови, верувања, знаења и вештините, како на луѓето со дијабетес, така и на нивните фамилии и здравствените работници.

- Програмата треба да има наставна програма базирана на теорија и докази, да биде ефективна, да содржи дополнителни материјали и да биде напишана.
- Програмата треба да се спроведе од страна на обучени едукатори кои ја разбираат едукациската теорија соодветна на возраста и потребите на учесниците на програмата и да се обучени и компетентни во спроведувањето на принципите и содржината на програмата која ја нудат.
- Самата програма треба да биде квалитетна и ревидирана од страна на обучени, компетентни, независни проценители кои вршат проценка согласно клучните критериуми за да се потврди доследноста на составот.

1.1.3 Да се потврди дека програмата за едукација на пациенти ги обезбедува потребните ресурси за поддршка на едукаторите и дека едукаторите се соодветно обучени и им е дадено доволно време за да ги развијат и да ги одржат своите вештини.

1.1.4 Програмите за групна едукација да се понудат како опција. Да се обезбеди алтернатива со ист стандард за лице кое не е во можност или не сака да учествува во групната едукација.

1.1.5 Да се потврди дека достапните едукациски програми за пациенти ги исполнуваат културните, лингвистичките, когнитивните и писмените потреби во една локација.

1.1.6 Да се потврди дека сите членови на медицинскиот тим за дијабетес се запознати со достапните локални програми за едукација на пациентите и дека тие програми се интегрирани со останатите патишта за нега и дека луѓето со дијабетес и здравствените работници имаат можност да придонесат кон дизајнот и одредбите на локалните програми.

1.2 Справување со животниот стил/не-фармаколошко справување

Ниту справувањето со дебелината ниту стопирањето на пушењето е посебно наведено во овие упатства. Треба да се следат други упатства на НИЗКИ за овие области (види дел 6 за понатамошни детали).

1.2.1 Совети за начин на исхрана

- 1.2.1.1 Да се обезбедат индивидуални и тековни нутриционистички совети од стручните медицински лица со специфична експертиза и соодветна исхрана.
- 1.2.1.2 Да се обезбедат совети за начинот на исхрана во согласност со потребите, културата и верувањата на индивидуата, треба да се почитува нивната волја за промен и како тоа ќе влијае врз нивниот квалитет на живот.
- 1.2.1.3 Нагласување на здравата балансирана исхрана која се применува помеѓу популацијата особено при обезбедувањето на совети за луѓето со дијабетес тип 2. Треба да се предложат извори на јаглени хидрати богати со влакна, низок индекс на гликемија во исхраната, какошто е овошјето, зеленчукот, житните култури и мешунки; да се вклучат ниско калорични млечни производи и риба, и да се контролира внесувањето на храна која содржи заситени и транс масни киселини.
- 1.2.1.4 Треба да се интегрираат советите за начинот на исхрана со планот за контролирање на дијабетесот, вклучувајќи и други аспекти на модификација на животниот стил, какошто е пораст на физичката активност и губење од тежината.
- 1.2.1.5 Цел на луѓето кои се со прекумерна тежина е да намалат од тежината од 5 до 10 %, и да се запамти дека мал степен на намалување на тежината е од корист додека поголем степен на намалување на тежината во подолг период би имало поволно влијание врз метаболизмот.
- 1.2.1.6 Треба да се индивидуализираат препораките за внесување на јаглени хидрати и алкохол како и да се изработат шеми за оброци. Намалувањето на ризикот од хипогликемија е од особена важност за личност која користи инсулин или инсулински секретотог.
- 1.2.1.7 Треба да се советуваат индивидуите дека ограничената замена на сахароза со други јаглени хидрати во оброкот е дозволено и со тоа би се овозможило да се избегне внесување на преголемо количество на енергија.
- 1.2.1.8 Да не се користи само храна означена специјално за луѓе со дијабетес.

1.2.1.9 При примањето на пациентите во болница или други институции, треба да се имплементира систем за планирање на оброци кои овозможуваат постојана застапеност на јаглени хидрати во содржината на оброците.

1.2.2 Справување со депресија

1.2.2.1 Да се следат препораките во „Депресија:справување со депресијата согласно упатствата во примарната и секундарната клиничка заштита“(клинички упатства 23 на НИКИ).

1.3 Контрола на нивоата на глукоза

1.3.1 При испитувањето на гликозилираниот хемоглобин (HbA_{1c}):

- се вклучува личноста во одлуката за постигнување на нејзиното индивидуално ниво на HbA_{1c}, кое може да изнесува и над 6.5 % земено кај сите луѓе со дијабетес тип 2
- се охрабрува личноста во одржувањето на индивидуалното ниво доколку несаканите појави (вклучувајќи ја хипогликемијата) или напорите за да се одржи ова ниво го нарушуваат квалитетот на животот
- се нуди терапија (начин на живот и лекување) за да се помогне при постигнувањето и одржувањето на нивото на HbA_{1c},
- да се информира личноста со високо ниво на HbA_{1c} дека секое намалување на HbA_{1c} кон одредено ниво е повољно за понатамошното здравје
- да се избегне интензивна терапија за постигнување на вредности помалку од 6.5%.

1.3.2 Мерење на нивоата на HbA_{1c} во период:

- од 2 до 6 месечни интервали (скроени според потребите на личноста) се додека нивото на гликоза во крвта не стане стабилно со непроменета терапија; мерења во период помалку од 3 месеци треба повеќе да се користат како индикатор за насока на промена на терапијата, отколку кај стабилна состојба
- шест месечни интервали се додека не се постигне стабилна состојба на нивото на гликоза во крвта и терапија за намалување на гликозата во крвта

1.3.3 Доколку HbA_{1c} останува над целната вредност, а гликемијата пред оброците е добро контролирани (< 7.0 mmol/l), треба да се размислува за самоконтрола на постпрандијална гликемија (< 8.5 mmol/l) и да се постигне намалување на истата ако е покачена (види дел 1.5-1.7).

1.3.4 Да се измери HbA_{1c} со употреба на високо-прецизни методи и да се поднесе извештај за резултатите како што е препорачано од страна на националниот договор по објавувањето на овој прирачник.

1.3.5 Кога контролирањето на HbA_{1c} е неточно (поради нарушениот вкупен број на еритроцити или абнормален тип на хемоглобин), треба да се изврши проценка на контролата на гликоза во крвта со употреба на еден од следниве начини:

- проценка на фруктозамин
- плазма гликемиски профили со контролиран квалитет
- проценка на вкупниот гликозилиран хемоглобин (доколку е абнормален хемоглобинот).

1.3.6 Да се испитаат несогласувањата помеѓу вредностите на HbA_{1c} и другите мерења на гликоза. Треба да се побара совет од тим со специјалистичка експертиза за дијабетес или клиничка биохемија.

1.4 Само-контрола на плазма гликоза

1.4.1 Да се понуди само-контрола на плазма гликоза на личност со новооткриен тип 2 дијабетес како составен дел од едукацијата за само-контрола. Треба да се дискутира за тоа како треба да се интерпретираат резултатите и соодветно да се делува.

1.4.2 Само-контрола на плазматската гликемија треба да биде достапна на:

- оние со инсулински третман
- оние со орални хипогликемици за да се обезбедат инфромации за хипогликемијата
- да се оценат промените при контрола на гликемијата кои произлегуваат од лековите или промените во начинот на живот
- да се следат промените за време на интеркурентна болест
- да се овозможи безбедност за време на дневните активностите, вклучувајќи го и возењето.

1.4.3 Да се изврши организирана годишна проценка на:

- вештините за самоконтрола
- квалитет и соодветна зачестеност на тестирањето
- начинот употребен за добивање на резултати
- влијанието врз квалитетот на животот
- континуирана корист
- употребена опрема.

1.4.4 Доколку само-контролата е соодветна но следењето на гликоза во крвта е неприфатлива за личноста, треба да се дискутира за следење на гликоза во урината.

1.5 Орални терапии за контрола на гликоза (1): метформин, инсулински секретогог и acarbose

1.5.1 Метформин

1.5.1.1 Да се започне со третман со метформин кај личност која е со прекумерна тежина (да се изврши проценка на ризик од тежината на телото согласно етничката група) и чијашто гликоза во крвта е неадекватно контролирана (види 1.3.1) од интервенциите за животниот стил (исхрана и вежбање).

1.5.1.2 Метформинот треба да се земе како опција за прва терапија за намалување на гликозата за личност која е со прекумерна тежина.

1.5.1.3 Да се продолжи со метформин ако контролата на гликоза во крвта е неадекватна (види 1.3.1) и ако друг орален медикамент (вообичаено sulfonylurea) за намалување на гликозата е додаден.

1.5.1.4 Да се интензивира метформин терапијата постепено преку неделите за да се минимизира ризикот од гастро-интестинални (ГИ) нус појави. Да се продолжи абсорпцијата на метформин таблетите ако ГИ толерантност го спречува продолжувањето на метформин терапијата.

1.5.1.5 Да се ревидира дозата на метформин ако серумот креатинин ја надминува количината од 130 micromol/litre или предиведната glomerular филтрациска стапка (ПГФС) е под 45ml/minute/ 1.73-m².

- Да се прекине метморфин ако серумот креатенин ја надмине количината од 150 micromol/litre или ПГФС е под 30 ml/minute/ 1.73-m².
- Да се препише метформин со предупредување за оние со ризик во случај на влошување на функцијата на бубрезите и кај оние со ризик од намалување на ПГФС под 45ml/minute/ 1.73-m².

1.5.1.6 Полезноста од метформин терапијата треба да се дискутира со личност со слаба до умерена дисфункција на црн дроб или кардиолошко нарушување па затоа:

- соодветно внимание да се посвети на кардиоваскуларни заштитни ефекти од лекот
- може да се донесе одлука за тоа дали ќе се продолжи или прекине метморфинот.

1.5.2 Инсулински секретатор

1.5.2.1 Sulfonylurea е првична опција како терапија за намалување на гликозата ако:

- личноста не е со прекумерна тежина
- личноста не поднесува метформин (или е контраиндикативен) или
- брза интервенција на примена на терапија е потребна поради хипергликемските симптоми.

1.5.2.2 Да се додаде sulfonylurea како втора терапија кога контролата на гликоза во крвта е неадекватна (види 1.3.1) со метморфин.

1.5.2.3 Да се продолжи со Sulfonylurea ако контролата на гликоза во крвта е неадекватна (види 1.3.1) и друг орален медикамент е додаден за намалување на гликозата.

1.5.2.4 Да се препише Sulfonylurea со ниска цена (но не glibenclamide) во случај кога инсулин секретатор е индициран (види 1.5.2.1 и 1.5.2.2).

1.5.2.5 Во случај на усогласувањето на лековите да претставува проблем, треба да се понуди еднаш-дневно Sulfonylurea со долготрајно дејство.

1.5.2.6 Треба да се едуцира личноста која е третирана со инсулински секретогог, особено ако постои нарушување на работата на бубрезите и ризик од хипогликемија.

1.5.3 Брзо дејствување на инсулински секретогог

1.5.3.1 Да се предложи употреба на инсулински секретогог со брзо дејство на личност со непредвидлив начин на живот.

1.5.4 Acarbose

1.5.4.1 Да се предложи употреба на **Acarbose** за личност која не е во можност да употреба орални лекови за намалување на гликемијата.

1.6 Орални терапии за контрола на гликоза (2): други орални агенси и exenatide

Препораките во овој дел се ажурирани со кратки клинички упатства „Дијабетес тип 2: нови агенси за контрола на гликоза во крвта кај дијабетес тип 2“ (www.nice.org.uk/CG87 shortguideline). Прирачникот дава детали за методите кои се користени за изработка на препораките.

1.6.1 DPP-4 инхибитори (sitagliptin, vildagliptin)

1.6.1.1 Да се предложи употреба на DPP-4 инхибитори (sitagliptin, vildagliptin) наместо Sulfonylurea како втора терапија после првичната терапија на метформин кога контрола на гликоза на крвта постанува неадекватна (или друго високо ниво на HbA_{1c} > 6.5 % согласно индивидуата) ако:

- личноста е во постојан ризик од хипогликемија или последиците (на пример, постарите луѓе и луѓето кои работат одредени професии на пример оние кои работат на височина или со тешка машинерија) или луѓе во одредени социјални околности на пример, оние кои живеат сами, или
- личност кај која Sulfonylurea не делува или Sulfonylurea е контраиндициран (2009)

1.6.1.2 Да се предложи употреби на DPP-4 инхибитори (sitagliptin, vildagliptin) како втора терапија после првата терапија од Sulfonylurea и кога контролата на гликозата во крвта е неадекватна (или друго високо ниво на HbA_{1c} > 6.5 % согласно индивидуата) ако:

- ако метформинот не делува кај личноста или метформинот е контраиндикативен(2009).

1.6.1.3 Да се предложи употреба на sitagliptin како трета опција за терапија после првата терапија со метформин и втората терапија со Sulfonylurea кога контролата на гликоза во крвта е неадекватна (или друго високо ниво на HbA_{1c} > 7.5 % согласно индивидуата) и инсулинот е неадекватен или несоодветен.(2009)

1.6.1.4 Терапијата со DPP-4 инхибитори (sitagliptin,vidagliptin) да се продолжи само ако личноста покажала поволен метаболички одговор (намалување до 0.5 проценти од поените на HbA_{1c} во период од 6 месеци).(2009)

1.6.1.5 Да се дискутира за потенцијалните бенефиции и ризици на третманите со DPP-4 инхибитори (sitagliptin,vidagliptin) со личноста за да се овозможи да се донесе одлука.

DPP-4 инхибитори (sitagliptin,vidagliptin) може да се препорача со thiazolidinedione (pioglitazone,rosiglitazone) ако:

- понатамошно зголемување на тежината ќе предизвика или поттикне значајни проблеми поврзани со зголементата телесна тежина или
- thiazolidinedione (pioglitazone,rosiglitazone) покажува контраиндикации или
- ако личноста покажала слаб резултат или thiazolidinedione (pioglitazone,rosiglitazone) не делува.

Постојат луѓе кај кои или DPP-4 инхибитори (sitagliptin,vidagliptin) или thiazolidinedione (pioglitazone,rosiglitazone) се соодветни и во овој случај изборот за третман треба да се базира на поволниот избор на пациентот.

1.6.2 Thiazolidinedione (pioglitazone,rosiglitazone)

1.6.2.1 Да се предложи да се додаде употреба на thiazolidinedione (pioglitazone,rosiglitazone) наместо Sulfonylurea како втора кон првата терапија од метформин кога контролата на гликоза во крвта е неадекватна (или друго високо ниво на HbA_{1c} > 7.5 % согласно индивидуата) ако:

- кај личноста постои ризик од хипогликемија или последиците (на пример, постарите луѓе и луѓето кои работат одредени професии на пример оние кои работат на височина или со тешка машинерија) или луѓе во одредени социјални околности на пример, оние кои живеат сами, или
- личност кај која Sulfonylurea не делува или Sulfonylurea е контраиндициран (2009)

1.6.2.2 Да се додаде thiazolidinedione (pioglitazone, rosiglitazone) како втора терапија кон првата терапија од Sulfonylurea кога контролата на гликоза во крвта е неадекватна (или друго високо ниво на HbA_{1c} > 7.5 % согласно индивидуата) ако:

- ако кај личноста не делува метформин или покажува контраиндикации. (2009)

1.6.2.3 Да се додаде thiazolidinedione (pioglitazone, rosiglitazone) како трета терапија кон првата терапија од метформин и втората терапија од Sulfonylurea кога контролата на гликоза во крвта е неадекватна (или друго високо ниво на HbA_{1c} > 7.5 % согласно индивидуата) и инсулинот е неприфатен или несоодветен. (2009)

1.6.2.4 Да не се започне или да се продолжи со thiazolidinedione (pioglitazone, rosiglitazone) кај луѓето кои имаат проблеми со срцето или кај кои постои висок ризик од фрактура. (2009)

1.6.2.5 Кога се избира thiazolidinedione (pioglitazone, rosiglitazone) треба да се земат во предвид најновите совети од релевантни регулаторни тела (Европска Агенција за медикаменти и Регулаторна агенција за лекови и здравствени производи) трошоците, безбедносните и правилата за препишување на рецепти (види 1.6.2.8). (2009)

1.6.2.6 Да се продолжи со thiazolidinedione (pioglitazone, rosiglitazone) само ако личноста покажала поволен метаболички одговор (намалување до 0.5 проценти од поените на HbA_{1c} во период од 6 месеци). (2009)

1.6.2.7 Да се комбинира pioglitazone со инсулинска терапија за личност:

- која претходно покажала позитивен резултат при намалувањето на нивото на гликозата со thiazolidinedione (pioglitazone, rosiglitazone) терапија, или
- која прима високо инсулинска доза на терапија и личноста кај која гликозата во крвта е неадекватно контролирана. (2009)

1.6.2.8 Да се дискутира за потенцијалните бенефиции и ризици на третманите со thiazolidinedione (pioglitazone,rosiglitazone) со личноста за да се овозможи да се донесе одлука.

Thiazolidinedione (pioglitazone,rosiglitazone) може да се препорача со DPP-4 инхибитори (sitagliptin,vidagliptin) ако:

- кај личноста е забележана осетливост на инсулин
- DPP-4 инхибитори (sitagliptin,vidagliptin) покажува контраиндикации или
- ако личноста покажала слаб резултат или thiazolidinedione (pioglitazone,rosiglitazone) не делува.

Постојат луѓе кај кои или thiazolidinedione (pioglitazone,rosiglitazone) или DPP-4 инхибитори (sitagliptin,vidagliptin) се соодветни и во овој случај изборот за третман треба да се базира на поволниот избор на пациентот.(2009)

1.6.3 GLP-1 Mimetic (exenatide)

1.6.3.1 Да се додаде GLP-1 Mimetic (exenatide) како трета терапија кон првата терапија од метформин и втората терапија од Sulfonylurea кога контролата на гликоза во крвта е неадекватна (или друго високо ниво на HbA_{1c} > 7.5 % согласно индивидуата) и личноста има:

- индексот на телесна маса(BMI) >35.0 kg/m² кај оние со европско потомство (со соодветно прилагодување кон другите етнички групи) и кај оние со специфични психолошки или медицински проблеми кои се поврзани со високата телесна тежина или
- (BMI) >35.0 kg/m² и инсулинската терапија ќе имаат значајни импликации или губење на тежина ќе биде од полезност за другите значајни коморбидности поврзани со тежината.(2009)

1.6.3.2 Терапијата со GLP-1 Mimetic (exenatide) да се продолжи само ако личноста покажала поволен метаболички одговор (намалување до 1.0 проценти на HbA_{1c} и губење на тежина од 3% од почетната телесна тежина во период од 6 месеци).(2009)

1.6.3.3 Да се дискутира за потенцијалните бенефиции и ризици на третманите со GLP-1 Mimetic (exenatide) со личноста за да се овозможи да се донесе одлука.(2009)

1.7 Контрола на гликоза: Инсулинска терапија

1.7.1 Орална комбинирана терапија со инсулин

1.7.1.1 Кога се започнува со базална инсулинска терапија:

- Да се продолжи со употребата на метформин и Sulfonylurea (и acarbose ако се употребува)
- Да се ревидира употребата на Sulfonylurea ако се појави хипогликемија.

1.7.1.2 Кога се започнува со премиксна инсулинска терапија (или давање инсулин пред оброк плус базален):

- Да се продолжи со метформин
- Да се продолжи првично со Sulfonylurea, но да се изврши ревизија ако се појави хипогликемија.

1.7.2 Инсулинска терапија

Препораките во овој дел се ажурирани со кратки клинички упатства „Дијабетес тип 2: нови агенси за контрола на гликоза во крвта кај дијабетес тип 2“ (www.nice.org.uk/CG87). Прирачникот дава детали за методите кои се користени за изработка на препораките.

1.7.2.1 Да се дискутира за потенцијалните бенефити и ризици од инсулинската терапија кога контрола на гликоза во крвта е неадекватна (или друго високо ниво на HbA_{1c} > 7.5 % согласно индивидуата) со други мерки. Да се започне со инсулинска терапија ако личноста се согласи. (2009)

1.7.2.2 Личноста која е на дуална таблетарна терапија и која е изразено хипергликемичен, да се разгледа започнување на инсулинска терапија место додавање на други лекови за контрола на гликоза во крвта освен ако не постои силно оправдување да не се направи тоа. (2009)

- 1.7.2.3 Кога ќе се започне со инсулинска терапија, треба да се употреби структуриран програм кој опфаќа активна титрација на инсулинска доза:
 - Структурирана едукација
 - Континуирана телефонска поддршка
 - Честа само-контрола

- Титрирање на дозата до таргетот
- Разбирање и примена на диетотерапија
- Менаџирање на акутни промени во плазма гликоза
- Поддршка од соодветно обучени и искусни стручни медицински лица

1.7.2.4 Да се иницира инсулинска терапија од бројните избори на инсулини и режими.

- Да се започне со NPH инсулин кој се прима во вид на инјекција пред легнување или два пати дневно согласно потребите.
- Да се употреби како алтернатива долготраен аналоген инсулин (insulin detemir, insulin glargine) ако:
 - Личноста има потреба од асистенција од негувател или стручни медицински лица за инјектирање на инсулинот, и употреба на долготраен аналоген инсулин (insulin detemir, insulin glargine) со што ќе се редуцира бројноста на инјекциите од два пати на еднаш дневно, или
 - начинот на живот на личноста е ограничен од страна на повторно појавување на симптомтски хиполикемиски епизоди или
 - личноста би имала потреба од NPH инсулин инекции два пати дневно во комбинација со орални хипогликемици или
 - личноста не е во состојба да дава инјекција од NPH инсулинот.
- Да се употребува два пати дневно пред-мешан (двофазен) инсулин (особено ако $HbA_{1c} > 9.0\%$). Еднодневен режим може да биде опција.
- Да се употребат пред-мешани смеси кои вклучуваат краткотраен инсулински аналогот отколку давање премиксни препарати кои вклучуваат краткотраен хуман инсулин, ако:
 - Личноста преферира инјекција од инсулин веднаш пред оброкот или
 - Ако постои проблем со хипогликемија или
 - Ако нивото на гликемија расте значително после оброците.(2009)

1.7.2.5 Да се разгледа можноста за префрлување на долготраен инсулински аналог (insulin detemir, insulin glargine) од NPH инсулин кај луѓе:

- Кои не го постигнале нивото на HbA_{1c} поради хипогликемија, или
- Кои искусиле хипогликемија на NPH инсулин независно од постигнатото ниво на HbA_{1c}, или
- Кои имаат потреба од негувател или стручни медицински лица за употребата на инсулински инјекции и со промената на долготраен инсулински аналог ќе се редуцира бројот на дневни инјекции. (2009)

1.7.2.6 Треба да се следи личност на базален инсулински режим (NPH инсулин или долготраен аналоген инсулин [insulin detemir, insulin glargine]) за потребата од краткотраен инсулин пред оброците (или пред-мешана инсулинска смеса). (2009)

1.7.2.7 Треба да се следи личност која употребува еднаш или два пати дневно пред-мешан инсулин заради понатамошна употреба на краткотраен инсулин пред оброците или заради промена на режимот на исхрана при плус базален инсулин, базирано на NPH инсулин или долготраен инсулински аналози (insulin detemir, insulin glargine), ако контролата на гликемијата е неадекватна. (2009)

1.7.3 Инсулински направи за давање на инсулин

1.7.3.1 Да се понуди едукација на личност која има потреба од инсулин за употребата на направата за инјектирање (тоа е вообичаено инекција во вид на пенкало и патрон или пенкало за една употреба) и за негувателите да најдат начин за полесна употреба.

1.7.3.2 За исфрлање на отпадоците треба да се постојат соодветни локации.

1.7.3.3 Ако некоја личност има физички и визуелен недостаток и има потреба од инсулин треба да се понуди направа која:

- Ги зема во предвид неговите или нејзините потреби
- Тој или таа може да ги употреби успешно.

1.8 Терапија за крвен притисок

1.8.1 Да се мери крвниот притисок најмалку годишно кај личност без претходно дијагностицирана хипертензија или бубрежна болест. Да се понудат превентивни совети за подобар животен стил.

1.8.2 За личност која е на антихипертензивна терапија при дијагноза од дијабетес, треба да се контролира крвниот притисок и медикаментите кои се употребуваат и да се направат промени само таму каде што има слаба контрола или таму каде што

тековните медикаменти не се соодветни поради микроваскуларни компликации или метаболички проблеми.

1.8.3 Да се повторат мерењата на крвниот притисок (КП):

- 1 месец ако КП е повисок од 150/90 mmHg
- 2 месеци ако КП е повисок од 140/80 mmHg
- 2 месеци ако КП е повисок од 130/80 mmHg и ако има оштетување на бубрезите, очите или цереброваскуларно оштетување.

Да се понудат совети за животниот стил (диета и вежбање) истовремено.

1.8.4 Да се понудат совети за животниот стил (види препораки за исхраната во дел 1.2.1 од овој прирачник и советите за животниот стил во дел 1.2 во „Хипертензија: справување со хипертензијата кај возрасни во примарното здравство“ [NICE клинички прирачник 34] ако крвниот притисок е постојано над 140/80 mmHg (или над 130/80 mmHg ако има оштетување на бубрезите, очите или цереброваскуларно оштетување).

1.8.5 Да се додадат медикаменти ако советите за животниот стил не го намалат крвниот притисок под 140/80 mmHg (или под 130/80 mmHg ако има оштетување на бубрезите, очите или цереброваскуларно оштетување).

1.8.6 Да се следи крвниот притисок 1-2 пати месечно и да се интензивира терапијата ако со употреба на медикаменти, крвниот притисок е постојано под 140/80 mmHg (или под 130/80 mmHg ако има оштетување на бубрезите, очите или цереброваскуларно оштетување).

1.8.7 Прва терапија за намалување на крвниот притисок треба да се спроведе еднаш дневно со генерички инхибитор на ангиотензин-конвертирачки ензим (АКЕ).

1.8.9 Блокаторот на калциум каналот треба да биде првична терапија за намалување на крвниот притисок за жени кај кои после дискусија постои можност за забременување.

1.8.10 За личност кај која АКЕ инхибитор не делува (постои и друго влошување освен кај бубрезите или хиперкалемија), треба да се замени ангиотензин II рецептор антагонист со АКЕ инхибитор.

1.8.11 Ако крвниот притисок не е намален до нивото усогласено со првичната терапија, треба да се додаде блокатор на калциум каналот или диуретик (вообичаено bendroflumethiazide 2.5 mg дневно). Да се додаде и друг лек (тоа е на

калциум каналот или диуретик) ако одреденото ниво не е постигнато дури ниту со дуална терапија.

1.8.12 Ако крвниот притисок не е намален до нивото усогласено со тројна терапија (види 1.8.11),и треба да се додаде и алфа блокатор и бета блокатор или диуретик со умерен калиум(последното се зема со предупредување ако индивидуата веќе употребува АКЕ инхибитор или ангиотензин II рецептор антагонист).

1.8.13 Треба да се следи крвниот притисок на личноста која го одржува нивото на крвниот притисок секои 4 до 6 месеци, и да се проверат можните негативни ефекти од антихипертензивна терапија-вклучувајќи ги ризиците од непотребниот низок крвен притисок.

1.9 Проценка од кардиоваскуларен ризик

1.9.1 Ако се земе во предвид дека личноста е со предвремен висок ризик за нејзините или неговите години освен ако тој или таа:

- Не е со прекумерна тежина,и да се направи согласно проценката за ризикот од телесната тежина и согласно етничката група
- Е со нормална тензија (<140/80 mmHg во отсуство на антихипертензивна терапија)
- Нема microalbuminuria
- Не пуши
- Нема високо-ризичен липиден профил
- Нема историја на кардиоваскуларни болести и
- Нема фамилијарна историја на кардиоваскуларни болести.

1.9.2 Ако личноста не е со висок кардиоваскуларен ризик,треба да се процени кадиоваскуларниот ризик на годишно ниво со употреба на Проспективна студија за дијабетесот на ВБ(ПСДВБ)(види www.dtu.ox.ac.uk/index.php?maindoc=/riskengine/).

1.9.3 Да се употребат оценките од кардиоваскуларен ризик од ПСДВБ (види 1.9.2) за едукативни цели кога станува збор за кардиоваскуларни компликации.

1.9.4 Да се изработи целосен профил за липиди(вклучувајќи проценка на голема густина на липопротеини (ГГЛ) холестерол и триглицериди) при вршење годишна

проценка од кардиоваскуларен ризик после дијагноза и пред почнувањето на терапија со липиди.

1.10 Контролирање на нивото на липиди во крвта

1.10.1 Статини и езетимиб

1.10.1.1 Годишно ревидирање на статусот од кардиоваскуларен ризик со вршење на проценка на кардиоваскуларни ризични фактори, вклучувајќи карактеристики за метаболичен синдром како и промена во личната и фамилијарната кардиоваскуларна историја.

1.10.1.2 За лица над 40 години или повеќе:

- Да се започне терапија со симвастатин (до 40mg) или статин со слична ефикасност и трошок освен ако кардиоваскуларен ризик е низок. (види 1.9.1)
- Ако кардиоваскуларниот ризик од не-хипергликемичен фактор е низок, треба да се процени кардиоваскуларниот ризик со употреба на ПСДВБ (види 1.9.2) и да се започне со терапија со симвастатин (до 40 mg) или статин со слична ефикасност и трошок, ако кардиоваскуларниот ризик надминува 20 % над 10 години.

1.10.1.3 Кај лица до 40 години треба да се предложи започнување со симвастатин (до 40 mg) или статин со слична ефикасност и трошок, каде профилот на кардиоваскуларниот ризик е многу слаб (повеќекратни карактеристики на метаболичкиот синдром, застапеност на конвенционални ризични фактори, микроалбуминурија ризична етничка група или фамилијарна историја на предвремени кардиоваскуларни болести.)

1.10.1.4 Доколку лицето започне со терапија за намалување на холестеролот, треба да се процени нејзиниот или неговиот профил на липиди (заедно со други модифицирачки ризични фактори и било која нова дијагноза или кардиоваскуларна болест), 1-3 месеци по започнување на третманот и потоа на годишно ниво. Кај оние кои не се на терапија за намалување на холестеролот, треба да се изврши повторна проценка на кардиоваскуларниот ризик на годишно ниво и доколку е потребно да се започне со статин (види 1.10.1.2 и 1.10.1.3).

1.10.1.5 Да се зголеми дозата на симвастатин кај лица кои започнале со оваа терапија во согласност со погоре споменатите препораки до 80mg дневно освен ако нивото на холестеролот е под 4.0 mmol/L или ниска густина на липопротеин (HDL) каде нивото на холестеролот е под 2.0 mmol/L.

1.10.1.6 Да се зголеми терапијата за намалување на холестеролот (со поефективен статин или езетимиб во согласност со NICE прирачникот) ако има веќе постоечки или нови дијагностицирани кардиоваскуларни болести или ако се зголеми нивото на албумин, за да се постигне вкупно ниво на холестеролот под 4.0 mmol/L (и HDL холестерол не надминува 1.4 mmol/L) или нивото на LDL холестерол е под 2.0 mmol/L).

1.10.1.7 Доколку постои можност за бременост, да не се користи статин освен ако проблемите се дискутирани и е постигнат договор.

1.10.2 Fibrates (Фибрати)

1.10.2.1 Ако постои историја на зголемен серум на триглицериди, треба да се изврши целосна проценка на липидниот профил (вклучувајќи проценка на HDL холестерол и на триглицеридите) при вршење на годишната проценка на кардиоваскуларниот ризик.

1.10.2.2 Да се проценат можните споредни причини во случај на високо ниво на триглицериди, вклучувајќи контрола на гликоза во крвта (хипотироидизам, нарушување на работата на бубрезите и воспаление на црниот дроб особено од алкохол). Ако се открие споредна причина потребно е да се превземат соодветни мерки.

1.10.2.3 Да се препише fibrate (fenofibrate како првична терапија) ако нивоата на триглицеридите се над 4.5 mmol/L и покрај другите причини. Во некои случаи фибратот може да се препише пред да се започне со статин поради итната потреба (постои ризик од панкреатитис). Да не се започнува со два лека истовремено.

1.10.2.4 Ако кардиоваскуларниот ризик е висок (што е вообичаено за луѓе со дијабетес тип 2) треба да се додаде фибрат кон статин терапијата ако нивоата на триглицериди се движат од 2.3 до 4.5 mmol/L и покрај терапијата со статин.

1.10.3 Никотинска киселина

1.10.3.1 Да не се употребуваат препарати и деривати од никотинска киселина кај луѓе со дијабетес тип 2. Тие може да имаат дејство кај луѓе кај кои одредени терапии не делуваат и имаат поекстремни нарушавања на крвниот липиден метаболизам и истите треба да се лекуваат кај експерти од оваа област.

1.10.4 Омега-3 рибни масла

1.10.4.1 Да не се препишуваат препарати со рибно масло како примарна превенција од кардиоваскуларни болести кај луѓе со дијабетес тип 2. Оваа

препорака да не се применува кај луѓе со хипертриглицериди. Во овој случај потребен е совет со стручни медицински лица кои се експерти од оваа област.

1.10.4.2 Доколку мерките за животниот стил и терапијата со фибрати не е успешна треба да се предложи употреба на високо концентрирани, лиценцирани омега-3 рибни масла за рефрактура на хипертриглицеридите.

1.11 Анти-тромбозна терапија

1.11.1 Да се понуди мала доза на аспирин од 75 mg дневно на личност која е над 50 годишна возраст и ако крвниот притисок е под 145/90 mmHg.

1.11.2 Да се понуди мала доза на аспирин од 75 mg дневно на личност која е 50 годишна или постара и има други значајни покрај кардиоваскуларните ризични фактори (карактеристики на метаболен синдром, рана фамилијарна историја од кардиоваскуларни болести, пушење, хипертензија, постоечка кардиоваскуларна болест, микроалбуминурија).

1.11.3 Clopidogrel треба да се употреби наместо аспирин само кај оние каде аспиринот не делува (освен во случај на акутни кардиоваскуларни појави или процедури). Да се следат препораките во “Clopidogrel” и модифицирано издание на *diryrdamole* при превенција од васкуларни појави од затворен тип“ (NICE прирачник за технолошка проценка 90).

1.12 Оштетување на бубрезите

1.12.1 Да се побара утрински примерок на урина еднаш годишно кај луѓе со или без нефропатија. Во отсуство на протеинурија/инфекција на уринарниот тракт (ИУТ), да се испрати примерокот во лабораторија за проценка на албуминот: пропорција на креатинин. Доколку ИУТ ја спречува анализата треба да се побара примерок при следна посета.

1.12.2 Да се изврши мерење на урина ако првичниот примерок не е доставен (и да се повтори ако е абнормален) или да се поднесе официјално барање за доставување на примерок.

1.12.3 Да се измери креатенин и да се процени гломеруларна филтрациска стапка (да се употреби скратен метод за модификација на диета при умерено бубрежно заболување) на годишно ниво истовремено со албумин: проценка на пропорција на креатенин.

1.12.4 Да се повтори тестот ако албуминот е абнормален: пропорција со креатенин се прави (во отсуство на протеинурија/ИУТ) на секоја посета/визита во период од 3- 4 месеци. Да се потврдат резултатите од микроалбуминурија ако понатамошните примероци исто така покажуваат абнормалност (> 2.5 mg/mmol за мажи ,>3.5 mg/mmol за жени).

1.12.5 Да се евакуира бубрежна болест покрај дијабетична нефропатија и да се земат во предвид понатамошни истражувања или упати во случај кога пропорцијата на албуминот и креатенин (ACR) е поголема и е присутно следново:

- Нема значајна или прогресивна ретинопатија
- Крвниот притисок е особено висок или отпорен на терапија
- Личноста претходно имала нормален ACR и развива тешка протеинурија (ACR > 100 mg/mmol)
- Присутна е хематурија
- Гломеруларната филтрациска стапка е влошена
- Личноста е хронично болна.

1.12.6 Да се зборува со пациентит за значајноста на стапката на абнормален албумин и тенденцијата кон зголемување.

1.12.7 Да се започне со АКЕ инхибитори со вообичаените доза и мерки на предпазливост како и титрација со полна доза кај сите личности со потврдена покачена стапка на албумин (> 2.5 mg/mmol за мажи ,>3.5 mg/mmol за жени).

1.12.8 Да се оствари разговор пред да се започне со АКЕ инхибитор со жена кај која постои можност за бременост за да се проценат релативните ризици и полезности од употребата на АКЕ инхибитор.

1.12.9 Да се замени ангиотензин II-рецептор антагонист со АКЕ инхибитор кај личност со абнормална пропорција албумин со креатинин, ако АКЕ инхибитор слабо делува.

1.12.10 Кај личност со абнормална пропорција албумин со креатинин, крвниот притисок треба да се одржи под 130/80 mmHg.

1.12.11 Да се упати лицето на специјалист за бубрежна нега помеѓу локалните дијабетолози и нефролози.

1.13 Оштетување на очите

1.13.1 Да се испитаат очите за време на дијагнозата. Да се одреди годишен преглед со ширење на зениците на очите.

1.13.2 Да се објаснат причините за успехот од програмата за преглед на очите кај индивидуата и да не се намали присуството поради страв од исходот.

1.13.3 Да се употреби ширење на зеницата со тропикамид кога се слика ретината по претходна согласност од пациентот по дискусијата за предностите и негативностите. Дискусиите треба да вклучат и разговори за предупредувањата при возењето автомобил.

1.13.4 Да се користи програма за квалитетна дигитална ретинална фотографија употребена од соодветно трениран персонал.

1.13.5 Да се изврши визуелно остро тестирање како рутински дел од програмите за надзор на очите.

1.1.3.6 Да се повторат програмите за преглед на очите согласно наодите од:

- рутински преглед во 1 година или
- порано извршен преглед или
- упат до офтамолог.

1.13.7 Да се изврши итен преглед кај офтамолог во случај на:

- ненајдејно губење на видот
- rubeosis iridis
- пред-ретинално или крварење на стаклестото тело
- ретинално одвојување.

1.13.8 Упат до офтамолог треба да се издаде согласно критериумите на Национален Комитет за испитување ако некои од овие карактеристики се присутни:

- макулопатија:
 - ексудат или ретинално задебелување на макулата (макулата е дефинирана како круг центриран на фовеата со дијаметар од растојанието помеѓу границата на оптичкиот диск и фовеата)

- микроанеуризам или крварење во диск со еден дијаметар во центарот на фовеа, само ако има влошување на најдобрата визуелна остринa до 6/12 или полошо
- пред-пролиферативна ретинопатија (ако се присутни памучни точки, разгледајте ги внимателно следниве карактеристики но памучните точки не ја дефинираат пред-пролиферативна ретинопатија):
- венско лежиште
- венска јамка
- интроретинални микроваскуларни абнормалности
- повеќекратна длабока, округла или дамка од крварење
- било какво необјаснето опаѓање на визуелната остринa.

1.14 Оштетување на нервите

1.14.1 За справување со проблемите на стапалата поврзани со дијабетес тип 2 треба да се следат следниве препораки од 'Дијабетес тип 2: превенција и справување со проблеми на стапалата,' (NICE клинички упатства 10).

1.14.2 Контролирање на дијабетична невропатска болка

1.14.2.1 Треба да се направи годишно испитување за развојот на невропатските симптоми кои предизвикуваат болка.

- Да се дискутираат причините и прогнозите (вклучувајќи можни ремисии со среден временски рок) од проблематичните невропатски симптоми ако се присутни (да се земат во предвид алтернативните дијагнози).
- Да се усогласат соодветните терапевтски опции и прегледи при секоја посета на клиниката.

1.14.2.2 Да се реагира соодветно на психолошките последици од хроничната, болна дијабетична невропатија и да се понуди психолошка помош согласно потребите на индивидуата.

1.14.2.7 Ако невропатските симптоми не можат да се контролираат соодветно може да биде од корист дискусија за:

- Причините за проблемот

- Веројатноста од ремисија со среден временски рок
- Улогата на подобрена контрола на гликоза во крвта.

1.14.3 Гастропареза

1.14.3.1 Да се земат во предвид можни алтернативни дијагнози кај возрасни личности со дијагноза на гастропареза и погрешна контрола на гликоза во крвта или пак со необјаснето гастрична надуеност или повраќање.

1.14.3.2 Да се предложи употреба на metoclopramide, domperidone или erythromycin за возрасен со гастропареза.

1.14.3.3 Ако постои сомневање на појава на гастропареза, треба да даде упат до специјалист ако:

- Постои сомневање на диференцијална дијагноза или
- Постои постојано или тешко повраќање.

1.14.4 Еректилна дисфункција

1.14.4.1 Да се изврши преглед на еректилната дисфункција кај мажите еднаш годишно.

1.14.4.2 Да се овозможи проценка и едукација за мажите со еректилна дисфункција за да се најде одговор во соодветни фактори за придонесување и опции од третмани.

1.14.4.3 Да се понуди phosphodiesterase-5 инхибитор (да се избере лек со најниска цена) во случај да не постојат контраиндикации, ако еректилната дисфункција е проблем.

1.14.4.4 Доколку phosphodiesterase-5 инхибиторите се неуспешни треба да се понудат други медицински услуги, хируршки или психолошки третмани за лекување на еректилната дисфункција.

1.14.5 Други аспекти на автономната невропатија

1.14.5.1 Ако личноста која не ги познава знаците за хипогликемија треба да се земе во предвид можноста за придонесување од оштетување на симпатикусот.

1.14.5.2 Треба да се земе во предвид можноста за тоа дали автономната невропатија има влијание врз гастроинтестиналниот тракт кај возрасна личност со необјаснета дијареа, особено навечер.

1.14.5.3 Кога се употребуваат трициклични лекови и антихипертензивни медикаменти кај луѓе со автономна невропатија треба да се внимава на зголемената можност од нежелни ефекти како ортостатска хипотензија.

1.14.5.4 Да се испита личноста која има проблеми со празнење на мочниот меур во случај автономната невропатија да има влијание врз мочниот меур.

1.14.5.5 Да се вклучат специфични интервенции во зависност од манифестациите (на пример, абнормално потење или ноќна дијареа) во справувањето симптомите од автономната невропатија.

2 Забелешки за целта на прирачникот

NICE упатствата се изработени во согласност со целта која одредува. Целите на овој прирачник се достапни на www.nice.org.uk/guidance/CG66 и www.nice.org.uk/guidance/CG87

Децата се исклучени од препораките од овој прирачник. Сепак не бевме во можност да бараме литература од областа на педијатријата поради волуменот на работата. Стручните медицински лица треба да ги користат и нивните клинички мислења, проценки кога би го примениле овој прирачник кај деца. За понатамошна асистенција при употребата на овој прирачник на деца треба да се користи Британскиот национален формулар за деца од 2007.

Начинот на кој овој прирачник е изработен

NICE го овласти Националниот центар за соработка со хронични состојби да го изработи овој прирачник. Центарот основа Група за изработка на прирачникот (види додаток А), која ги разгледа доказите и ги изработи препораките. Независниот Панел за Ревизија на Прирачникот изврши преглед на развојот и изработката на овој прирачник (види Додаток Б). Центарот за клиничка пракса при NICE ги изработи и ажурира препораките од деловите 1.6 и 1.7.2 согласно процесот за кратки клинички упатства на NICE. Членовите на Група за изработка на прирачникот се дадени во Додаток А. Членовите на независниот Панел за Ревизија на Прирачникот кои извршија ревизија на изработката на краткиот прирачник се дадени во Додаток Б.

Постојат повеќе информации за тоа како овој прирачник е изработен на вебстраницата на NICE (www.nice.org.uk/guidelinesprocess). Брошурата „Начинот на кој NICE прирачникот е изработен: осврт за заинтересираните страни, јавноста и NHS (4-то издание, објавено 2009) е достапна од публикациите на NICE (тел. 0845 003 7783 или електронска пошта publications@nice.org.uk и наведете референца N 1739).

3 Имплементација

NICE има изработено помошни алатки за организациите да можат полесно да го имплементираат овој прирачник (види www.nice.org.uk/CG87).

4 Препораки од истражувања

Групата за изработка на прирачникот ги има изработено следниве препораки од истражувањата, базирани на ревизијата врз доказите, за да го подобри NICE прирачникот и грижа за пациенти за во иднина.

4.1 Контрола на Гликоза: орална терпија за намалување на гликоза

Метформин: потврдени истражувања за поволностите во однос на исходот од кардиоваскуларните студии.

Зошто е ова важно

ПСДВБ студијата потврди дека метформинот нуди кардиоваскуларна заштита. Сепак опсегот од намалување на релативниот ризик беше неочекувано голем и се јави потреба од формално тестирање со понатамошна студија. Ова е критично за позиционирањето на метформинот при каскаден третман.

4.2 Контрола на Гликоза: орална терпија за намалување на гликоза

Истражувањата на улогата на sulfonylureas кога се започнува со третман на пред-мешан инсулин.

Зошто е ова важно

И пред-мешан инсулин и sulfonylureas се ефективни агенси за намалување на гликозата во крвта во текот на целиот ден, но може да предизвика хипогликемија. Кога се започнува со инсулинска терпија, sulfonylureas спречува влошување на контролата на гликозата за време на инсулинската дозна титрација и ја намалува потребата од инсулин. Сепак, не е јасно дали овие поволности не се резултат на зголемениот ризик од хипогликемија.

4.3 Само- контрола на плазма гликоза

Долготрајните проучувања за улогата на само-контролата како дел од интегрираниот пакет со едукација на пациентот и терапиите се употребуваат за одредување на нивото.

Зошто е ова важно

Проучувањата за само-контрола кај луѓето кои не употребуваат инсулин, продолжува со неуспехот кај комплицираните проблеми при интеграција на едукација на пациентот и само-контрола на однесувањето. Само-контролата може да биде умерено скапа и значително оптоварување ако не се употребува правилно. Проучувањата во оваа област се тешки и позитивните резултати од големите проучувања имаат потреба од понатамошна поддршка.

4.4 Лекови за намалување на крвниот притисок

Комбинација на АКЕ инхибитори и ангиотензин II рецептор антагонист кај рана дијабетска нефропатија.

Зошто е ова важно

Двете класи на ренин-ангиотензин системски блокатори се ефективни при намалувањето на стапката на прогрес од оштетување на бубрезите кај лицата со дијабетес. Сепак постојат акутни ризици од негативни последици кои се однесуваат и на двата вида на лекови. Бидејќи овие ризици се слични не е јасно дали бенефитот од очекуваната комбинација од АКЕ инхибиторите и ангиотензин II рецептор антагонист ќе ги надминат комбинираниите ризици.

4.5 Контрола на дијабетична невропатска болка

Споредување на проучувањата врз трицикличните лекови, duloxetine, gabapentin, pregabalin.

Зошто е ова важно

Додека сите овие лекови се делумно ефективни во контролата на невропатската болка тие се разликуваат и во цената и профилот на негативните ефекти. Ова ги прави препораките на каскадните третмани несигурни до одредна мера. Постои потреба од споредување на студиите помеѓу овие лекови и особено новите агенсии со трициклични лекови.

Групата за изработка на прирачникот која ги изработи препораките во деловите 1.6 и 1.7.2 за новите агенсии за контрола на гликоза во крвта ги изработи следниве препораки за истражување.

4.6 Ефективност и безбедност на GLP-1 mimetic

Проучувањата за ефективноста и безбедноста на GLP-1 mimetic (со или без инсулин) се за долгорочна контрола на гликоза во крвта.

Зошто е ова важно

Постои недостаток од долгорочни докази (12 месечни или подолго) за клиничката ефективност и трошокот на GLP-1 mimetic споредено со стандардната пракса во ВБ или други нови агенсии. Постои ограничен број на докази за ефектите од замена на инсулинот со GLP-1 mimetic и не е јасно дали некои подгрупи ќе имаат корист од ова повеќе отколку останатите. GLP-1 mimetic нема маркетиншка авторизација моментално за употреба заедно со инсулинот но постои доказ дека оваа комбинација веќе се употребува. Потребни се повеќе докази за безбедноста и ефективноста.

4.7 Ефективност на DPP-4 инхибитори

Проучувања за клиничка ефективност и безбедност на DPP-4 инхибитори за долгорочна контрола на гликоза во крвта.

Зошто е ова важно

Постои недостаток од долгорочни докази (12 месечни или подолго) за клиничката ефективност и трошокот на DPP-4 инхибитори споредено со стандардната пракса во ВБ или други нови агенсии. Не е јасно дали постојат некои подгрупи кај кои DPP-4 инхибитори се повеќе клинички ефективни.

4.8 Адхеренција со различни комплексности на режимскиот третман

Проучувања за тоа како адхеренцијата варира со сложеноста на режимскиот третман.

Зошто е ова важно

Адхеренција на третман е важно за клинички (контрола на гликоза во крвта) и пациентски (квалитет на живот во однос на здравје) исходи. Постојат моментално неколку податоци за тоа како комплексноста на режимскиот третман влијае врз адхеренцијата.

4.9 Квалитет на живот во однос на здравје

Студии за истражување за тоа како почетокот и титрација на долготрајниот инсулин има влијание врз квалитетот на животот во однос на здравјето, промените

поврзани со хипогликемијата и директното влијание врз загубата од тежина или избегнување на зголемување на тежината.

Зошто е ова важно

Квалитетот на животот во однос на здравјето е важна одредба од адхеренцијата на третманите.

5. Други верзии од овој прирачник

5.1 Комплетна верзија

Комплетниот прирачник „Дијабетес тип 2 (ажуриран): национални клинички упатства за контрола на примарната и секундарната медицина’, содржи детали од методите и доказите за изработка на овој прирачник. Објавен е од страна на Националниот центар за соработка со хронични состојби и е достапен на www.rcplondon.ac.uk/pubs/brochure.aspx?e=247 и на нашата вебстраница www.nice.org.uk/CG66fullguideline). Краткиот прирачник „Дијабетес тип 2: нови агенсии за контрола на гликоза во крвта кај дијабетес тип 2“ содржи детали од методите и доказите употребени за изработка препораките во деловите 1.6 и 1.7.2. Овој прирачник е достапен на www.nice.org.uk/CG66shortguideline).

5.2 Краток прирачник

Краткиот прирачник за стручните медицински лица е достапен на www.nice.org.uk/CG87quickrefguide

За печатени копии, да се јавите во NICE на 0845 003 7783 или електронска пошта publications@nice.org.uk и наведете референца N 1863).

5.3 Разбирање на НИКИ прирачникот

Информации за пациенти и негуватели “Разбирање на НИКИ прирачникот” е достапен на www.nice.org.uk/CG87publicinfo

За печатени копии, да се јавите во НИКИ на 0845 003 7783 или електронска пошта publications@nice.org.uk и наведете референца N 1864).

6. Сродни НИКИ упатства

Објавени

- Хронични бубрежни болести. NICE клинички прирачник 73 (2008).Достапен на www.nice.org.uk/CG73
- Липидна модификација. NICE клинички прирачник 67 (2008).Достапен на www.nice.org.uk/CG67
- Дијабетес за време на бременост. NICE клинички прирачник 63 (2008).Достапен на www.nice.org.uk/CG63
- Сервиси за престанок на пушење во примарната медицина,аптеки,локални власти и работни места,особено за работни групи,бремени жени и тешко достапни заедници. NICE клинички прирачник 10 (2008).Достапен на www.nice.org.uk/PH10
- Промовирање и креирање на изградени или природни околина кои ја поддржуваат физичката активност. NICE клинички прирачник 8 (2008).Достапен на www.nice.org.uk/PH8
- Ezetimibe за третман на примарната(heterozygous-familial and non-familial)хиперхолестеролемија. NICE клинички прирачник 132 (2007).Достапен на www.nice.org.uk/TA132
- Кратки интервенции и упат за престанок на пушење во примарната медицина. NICE прирачник за јавна здравствена интервенција 1 (2006).Достапен на www.nice.org.uk/PH1
- Четири најчести употребени методи за зголемување на физичката активност:кратки интервенции во примарната медицина,примена на шеми,педометри и програми за вежбање базирани на заедницата за шетање и возење велосипед. NICE прирачник за јавна здравствена интервенција 2 (2006).Достапен на www.nice.org.uk/PH2
- Хипертензија (делумно ажурирање на NICE клинички прирачник 18). NICE клинички прирачник 34 (2006).Достапен на www.nice.org.uk/CG34
- Дебелина. NICE клинички прирачник 43 (2006).Достапен на www.nice.org.uk/CG43
- Статин за превенција од кардиоваскуларни појави. НИКИ клинички прирачник 94(2006). Достапен на www.nice.org.uk/TA94
- Clopidogrel и модифициран dipyridamole во превенција на васкуларни појави од заторен тип. NICE клинички прирачник 90 (2005).Достапен на www.nice.org.uk/TA90

- Депресија . NICE клинички прирачник 23 (2004,променет во 2007).Достапен на [www.nice.org.uk/ CG23](http://www.nice.org.uk/CG23)
- Дијабетес тип 1. NICE клинички прирачник 15 (2004).Достапен на [www.nice.org.uk/ CG15](http://www.nice.org.uk/CG15)
- Дијабетес тип 2:превенција и справување со проблеми со стапалата. NICE клинички прирачник 10(2004).Достапен на [www.nice.org.uk/ CG10](http://www.nice.org.uk/CG10)

Во изработка

NICE го изработува следниов прирачник (детали достапни на www.nice.org.uk):

- Превенција на дијабетес тип 2. NICE прирачник за јавно здравје.Објавата се очекува во јуни 2011.

7 Ажурирање на прирачникот

NICE клинички упатства се ажурирани такашто препораките содржат многу важни нови информации. Новите докази се проверени 3 години после објавувањето ,и од стручните медицински лица и пациенти е побарано да се нивни мислења;овие информации се потребни за да се одлучиме дали само дел или целиот прирачник треба да се ажурира. Доколку се објавени нови докази,може да се одлучиме побрзо да се ажурираат некои од препораките.

ДОДАТОК А : ГРУПИ ЗА ИЗРАБОТКА НА ПРИРАЧНИК

ГРУПИ ЗА ИЗРАБОТКА НА ПРИРАЧНИК ЗА NICE КЛИНИЧКИ ПРИРАЧНИК 66

MRS LINA BAKHSI

INFORMATION SCIENTIST,NCC-CC

MRS KATHERINE CULLEN

HEALTH ECONOMIST,NCC-CC , AND RESEARCH FELLOW,QUEEN MARY UNIVERSITY OF LONDON

PROFESOR OF DIABETES MEDICINE,UNIVERSITY OF LEICESTER

DR JOSE DIAZ

HEALTH SERVICES RESEARCH FELLOW IN GUIDELINE DEVELOPMENT,NCC-CC

MRS BARBARA ELSTER

PATIENT AND CARER REPRESENTATIVE,ESSEX

DR ROGER GADSBY

GENERAL PRACTICIONER AND SENIOR LECTURER IN PRIMARY CARE,WARWICKSHIRE

DR ANUPAM GARRIB

HEALTH SERVICES RESEARCH FELLOW IN GUIDELINE DEVELOPMENT,NCC-CC

MS IRENE GUMMERSON

PRIMARY CARE PHARMACIST , YORKSHIRE

DR MARTIN HADLEY-BROWN

GENERAL PRACTICIONER (TRAINER),UNIVERSITY OF CAMBRIDGE

PROFESOR PHILIP HOME (CLINICAL ADVISER TO THE GDG)

PROFESOR OF DIABETES MEDICINE,NEWCASTLE UNIVERSITY

MRS KATTHRYN LEIVESELEY

PRACITICE NURSE,NORTH MANCHESTER PRIMARY CARE TRUST

PROFESOR JONATHAN MANT (CHAIR)

PROFESOR OF PRIMARY CARE RESEARCH,UNIVERSITY OF BIRMINGHAM

MRS EMMA MARCUS

CLINICAL SPECIALIST DIABETES DIETITIAN,HINCKLEY AND BOSWORTH PRIMARY CARE TRUST

MR LEO NHERERA

HELATH ECONOMIST,NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH

MS ROBERTA RICHEY

HEALTH SERVICES RESEARCH FELLOW IN GUIDELINE DEVELOPMENT,NCC-CC

MR JOHN ROBERTS

PATIENT AND CARER REPRESENTATIVE,MEREYSIDE

DR MARK SVAGE

CONSULTANT PHYSICIAN,NORTH MANCHESTER HOSPITAL

DR STUART SMELLIE

CONSULTANT CHEMICAL PATHOLOGIST, BISHOP AUCLAND GENERAL HOSPITAL

MS NICOLE STACK

GUIDELINE DEVELOPMENT PROJECT MANAGER, NCC-CC

MS CLAIRE TURNER

GUIDELINE DEVELOPMENT PROJECT MANAGER, NCC-CC

MSSUSAN VARNEY

HEALTH SERVICES RESEARCH FELLOW GUIDELINE DEVELOPMENT, NCC-CC

DR JITEN VORA

CONSULTANT PHYSICIAN ENDOCRINOLOGIST, ROYAL LIVERPOOL AND BROADGREEN UNIVERSITY HOSPITALS

СЛЕДНИВЕ ЕКСПЕРТИ БЕА ПОВИКАНИ ДА ПРИСУСТВУВАТ НА ОДРЕДЕНИ СОСТАНОЦИ ЗА ДА ЈА СОВЕТУВААТ ГРУПАТА ЗА ИЗРАБОТКА НА ПРИРАЧНИКОТ :

DR JULIAN BARTH

CONSULTANT CHEMICAL PATOLOGIST, LEEDS NHS TRUST (ПРИСУСТВУВАЛ НА ЕДЕН СОСТАНОК КАКО ЗАМЕНИК НА DR STUART SMELLIE)

DR INDRANIL DASGUPTA

CONSULTANT PHYSICIAN AND NEPHROLOGIST, BIRMINGHAM HEARTLANDS HOSPITAL

DR MICHEL FEHER

CONSULTANT PHYSICIAN,CHELSEA WESTMINSTER HOSPITAL (ПРИСУСТВУВАЛ НА ЕДЕН СОСТАНОК КАКО ЗАМЕНИК НА DR MARK SAVAGE)

DR CHARLES FOX

CONSULTANT PHYSICIAN,NORTHAMPTON GENERAL TRUST (ПРИСУСТВУВАЛ НА ЕДЕН СОСТАНОК КАКО ЗАМЕНИК НА PROFESOR MELANIE DAVIES)

NATASHA JACQUES

PRINCIPAL PHARMACIST,SOLIHULL HOSPITAL (ПРИСУСТВУВАЛА НА ЕДЕН СОСТАНОК КАКО ЗАМЕНИК НА MS IRENE GUMMERSON)

DR ERIC KILPATRICK

CONSULTANT CHEMICAL PATOLOGIST,UNIVERISTY OF HULL (ПРИСУСТВУВАЛ НА ЕДЕН СОСТАНОК КАКО ЗАМЕНИК НА DR STUART SMELLIE)

DR IAN LAWRENCE

CONSULTANT DIABETOLOGIST, UNIVERSITY OF LEICESTER

(ПРИСУСТВУВАЛ НА ЕДЕН СОСТАНОК КАКО ЗАМЕНИК НА PROFESOR MELANIE DAVIES AND DR JITEN VORA)

PROFESOR SALLY MARSHALL

PROFESOR OF DIABETES,NEWCASTLE UNIVERSITY

PROFESOR DAVID WOOD

PROFESOR OF CARDIOVASCULAR MEDICINE, IMPERIAL COLLEGE LONDON

ГРУПА ЗА ИЗРАБОТКА НА ПРИРАЧНИКОТ ЗА КРАТОК КЛИНИЧКИ ВОДИЧ(ПРЕПОРАКИ ВО 1.6 1.7.2)

AMANDA ADLER (CHAIR)

CONSULTANT PHYSICIAN WITH AN INTEREST IN DIABETES, ADDENBROOK'S HOSPITAL, CAMBRIDGE

CLAUDETTE ALLERDYCE

PRINCIPAL LOCALITY PHARMACIST, CROYDON PRIMARY CARE TRUST

TONY DOHERTY

DIABETES NURSE SPECIALIST AND SERVICE IMPROVEMENT OFFICER, DIABETES UK (SCOTLAND)

ANDREW FARMER

UNIVERSITY LECTURER IN GENERAL PRACTISE, UNIVERSITY OF OXFORD

NIRU GOENKA

CONSULTANT PHYSICIAN WITH AN INTEREST IN DIABETES/ENDOCRINOLOGY, COUNTESS OF CHESTER NHC FOUNDATION TRUST

MARTIN HADLEY-BROWN

GENERAL PRACTICIONER,THETFORD,NORFOLK;CLINICAL TEACHER AT UNIVERSITY OF CAMBRIDGE CLINICAL SCHOOL OF MEDICINE

PHILIP HOME

PROFESOR OF DIABETES MEDICINE AND CONSULTANT PHYSICIAN IN DIABETES AND METABOLIC MEDICINE,NEWCASTLE PRIMARY CARE TRUST

PHIPLI IVORY

PATIENT/CARER REPRESENTATIVE

YVONNE JOHNS

PATIENT/CARER REPRESENTATIVE

IAN LEWIN

CONSULTANT PHYSICIAN WITH AN INTEREST IN DIABETES/ENDOCRINOLOGY,NORTH DEVON DISTRICT HOSPITAL

ALISTARIR MCGUIRE

HEAD OF SOCIAL POLICY,LONDON SCHOOL OF ECONOMICS

JULIE WOOD

DIABETES NURSE SPECIALIST,DIABETES AND RENAL PROGRAMME MANAGER,KIRKLEES PRIMARY CARE TRUST

ЕКСПЕРТИ – СОВЕТНИЦИ

ANTHONY BARNETT

PROFESOR OF MEDICINE, UNIVERSITY OF BIRMINGHAM AND HEART OF ENGLAND NHS FOUNDATION TRUST

ANDRE KRENTZ

CONSULTANT IN DIABETE AND ECRINOLOGY, SOUTHAMPTON UNIVERISTY HOSPITALS

ЕКСПЕРТИЗА

ALISTER GRAY

DIRECTOR OF THE HEALTH ECONOMICS RESEARCH CENTRE, DIVISION OF PUBLIC HEALTH AND PRIMARY CARE, UNIVERISTY OF OXFORD

NICE-ТЕХНИЧКИ ТИМ КОЈ ЗА ИЗРАБОТКА НА КРАТОК ПРИРАЧНИК

TIM STOKES

ASSOCIATE DIRECTOR

BETH SHAW

TECHNICAL ADVISER

FRANCIS RUIZ

TECHNICAL ADVISER IN HEALTH ECONOMICS

MICHAEL HEATH

PROJECT MANAGER

LYNDA AYIKU

INFORMATION SPECIALIST

NICOLE ELLIOT

COMMISSIONING MANAGER

EMMA BANKS

COORDINATOR

ДОДАТОК Б : ПАНЕЛ ПРЕГЛЕД НА ПРИРАЧНИКОТ

Прегледот на овој водич претставува независен панел, кој го надгледува развојот на водичот-упатството и презема одговорност за мониторинг и имплементирање на NICE прирачникот, како и негов развој. Со панелот се овозможува коментарите на заинтересираните страни да бидат адекватно разгледани и одговорени. Панелот вклучува членови од примарна заштита, јавно здравство и индустрија.

ЧЛЕНОВИ НА ПАНЕЛ НА ПРИРАЧНИКОТ ЗА NICE КЛИНИЧКИОТ ВОДИЧ 66

DR.ROBERT WALKER (CHAIR)

GENERAL PRACTICIONER- ЛЕКАР CUMBRIA

DR MARK HILL

ШЕФ ЗА МЕДИЦИНСКИ ПРАШАЊА,NOVARTIS PHARMACEUTICALS UK

DR JOHN HARLEY

CLINICAL GOVERNANCE AND PRESCRIBING LEAD,NORTH TESS PRIMARY CARE TRUST

AILSA DONNELLY

LAY MEMBER

ЧЛЕНОВИ НА ПАНЕЛ НА ПРИРАЧНИКОТ ЗА КРАТКИОТ КЛИНИЧКИ ПРИРАЧНИК(ПРЕПОРАКИ ВО 1.6 И 1.7.2)

ROBERT WALKER (CHAIR)

GENERAL PRACTICIONER,WORKINGTON

JOHN HARLEY

CLINICAL GOVERNANCE AND PRESCRIBING LEAD,NORTH TESS PRIMARY CARE TRUST

AILSA DONNELLY

LAY MEMBER

ДОДАТОК В: АЛГОРИТМИ

Краткиот прирачник може да се најде на www.nice.org.uk/CG87quickrefguide