

## الوحدة 1-2

### تشخيص مرض السكري وتصنيفه والتقديم له

<p>كان يُنظر إلى مرض السكري في الماضي على أنه مرض واحد منفرد. إلا أنه أصبح جلياً الآن أن السكري مرض أيضا متغاير الخواص تنتج الإصابة به عن العديد من الآليات المختلفة. ويتم الآن تصنيف مرض السكري وفقاً للاختلافات في مسبباته وتاريخه الطبيعي وخصائصه الإكلينيكية.</p>	<p><b>نظرة عامة</b></p>
<p>تزويد المشاركين بقدر جيد من المعرفة حول مختلف الاضطرابات الأيضية المتزامنة مع السكري والأمراض التي تنجم عن هذه الاضطرابات وخصائصها الإكلينيكية ومعايير التشخيص.</p>	<p><b>الهدف</b></p>
<p>بعد الانتهاء من هذه الوحدة سيكون المشاركون قادرين على:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعريف مرض السكري</li> <li>• مناقشة نسبة الإصابة بمرض السكري ومدى انتشاره عالمياً ومحلياً</li> <li>• توضيح الفرق بين اضطرابات نسبة السكر في الدم وهي: ضعف تحمل السكر. وضعف السكر أثناء الصوم. والسكري من النوع الأول. والسكري من النوع الثاني فضلاً عن الأنواع النوعية الأخرى لمرض السكري (مثل السكري الذي يُصيب الشباب عند بداية البلوغ «MODY»، والسكري الكامن ذاتي المناعة عند الكبار «LADA»، والسكري المُحرَض بالستيرويد). وسكري الحمل والسكري الذي يحدث كنتيجة ثانوية للإصابة بأحد الأمراض المزمنة أثناء الطفولة - مثل التليف الكيسي واعتلال الهيموجلوبين</li> <li>• فهم الفرق بين النوع الأول والثاني من مرض السكري من حيث العرض الإكلينيكي وخصائص المريض ومستوى الأمراض</li> <li>• شرح دور العوامل الجينية والبيئية إلى جانب المناعة في تطور النوع الأول من مرض السكري</li> <li>• شرح دور العوامل الجينية والبيئية والسمنة وعدم الحساسية للأنسولين ونقص الأنسولين في تطور النوع الثاني من مرض السكري</li> <li>• وصف التوجه الشائع للنوع الثاني من مرض السكري عند الشباب</li> <li>• تحديد الفحوصات المعملية المستخدمة في تشخيص مرض السكري ومعرفة استعمالاتها المناسبة (مثل قياس نسبة السكر في الدم أثناء الصيام، وقياس نسبة السكر بعد تناول الطعام. واختبار حمل السكر عن طريق الفم)</li> <li>• شرح العوامل التي يمكنها التأثير على دقة الفحوصات المخبرية</li> <li>• مناقشة الاستخدام الملائم للتحاليل الآتية: ج-بيتيد. والأجسام المضادة للأنسولين. والأجسام المضادة للخلايا الجزيرية البنكرياسية. وقياس الأجسام المضادة لحمض الغلوماتيك ديكاربوكسيليز بالإضافة إلى تحليل البول ( وهو قياس نسبة السكر والكيونات في البول) وتقدير نسبة الهيموجلوبين أ<sub>1c</sub> (HbA<sub>1c</sub>)</li> <li>• شرح المعايير التشخيصية لمنظمة الصحة العالمية والمختصة بالاضطرابات المختلفة لنسبة السكر في الدم</li> </ul>	<p><b>الغايات</b></p>

- وصف التاريخ الطبيعي لمرض السكري، بما في ذلك الفشل الأولي والثانوي للأدوية الفموية الخافضة لنسبة السكر في الدم

دراسات الحالة، وإلقاء محاضرة

إستراتيجيات  
التدريسالمحاضرة: من ساعة إلى ساعتين  
دراسات الحالة: من ساعة إلى ساعتين

المدة المقترحة

المعلم المعني بمرض السكري، وأخصائي الغدد الصماء

الأشخاص  
المؤهون لتدريس  
هذه الوحدة

استكمال دراسات الحالة بنجاح

تقييم عملية  
التعلم

American Diabetes Association. Clinical practice recommendations 2008. Diabetes Care 2008; 31(Suppl 1).

المراجع

Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2003 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. Can J Diab 2003; 27(Suppl 2).

Chiasson JL, Josse RG, Gomis R, et al. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus: The STOP-NIDDM randomized trial. Lancet 2002; 346: 393-403.

Delahanty LM, Halford BN. The role of diet behaviours in achieving improved glycaemic control in intensively treated patients in the Diabetes Control and Complications Trial. Diabetes Care 1993; 16: 1453-8.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Effect of intensive diabetes treatment on the development and progression of long-term complications in adolescents with insulin dependent diabetes mellitus: Diabetes Control and Complications Trial. J Pediatr 1994; 125: 177-88.

Diabetes Control and Complications Trial. Epidemiology of diabetes interventions and complications research group intensive diabetes therapy and carotid intima-media thickness in type 1 diabetes mellitus. N Engl J Med 2003; 348: 2294-303.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1993; 329: 977-86.

Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA 2002; 297: 356-9.

Harris SB, Ekoe JM, Zdanowicz Y, Webster-Bogaert S. Glycemic control and morbidity in the Canadian primary care setting (results of the diabetes in Canada evaluation study). Diabetes Res Clin Pract 2005; 70: 90-7.

International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 3rd edition. IDF. Brussels, 2006.

International Diabetes Federation Clinical Guidelines Task Force. Global guideline for type 2 diabetes. IDF. Brussels, 2005.

Isomaa B, Almgren P, Tuomi T, et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2001; 24: 6839-.

Pan X, Li G, Hu Y, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997; 20: 537-44.

Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343-50.

The Diabetes Prevention Program Research Group. The diabetes prevention program. *Diabetes Care* 2002; 23: 2165-71.

UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 1998; 352: 837-53.

UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes UKPDS 38. *BMJ* 1998; 317: 703-13.

World Health Organization. Laboratory diagnosis and monitoring of diabetes mellitus. WHO. Geneva, 2002. (<http://whqlibdoc.who.int/hq/20029241590483/.pdf>)

- يتوفر المحتوى المفصل لهذه الوحدة في صورة شريحة عرض تقديمي على موقع الويب [www.idf.org](http://www.idf.org)