



საქართველოში საოჯახო მედიცინის განვითარება

ევროკავშირის მხარდაჭერა: საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი

2

დევიდ სიმფსონი
თამარ შანიძე

კახეთის რეგიონის საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის კლინიკური საქმიანობის შეფასება

6

ირინე ქაროსანიძე

მსოფლიო სიახლეები

Wonca-ევროპა - პარიზის რეგიონული კონფერენცია

10

მოწვევა ევროპის კოლეჯებისა და ასოციაციების პირველ შეხვედრაზე

12

უმანგი კილაძე

საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკა

სამედიცინო ბიზნესი - მართვის ინსტრუმენტი საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის მიმღები ოფისის მართვა

13

უმანგი კილაძე

შაქრიანი დიაბეტის მართვა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში დიაბეტის მართვის სახელმძღვანელო

14

დავით კუჭავა
ირინა ქაროსანიძე

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი 2003 წლის 17 ნოემბრიდან ფუნქციონირებს. კავშირის დამფუძნებლები, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის პირველივე დღეებიდანვე, აქტიურად მუშაობენ ქვეყანაში საოჯახო მედიცინის მოდელის განვითარებისთვის. კავშირში გაერთიანებულია ის ინტელექტუალური რესურსი, რომელიც საქართველოში საოჯახო მედიცინის დარგში უკანასკნელი წლების განმავლობაში შეიქმნა.

ორგანიზაციაში გაწვერიანებული არიან პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალები, აგრეთვე, ოჯახის ექიმების, ზოგადი პრაქტიკის ექთნებისა და პრაქტიკის მენეჯერების მასწავლებლები, უმაღლესი სამედიცინო სკოლების პედაგოგიური პერსონალი, რომელთა ექსპერტული ცოდნა და გამოცდილება უდავოდ ღირებულია საოჯახო მედიცინის სფეროში მყარი აკადემიური საფუძვლების ჩამოსაყალიბებლად.

კავშირის წევრების მიერ, უცხოელი ექსპერტების დახმარებით, შეიქმნა საოჯახო მედიცინაში ადამიანური რესურსის პროფესიული მომზადების საფუძვლები: ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების გადამზადებისა და უწყვეტი განათლების პროგრამები და პროფესიული სტანდარტები.

კავშირის წევრები აქტიურად მუშაობენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის განვითარებისათვის. მათი ინიციატივით საოჯახო მედიცინის მოდელის სადემონსტრაციო დაწესებულებებში იწერება ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების ინსტრუმენტები, ტარდება სამედიცინო და ორგანიზაციული აუდიტები სხვადასხვა პრობლემურ თემებზე, მუშავდება გაიდლაინები და პროტოკოლები.



World family doctors. Caring for people

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი 2004 წლიდან არის ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაციის "WONCA"-ს სრულუფლებიანი წევრი

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდი:

WWW.GFMA.GE

ელექტრონული ფოსტა:

gfma@gfma.ge

Wonca Website:

<http://www.GlobalFamilyDoctor.com>

ევროკავშირის მხარდაჭერა: საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით ევროკავშირი 2002 წლიდან უზრუნველყოფს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პირველადი ჯანდაცვის სფეროს განვითარების მხარდაჭერას, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის საერთო სტრატეგიის ჩამოყალიბების პროცესშია. უკანასკნელ პერიოდში შემუშავებულ დოკუმენტებს განეკუთვნება: ჯანდაცვის სექტორის ძირითადი მიმართულებები (2006-2007) და პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული გენერალური გეგმა (2006). ეს უკანასკნელი პირველადი ჯანდაცვისადმი საერთო მოთხოვნებს ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის ჭრილში განსაზღვრავს, რომლითაც ოჯახის ექიმების ოპტიმალური რაოდენობა საქართველოსათვის 2 106 ოჯახის ექიმსა და 1 970 ზოგადი პრაქტიკის ექთანს შეადგენს.

2005 – 2007 წლებში განხორციელდა პროექტი „ევროკავშირის მხარდაჭერა საქართველოს პირველადი ჯანდაცვისათვის: კახეთის რეგიონის სამედიცინო პერსონალის გადამზადება“, რომელიც მოიცავდა საოჯახო მედიცინაში გადამზადების პროგრამის განხორციელებისათვის ტექნიკურ დახმარებას, აღნიშნული პროგრამების შეფასებასა და კოორდინაციას. იგი განხორციელდა ევროკომისიის პროექტის (TASIS/2005/104809) განმახორციელებელი ცენტრის (HLSP limited 5-23 Old Street, London EC1V 9HL, UK) მიერ, რომლის პარტნიორიც საქართველოს მხრიდან იყო საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი.

გადამზადების პროგრამასთან მჭიდროდ იყო დაკავშირებული კახეთის რეგიონში 57 პჯდ დაწესებულების რეაბილიტაციის პროგრამა, რომელიც ევროკომისიის ეგიდით ხორციელდებოდა ბრიტანული ორგანიზაცია Merlin-ის მიერ.

ევროკომისია, გარდა გადამზადების პროგრამებისა, ასევე, მხარს უჭერს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების, სახელმწიფო შესყიდვების, საინფორმაციო სისტემების განვითარებას, ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმის განხორციელებას და სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის იურიდიული ასპექტების ჩამოყალიბებას.

სხვა დონორი ორგანიზაციების (მსოფლიო ბანკი, აშშ საერთაშორისო განვითარების

სააგენტო და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია) სტრუქტურები აქტიურად მონაწილეობენ პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისა და განვითარების პროექტებში. მეტად მნიშვნელოვანია, დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის (ოქსფორდის პოლიტიკის მართვის ჯგუფის მემბერობით) პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის პროექტში მონაწილეობაც.

ევროკავშირის სასწავლო პროგრამა კახეთის რეგიონში 2005 წლის სექტემბერში დაიწყო და 2007 წლის დეკემბერში დასრულდა. კახეთის რეგიონში სასწავლო პროგრამაში ექიმებისა და ექთნების შერჩევა კონკურსის გზით მოხდა. წარმატებული კანდიდატები გადამზადდნენ შვიდ სასწავლო ცენტრში. ევროკავშირი, როგორც ზემოთ აღნიშნა, სასწავლო პროგრამის პარალელურად, კახეთის რეგიონში შერჩეული 57 პჯდ დაწესებულების რეაბილიტაციას და აღჭურვას აფინანსებდა; ძირითადი მიზანი მდგომარეობს იმაში, რომ საოჯახო მედიცინაში გადამზადებულმა გუნდებმა სერვისების მიწოდება განახორციელონ თანამედროვე და სრულყოფილად აღჭურვილ სამედიცინო დაწესებულებებში. სამწუხაროდ, სამშენებლო პროგრამის დასრულება დაგვიანდა, რის გამოც პირველი რეაბილიტაციული დაწესებულებების გახსნა 2007 წლის მარტის შემდეგ მოხდებოდა.

პროექტის გამოსავლები:

- საოჯახო მედიცინის სასწავლო პროგრამა ექიმებისათვის შესაბამისობაში იქნა მოყვანილი EUROACT-ის გაიდლაინებთან.
- 2007 წლის დეკემბერში საოჯახო მედიცინის სასწავლო პროგრამა დაასრულა 170 პირველადი ჯანდაცვის გუნდმა. გადამზადების პროგრამა განხორციელდა საშუალოდ 6 მსმენელისაგან შემდგარ ჯგუფებში:
 - სასწავლო კურსის ხანგრძლივობა საოჯახო მედიცინაში ექიმებისათვის შეადგენდა 7-თვეს (940 საათი, რომელთაგან 336 დაეთმო კლინიკურ პრაქტიკას), თანახმად დიპლომის შემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების სახელმწიფო საბჭოს მიერ დამტკიცებული მარეგულირებელი აქტებისა, ხოლო ზოგადი პრაქტიკის ექთნების პროფესიული გადამზადება მიმდინარეობდა 6 თვის ვადაში (816 საათი, რომელთაგან 96 საათი კლინიკურ პრაქტიკას დაეთმო), საქართველოს შრომის,

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2005 წლის 13 მაისის 129/ო ბრძანებით დამტკიცებული გადამზადების პროგრამის შესაბამისად.

- მსმენელები უზრუნველყოფილნი იყვნენ სათანადო სასწავლო ოთახებით, ავეჯით, აღჭურვილობით და საოჯახო მედიცინაში ლიცენზირებული ტრენერებით.
- პრაქტიკული კლინიკური სწავლების განხორციელების მიზნით მსმენელებს გააჩნდათ კლინიკურ მასალასთან (სხვადასხვა სამედიცინო პრობლემების მქონე პაციენტებთან) ხელმისაწვდომობა.
- 2006 წლის შემოდგომასა და ზამთარში, გადამზადებული პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განვითარების მიზნით, მომზადდა და დაინერგა მოდულარული სასწავლო კურსები.
- შემუშავდა სასწავლო პროგრამა ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთან-მასწავლებლებისათვის; ტრენერების მომზადების აღნიშნული კურსები, საოჯახო მედიცინაში გადამზადების შესაძლებლობების გაზრდის მიზნით, ჩატარდა თბილისისა და კახეთის საოჯახო მედიცინის ცენტრების პერსონალის მონაწილეობით.
- არსებული შეზღუდული რესურსების პირობებში „საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის“ განხორციელების მიზნით, შემუშავდა საოჯახო მედიცინის სამსახურების ადეკვატურობისა და ხარისხის მონიტორინგის ინსტრუმენტები. აღნიშნული მეთოდოლოგია გამოყენებულ იქნა კახეთსა და აჭარაში, რის საფუძველზეც განხორციელდა საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის კლინიკური ევალუაცია და საქმიანობის შეფასება. იგი მოიცავდა პერსონალური და პროფესიული განვითარების საჭიროებების განსაზღვრას, გადამზადებული კადრების სამუშაოსა და საქმიანობის მიმოხილვას და საოჯახო მედიცინაში გადამზადების პროგრამების კომპონენტებისა და გამოსავლების ევალუაციას.

პროექტიდან მიღებული გამოცდილება და რეკომენდაციები

პროექტის განხორციელების პროცესში გამოიკვეთა ძირითადი პრობლემების ორი ტიპი:

პ ი რ ვ ე ლ ი: პროექტის კონტროლს მიღმა მყოფი ფაქტორების გამო არ მოხერხდა

საოჯახო მედიცინის დანერგვა კახეთის რეგიონში. ამბულატორიების გარემონტება და განახლება დამთავრდა მხოლოდ გადამზადების პროექტის დასასრულს; ამავე დროს, არ მოხდა მომსახურების კონტრაქტების დადება მომსახურების განმახორციელებლებთან.

ამგვარად, მიუხედავად გადამზადების პროგრამის წარმატებით დამთავრებისა, შეუძლებელი გახდა ექიმებთან და ექთნებთან მუშაობის გაგრძელება, სამუშაო ადგილებზე მიღებული ცოდნის პრაქტიკული გამოყენების უზრუნველყოფისა და მოსახლეობისათვის ხარისხიანი მომსახურების მიწოდების მიზნით. კახეთის რეგიონში გადამზადების პროცესის იზოლირებამ საოჯახო მედიცინის პრაქტიკული დანერგვისაგან, ვერ შეუწყო ხელი საოჯახო მედიცინის ხარისხიანი მომსახურებისა და ზოგადად, საოჯახო მედიცინის დანერგვას. საწყის გეგმაში გათვალისწინებული იყო მოკლევადიანი საერთაშორისო დახმარების ორიენტირება პროექტის აღნიშნულ კომპონენტზე. საერთაშორისო რესურსებიდან მაქსიმალური სარგებლობის მიღების მიზნით, მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება პროექტის საერთაშორისო ექსპერტების სამუშაო პროგრამის მოდიფიცირების შესახებ, რის შედეგად მოხდა მათი დროის გადანაწილება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მხარდასაჭერად ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესების შემუშავებაში.

ამ კუთხით მიღებული ძირითადი გამოცდილება და რეკომენდაციები:

- შემდგომ პროექტებში გათვალისწინებული უნდა იყოს კომპლექსური სტრატეგია, რაც გულისხმობს ტრენინგის, ამბულატორიების რეაბილიტაციისა და საოჯახო მედიცინის დანერგვის კომპონენტების ინტეგრირებას ერთ პროექტში, და არა მათ გადანაწილებას რამდენიმე პროექტზე.
- ძალზე მნიშვნელოვანია მოქნილობა დონორის (ევროკომისია), კლიენტის (შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო) და კონტრაქტორის (პროექტის განმახორციელებელი ცენტრის - HISP) მხრიდან, შეზღუდული ოდენობის და ძვირი რესურსებიდან მაქსიმალური სარგებლის მიღების მიზნით.

მ ე ო რ ე: პრობლემას წარმოადგენდა პოლიტიკური გარემო და პროექტის საკუთრების საკითხი საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში. აღნიშნული პროექტის პარტნიორის განსაზღვრა. რეფორმების

მიმდინარეობა, გადამზადების პროგრამის ჩათვლით, უფრო ეკონომიკური რეფორმების ქვეყნის სახელმწიფო მინისტრიდან მომდინარეობდა, და არა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან. ამდენად, პილოტური პროექტიდან კახეთის რეგიონში სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებულ ცოდნას, მოსალოდნელთან შედარებით, არ ჰქონდა შესაბამისი გავლენა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პოლიტიკაზე.

საერთაშორისო მხარდაჭერისაგან მაქსიმალური სარგებლის მიღების მიზნით, **რეკომენდებულია**, მკაფიოდ განისაზღვროს პარტნიორი, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება პროექტზე და რომელსაც ექნება პოლიტიკური ძალაუფლება, განვითარების პოლიტიკაზე ზეგავლენის მოხდენის თვალსაზრისით, აღნიშნული ცოდნის/შედეგების გამოყენების მიზნით.

2007 წლის 4 დეკემბერს, პროექტიდან მიღებული გამოცდილების განსახილველად, ჩატარდა პარტნიორთა შეხვედრა - სემინარი, რომელმაც განიხილა ხუთი საკითხი:

- გადამზადების პროგრამის აღქმა/გააზრება
- გარემოს უზრუნველყოფა საოჯახო მედიცინის დამკვიდრებისათვის
- კლინიკური შეფასება
- ხარისხის უზრუნველყოფა
- კომუნიკაცია და ქსელების შექმნა

პროექტიდან მიღებული გამოცდილება, რომელსაც გავლენა ექნება მომავალ საქმიანობაზე, მოიცავს შემდეგს:

• გადამზადების პროგრამა

- თორმეტი მსმენელისაგან შედგენილი სასწავლო ჯგუფების მართვა რთულია, რადგან ტრენერის მხრივ ძნელია თითოეული მსმენელის საჭიროებებზე ორიენტირება და სათანადო ყურადღებით უზრუნველყოფა. ამასთანავე, კლინიკური მასალა არ არის საკმარისი; ზოგიერთ სასწავლო ცენტრში კი - სასწავლო ოთახების ზომებიც არ არის დიდი ჯგუფებისათვის ადექვატური. მიუხედავად იმისა, რომ შემაჯამებელი შეფასების შედეგები თორმეტი მსმენელისაგან შემდგარ ჯგუფებში ექვსი მსმენელისაგან შემდგარი ჯგუფების შედეგების თითქმის იდენტური იყო, გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ საბოლოო შეფასება არ მოიცავს კლინიკურ შეფასებას. რაც შეეხება კლინიკურ

პრაქტიკას, იგი ექვსკაციანი სასწავლო ჯგუფებისათვის ბევრად უკეთეს პირობებში ტარდება, ვიდრე დიდ ჯგუფებში.

- აუდიტის, პედაგოგიური საკითხების, ქალთა ჯანმრთელობის კლინიკური საკითხების მოცულობა და მათ შორის ბალანსი სხვადასხვა სასწავლო ცენტრში განსხვავებულია და დამოკიდებულია სასწავლო ცენტრის ორიენტაციაზე. ყველა ცენტრს არ შეუძლია კლინიკური მასალის სრული სპექტრის შემოთავაზება.
- მსმენელებმა გამოთქვეს მოსაზრება გახანგრძლივებული სასწავლო პროგრამის სასარგებლოდ, რომელიც შედგენილი იქნება ორ-სამ თვიანი მოდულებისაგან, შუალედში შესვენებებით.
- გადამზადების პროგრამა არ იძლევა ადექვატური კლინიკური სწავლების შესაძლებლობას, განსაკუთრებით გასინჯვის უნარ-ჩვევების, აპარატურის გამოყენებისა და კლინიკური შემთხვევების მართვის საკითხებში.
- ექიმებისა და ექთნების ერთობლივი სწავლება უაღრესად მნიშვნელოვანია გუნდური მუშაობის ჩვევების ჩამოსაყალიბებლად.

• გარემოს უზრუნველყოფა საოჯახო მედიცინის დასანერგად

- აუცილებელია საოჯახო მედიცინის სპეციალისტებთან მომსახურების კონტრაქტების გაფორმება.
- რეკომენდებულია ამბულატორიების/საოჯახო მედიცინის ცენტრების ფორმალური დამტკიცება საოჯახო მედიცინის მომსახურების გასაწევად.
- საჭიროა საოჯახო მედიცინის დაწესებულებების რეაბილიტაცია.
- მნიშვნელოვანია საოჯახო მედიცინის დაწესებულებების უზრუნველყოფა სამედიცინო აღჭურვილობით, ლაბორატორიული სამსახურებით და ა.შ.

ზემოაღნიშნული ღონისძიებების გატარება უნდა დაემთხვეს ექიმებისა და ექთნების სასწავლო პროცესის დამთავრებასა და მათ სამუშაო ადგილებზე დაბრუნების პერიოდს; სხვაგვარად გადამზადებული ექიმებისა და ექთნების მოტივაცია იქნება დაბალი, ვინაიდან მათ არ ექნებათ მიღებული ცოდნის გამოყენებისა და საოჯახო მედიცინის პრაქტიკული განხორციელების საშუალება.

კოორდინირებული სტრატეგია აუცილებელია რეფორმის პროგრამის ყველა ელემენტის ინტეგრირებისათვის – ეს გულისხმობს სასწავლო პროგრამის, დაწესებულებების რეაბილიტაციისა და კონტრაქტირების/დაფინანსების კომპონენტების კოორდინაციას.

• კლინიკური შეფასება

წარმატებით დაინერგა კლინიკური შეფასების სისტემა, რომელმაც კახეთის რეგიონში გამოავლინა შემდეგი:

- ექიმებისა და ექთნების სამ მეოთხედს ესაჭიროება დამატებითი სწავლება კლინიკურ საკითხებში;
- უმრავლესობას სურს სწავლება წარმართოს დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების/კლინიკური პროტოკოლების გამოყენებით;
- არ არსებობს საოჯახო მედიცინის სპეციალისტების საჭიროებების შესაბამისი, უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამები;
- საჭიროა შეფასების პროცესისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუციონალიზაციის შეთანხმება და განვითარება;
- მნიშვნელოვანია აკრედიტაციის პროცესის დანერგვა და განვითარება.

• ხარისხის უზრუნველყოფის ჯგუფი

- ხარისხის უზრუნველყოფის ჯგუფმა აღნიშნა: “ჩვენ ვართ სწორ გზაზე და ვაკეთებთ სწორ საქმეს”;
- საჭიროა ხარისხის შესაფასებელი სტანდარტების შემუშავება;
- სასწავლო ცენტრებს წინასწარ უნდა ეცნობოს ვიზიტის შესახებ დოკუმენტების, ანგარიშებისა და სხვა საჭირო საბუთების მოსამზადებლად.
- ობიექტურობის უზრუნველსაყოფად მიზანშეწონილია ხარისხის უზრუნველყოფის ჯგუფის წევრების გუნდური მუშაობა და არა გუნდის ერთი წარმომადგენლის ვიზიტი სასწავლო პროცესის ხარისხის შესაფასებლად;
- ხარისხის უზრუნველყოფის ჯგუფის როლი უნდა გადაისინჯოს და საჭიროების შემთხვევაში მას გაეწიოს დამატებითი მხარდაჭერა.

• კომუნიკაცია და ქსელების შექმნა

- საოჯახო მედიცინის სპეციალისტების მომავალი პროფესიული განვითარება კახეთის რეგიონში უნდა დაუკავშირდეს პროფესიული ქსელების ჩამოყალიბების პროცესს, რომელიც ამჟამად ხორციელდება და იმართება ოქსფორდის პოლიტიკის ჯგუფის პროექტის მიერ.
- საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდი და საინფორმაციო ბიულეტენი ფართოდ უნდა იყოს გამოყენებული ყველა პარტნიორის მიერ საოჯახო მედიცინის სპეციალისტებთან კომუნიკაციის მიზნით.

კახეთის რეგიონის სამედიცინო პერსონალის გადამზადების პროექტიდან მიღებული ძირითადი შედეგი: ოჯახის ექიმებსა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნებს არა აქვთ ადექვატური კლინიკური უნარ-ჩვევები, რადგან მათ არ მიეცათ საოჯახო მედიცინაში მიღებული თეორიული ცოდნის პრაქტიკული გამოყენების საშუალება ამბულატორიების რეაბილიტაციისა და კონტრაქტირების საკითხების გადავადების, ასევე რიგი სხვა საკითხების გამო.

ძალიან მნიშვნელოვანია გადამზადებული სპეციალისტების კლინიკური უნარ-ჩვევების პრობლემის გადაჭრა. **რეკომენდებულია**, გადამზადების პროცესის გაძლიერება დამატებითი კლინიკური ტრენინგით შემდგომი ერთი წლის განმავლობაში. აღნიშნულის მიღწევა შესაძლებელია უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპლექსური პროგრამების განხორციელებით რეგიონში. სასურველია განსაკუთრებული აქცენტი საოჯახო მედიცინის პერსონალის უწყვეტ, სამუშაო ადგილებზე განხორციელებულ კლინიკურ ტრენინგებზე, რაც მათ მისცემს სათანადო კლინიკური უნარების ათვისების საშუალებას. თავის მხრივ, აღნიშნულის მიღწევა შესაძლებელია შემდეგი საშუალებებით: რეგიონული კოორდინატორების დანიშვნა, რომლებიც ადგილობრივად, სამუშაო ადგილებზე განხორციელებენ ტრენინგების, კლინიკური სწავლების და ა.შ. ორგანიზებას, კლინიკური შეფასების პროცესის მართვას, რაც თავის მხრივ, უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამების წარმართვისა და განვითარების საწინდარი იქნება. შესაძლებელია, სრულ და არასრულ განაკვეთებზე დასაქმებული ტრენერების, მათ შორის, საავადმყოფოს სპეციალისტების დანიშვნა.

სწავლების სტანდარტების შენარჩუნების მიზნით **რეკომენდებულია**, საოჯახო მედიცინაში გადამზადების პროგრამის ფარგლებში 6 მსმენელისაგან შემდგარ ჯგუფებში სწავლების

მოდელისაკენ მიბრუნება, ასევე, სამთვინი როტაციები სხვადასხვა სასწავლო ცენტრებში სათანადო კლინიკური პრაქტიკის მისაღებად პედიატრისა და მოზრდილთა მედიცინაში.

რეკომენდებულია, ასევე, ხარისხის უზრუნველყოფის ჯგუფის უწყვეტი მხარდაჭერა.

ჯანდაცვის რეფორმების პროგრამა ხშირად გულისხმობს პოლიტიკის, ორგანიზაციული სტრუქტურის, სისტემებისა და რესურსების ცვლილებებს. მიუხედავად იმისა, რომ ამჟამად საქართველოში ზოგადად ჯანდაცვის პოლიტიკა სავსებით მკაფიოდ ჩამოყალიბებული არ არის, საოჯახო მედიცინა კვლავაც რჩება რეფორმების ქვაკუთხედად. ორგანიზაციული სტრუქტურები და სისტემები, დაფინანსების სქემები რადიკალურად იცვლება, იწყება პრივატიზაცია პირველად ჯანდაცვაში, ცვლილებები ხორციელდება როგორც სამედიცინო მომსახურების დამკვეთის, ისე მისი მიმწოდებლის მუშაობაშიც. ამ ეტაპზე შეუძლებელია იმის განსაზღვრა, თუ როგორ მოხდება ახალი სტრუქტურებისა და საკონტრაქტო რეჟიმების ჩამოყალიბება და ადაპტირება. მიუხედავად ამისა, ამოსავალ წერტილად ხარისხიანი ჯანდაცვის

მომსახურების მიწოდებისას რჩება კონსულტაციის პროცესი ექიმსა და პაციენტს შორის. სწორედ აღნიშნული ურთიერთობა ექიმსა და პაციენტს შორის განაპირობებს სამედიცინო მომსახურების მაღალ ხარისხსა და მომხმარებლის კმაყოფილებას. იმ პერსონალის პროფესიული განვითარების ინვესტირება, ვინც აღნიშნულ მომსახურებას ახორციელებს, ყოველთვის სასარგებლოა. ევროკომისიის მხარდაჭერით, საოჯახო მედიცინაში გადამზადების პროგრამის საშუალებით განხორციელებული ინტენსიური სწავლების კურსის გავლის შედეგად ექიმებმა და ექთნებმა აიმაღლეს თავიანთი ცოდნა, შეიძინეს ახალი უნარ-ჩვევები, გარკვეულად შეიცვალეს მიდგომები და შესაძლოა ზოგჯერ, პროფესიული ქცევაც. ვთვლით, რომ მიუხედავად მომავალი მომსახურების სტრუქტურისა, გადამზადებული სპეციალისტების მიერ განხორციელებული მომსახურება გაუმჯობესებული იქნება.

ამდენად, ევროკომისიის მიერ ჯანმრთელობის სისტემაში მომუშავე ადამიანური რესურსების სწავლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინვესტირება, მეტად მნიშვნელოვანი და საშური საქმეა.

კახეთის რეგიონის საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის კლინიკური საქმიანობის შეფასება

რა არის შეფასება - appraisal?

შეფასება (საქმიანობის ფრაზირება) - ეს არის მიმდინარე პროცესი, რაც ხელს უწყობს პერსონალის უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას. პერსონალური განვითარების საჭიროებების იდენტიფიცირება, მუდმივად უნდა ხდებოდეს. შეფასება (საქმიანობის ფრაზირება), აღნიშნული დეფინიციით, არ არის საქმიანობის მართვის ინსტრუმენტი. იგი პოზიტიური პროცესია, რომლის დროსაც ყალიბდება ორმხრივი კავშირი და ხდება უკუგება პრაქტიკოსის წარსული საქმიანობის თაობაზე იმისათვის, რომ მუდმივად განსაზღვროს განვითარების საჭიროებები და დაგეგმოს მომავალი. შეფასების პროცესში შემფასებელი და შესაფასებელი პერსონალი, ორივე, უნდა მოემზადოს იმისათვის, რომ სწორად განსაზღვროს სადისკუსიო საკითხები, რაზეც შემდგომ უნდა მოხდეს სათანადო რეაგირება.

შემფასებელი უნდა იყოს სპეციალურად მომზადებული პერსონა - კოლეგა, რომელიც კარგად იცნობს დარგს, გააჩნია სათანადო ცოდნა და ექსპერტიზა. ამავე დროს, უნდა არსებობდეს ძალიან ნათელი ადგილობრივი პროცედურები,

რათა თავიდან ავიცილოთ უხერხულობა და შეფასებასთან დაკავშირებული განცდები - იგი უნდა შეესაბამებოდეს შეფასების ეროვნულ მოდელს.

შეფასება უნდა დასრულდეს შეთანხმებით, რომელიც მოიცავს პერსონალური განვითარების გეგმას, რომლითაც განისაზღვრება განვითარების ძირითადი ამოცანები მომავალი და მომდევნო წლებისათვის, და მის განხორციელებასთან დაკავშირებული პასუხისმგებლობები.

როგორც ჩვენთვის არის ცნობილი, გაერთიანებულ სამეფოში შეფასებები ტარდება რეგულარულად. იგი არის კარგად სტრუქტურირებული სისტემა იმისათვის, რომ დროულად მოხდეს განვითარების საჭიროებების იდენტიფიცირება და პერსონალური განვითარების განხორციელება, რაც ხელს უწყობს ოჯახის ექიმებს მიაღწიონ რევალიდაციას; შეფასების პროცესში ხდება მიღწეული პროგრესის დოკუმენტირება. ყველა ექიმი აუცილებლად მონაწილეობს ყოველწლიური შეფასების პროცესში. იგი მძლავრი ინდიკატორია და ადასტურებს, რომ ზოგადი პრაქტიკოსი

შეესაბამება ქვეყნის მიერ აღიარებულ, მაღალ პროფესიულ სტანდარტს. ფორმალური პასუხისმგებლობა აღნიშნულ პროცესებზე ეკისრება ჯანმრთელობის მართვის ლოკალურ ორგანოებს - პირველადი ჯანდაცვის ტრასტებს (PCT) .

საერთაშორისო კონსულტანტებისა და მათი ქართველი პარტნიორების მიერ შემუშავებულ იქნა სამუშაოს შეფასებისა და კლინიკური ევალუაციის მეთოდოლოგია საქართველოსათვის, საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული სამედიცინო პროფესიონალების შესაფასებლად. აღნიშნული ინსტრუმენტის გაცნობისა და დანერგვის მიზნით 2006 წელში ჩატარდა ტრენინგები, რომელსაც უძღვებოდნენ უცხოელი კონსულტანტები. გადამზადებულმა შემფასებლებმა აღნიშნული ინსტრუმენტი წარმატებით გამოსცადეს საკუთარ დაწესებულებებში კოლეგების შესაფასებლად. საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული სამედიცინო პერსონალის შეფასება და კლინიკური ევალუაცია განხორციელდა გასულ წელს აჭარის რეგიონშიც.

2007 წლის სექტემბერ-ოქტომბერში კი, სამუშაო ადგილის შეფასებისა და კლინიკური ევალუაციის მეთოდოლოგია გამოყენებულ იქნა კახეთის რეგიონის საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის შესაფასებლად. შეფასება დასრულდა 5 ნოემბრისათვის. მასში მონაწილეობდა გადამზადებული შემფასებლების ჯგუფი თბილისისა და მცხეთის საოჯახო მედიცინის ცენტრებიდან - 12 ექიმი და 15 ექთანი.

შეფასების მიზნები:

1. პერსონალური და პროფესიული განვითარების საჭიროებების განსაზღვრა და შეთანხმებული გეგმების შედგენა მათი განხორციელების მიზნით;
2. საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის სამუშაოსა და საქმიანობის მიმოხილვა; დისკუსია მიღწევებსა და გამოწვევებზე, რომელთაც ისინი განიცდიდნენ კურსის დასრულების შემდეგ. დისკუსია, აგრეთვე, მომდევნო წლის მომსახურების, პროფესიული პრაქტიკისა და სხვა ამოცანების შესახებ;
3. საოჯახო მედიცინაში გადამზადების პროგრამების განხილვა; მისი კომპონენტებისა და გამოსავლების ევალუაცია - რომელიც წარმოადგენს პრელუდიას, მისი შემდგომი, პროფესიული განვითარების გზაზე.

შეფასების პროცესი ორგანიზებული იყო ცენტრის მენეჯერების მიერ, რომლებიც აქტიურად მუშაობდნენ შემფასებლებთან, აწყობდნენ შეხვედრებს და წარმართავდნენ დისკუსიებს გამოცდილების გაზიარების მიზნით.

სტანდარტიზებული შეფასების დოკუმენტებმა (ფორმა 1, 2, 3 და სხვ.) უზრუნველყვეს შეფასების პროცესის ფორმალური, მხარდამჭერი და მდგრადი სამუშაო სტრუქტურა. შეფასების შესაფერისი ფორმების წინასწარ შევსებამ შექმნა საფუძველი კონსტრუქციული დიალოგისა შემფასებელსა და შესაფასებელ პერსონალს შორის, რაც დასრულდა ჩანაწერებით, რომელმაც ასახვა ჰპოვა ორი მიმართულებით - წარსულ საქმიანობასა და გასაზღვრული პროფესიული განვითარების საჭიროებების თაობაზე.

აღნიშნული ერთ თვიანი ვიზიტების პერიოდში შეფასება და კლინიკური ევალუაცია ჩაუტარდა სულ 136 ექიმსა და 136 ექთანს. ყველა ექიმსა და ექთანზე შედგენილ იქნა შეფასების პაკეტი, რომელშიც წინასწარ მომზადდა საკითხები, რაზეც უნდა წარმართულიყო შემდგომი დისკუსიები; წინასწარ მომზადდა, აგრეთვე, პერსონალური განვითარების გეგმების პროექტები. შემფასებლებმა, თვითონვე, უზრუნველყვეს შეფასების თარიღისა და დროის შეთანხმება შესაფასებელ პერსონალთან. მენეჯერები, ზოგიერთ შემთხვევაში, ახორცილებდნენ დაკვირვებას, დამატებითი უკუკითხვების მიზნით. შემფასებლები საკმაოდ თავდაჯერებულად გამოიყურებოდნენ და გუნდის შეფასებას ფაქტიურად ასრულებდნენ 2-3 საათში. ყველა შესაფასებელი პერსონალის პასუხი ძალიან პოზიტიური იყო. ყველამ აღიარა, რომ პროცესი დაეხმარა მათ ბევრი საკითხის განსაზღვრაში. ორივე მხარემ, ყველა შემთხვევაში, გააკეთა ერთობლივი განცხადება მასზე, რომ შეფასება ჩატარდა კარგად, თავს გრძობდნენ კომფორტულად.

შედეგებმა გამოავლინა, რომ საოჯახო მედიცინის გუნდებს ესაჭიროებათ შემდგომი ტრენინგები რამდენიმე ძირითად სფეროში. ქვემოთ მოყვანილია დეტალური მონაცემები თითოეული ექიმისა და ექთნის საჭიროებების შესახებ. სწავლება პირველად ჯანდაცვაში გავრცელებული დაავადებების მართვის ეროვნული სტანდარტების (პროტოკოლების) შესახებ, საოჯახო მედიცინაში პაციენტის ჩანაწერების თაობაზე, შემდგომი ტრენინგები - აღჭურვილობის გამოყენებასთან დაკავშირებით, კომპიუტერის გამოყენება - ზოგადად ეს გახლდათ იმ ძირითადი საკითხების ჩამონათვალი, რომელიც საერთო იყო როგორც ექიმების, ისე ექთნებისათვის.

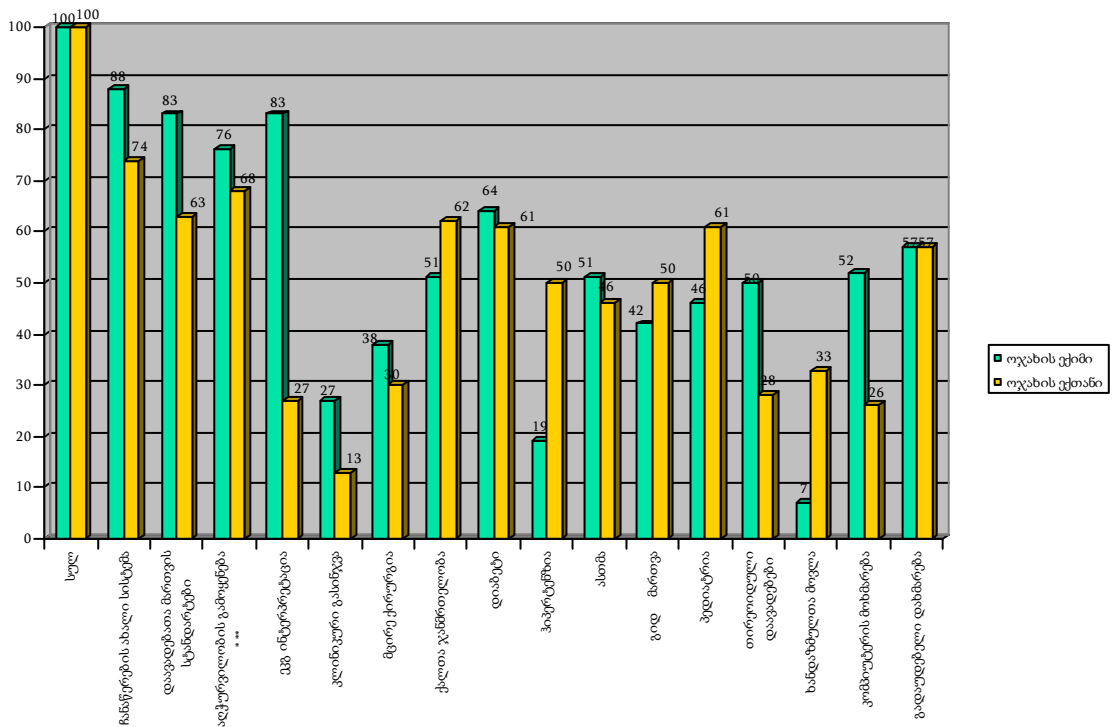
შემფასებლებს ჰქონდათ შესაძლებლობა დასწრებოდნენ კონსულტაციებს და მიმოეხილათ პაციენტების შესახებ ჩანაწერები. შედეგებმა გვიჩვენა, რომ გუნდებს არა აქვთ შესაძლებლობა მოახდინონ დემონსტრირება პრობლემების მართვის ჰოლისტიკური მიდგომისა, პრევენციული და ჯანმრთელობის დამკვიდრების შესაძლებლობების გამოყენებისა ანუ ვერ ახდენენ შემენილი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების რეალიზებას. შემფასებლებმა ინდივიდუალურად შეათანხმეს პერსონალური განვითარების გეგმები თითოეულ პრაქტიკოსთან.

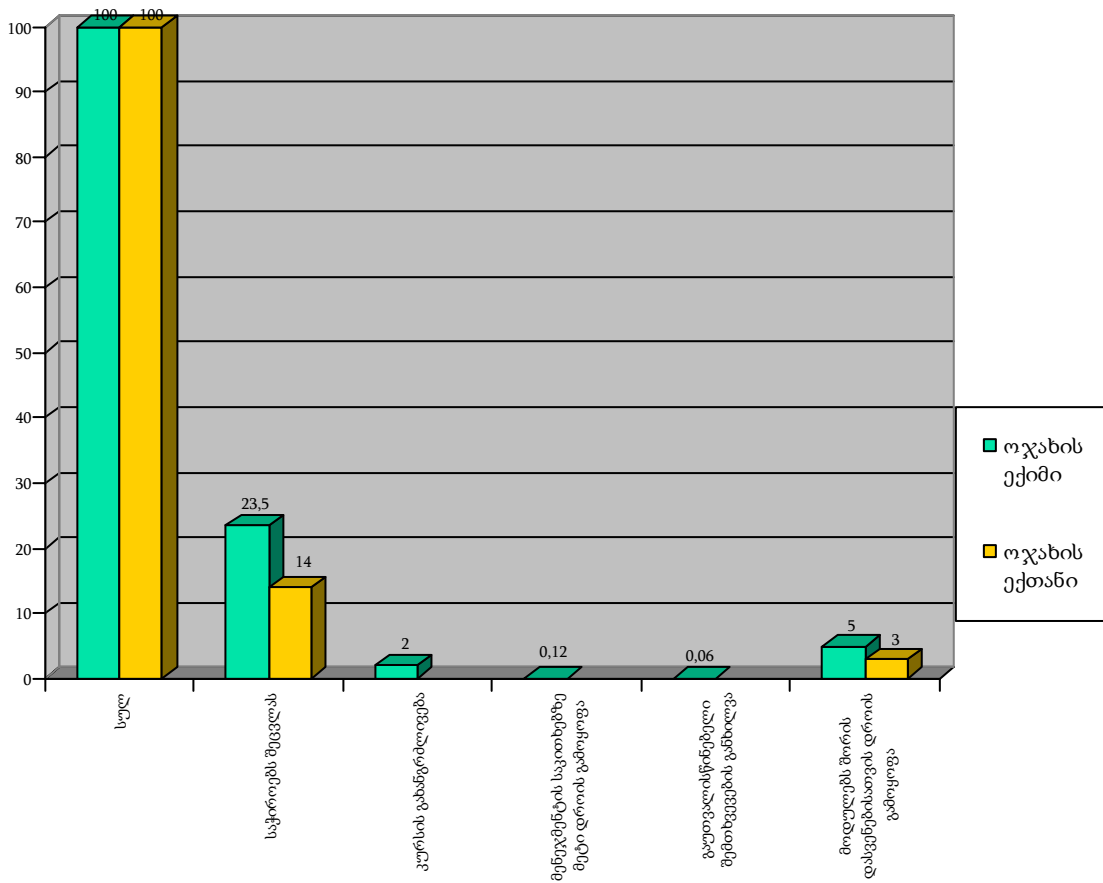
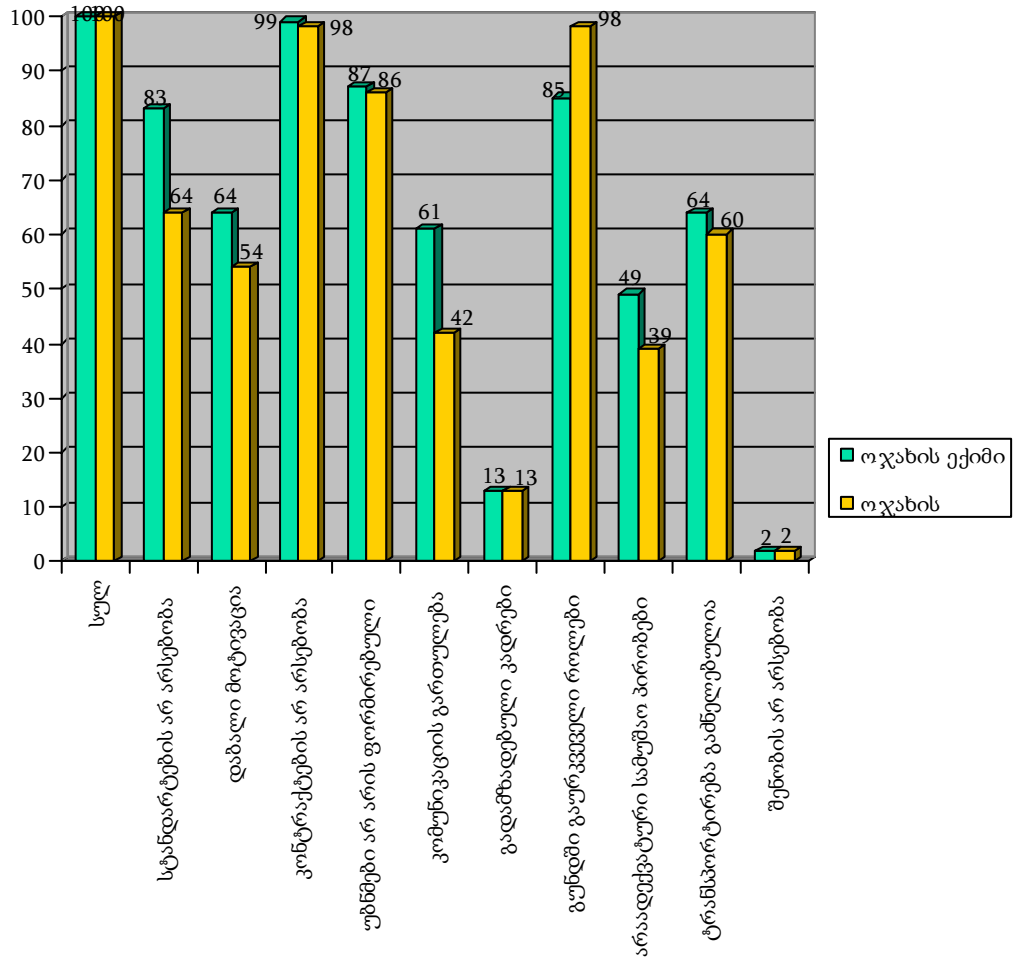
შესაფასებელი პერსონალის მიერ, დისკუსიისას, გამოიკვეთა მათი დამოკიდებულება და წუხილი გარკვეული საკითხებისადმი პირველი ინსტანციის შემფასებლებთან პრობლემების გადაჭრის მიზნით; მათ, აგრეთვე, ისაუბრეს სისტემის განვითარების ბარიერებზე, აქტივობებზე, რომლის მხარდაჭერასაც ისინი, ლოკალურ ან უფრო მაღალ დონეებზე, ელიან. შესაფასებელი დისკუსიის დეტალები ყველა მონაწილისათვის კონფიდენციალურია. მათ განიხილეს და შეთანხმდნენ, თუ რა ინფორმაცია უნდა გაეზიარებინათ მათი დამქირავებლებისა და ჯანმრთელობის ხელისუფლების ორგანოებისათვის.

- შეფასების აღნიშნული ინსტრუმენტი არის ეფექტური საშუალება ინდივიდუალური საჭიროებების იდენტიფიცირებისათვის და მომავალი უწყვეტი პროფესიული განვითარებისათვის. სამუშაო ადგილებზე შეფასება და კლინიკური ევალუაცია შესაძლებელია ჩატარდეს 3 საათში, თუ რა თქმა უნდა, პროცესი კარგად არის დაგეგმილი და შემფასებელი და შესაფასებელი პერსონალი, შესაბამისად, წინასწარ მომზადებული. შეფასებისათვის საჭირო დრო წინასწარი მომზადების გათვალისწინებით, საშუალოდ 6-7 საათით განისაზღვრა.
- ძალიან მნიშვნელოვანია შეფასებისათვის დრო იყოს დაცული, რათა პროცესის შეფერხება თავიდან ავიცილოთ (შესაფასებელი სუბიექტის კლინიკური საქმიანობის მოთხოვნებიდან გამომდინარე).

შესაფასებელ პერსონალს ჩამოუყალიბდა სამუშაო ადგილებზე შეფასებისა და კლინიკური ევალუაციის გაგება და უკეთესი აღქმა, მიიღო გარკვეული გამოცდილება, რაც მომავალში გააუმჯობესებს შეფასებისა და ურთიერთობების ხარისხს.

დასკვნა:





რეკომენდაციები:

შეფასებისა და კლინიკური ევალუაციის პროცესი:

- პროცესის ორგანიზება უნდა მოხდეს ყურადღებით, რათა შეფასების ჩასატარებლად დრო იყოს დაცული ისე, რომ შემფასებელს მიეცეს სამუშაო ადგილზე კლინიკურ პროცესზე დაკვირვების შესაძლებლობა
- საოჯახო მედიცინის პრაქტიკოსებს ექიმებს/ექთნებს შეუძლიათ წინასწარ, გაცნობიერებულად და პასუხისმგებლობით შეავსონ შეფასების ფორმები და განიხილონ საკუთარი პერსონალური განვითარების ვარიანტები
- კახეთის რეგიონის შემდგომი შეფასება 2008 წლისათვის (უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამების ზეგავლენის შეფასება)

დამატებითი კომენტარები

ახალი საოჯახო მედიცინის ცენტრები ვერ ახორციელებენ ყოვლისმომცველ მომსახურებას მიმდინარე ეტაპზე. კონსულტაციის მაჩვენებელი კვლავ ძალიან დაბალია. ზოგადი პრაქტიკის ექთნის როლი და ფუნქციები კვლავ გაურკვეველია. საეჭვოა საოჯახო მედიცინი კონტრაქტების ამოქმედება ყოვლისმომცველი მომსახურების მისაღებად, ვიდრე ყველა ექიმი არ გადამზადდება საოჯახო მედიცინაში და

ყველა ცენტრი არ გარემონტდება და აღიჭურვება.

დასკვნა

საოჯახო მედიცინის ცენტრები არ აწარმოებენ მოსახლეობის საოჯახო მედიცინის ყოვლისმომცველ მომსახურებას. ექიმებსა და ექთნებს შეიძლება რაიმე სარგებლობა მოუტანოთ დამატებითმა ტრენინგებმა გავრცელებული დაავადებების მართვის, პრევენციისა თუ აღჭურვილობის გამოყენების საკითხებზე.

შეკითხვა:

ვინ აიღებს ფორმალურ პასუხისმგებლობას შეფასების პროცესებზე?

ვინ დაეხმარება ზოგადპრაქტიკოსებს შეფასების პროცესში გამოვლენილი წუხილისა და პრობლემების გადაჭრაში?

ვინ დააფინანსებს მომავალში შეფასების პროცესს ადექვატურად?

ვინ გამოყოფს ფონდებს უწყვეტი პროფესიული განვითარებისათვის? უწყვეტი სამედიცინო განათლებისათვის?

როგორ უნდა მოხდეს შეფასების ინსტრუმენტების ინტეგრირება რეალიდაციის პროცესში?

Wonca-ევროპა - პარიზის რეგიონული კონფერენცია

Wonca-ევროპის XIII რეგიონული კონფერენცია 2007 წლის 17-20 ოქტომბერს ჩატარდა პარიზში თემაზე: პირველადი ჯანდაცვა ევროპულ კონტექსტში - ზოგადი პრაქტიკის ახალი გამოწვევა“, რომელსაც დაესწრო 4500 დელეგატი 61 ქვეყნიდან. კონფერენციას წარმართავდა პიერ ლუის დრუაისი და დასწრების თვალსაზრისით ერთ-ერთი ყველაზე მასშტაბური კონფერენცია იყო. მას მასპინძლობდა ზოგადი პრაქტიკის მასწავლებელთა კოლეჯი (კავშირი).

პარიზის კონფერენციამ წარმოადგინა შეხვედრის უმთავრესი მიზანი - მაღალი ხარისხისა და ინოვაციების მეცნიერული პროგრამა. სამეცნიერო კომიტეტი, რომელსაც ხელმძღვანელობდა ბერნარდ გეი, წარმოდგენილი იყო 3 ევროპული ქსელიდან: EGPRN -(European General Practice Research Network), EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) და EQUIP (European Association for Quality in General Practice/Family Medicine); გარდა ამისა, კონფერენციის მუშაობაში მონაწილეობდნენ

მნიშვნელოვანი ფრანგული ნაციონალური საზოგადოებები, ყველა ევროპული თემატური და სხვადასხვა სამუშაო ჯგუფი, დაინტერესებული მხარეები, რომლებმაც თავიანთი წვლილი შეიტანეს სამეცნიერო პროგრამის მიმდინარეობაში.

მოხსენებათა შერჩევის პროცესი დასრულდა იმით, რომ 1400 აბსტრაქტის 80% შეესაბამებოდა საერთაშორისო სამეცნიერო თემის მიერ აღიარებულ კრიტერიუმებს და მხოლოდ 300 იქნა შერჩეული მოხსენებისათვის. ყველა აბსტრაქტი და პრეზენტაცია შეგიძლიათ მოიძიოთ ვებგვერდზე: www.woncaeurope2007.org.

სამი საკვანძო საკითხი იყო ხაზგასმული EGPRN-ის, EURACT-ისა და EQUIP-ის მიერ კონფერენციაზე „პირველადი ჯანდაცვა ევროპულ კონტექსტში - ზოგადი პრაქტიკის ახალი გამოწვევა“. კვლევების განვითარება, ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმის კლინიკური საქმიანობისა და მომავალი ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმის განათლების განვითარება - ის ძირითადი მიმართულებებია,

რომლებიც გაამლიერებს ზოგად პრაქტიკას/საოჯახო მედიცინას, როგორც ჯანმრთელობის სისტემის პირველი სამედიცინო კონტაქტის ადგილს. პროფესიონალიზმის ახალი მოდელი დაიბადა პაციენტზე ორიენტირებულ ენგელის ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელის შესაბამისად, რაც განსაკუთრებით კარგად ადაპტირდება ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში.

სამეცნიერო პროგრამა მოიცავდა „კლინიკური წლების მიმოხილვას“, რომელიც წარმოადგენს უახლეს მიმდინარე სამეცნიერო მონაცემების სინთეზს ზოგადი პრაქტიკის რვა ყველაზე მნიშვნელოვან საკითხთან დაკავშირებით. პროგრამაში, აგრეთვე, გარკვეული დრო დაეთმო „მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრაქტიკის სემინარებს“, რომელიც ფოკუსირებული იყო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინების დანერგვაზე ყოველდღიურ პრაქტიკაში. დელეგატებს შესაძლებლობა ჰქონდათ დასწრებოდნენ ისეთი პრესტიჟული ინსტიტუტების ერთობლივ სემინარებს, როგორცაა EMEA - ევროპის წამლის სააგენტო, WHO - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, HAS - საფრანგეთის ჯანმრთელობის ხელისუფლება, INSER - კვლევითი ინსტიტუტი, INCA - ონკოლოგიის ინსტიტუტი, პირველადი ჯანდაცვისათვის მნიშვნელოვანი საკითხების გაზიარების მიზნით.

„ინტერესთა კონფლიქტი“ გახლდათ ორგანიზატორთა შემფოთების მთავარი მიზეზი. კონფერენციაზე მოწვეული იყვნენ სხვადასხვა ლაბორატორიის წარმომადგენლები თავიანთი წვლილის შესატანად პროგრამაში „პარტნიორები ინტერაქტიულ სემინარებში“. მხოლოდ ამის შემდეგ დაადასტურა სამეცნიერო საზოგადოებამ, რომ პარტნიორული ურთიერთობა გაგრძელდება და რომ პარტნიორები პატივისცემით მოეკიდებიან ორგანიზატორების ეთიკურ პრინციპებს.

კონფერენციის **მეორე**, მთავარი ამოცანა გახლდათ ევროპის ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმების გაცვლების ხელშეწყობა. 4500 ოჯახის ექიმი იმყოფებოდა ყველა ევროპული ქვეყნიდან და აზიიდან, ჩრდილო და სამხრეთ ამერიკიდან; ყველაზე დიდი დელეგაციები ესწრებოდა ესპანეთიდან და საფრანგეთიდან. ორგანიზატორებმა საფუძველი ჩაუყარეს ძლიერ კავშირებს კონფერენციაზე ფართოდ წარმოდგენილი WONCA-ევროპისა და WONCA-მსოფლიო ორგანიზაციებთან.

ახალგაზრდა ექიმების ვასკო და გამას ორგანიზაციამ, რომელმაც ჩამოიყვანა პარიზში

ორგანიზაციის 500 წევრი და მასთან დაკავშირებული ენთუზიასტები, კონფერენციის წინ წარმოადგინა სპეციალური პროგრამა, რომელსაც ესწრებოდა 80 ახალგაზრდა მომავალი ექიმი და 10 ფასილიტატორი (ფრანგი მასწავლებლები და EURACT-ის წევრები). ისინი, აგრეთვე, აქტიურად მონაწილეობდნენ კონფერენციის მიმდინარეობაში, გამოხატავდნენ ახალგაზრდა ექიმების მოსაზრებებს დისკუსიის მიმდინარეობისას და თვითონვე აწყობდნენ სემინარებს დამოუკიდებლად. საფრანგეთის რეგიონული კოლეჯების ფინანსური ხელშეწყობითა და საერთაშორისო სამეცნიერო კვლევებისა და ოჯახის ექიმის მოდელის უკეთ გაცნობის მიზნით, კონფერენციას ესწრებოდა 150 ფრანგი სტუდენტი. შენობის ცენტრში, ფრანგული კერძებისა და ღვინის თანხლებით, მოეწყო დიდი გამოფენა, რამაც ხელი შეუწყო მონაწილეთა არაფორმალურ შეხვედრებს, გამოცდილების გაზიარების შესაძლებლობების გაზრდას და ნაცნობობას.

კონფერენციის **მესამე**, მნიშვნელოვანი ამოცანა იყო საფრანგეთის ასოციაციის დახმარება ქვეყანაში საოჯახო მედიცინის აკადემიური საფუძვლების დასამკვიდრებლად. სწორედ კონფერენციის თემა „პირველადი ჯანდაცვა ევროპულ კონტექსტში - ზოგადი პრაქტიკის ახალი გამოწვევა“ იყო განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი სამედიცინო შინაარსის თვალსაზრისით. იგი გამოხატავდა თანამედროვე ფრანგული ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა საზოგადოების აზრს. ასეთი მნიშვნელოვანი საერთაშორისო მოვლენის ორგანიზებაში მიღწეულმა წარმატებამ პარიზის საოჯახო მედიცინას და ფრანგული კოლეჯის (ასოციაციის) ლიდერებს შესძინა მეტი თავდაჯერებულობა, რომლებიც აღნიშნულ საკითხებზე მოლაპარაკებებს საფრანგეთის ჯანმრთელობისა და განათლების სამინისტროებთან შეთანხმებების მისაღწევად აწარმოებდნენ და იმყოფებოდნენ კრიტიკულ შუაგზაზე საფრანგეთის საოჯახო მედიცინაში აკადემიური საფუძვლების შექმნის მხარდაჭერისა და განვითარების მიზნით.

Wonca -ევროპის კონფერენციამ ევროპულ ქვეყნებს უჩვენა უამრავი მაგალითი, რომლებიც ატარებდნენ უზარმაზარი ინიციატივების ექსპერიმენტებს, რამაც საოჯახო მედიცინა დააყენა ჯანმრთელობის სისტემის რეფორმების ცენტრში, აგრეთვე, განხილული იყო უამრავი მნიშვნელოვანი საკითხი საფრანგეთის ჯანმრთელობის სისტემის აუცილებელი ევოლუციის საკითხებზე.

მოწვევა ევროპის კოლეჯებისა და ასოციაციების პირველ შეხვედრაზე

მვირფასო პრეზიდენტი,
მვირფასო კოლეგებო,

ზოგადი პრაქტიკა/საოჯახო მედიცინა ევროპაში კარგადაა ორგანიზებული. Wonca-ს ევროპის რეგიონი უფრო დიდია და უკეთ არის სტრუქტურირებული. ჩვენ გვაქვს საგანმანათლებლო, კვლევითი, ხარისხის გაუმჯობესების, პრევენციის, სასოფლო და იზოლირებული პრაქტიკების ქსელები, რაც მუშაობის საუკეთესო შედეგებს განაპირობებს, აგრეთვე. ჩვენ გვაქვს სპეციალური ინტერესის ჯგუფები გავრცელებული დაავადებებისათვის, ხოლო პოლიტიკური საკითხებისათვის - ზოგად პრაქტიკოსთა ევროპის კავშირი (UEMO).

აღნიშნული ორგანიზაციებისათვის საუკეთესო მხარდაჭერას ეროვნული კოლეჯები და ასოციაციები წარმოადგენს; ამიტომ ყველა ზემოაღნიშნული ინიციატივის შემდგომი განვითარების მიზნით გვჭირდება მძლავრი, კარგად ორგანიზებული და ფინანსურად გამართული კოლეჯები და ასოციაციები. სამწუხაროდ, ხშირად არ გვაქვს საკმარისი დრო ჩვენი ორგანიზაციებისათვის და ვერ ვიღებთ იმ მხარდაჭერას საერთაშორისო თანამშრომლობიდან, რომლის მიღებაც შესაძლებელია. უმრავლეს შემთხვევაში ერთობლივად შეგვიძლია ჩვენი საქმიანობის უკეთ წარმართვა, ერთმანეთისაგან სწავლა და გამოცდილების გაზიარება საუკეთესო ორგანიზაციული პრაქტიკის შესახებ.

სიტუაციის შეცვლის მიზნით გთავაზობთ შეხვედრას პორტუგალიაში 2008 წლის აპრილში, რომელიც ღია იქნება ევროპის ყველა კოლეჯისა და ასოციაციისათვის; შეხვედრას უმასპინძლებს ზოგადი პრაქტიკის პროფესიონალთა პორტუგალიის ასოციაცია და წარიმართება Wonca-ევროპის ეგიდით. ჩვენ ვიწვევთ ევროპის ყველა ასოციაციის ერთ ან ორ წევრს, განსაკუთრებით მას, ვინც ორგანიზაციულ

ასპექტებთანაა დაკავშირებული და მოველით დაახლოებით 50 მონაწილეს.

დელეგატები ჩამოვლენ პარასკევს, 4 აპრილს და ექნებათ არაფორმალური შეხვედრა, იმუშავებენ სრული დღის განმავლობაში (ჯგუფური მუშაობა და პლენარული სხდომები) შაბათს, ხოლო უკან გაემგზავრებიან კვირას.

ჩვენ მოხარულნი ვართ დავფაროთ სასტუმროში ცხოვრების (ორი ღამისა და კვების ხარჯი) ორი ადამიანისათვის ყველა ევროპული ასოციაციიდან, ასევე შეხვედრის ორგანიზების ხარჯები. მონაწილეებს გადასახდელი ექნებათ მხოლოდ საკუთარი მგზავრობის თანხა.

დისკუსიებისა და ინფორმაციის გაცვლის მთავარი თემები შესაძლოა იყოს: მენეჯმენტის საკითხები, მაგ. პუბლიკაცია, შეხვედრების ორგანიზაცია, კომპანიების ან ფონდების მფლობელობა, მომსახურების მიწოდება წევრებისათვის, კოლეჯების შიდა ორგანიზაციები, მაგ. პერსონალის კონტრაქტირება და პოლიტიკის საკითხები, მაგ. პოლიტიკოსებთან და მასმედიასთან ურთიერთობა, ფარმაცევტული ინდუსტრია, დაფინანსება და ა.შ.

მოგვაწოდეთ წინადადებები სადისკუსიო საკითხების შესახებ და უახლოეს მომავალში გამოგიგზავნით შეხვედრის უფრო დეტალურ გეგმას.

წარმატების შემთხვევაში მომავალი შეხვედრების ორგანიზება შესაძლებელი იქნება ორ წელიწადში ერთხელ სხვადასხვა ქვეყანაში.

მომავალ შეხვედრამდე ლისაბონში.

ლუის ავგუსტო პისკო

პრეზიდენტი, ზოგადი პრაქტიკის პროფესიონალთა პორტუგალიის ასოციაცია

Avenida da República, 97 -1º

1050-190 ლისაბონი

პორტუგალია

სამედიცინო ბიზნესი - მართვის ინსტრუმენტი

საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის მიმღები ოფისის მართვა

პაციენტის პირველი შთაბეჭდილება თავის ექიმზე შესაძლოა ჩამოყალიბდეს მანამ, ვიდრე უშუალო კონტაქტი ექნება მასთან. მიმღების ოფისის გამოჩენა და მისი ფუნქციონირება პირდაპირ აისახება ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმის პრაქტიკაზე. ძალიან დიდია განსხვავება, კომფორტის თვალსაზრისით, რასაც განიცდიან პაციენტები სხვადასხვა ექიმის ოფისში ვიზიტის დროს, რაც უმრავლეს შემთხვევაში გამოწვეულია „წინა ოფისის ოპერაციებით და ორგანიზებულობით“. ისმის კითხვა: რამდენად მაღალი იქნება პაციენტის კმაყოფილება იმ მომსახურებით, რომელიც მას მიეწოდება აღმოჩენილი სამედიცინო დახმარების მიღმა?

მოსაცდელი დარბაზი არის ნამდვილად შესაფერისი?

რა არის პაციენტის მოცდის დრო? ხომ არ იგვიანებს ექიმი? მაგალითად, თუ პაციენტი მივიდა წინასწარ შეთანხმებულ მიღებაზე 5:00 საათზე და ექიმმა ვერ მოახერხა მისი მიღება 6:30-მდე, არც ერთი პაციენტი არ არის ტოლერანტული ასეთი დაგვიანებით მიღებაზე. რატომ ჰგონია ზოგიერთ ექიმს, რომ ეს არ არის პრობლემა? რატომ ხდება ზოგ ექიმთან ხშირად პაციენტის დაგვიანებით მომსახურება, მაშინ როცა სხვა ექიმი ამას შეუფერხებლად ახერხებს? ძალიან იშვიათად, თუკი ეს მაინც მოხდა და სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელს მოუწია არაორდინალური დროით ლოდინი, მათ სერიოზულად უნდა მოუბოდიშოთ, რათა შენარჩუნებულ იქნას პაციენტის მხრიდან მომსახურების მიმწოდებლის მიმართ კეთილგანწყობა.



როგორ ვმართოთ მიმღების ოფისი?

ქვემოთ შემოგთავაზებთ რამდენიმე წინადადებას წინასწარი ჩაწერის განრიგის დაცვის მიზნით. პაციენტის გასინჯვის საშუალო რუტინული დრო წინასწარ უნდა იყოს განსაზღვრული. მისი განსაზღვრისას გასათვალისწინებელია გადაუდებელი შემთხვევები და ზოგიერთი პაციენტების საჭიროებიდან გამომდინარე (მაგ.: დეპრესიის შემთხვევა, თვალის ფსკერის დათვალიერება გაფართოებული გუგით და სხვ.) ვიზიტისათვის გაზრდილი დროც.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, გაითვალისწინეთ შემდეგი საკითხები:

- სამედიცინო ოფისის ყველა თანამშრომელს - ექიმს, ექთანს, ოფისის დამხმარე პერსონალს უნდა გააჩნდეს დროის შეგრძნება (გააცნობიერონ დროის მნიშვნელობა).
- ოფისი უნდა ხელმძღვანელობდეს წინასწარი ჩაწერის ჟურნალებით, რომლის მიზანია საპაემანო კალენდრის შესაბამისად მოხდეს პაციენტის ნაკადის გაშვება.

- არ უნდა აურიოთ პაემანი. არ უთხრათ 5 პაციენტს, რომ მოვიდეს 15:00 საათზე და შემდეგ დაიჭიროს რიგი. თითოეულ პაციენტს მიაკუთვნეთ განსაზღვრული დრო და თვალყური მიადევნეთ მის დაცვას.
- პაციენტს მიეცით სრული ინფორმაცია წინასწარი ჩაწერის (საპაემანო სისტემის) არსებობის შესახებ. ეს უნდა გააკეთოთ მეგობრული, მაგრამ მტკიცე ტონით. იმ შემთხვევაში, თუ 5:00 საათზე დაბარებული პაციენტი მოვა 15:30-ზე, მიმღების პერსონალმა სასიამოვნოდ (და არა საყვედურით) უნდა უთხრას პაციენტს: „ქ-ნო ი-ნა. ჩვენ 15:00 -ზე გელოდებოდით. ასეთ შემთხვევაში, პაციენტები მიიღებენ თქვენს შეტყობინებას.

არის ოფისი კომფორტული?

ოფისის დიზაინი და მოწყობა ქმნის პაციენტებში მნიშვნელოვან შთაბეჭდილებას და ბადებს კომფორტულობისა და უსაფრთხოების შეგრძნებას. გაითვალისწინეთ შემდეგი საკითხები:

- არის თუ არა ახალი ჟურნალ-გაზეთები ხელმისაწვდომი მათთვის?
- არის აქტუალური და საინტერესო ინფორმაციები?
- მისაღებში არის ახალი ყვავილები თუ მტვრიანი და მოუვლელი დეკორაციები?
- არის თუ არა მოსაგდელი ოთახი სუფთა და ყოველთვის მზად მომხმარებლის მისაღებად?
- უნდა გაითვალისწინოთ ჭარბი წონის პაციენტებისათვის შესაფერისი სკამების არსებობა.

როდის მოვაშორებთ პაციენტებს, ნაკლებად მგრძობიარე და პროფესიული სიცივის აღქმას?

პერსონალი უნდა იყოს განსწავლული სხვადასხვა აზროვნების დონის ადამიანთა მომსახურებისათვის. ექიმთან მისვლა, ძალიან ხშირად, სტრესულია. იმისათვის, რომ დაიზოგოს პაციენტის დრო, ექიმთან მისვლამდე, შესაძლოა, პაციენტს, საწყისი შეფასების მიზნით, შესთავაზოთ პრაქტიკის ექთანთან ვიზიტი. პერსონალის ნათელი ფუნქციები მკვეთრად ამცირებს პაციენტის შფოთვისას. უფრო მეტიც, მიმღების მზრუნველ და მხარდამჭერ პერსონალს შეუძლია მეტად ეფექტური გახადოს ოფისის საქმიანობა. ქვემოთ, წარმოდგენილია დაკვირვებები და წინადადებები იმისათვის, თუ როგორ გააუმჯობესოთ პაციენტის, თქვენს ოფისში მიღებული, გამოცდილების ხარისხი:

- მიმღების პერსონალს შეუძლია 2 მარტივი, მაგრამ ძალიან მნიშვნელოვანი ნაბიჯი გადადგას, როდესაც პაციენტი შემოდის დაწესებულებაში/ოფისში: გაიცინოს და გაიგოს პაციენტის სახელი. პერსონალური მისაღმება და მეგობრული ღიმილი ყველა პაციენტს, ორივეს - ძველსა და ახალს, ძალიან მალე და მნიშვნელოვნად უმცირებს ექიმის ოფისში მოსვლის სტრესს და ანიჭებს იმის განცდას, რომ ის არის ადამიანი და არა სადაზღვევო ბარათის ნომერი.
- თუკი პაციენტი უკმაყოფილოა, ჩხუბობს, ბუზღუნებს, არ დატოვოთ მარტო მოსაცდელ დარბაზში, როგორმე უზრუნველყავით მისი დროული მომსახურება.
- თუკი ექიმს აგვიანდება, მიმღების თანამშრომელმა უნდა აცნობოს პაციენტს მაშინვე, როგორც კი გაიგებს და თანაც უნდა დაუზუსტოს, თუ დაახლოებით რამდენ ხანს დასჭირდება ლოდინი ექიმის ოფისში დაბრუნებამდე. ეს პაციენტს მისცემს საშუალებას თვითონვე მიიღოს გადაწყვეტილება დაელოდოს ექიმს თუ ჩაეწეროს სხვა დროისათვის. მიმღების პერსონალმა შესაძლოა კიდევ განუმარტოს პაციენტს რომ „ექიმი, მძიმე პაციენტის გადაუდებელი შემთხვევის გამო, შეყოვნდა ჰოსპიტალში“. ხშირია მიმღების პერსონალის ინდიფერენტული, ზოგჯერ გულგრილი დამოკიდებულება ექიმთან ვიზიტის გადავადების გამო. როცა გალიზიანებული პაციენტი კითხულობს „კიდევ რამდენ ხანს შეიძლება ველოდო ექიმს?“. არაფერი გაფუჭდება, თუ მიმღების თანამშრომელი პაციენტს, ექიმის ნაცვლად, მოუხდის ბოდიშს: „ ვწუხვარ, რომ გიგვიანდებათ, მაგრამ დარწმუნებული ბრძანდებოდეთ როცა შეხვალთ, ექიმი დაგიტომობთ ზუსტად იმდენ დროს, რამდენიც დაგჭირდებათ.
- ნებისმიერ პაციენტს, მიუხედავად მისი განათლების დონისა, იქნება ის პირველად თუ განმეორებით მოსული, უნდა აღმოუჩინოთ მიმღებშივე სათანადო დახმარება იქნება ეს დოკუმენტაციის შევსება, თუ სხვა ინფორმაციის მიწოდება და ეცადოთ გაარკვიოთ ყველა საჭირო საკითხში.
- მისასაღმებელია გუნდის წევრებს შორის პოზიტიური დამოკიდებულება, განსაკუთრებით ისეთ პრაქტიკებში, სადაც ბევრი თანამშრომელი მუშაობს, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ პაციენტი,

რომელსაც არა აქვს ოფისთან ურთიერთობის დიდი გამოცდილება, ძალიან ღიზიანდება და ბრაზდება, თუკი ოფისის პერსონალი აგრძელებს ტელეფონზე ან ერთმანეთს შორის საუბრებს და ახდენს პაციენტის იგნორირებას. მუდმივად უნდა გვახსოვდეს, რომ სამედიცინო სფერო განეკუთვნება მომსახურების ინდუსტრიას და პაციენტი არის აღნიშნული სერვისების მომხმარებელი.

სად შევინახეთ პაციენტების ფაილი?

ექიმს არასოდეს სიამოვნებს იმის გაგონება „ხომ არ იცით სად იქნება პაციენტის სამედიცინო რუკა (ფაილი)? იგივე შეიძლება ითქვას პაციენტზეც. ეს არა მარტო უსიამოვნო და შემაშფოთებელია მისთვის, არამედ დროის ტყუილად კარგვას, დრო კი მოგეხსენებათ, რაოდენ ძვირფასია ადამიანისათვის. იმპერატიულად, ყველა ოფისს უნდა გააჩნდეს სამედიცინო რუქის (პაციენტის ფაილის) მართვის პროტოკოლი. წარმოგიდგენთ წინადადებებს აღნიშნულთან დაკავშირებით:

- ფაილები უნდა იყოს კანონიერი, თანმიმდევრული და ლოგიკურ პრინციპებზე დაფუძნებული. მაგ.: იგი უნდა იყოს გვარების, მისამართების, უბნების მიხედვით, თუ სხვა რაიმე ნიშნით დალაგებული, ყოველთვის უნდა იყოს პროტოკოლის შესაბამისად და მოსამებნად ადვილი.
- გამოყავით სპეციფიური ადგილი ფაილების შესანახად. შესანახ ყუთებსა თუ თაროებს უნდა ჰქონდეს ნათელი და ზუსტი აღნიშვნები. საჭიროების შემთხვევაში, ფაილიდან ნებისმიერი ქალაქის ამოღების შემდეგ, იგი სასწრაფოდ უნდა იქნას დაბრუნებული უკან. არა მხოლოდ მენეჯერები, არამედ ექიმი/ექთანიც კარგად უნდა იცნობდნენ საკუთარი ფაილების სისტემას.
- ფაილების შესანახი ადგილი არ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი პაციენტებისათვის და უცხო პირებისათვის. პაციენტს უნდა ჰქონდეს პრივატულობის განცდა და მომსახურე პერსონალს კანონით მოეთხოვება კონფიდენციალობის დაცვა.
- საჭიროა, სხვადასხვა სააღრიცხვო ფორმების (ჟურნალების, ცხრილების და სხვ.) გამოყენება სამედიცინო ფაილების შენახვისა და დაცვის უზრუნველსაყოფად.

რაში მდგომარეობს ოჯახის ექიმის მომსახურების წარმატების საიდუმლო?

წარმატებული ოჯახის ექიმის ოფისი ფრთხილი და ყურადღებიანი პერსონალით, არ არის ბედის საჩუქარი. სწორედ ოჯახის ექიმის ნათელი ინსტრუქტაჟი და ურთიერთობა განაპირობებს იმ მოლოდინს, რომელიც უყალიბდება მას დამხმარე პერსონალისადმი, თუმცა აუცილებელია, ყოველდღიურად, თვალყური მიადევნოს, თუ რამდენად ადექვატურად, მისი მოლოდინის შესაფერისად იქცევა მისი გუნდის წევრები. ოჯახის ექიმი იმდენად დატვირთულია, რომ ვერ იცლის ოფისის ფუნქციონირების დეტალებისათვის, თუმცა არც ის არის სწორი, რომ იმდენად დატვირთულია, რომ არ სცალია ჩაუტაროს ტრენინგები თავისი გუნდის პერსონალს და იზრუნოს მათ სწავლაზე. მიმდების ოფისის ფუნქციონირება ძალიან მნიშვნელოვანია და იგი უცილობლად საჭიროებს ზედამხედველობას.

მე მახსენდება ჩემი მასწავლებელი, რომელიც ყოველკვირეულად დაფაზე გვიწერდა: „დეტალები ქმნიან სრულყოფილებას, მაგრამ სრულყოფილება არ არის დეტალი“.

რობერტ ფრიდმანი

შაჰრიანი ღიაგაშის მართვა ზოგაფსაქმიმო პრაქტიკაში

ღიაგაშის მართვის სახელმძღვანელო

(გაგრძელება - დასაწყისი წინა ნომერში)

8. გადაუდებელი ჰიპერგლიკემიური მოქმედებები

- დაადგინეთ ძირითადი მიზეზი - სეფსისი, მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- მოახდინეთ ექსტრაცელულარული სითხის დეფიციტის და შემდეგ თანდათანობით ჰიპერგლიკემიისა და წყლის დეფიციტის კორექცია;
- განახორციელეთ პლაზმური გლუკოზის, ნატრიუმის და კალიუმის მკაცრი მონიტორინგი;
- საჭიროების შემთხვევაში სპეციალისტთან გაგზავნა.

გადაუდებელი ჰიპერგლიკემიური მდგომარეობები, მნიშვნელოვან შემთხვევებში, მთავრდება სიკვდილობით. მათი თავიდან აცილება შეუძლია მათ, ვინც იცის, რომ არის დიაბეტით დაავადებული

და მათი მიკუთვნება ამ ჯგუფისადმი ნიშნავს სამედიცინო მენეჯმენტის წარუმატებლობას. მნიშვნელოვანია, რომ ავადმყოფობის დღეების პროტოკოლი გაგებული იყოს პაციენტისა და მისი მომვლელის მიერ და რომ მუდმივად იყოს შესაძლებელი კონტაქტი შესაბამისი ცოდნის მქონე პირთან (ზოგადი პრაქტიკოსი, ენდოკრინოლოგი, დიაბეტის რესურს ცენტრი).

ავადმყოფი პაციენტების ადექვატური ადრეული მენეჯმენტი, ორივე - ტიპი 1 და ტიპი 2 დიაბეტის დროს, თავიდან აგვაცილებს დიაბეტურ გადაუდებელ მდგომარეობებს. ხშირია გადაუდებელი ჰიპერგლიკემიური მდგომარეობების შემთხვევები დიაბეტით არადაიაგნოსტირებულ პაციენტებში.

8.1. დიაბეტური კეტოაციდოზი

ინსულინის აბსოლუტური დეფიციტის შედეგია:

- ღვიძლის გლუკოზის პროდუქციის გაზრდა;
- ოსმოზური დიურეზი და დეჰიდრატაცია, კალიუმის და ფოსფატების დაკარგვა;
- პერიფერიული ლიპოლიზის გაძლიერება. ინსულინის დეფიციტის დროს ღვიძლი ახდენს ცხიმოვანი მჟავების კონვერტირებას კეტომჟავებში, რომელიც იწვევს აციდოზს.

დიაბეტური კეტოაციდოზის ნიშნებია: დეჰიდრატაცია, ჰიპერვენტილაცია, კეტოზური სუნთქვა, ცნობიერების დარღვევა და შოკი.

ასევე, უნდა შემოწმდეს სხვა პრეციპიტაციული ფაქტორები, როგორცაა საშარდე ტრაქტის ინფექცია, მიოკარდიუმის ინფარქტი, პნევმონია. პაციენტის მართვა, სადაც შესაძლებელია, უნდა მოხდეს სპეციალიზებულ ენდოკრინოლოგიურ განყოფილებაში. მოშორებულ სოფლის პრაქტიკაში შეიძლება ეს ვერ მოხერხდეს. ამ სიტუაციაში, ყველაზე მნიშვნელოვანია, მკურნალობის დაწყებამდე რჩევისათვის კონტაქტი დიაბეტის საკითხებში ყველაზე შესაფერის პირთან.

ზოგადი მენეჯმენტი ძირითადად მოიცავს:

ინიციალურ გამოკვლევებს:

- სისხლში გლუკოზა;
- აირები არტერიულ სისხლში (ბავშვებში ვენურ სისხლში);
- ელექტროლიტები და თირკმლის ფუნქცია;
- შარდის გლუკოზა, კეტონები, მიკროსკოპია და კულტურა
- ეკგ;
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია.

მეთვალყურეობის სიხშირე

კლინიკურ და ბიოქიმიურ სტატუსზე, მაგ.:

- ყოველ ნახევარ საათში: წნევა, პულსი, შარდის გამოყოფა.
- ყოველ საათში ერთჯერ: კაპილარული სისხლის გლუკოზა.
- საათში ერთჯერ - ელექტროლიტები, განსაკუთრებით კალიუმი.

სითხეები და ელექტროლიტები

- უმრავლეს პაციენტს აქვს რამდენიმე ლიტრის დეფიციტი (40 დან 80 მლ/კგ), გამოთვალეთ დეფიციტი და დაუმატეთ მომდევნო 24 სთ-ში საჭირო რაოდენობა, პირველ 5-6 საათში მიეცით აღნიშნული რაოდენობის დაახლოებით 1/3. მიზანშეწონილია 0,9%-იანი მარილის გამოყენება.
- პლაზმის კალიუმი თუ ჯერ არ არის ძალიან მაღალი (>6 მმოლ/ლ) დაიწყე ჩანაცვლება (მაგ. 1/2 -2 გ, 6-26 მმოლ საათში), გაზომეთ კალიუმის დონე და არეგულირეთ დოზა ყოველ 2 საათში.

ინსულინი

- ინტრავენურად ბოლუსით ერთი 0,15 ერთ/კგ ნეიტრალური ინსულინი.
- დაიწყეთ ნეიტრალური ინსულინის ინფუზია 100 ერთ 1 ლ ფიზიოლოგიურ ხსნარზე.
- დანიშნეთ ინსულინის ინფუზია 0,05 დან 0,15 ერთ/კგ ერთ საათში და არეგულირეთ დოზა გლიკემიის დონის მიხედვით (ჩვეულებრივ 0,5-6,0 ერთ საათში 70 კგ მოზრდილისათვის)
- როდესაც სისხლის გლუკოზის დონე დაიწვეს 15 მმოლ/ლ დაიწყეთ 5% დექსტროზის ინფუზია (50-100მლ საათში) და დაარეგულირეთ შესაბამისად სხვა სითხეების ინტრავენური ინფუზია.

დიაბეტური კეტოციდოზით შეიძლება გართულდეს მძიმე ინფექცია, არტერიული თრომბოზი, ღრმა შოკი, ლაქტაციდოზი და ტვინის შეშუპება. საჭიროა მკურნალობის დაწყება და პაციენტის გაგზავნა სპეციალიზებულ განყოფილებაში.

8.2 ჰიპეროსმოლარული არაკეტოაციდური კომა

ტიპი 2 დიაბეტის დროს ინსულინის დეფიციტი არ არის აბსოლუტური. ადგილი აქვს ჰიპერგლიკემიას და ოსმოსურ დიურეზს, თუმცა ლიპოლიზი და კეტოზი არ ახასიათებს. ექსტრემალური ჰიპერგლიკემია ვითარდება ღვიძლის გლუკოზის პროდუქციის გაძლიერების და პერიფერიული უტილიზაციის დაქვეითების, ოსმოსური დიურეზის და სითხის დაკარგვის გამო, ასევე ვითარდება ექსტრაცელულური სითხის და ნატრიუმის დაკარგვა, თუმცა პლაზმის ნატრიუმი შეიძლება მომატებული იყოს, სხეულის ტოტალური სითხის უფრო მეტი რაოდენობით გამოყოფის გამო.

ორგანიზმის ტოტალური სითხეების დაკარგვა იწვევს ჰიპეროსმოლარობას, რომელიც აისახება ექსტრემალურ ჰიპერგლიკემიასა და ჰიპერნატრიემიაში. ჰიპეროსმოლარული სტატუსი მოქმედებს ცნობიერებაზე და შეიძლება გამოიწვიოს კომა. აქედან არის ტერმინი ჰიპეროსმოლარული არაკეტოაციდური კომა.

პრიორიტეტულია ექსტრაცელულური სითხის მოცულობის და შემდეგ ჰიპერგლიკემიის თანდათანობითი კორექცია (ინსულინით) და წყლის დეფიციტის შევსება (ნატრიუმის დაბალი შემცველობის მაგ.: 5% დექსტროზა ან 4% დექსტროზა და 1/5 ნორმალური ფიზიოლოგიური ხსნარი). ჰიპეროსმოლარობის სწრაფი კორექცია სახიფათოა. საჭიროა ექსტრაცელულური სითხის სტატუსის, პლაზმის გლუკოზის და ნატრიუმის მონიტორინგი. სისხლის გლუკოზის დონე არ უჩვენებს ძალიან მაღალ ციფრებს, ამიტომ მნიშვნელოვანია, როგორც გლუკოზის, ისე ნატრიუმის და კალიუმის დონეების ლაბორატორიული მონიტორინგი. ჰიპეროსმოლარული კომის კლინიკური ნიშნებია: მძიმე დეჰიდრატაცია. დარღვეული ცნობიერება, კომა და შოკი. უნდა შემოწმდეს ასევე პრეციპიტაციური ფაქტორები, მაგ. საშარდე ტრაქტის ინფექცია, პნევმონია, მიოკარდიუმის ინფარქტი ან ინსულტი.

პაციენტის მართვა საჭიროა სპეციალიზებული ენდოკრინოლოგიურ განყოფილებაში, სადაც ეს შეუძლებელია, საჭიროა მკურნალობის დაწყება ამ საკითხებში ყველაზე შესაფერის პირთან კონსულტაციის შემდეგ.

მენეჯმენტი ძირითადად მოიცავს:

საწყისი გამოკვლევები

- სისხლში გლუკოზა
- ელექტროლიტები და თირკმლის ფუნქცია
- შარდის გლუკოზა, კეტონები, მიკროსკოპია და კულტურა
- ეკგ
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია

დაკვირვებების სიხშირე

კლინიკური და ბიოქიმიური სტატუსი. მაგ.:

- ყოველ ნახევარ საათში: წნევა, პულსი, შარდის გამოყოფა.
- ყოველ საათში ერთჯერ: კაპილარული სისხლის გლუკოზა.
- საათში ერთჯერ - ელექტროლიტები, განსაკუთრებით ნატრიუმი და კალიუმი.

სითხეები და ელექტროლიტები

პაციენტთა უმრავლესობას აქვს რამდენიმე ლიტრის (60-100 მლ/კგ) დეფიციტი. ინიციალურად მიზანშეწონილია ფიზიოლოგიური ხსნარი ექსტრაცელულური სითხის მოცულობის შესავსებად (მაგ.: 3-5 ლ 5-6 საათში).

შემდეგ სითხეების გადასხმისას უნდა ვიხელმძღვანელოთ შემდეგით:

- ექსტრაცელულური მოცულობის ნიშნები - ფიზიოლოგიური ხსნარის ადმინისტრირება;
- ორგანიზმის ოსმოლარობის გაზომვით - ჰიპოტონური ხსნარების ადმინისტრირება.

თუ პლაზმის კალიუმი არ არის ძალიან მაღალი (>5მმოლ/ლ), დაიწყეთ ჩანაცვლება (0,5-1გ 6-13 მოლი/ლ საათში), გაზომეთ დონეები და არეგულირეთ დოზა ყველაზე მცირე 2 სთ-ში ერთჯერ.

ინსულინი

- ინტრავენურად ბოლუსით 0,15 ერთ/კგ ნეიტრალური ინსულინი.
- დაიწყეთ ნეიტრალური ინსულინის ინფუზია 100 ერთ 1 ლ ფიზიოლოგიურ ხსნარზე.
- დაიწყეთ ინსულინის ინფუზია 0,05 დან 0,15 ერთ/კგ ერთ საათში და არეგულირეთ დოზა გლიკემიის დონის მიხედვით (ჩვეულებრივ 0,5-6,0 ერთ საათში 70 კგ მოზრდილისათვის)
- როდესაც სისხლის გლუკოზის დონე დაიწევს 15 მმოლ/ლ, დაიწყეთ 5% დექსტროზის ინფუზია (50-100მლ საათში) და დაარეგულირეთ შესაბამისად სხვა სითხეების ინტრავენური ინფუზია.

დიაბეტური კეტოაციდოზით შეიძლება გართულდეს მძიმე ინფექცია, არტერიული თრომბოზი, ღრმა შოკი, ლაქტაციდოზი და ტვინის შეშუპება. საჭიროა მკურნალობის დაწყება და პაციენტის გაგზავნა სპეციალიზებულ განყოფილებაში.

9. ფაქტორები, რომლებიც ართულებენ მენეჯმენტს

ფაქტორები, რომლებიც ართულებენ მენეჯმენტს, შეიძლება იყოს დიაბეტისაგან დამოუკიდებლად, მაგ.: ინტერკურენტული დაავადებები ან კიდევ, იყოს დიაბეტური პროცესის შედეგი მაგ.: მაკროვასკულური დაავადება ან მიკროვასკულური დაავადება ნეფროპათიით, ნეიროპათიითა და რეტინოპათიით.

რისკ-ფაქტორები

დიაბეტი დამოუკიდებელი რისკ ფაქტორია ორივე - მაკრო და მიკროვასკულური დაავადებებისათვის. გლიკემიის კონტროლის გაუმჯობესებამ აჩვენა მიკროვასკულური გართულებების შემცირება. ჰიპერტენზიის კონტროლი, ასევე, ამცირებს მიკროვასკულურ გართულებებს.

მაკროვასკულური გართულებების შემცირება შეიძლება იყოს გლიკემიის კონტროლზე დამოკიდებული, მაგრამ ნათლად უკავშირდება სხვა რისკ-ფაქტორების მოდიფიკაციას, როგორცაა თამბაქოს მოწევა, ჰიპერტენზია და დისლიპიდემია.

აბსოლუტური რისკის გამოთვლით შესაძლებელია იმ ადამიანების იდენტიფიკაცია, რომლებიც საჭიროებენ აქტიურ ინტერვენციებს და რისკ ფაქტორების მოდიფიკაციას (მიოკარდიუმის ინფარქტის 10 წლიანი აბსოლუტური რისკი >15%)

9.1. მაკროვასკულური დაავადება

- არტერიების დაავადება დიაბეტით დაავადებული პაციენტების მოკვდაობისა და დაავადებულობის ძირითადი მიზეზია;
- არტერიების დაავადება დიაბეტიანებში 2-6 ჯერ მეტია არადიაბეტიანებთან შედარებით;
- ძირითადი რისკ-ფაქტორების მართვა არის უმნიშვნელოვანესი - განსაკუთრებით, თამბაქო, სისხლის წნევა, ლიპიდები და გლიკემია;
- პროფილაქტიკის მიზნით, ასპირინის დანიშვნა მცირე დოზებით (75-325/მგ/დღე), თუ არ არის წინააღმდეგ ჩვენება, უნდა იყოს განხილული.

დიაბეტი მნიშვნელოვანი რისკ ფაქტორია ათეოსკლეროზის განვითარებისათვის მსხვილ სისხლძარღვებში, ძირითადად კორონარულ და აორტო-ილეო-ფემორალურ სისტემებში. ეს დიაბეტით დაავადებული პაციენტების ადრეული მოკვდაობის უმნიშვნელოვანესი მიზეზია. უნდა გვახსოვდეს, რომ კარდიოვასკულური დაავადებების ინსიდენსი განსაკუთრებით იზრდება დიაბეტით დაავადებულ ქალებში.

სხვა რისკ-ფაქტორების (ჰიპერტენზია დისლიპიდემია და თამბაქოს მოწევა) მენეჯმენტი ამცირებს მაკროვასკულური დაავადებების განვითარების რისკს.

ატიპიურ სურათს ადგილი აქვს ძირითადად დიაბეტით დაავადებულ ხანდაზმულებსა და ქალებში; სამედიცინო პრობლემის პრევენციის დროს ნებისმიერი ასაკისა და სქესის დიაბეტიან პაციენტში, დიფერენციული დიაგნოსტიკის დროს გასათვალისწინებელია კარდიოვასკულური დაავადების მაღალი ალბათობა.

კარდიოვასკულური დაავადების და მათი რისკ-ფაქტორების მაღალი პრევალირების გამო მოსალოდნელია, რომ პრევენციული სტრატეგიები, როგორცაა დაბალი დოზებით ასპირინი (75-325 მგ დღეში) სასარგებლო იქნება. მხედველობაში მისაღებია, რომ დაბალი დოზებით ასპირინი არ მოდის წინააღმდეგობაში ორალურ ჰიპოგლიკემიურ აგენტებთან და არა აქვს წინააღმდეგ ჩვენება

რეტინოპათიის უმრავლესი ფორმების დროს. სხვა ანტითრომბული აგენტები (კლოპიდოგრელი, დიპირიდამოლი), აგრეთვე, შეიძლება იყოს მისაღები პაციენტებში ვასკულური დაავადებით.

თამბაქოს მოწევა

ცხოვრების სტილთან დაკავშირებული ფაქტორებიდან, თამბაქოს მოწევას უდიდესი წვლილი აქვს დიაბეტიანთა ვასკულური გართულებების აბსოლუტური რისკის ზრდაში. მწვევლთა დამატებითი რისკი უფრო მაღალია დიაბეტის დროს, ვიდრე დიაბეტის გარეშე.

არსებობს ევიდენსი, რომ ზოგად პრაქტიკაში მინიმალური ინტერვენციებით შესაძლებელია გაუმჯობესდეს მოწევის შეწყვეტის მაჩვენებლები.

ზოგად პრაქტიკოსს შეუძლია დაეხმაროს თამბაქოს მოწევის შეწყვეტას, იმით რომ:

- გააჩნდეს ჩანაწერები პაციენტის მწველობის სტატუსის შესახებ;
- განსაზღვროს პაციენტის მზადყოფნა;
- მისცეს რჩევები, როდესაც პაციენტი მზადაა მოწევის შესაწყვეტად;
- თამბაქოს მოწევისათვის თავის დანებების ადრეულ ეტაპზე ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპიის ან ბუპროპიონის მიღების შესახებ ინფორმაციისა და რჩევების მიწოდება.

9.2. ჰიპერტენზია

- სისხლის წნევის კონტროლი ამცირებს მიკრო და მაკროვასკულურ გართულებებს;
- თავდაპირველად მიღებულ უნდა იქნას არაფარმაკოლოგიური ზომები;
- უმრავლესი პაციენტებისათვის უპირატესი ინიციალური ფარმაკოლოგიური აგენტებია აფგ ინჰიბიტორები;
- სისხლის წნევის სამიზნე დონის მისაღწევად ხშირად საჭიროა კომბინირებული თერაპია.

ჰიპერტენზიის არსებობა, დიაბეტიან პაციენტებში, დამოუკიდებელი ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორია შემდეგი დაავადებებისათვის:

- მაკროვასკულური დაავადებები: კორონარული, ცერებრალური და პერიფერიული
- რეტინოპათია
- ნეფროპათია

დაავადებიათობის შესამცირებლად მნიშვნელოვანია ადრეული გამოვლინება, აქტიური მკურნალობა და მდგომარეობის ხშირი შეფასება. ზოგადი პრაქტიკოსის მიზანი უნდა იყოს დიაბეტიან პაციენტებში სისხლის წნევის უფრო დაბალი დონის მიღწევა ($\leq 130/80$ mm/Hg), რადგან სისხლძარღვები (ორივე მიკრო და მაკრო) უფრო მგრძობიარეა ჰიპერტენზიისადმი.

- განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს არაფარმაკოლოგიურ მკურნალობას, კერძოდ, სხეულის იდეალური წონის შენარჩუნებას, რეგულარულ ვარჯიშებს, დიეტაში სუფრის მარილის და ალკოჰოლის შემცირებას. ბევრმა ანტიჰიპერტენზიულმა მედიკამენტებმა შესაძლოა ხელი შეუშალოს დიაბეტის კონტროლს.
- მტკიცებულებებზე დამყარებული მონაცემებით, აფგ ინჰიბიტორები და ანგიოტენზინ-რეცეპტორების ანტაგონისტები (არა) უპირატესი არჩევანია სისხლის წნევის კონტროლისათვის. თირკმლის ფუნქციაზე მეტი ეფექტურობის გამო აფგ ინჰიბიტორებს აქვთ რენალურ და კარდიოვასკულურ ფუნქციაზე დადებითი (სასარგებლო) ეფექტი.
- ანგიოტენზინის რეცეპტორების ანტაგონისტები იხმარება, როდესაც აფგ ინჰიბიტორებია ნაჩვენები, მაგრამ არატოლერანტულია მათდამი და პაციენტებში, მიკრო ან მაკროალბუმინურიით.
- არტერიული წნევა უნდა გაიზომოს, როგორც მწოლიარე, ისე მდგომარე მდგომარეობაში.
- არტერიული წნევის შემოწმება დილის დოზის მიღებამდე იმის დასადგენად, რომ არტერიული წნევა კონტროლდება მკურნალობის ამ დონეზე.

სისხლის წნევის ამულატორიული მონიტორინგი საიმედოა. მაგრამ თვითმონიტორინგმა შეიძლება მოგვცეს საჭირო ინფორმაცია წნევის პროფილზე 24 საათის განმავლობაში. ასეთი მონიტორინგი უნდა განიხილებოდეს, სადაც საეჭვოა „თეთრი ხალათის“ ჰიპერტენზია, ან როდესაც აღინიშნება რეზისტენტობა მკურნალობის მიმართ.

დიაბეტით დაავადებულები აუტონომიური ნეიროპათიით განსაკუთრებით მიდრეკილნი არიან ორთოსტატიული ჰიპოტენზიისაკენ და ამ შემთხვევაში შეიძლება მისაღები იყოს ზომიერი ჰიპერტენზია, ვიდრე პოსტურალური ჰიპოტენზიის გართულებები.

არტერიული წნევის სამიზნე დონე ($\leq 130/80$; თუ პროტეინურია $>1\text{გ/დღეში}$, მაშინ $<125/75$).

საფეხური 1. ჯანსაღი კვება ფიზიკური აქტივობა, წონის კონტროლი;

საფეხური 2. აგფ ინჰიბიტორები ან ანგიოტენზინ რეცეპტორების ანტაგონისტები (არა) თუ აგფ-სადმი არ არის ტოლერანტობა;

საფეხური 3. აგფ ინჰიბიტორი და დიურეტიკი;

საფეხური 4. ბეტა-ბლოკერი.

აგფ ინჰიბიტორები/არბ-ები

იძლევა კარგი კონტროლის საშუალებას ძირითადად პოსტურალურ სიმპტომებსა და ლიპიდურ პროფილზე ან გლუკოზის ტოლერანტობაზე ზემოქმედების გარეშე. დიაბეტიან პაციენტებში საშუალო და მიმდებარე ჰიპერტენზიის დროს აგფ ინჰიბიტორები არჩევის პირველი რიგის პრეპარატებია.

აგფ ინჰიბიტორებმა და არ ანტაგონისტებმა შეიძლება გააუარესონ თირკმლის ფუნქცია. პაციენტებში თირკმლის არტერიების სტენოზით ან დიფუზური რენო-ვასკულური დაავადების დროს, ამიტომ აუცილებელია პლაზმის კრეატინინის და კალიუმის გაზომვა მკურნალობის დაწყებიდან დაახლოებით ერთ კვირაში.

დიურეტიკები

თიაზიდური დიურეტიკები ძირითადი აგენტებია მსუბუქი ჰიპერტენზიის ადრეული მენეჯმენტისათვის. დაბალი დოზებით (მაგ.: ჰიდროქლოთიზიდი $12,5\text{ მგ/დღეში}$ ან ინდაპამინი $1,25/2,5\text{ მგ/დღეში}$) აქვს უმნიშვნელო მეტაბოლური გვერდითი ეფექტები.

ბეტა-ბლოკერები

შეიძლება შენიღბონ ჰიპოგლიკემიის სიმპტომები და გამოიწვიონ ჰიპერგლიკემია. აქვთ, აგრეთვე, გვერდითი ეფექტი ლიპიდურ პროფილზე, ტრიგლიცერიდების დონის გაზრდა და მსლ ქოლესტერინის შემცირება. უმჯობესია კარდიოსელექტური ბეტა-ბლოკერები: (ატენოლოლი, მეტოპროლოლი).

კალციუმის ანტაგონისტები

არა აქვთ გვერდითი ეფექტები ლიპიდურ პროფილზე და გლუკოზის ტოლერანტობაზე.

დილთიაზემი და ვერაპამილი მოქმედებენ გულის განდევნის ფუნქციაზე და დიჰიდროპირიდინები (მაგ. ნიფედინი) ამცირებენ პერიფერიულ რეზისტენტობას. კლასიკური გვერდითი ეფექტებია - ეზოფაგური რეფლუქსი და შეკრულობა. დიჰიდროპირიდინებმა შეიძლება გამოიწვიონ სიწითლე, პერიფერიული შეშუპება, ტაქიკარდია და სტენოკარდიის (ანგინის) გაუარესება. უმჯობესია გახანგრძლივებული მოქმედების ან ნელა გამოთავისუფლებადი პრეპარატების გამოყენება.

პრაზოზინი

შეიძლება გამოიწვიოს ორთოსტატიული ჰიპოტენზია, მაგრამ სხვა მხრივ უსაფრთხო ვაზოდilatატორია დიაბეტიანი პაციენტებისათვის, არ არის რეკომენდებული ხანდაზმულებში ან პაციენტებში აუტონომიური სიმპტომებით ან გულის უკმარისობით.

ცენტრალური მოქმედების აგენტები

ცენტრალური მოქმედების სიმპატოლიტიკები (მაგ ალფა-მეთილდოფა ან კლონიდინი) ძირითადად გამოიყენება მაშინ, როდესაც ბეტა-ბლოკერები იწვევენ პრობლემებს ან მათი დანიშვნა წინააღმდეგ ნაჩვენებია. გვერდითი ეფექტებია დეპრესია, პოსტურული ჰიპოტენზია, ერექციული დისფუნქცია.

9.3. დისლიპიდემია

- მნიშვნელოვანია დისლიპიდემიის მენეჯმენტი;
- თავიდან უნდა იყოს მიღებული არაფარმაცოლოგიური ზომები;
- უპირატესობა ენიჭება ჰმგ კოენზიმ A რედუქტაზის ინჰიბიტორებს, ეზეტროლს და რეზინს ჰიპერქოლესტერინემიის დროს და ფიბრატებს ჰიპერტრიგლიცერიდემიის შემთხვევაში.

დისლიპიდემია, ჩვეულებრივ, გავრცელებულია დიაბეტიან პაციენტებში და წარმოადგენს დამოუკიდებელ რისკ-ფაქტორს დიაბეტის მაკროვასკულური გართულებებისათვის. ამდენად, მნიშვნელოვანია მისი იდენტიფიცირება და მკურნალობა.

ხშირად ცუდი კონტროლის, პერსისტული ჰიპერგლიკემიის შედეგია ჰიპერტრიგლიცერიდემია. გლიკემიის, წონის და დიეტის ადექვატური კონტროლის შემთხვევაში ტრიგლიცერიდები ხშირად ქვეითდება სასურველ დონემდე. წონის შემცირება და დიაბეტის მეტაბოლური კონტროლი, ასევე, იწვევს ქოლესტეროლის დონის დაქვეითებას: თევზის ცხიმი (LDL-3 პოლიუჯერი ცხიმები) დოზით დღეში 5მგ აქვეითებს ტრიგლიცერიდების დონეს.

დიეტური მენეჯმენტი ჰიპერქოლესტერინემიის დროს ისეთივეა, როგორც დიაბეტისას - დიეტა უნდა იყოს ღარიბი ქოლესტერინით, ნაჯერი და ტოტალური ცხიმებით.

მიუხედავად ამისა, დიაბეტისა და ჰიპერქოლესტერინემიის დროს განსაკუთრებული აქცენტი უნდა გაკეთდეს ტრანს, ტოტალურ და ნაჯერი ცხიმების შემცირებაზე.

თუკი 3-6 თვის განმავლობაში დიეტა უშედეგოა, უნდა დაინიშნოს ფარმაცოლოგიური მკურნალობა. იზოლირებული ჰიპერქოლესტერინემიის დროს, არჩევს პირველი რიგის პრეპარატები ჰმგ კონეზიმ A რედუქტაზის ინჰიბიტორები (სტატინები) ძალიან ეფექტურია და მათდამი ერთგულება კარგია. ნაღვლის მჟავას სეკვესტრანტი რეზინები (ქოლესტირამინი ან ქოლესტიპოლი), ასევე, მისაღები არჩევანია იზოლირებული ჰიპერქოლესტერინემიისათვის, მათი დადასტურებული გრძელვადიანი უსაფრთხოების გამო. ეზეტემიბი (10მგ) დღეში ერთჯერ მისაღები მედიკამენტი, რომელიც ასევე ამცირებს ქოლესტერინის აბსორბციას. სტატინების და ქოლესტეროლის აბსორბციის შემამცირებელი აგენტების კომბინირებული გამოყენება შეიძლება იყოს ძალიან ეფექტური, რადგან რეზინებმა შეიძლება შეაფერხონ ორალური ჰიპოგლიკემიური აგენტების აბსორბცია, ამიტომ, ორი კლასის მედიკამენტების დანიშვნა უნდა განხორციელდეს სულ მცირე, საათნახევრის შუალედით.

როდესაც ორივე, ქოლესტეროლი და ტრიგლიცერიდებია მომატებული, მკურნალობა საჭიროა ფიბრატებით (ფენოფიბრატი ან გემფიბროზილი) ან სტატინებით, იმის მიხედვით რომლის ცვლილება უფრო დომინანტურია. ფიბრატების და სტატინების კომბინაციამ შეიძლება გამოიწვიოს კუნთების დაზიანება (ნაკლებ ფენოფიბრატის, ვიდრე გემფიბროზილის დროს), ამიტომ, შესაძლოა მხოლოდ სპეციალისტის კონსულტაციის შემდეგ. ალტერნატიულია ფიბრატების და ეზეტემიბის ან რეზინის კომბინაცია.

თუ ზემოთ აღნიშნული მკურნალობები უშედეგოა, შეიძლება ნებისმიერ კომბინაციას დაემატოს ნიკოტინის მჟავა, თუმცა სპეციალისტთან კონსულტაციის შემდეგ, რადგან ნიკოტინის მჟავამ შეიძლება გააძლიეროს ტოლერანტობის დარღვევა გლუკოზისადმი.

რეკომენდებული მიზნები დიაბეტის დროს არის:

1. ტოტალური ქოლესტერინი <4,0 მმოლ/ლ;
2. ტრიგლიცერიდები <1,5მმოლ/ლ;
3. მსლ-ქოლესტერინი >1,0 მმოლ/ლ;
4. დსლ-ქოლესტერინი <2,5 მმოლ/ლ

9.4 თირკმლის დაზიანება

- მიკროალბუმინურია თირკმლის დაზიანების ადრეული ნიშანია - შეამოწმეთ ყოველწლიურად;
- დააწესეთ პლაზმის კრეატინინის მონიტორინგი გლომერულური ფილტრაციის სისწრაფის ცვლილების შესაფასებლად;
- შეამოწმეთ მიკროალბუმინურია - მაღალი კარდიოვასკულური რისკის ინდიკატორი; შეამოწმეთ სხვა რისკ-ფაქტორები;
- სისხლში გლუკოზის და სისხლში წნევის კონტროლი ამცირებს თირკმლის დაზიანებას;
- სიფრთხილე გამოიჩინეთ ასიმპტომური საშარდე გზების ინფექციების გამოვლენის თვალსაზრისით.

პროტეინურია დიაბეტური ნეფროპათიის დამახასიათებელი ნიშანია, რომლის აღმოჩენა დიაბეტიან პაციენტებში ხშირად ხდება რუტინული შემოწმების დროს. პროტეინურიის დაწყების დრო და მისი შემცველობის მატება, ვარიაბელურია. როგორც არ უნდა იყოს, თუ კლინიკური პროტეინურია გაჩნდა

(პოზიტიური ტესტი, >500 მგ/ლ პროტეინი უხეშად ექვივალენტურია 300 მგ/ლ ალბუმინისა), სავარაუდოა, თირკმლის პროგრესული დაზიანება.

დასაწყისში ადგილი აქვს დაბალი ხარისხის ინტერმისიულ პროტეინურას (მიკროალბუმინური 20-200მკგ/წთ). ამ სტადიაში გლიკემიის და სისხლის წნევის კონტროლით შესაძლებელია რენული ფუნქციის სტაბილიზაცია, იმის გამო, რომ თირკმლის დაზიანება სხვა მიზეზითაც ხშირია, საჭიროა შრატის/პლაზმის კრეატინინის განსაზღვრა გლომერულური ფილტრაციის სისწრაფის შესაფასებლად სულ მცირე ორ წელიწადში ერთხელ.

თირკმლის ფუნქციის გაუარესებას აჩქარებს ჰიპერტენზია, გლიკემიის კონტროლის ეფექტი უკვე დაზიანებულ თირკმელზე ნათელი არ არის. მიუხედავად ამისა, პაციენტებში თირკმლის დაზიანების გარეშე ან მიკროალბუმინურიით, გლიკემიის იდეალური კონტროლი შეაფერხებს პროცესის დაწყებას ან მის პროგრესს.

პროტეინურიის (მაკროალბუმინურიის) მნიშვნელოვანი შედეგია:

- პერსისტული მნიშვნელოვანი პროტეინურიის დროს 10 წლიანი გადარჩენა დაბალია;
- განვითარდება რეტინოპათია. პაციენტები უნდა შემოწმდნენ რუტინულად და საჭიროების შემთხვევაში დაიწყოს მკურნალობა (მაგ.: ფოტოკოაგულაცია);
- საჭიროა ჰიპერტენზიის აქტიური მკურნალობა და სისხლის წნევის შენარჩუნება დაბალ დონეზე ($\leq 130/180$; $\leq 125/75$ თუ პროტეინურია > 1გრ/დღ) ნეფროპათიის პროგრესის შესაფერხებლად;
- უნდა რეგულარულად შემოწმდეს შარდი ინფექციაზე, როგორც დიაბეტური ნეფროპათიის ხშირი გამამწვავებელი ფაქტორი;
- მეტფორმინი არ უნდა დაინიშნოს პაციენტებში დიაბეტური ნეფროპათიით თუ პლაზმის კრეატინინი მომატებულია და/ან გლომერულური ფილტრაციის სისწრაფე დაქვეითებული, მეტფორმინის აკუმულაციის და ლაქტაციდოზის რისკის გამო;
- კლინიკურ ცდებში აგვ ინჰიბიტორებმა აჩვენა მიკროალბუმინურიის პროგრესის შეწყვეტა და და არბ-მ, როგორც მიკრო, ასევე მაკროალბუმინურიის პროგრესის შეწყვეტა;
- 24 საათის შარდში პროტეინის ექსკრეცია გამოიყენება პროგრესის მონიტორირებისათვის და არა დილის ან ღამის განმავლობაში შეგროვილი შარდი, რომელიც გამოიყენება მიკროალბუმინურიის შესაფასებლად;
- საჭიროა ნეფროლოგის ან თირკმლის დაავადებათა მკურნალობაში გამოცდილ სპეციალისტთან კონსულტაციის განხილვა.

ალბუმინ კრეატინინის ფარდობა (მგ/მმოლ)

ნიმუში დილის შარდი

	ქალი	კაცი
ნორმა	0-3,5	0-2,5
მიკროალბუმინურია	3,6-35	2,6-25
მაკროალბუმინურია	>35	>25

შარდით ალბუმინის ექსკრეცია (მკგ/წთ)

ნიმუში ღამის განმავლობაში შეგროვილი შარდი

	ქალი	კაცი
ნორმა	<20	<20
მიკროალბუმინურია	20-200	20-200
მაკროალბუმინურია	>200	>200

მიკროალბუმინურიის დროს საჭიროა აგვ ინჰიბიტორების და არ ანტაგონისტების გამოყენების განხილვა ჰიპერტენზიის არარსებობის შემთხვევაშიც. პაციენტებზე ტიპი 2 დიაბეტით და მიკროალბუმინურიით ჩატარებულმა STENO-2 კვლევამ აჩვენა, რომ უფრო აქტიურმა ინტერვენციამ და რისკ ფაქტორების მენეჯმენტის გაუმჯობესებამ, შეამცირა კარდიოვასკულური შემთხვევების და თირკმლის უკმარისობის ინსიდენსი დაახლოებით 50%-ით. რადიო-კონტრასტულმა საშუალებებმა, სხვა ნეფროტოქსიურმა აგენტებმა და ტეტრაციკლინებში შეიძლება გამოიწვიონ თირკმლის ფუნქციის უცარი გაუარესება.

9.5 თვალების დაზიანება

- **გართულებების აღმოჩენისა და პრევენციისთვის რეგულარულად მოახდინეთ თვალების შემოწმება (სულ მცირე ყოველ 2 წელიწადში)**

დიაბეტით დაავადებულებს აქვთ მომატებული რისკი თვალის ზოგიერთი გართულების განვითარებისათვის. ბავშვებში, რომელთაც დიაბეტი დაეწყოთ პუბერტამდე პერიოდში, თვალების სკრინინგი უნდა დაიწყოს პუბერტის ხანაში ან ცალკეულ შემთხვევებში, ადრეც. ყველა სხვა პაციენტი უნდა იყოს კონსულტირებული ოფთალმოლოგის ან ოპტომეტრისტის მიერ დიაგნოზის დასმისთანავე, შემდეგ ყოველ მეორე წელს ან უფრო ხშირად პრობლემის არსებობის შემთხვევაში.

ვითარდება რეფრაქციული ცდომა, რადგან ბროლის ფორმა იცვლება სისხლში გლუკოზის კონცენტრაციასთან ერთად. ბუნდოვანი მხედველობა ცუდად ემორჩილება პინჰოლ-ტესტით რეფრაქციული ცდომის კორექციას და იგი უნდა მოხდეს სისხლში გლუკოზის დონის სტაბილიზაციის შემდეგ.

კატარაქტა ნაადრევად ვითარდება დიაბეტით დაავადებულებში. პაციენტებს აღენიშნებათ ბუნდოვანი მხედველობა, კაშკაშა სინათლის აუტანლობა და ნაწილობრივ, ღამის მხედველობის პრობლემები. ფერების ინტერპრეტაცია გამძლეებულია. კლინიკურად სინათლის რეფლექსი შემცირებულია და ფსკერი ძნელად ვიზუალიზდება. მკურნალობა ქირურგიულია მაშინ, როდესაც მხედველობის სიმახვილის შემცირება მოქმედებს ცხოვრების ხარისხზე.

რეტინოპათია ბადურას მიკრო-სისხლძარღვოვანი დაავადების შედეგია. მხედველობის სიმახვილის შემცირებას, რომელიც არ კორეგირდება პინჰოლ-ტესტით, შეიძლება გამოწვეული იყოს რეტინოპათიით.

ცვლილებები თვალის ფსკერზე:

- წერტილოვანი ან ლაქისებრი ჰემორაგიები
- პროლიფერაციული სისხლძარღვების ფორმაციები
- რბილი და მკვრივი ექსუდატები

მაკულაროპათია რთულად ოფთალმოსკოპირდება, მაგრამ დიაბეტიანებში მხედველობის დაკარგვის ყველაზე ხშირი მიზეზია.

შეფასება შესაძლებელია პირდაპირი ოფთალმოსკოპიით (გაფართოებული გუგებით), რეტინალური ფოტოგრაფირებით და ფლუორესცენტული ანგიოგრაფიით. ზოგად პრაქტიკოსს შეუძლია თვალის დიაბეტური დაავადებების მართვა თუ ფლობს გაფართოებული გუგით თვალის გასინჯვის ტექნიკას. რეკომენდებულია ინიციალური და შემდეგ პერიოდული რეფერალი ოფთალმოლოგთან ან ოპტომეტრისტთან.

რეტინოპათიის ადრეული დიაგნოსტიკა აუცილებელია ლაზერული ფოტოკოაგულაციის ადრეული გამოყენებისთვის, რაც შესაძლებელია მხოლოდ რუტინული სკრინინგული პროგრამის განხორციელებით.

მხედველობის უცარი დაკარგვის მიზეზი შესაძლოა იყოს:

- ბადურას ცენტრალური არტერიის ოკლუზია
- მინისებრ სხეულში სისხლჩაქცევა
- ბადურას აშრევა

ნაჩვენებია ოფთალმოლოგის გადაუდებელი კონსულტაცია.

9.6. ფეხების პრობლემა

- პაციენტს უნდა ჰქონდეს ცოდნა და პრაქტიკული ჩვევები ფეხების მოვლის შესახებ;
- 6 თვეში ერთხელ უნდა ხდებოდეს წინასწარგანმწყობი ფაქტორების (ცირკულაციის ან მგრძობელობის შემცირება, ფეხის ანომალური სტრუქტურა, ცუდი ჰიგიენა) შეფასება;
- მაღალი რისკის პაციენტები უნდა შემოწმდნენ პოდიატრისტის მიერ.

დიაბეტიან პაციენტებში ყველა ამპუტაციის და ჰოსპიტალური საწოლდღეების დიდი წილი გამოწვეულია ფეხების პრობლემებით. განათლების და ზედამხედველობის ორგანიზებული პროგრამებით შესაძლებელია ბევრი პრობლემის პრევენცია.

პრევენცია ფეხების მოვლის მენეჯმენტის უმნიშვნელოვანესი ასპექტია. დიაბეტიანი პაციენტების ფეხების დაზიანების რისკი გამოწვეულია მსხვილი და მცირე სისხლძარღვების დაავადების კომბინაციით, ნერვების დაზიანებით და მექანიკური არასტაბილურობით. ქსოვილები უფრო მგრძობიარეა ტრამვების და ინფექციების მიმართ, გაჯანმრთელება გახანგრძლივებულია. პოდიატრისტი შეიძლება საჭირო იყოს ფეხის არქიტექტურის შეფასების და ადრეულ სტადიებზე პრევენციული მკურნალობის ჩასატარებლად. თუ სახეზეა ვასკულური დაავადება, ფეხზე ქირურგიულმა ინტერვენციებმა შეიძლება გამოიწვიოს ცუდი შეხორცებები, დაწყლულება და უარეს შემთხვევაში განგრენა.

წყლულები

ულცერაციის ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციაა პლანტარული ზედაპირი მეტატარზალური ძვლის ქვეშ. თავიდან დაზიანების ადგილზე ვითარდება სისხლჩაქცევა ეპიდერმისის ქვეშ, შემდეგ იჭრება ინფექცია, მფარავი კანი ნეკროზდება, იფარება ფუფხით, რომლის მოცილების შემდეგ ვითარდება წყლული. გართულებებია - ცელულიტი, არტერიების თრომბული ოკლუზია და განგრენა.

თუ წყლული ზედაპირულია, საჭიროა მშრალად შენახვა და ზეწოლის შემცირება, წინააღმდეგ შემთხვევაში არსებობს მუდმივად (შეუხორცებელი) წყლულის ჩამოყალიბების საშიშროება. თუ ღრმა წყლული ან ცელულიტია სახეზე, საჭიროა ჰოსპიტალიზაცია და წოლითი რეჟიმი.

მენეჯმენტი მოიცავს:

- სპეციალისტ ენდოკრინოლოგის და ქირურგის კონსულტაცია ნეიროპათიის და/ან ვასკულური დაავადების არსებობის დროს;
- ნაცხის კულტურა (მათ შორის ანაერობებზე) და მგრძობიარეობა;
- რენტგენოგრაფია ძვლების დაზიანების დასადგენად;
- ამოქსიცილინი/კლავულინატი ან მეტრონიდაზოლი ცეფალექსინთან ერთად (ანტიბიოტიკების გაიდლაინი 2006 წ.);
- ჩირქის გადაუდებელი დრენირება;
- ჭრილობის პოსტ-ოპერაციული ირიგაცია;
- დიაბეტის ადექვატური კონტროლი;
- განათლება და ფეხსაცმელების შემოწმება.

თუ წყლული ინფიცირებული არ არის და ზედაპირულია, შეიძლება მკურნალობა ამბულატორიულად.

- ზოგად პრაქტიკოსმა ან პოდიატრისტმა უნდა მოაცილოს გარქოვანებული წანაზარდები წყლულის კიდეებიდან დრენაჟის გასაუმჯობესებლად.
- პაციენტები უნდა გაფრთხილდნენ მაქსიმალურად დაიცვან ჭრილობა ზეწოლისაგან შეხორცების დასაჩქარებლად;
- დეზორგანიზებული ტარზალური სახსრების ორთოპედული ინტერვენციები ეფექტურია დიაბეტური წყლულების მკურნალობაში.

სახსრების ნეიროპათიული დაზიანება

ფეხის სიწითლე, მტკივნეული შესიება და ადგილობრივ ტემპერატურული რეაქციები ყოველთვის ინფექციით არ არის გამოწვეული. მნიშვნელოვანია დიფერენციაცია ინფექციასა და ჩარკოტის ართოპათიას შორის, რადგან მკურნალობა ძალიან განსხვავებულია. დაზიანება შეიძლება განვითარდეს მცირე ტრამვის შედეგად. საწყისი რენტგენოგრამა შეიძლება ნორმალური იყოს, მაგრამ რენტგენოგრაფიის სერიამ უჩვენოს მოტეხილობა, კორმის ფორმირება და სახსრის დეზორგანიზაცია.

ჩვეულებრივ ზიანდება მეტატარზალური სახსრები, მაგრამ ასევე ზიანდება კოჭის და მეტატარზალური სახსრები. ძვლების ადრეული, ყურადღებით შემოწმება დააზუსტებს დიაგნოზს, დიფერენციაცია ოსტომიელიტს და სეპტიურ ართრიტს შორის ჩვეულებრივ ემყარება ლეიკოციტების ნორმალურ რაოდენობასა და სიცხის არარსებობას. მკურნალობა ხდება სახსრის განმტვრთავი ყავარჯნებით, რომელიც შეირჩევა პოდიატრისტის მიერ შემდგომი დაზიანების შესამცირებლად.

ფეხის იშემია

პაციენტებში დიაბეტით დაავადება ჩვეულებრივ ორმხრივია და სიმეტრიული. ფეხის იშემიას კლინიკურად ახასიათებს:

- კოჭლობა
- მოსვენების ტკივილი
- დაწყლულება
- განგრენა

კოჭლობის დროს პაციენტებს უნდა ერჩიოთ ფიზიკური ვარჯიშები, რომელიც ზრდის კოჭლობის დისტანციას. ქირურგიული მკურნალობა ნაჩვენებია თუ არის მძიმე კოჭლობა, მოსვენების ტკივილი ან დაწყლულება, რომელიც არ ემორჩილება მედიკამენტურ მკურნალობას.

ქირურგიული მკურნალობა მოიცავს:

- სიმპატექტომია, იშვიათად შეიძლება დაეხმაროს მოსვენების ტკივილის დროს, მაგრამ წყლულის შეხორცებისათვის საკმარისად ვერ აუმჯობესებს ცირკულაციას;
- არტერიული რეკონსტრუქცია თუ ობსტრუქცია კორექტირებადია;
- ამპუტაცია: მძიმე ინფექციის, ქსოვილების გავრცელებული დესტრუქციის ან მოსვენების ტკივილის დროს, რომელიც არ პასუხობს არტერიულ რეკონსტრუქციას.

9.7. ნეიროპათია

პერიფერიული ნეიროპათია დიაბეტის დროს ყველაზე მეტად აზიანებს ქვედა კიდურების სენსორულ და მოტორულ ნერვებს. ადრეული კლინიკური გამოვლინებებია პარესთეზიები (ზოგჯერ მტკივნეული), ტკივილის და შეშუპებითი მგრძნობელობის შემცირება და მყესთა ღრმა რეფლექსების შესუსტება. პროპრიოცეფციის შემცირება ვითარდება მოგვიანებით.

- პერიფერიული ნეიროპათია აზიანებს სენსორულ, მოტორულ და ავტონომიურ ნერვებს;
- ფეხების მოვლა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პაციენტებში ნეიროპათიით;
- შეამოწმე რეფლექსები და მგრძნობელობა ყოველწლიურად

დიაბეტით დაავადებულებში ყოველწლიურად უნდა შემოწმდეს პერიფერიული ნერვების ფუნქცია. ძირითადი მნიშვნელობა პერიფერიული ნერვების ფუნქციის მოშლისა მდგომარეობს მის კავშირში ფეხების პრობლემებთან. ტკივილის მგრძნობელობის შემცირება აქვეითებს პაციენტის ყურადღებას შემაწახებელი ნიშნებისადმი და შეიძლება აღმოაჩინოს მხოლოდ ქსოვილების მნიშვნელოვანი დაზიანების შემდეგ. დამატებით დაქვეითებული პროპრიოცეფციის და კუნთების ატროფიის შედეგია სახსრებზე და ფეხებზე ანომალიური დატვირთვა და მიდრეკილება რბილი ქსოვილების და სახსრების დაზიანებისაკენ.

პაციენტებს უნდა ესმოდეთ ფეხების მოვლის და შესაფერისი ფეხსაცმელების მნიშვნელობა, რეგულარული თვითმონიტორინგისა და ადრეული პრობლემების დროს მოქმედების გეგმის შემუშავების აუცილებლობა.

ტკივილის მართვა პერიფერიული ნეიროპათიის დროს რთულია. შეიძლება დაგვეხმაროს ანტიდეპრესანტები, ანტიეპილეფსიური და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები. თიამინი (ვიტამინი B1) ტრადიციული მკურნალობაა მინიმალური გვერდითი ეფექტებით. ადგილობრივად შეიძლება დესენსიტიზაცია კაფსიცინის კრემით.

პერიფერიული ნეიროპათიის აღმოჩენა მოითხოვს სასწრაფო შეფასებას და დიაბეტის გარდა სხვა შესაძლო მიზეზების განხილვას. ამასთანავე, უნდა შეფასდეს ალკოჰოლის მოხმარება და შემცირდეს ან შეწყდეს, თუ მის ჭარბ მიღებას აქვს ადგილი.

მოტორული ნეიროპათიის დროს ზოგჯერ ადგილი აქვს კუნთების განლევას. სისუსტეს და სიარულის გამძლეებას. ამან შეიძლება შეუწყოს ხელი ფეხის პრობლემებს ფეხის და კოჭის ბიომექანიკის დარღვევის გამო.

ავტონომიური ნეიროპათიის გამოვლინებები:

- ორთოსტატიული ჰიპოტენზია
- კუჭის ევაკუაციური ფუნქციის გაუარესება
- დიარეა
- შარდის ბუშტის დაცლის შენელება/გაუარესება
- მამაკაცებში ერექციული დისფუნქცია და რეტროგრადული ეაკულაცია

- ქალებში ვაგინალური ლუბრიკაციის შემცირება
- მიოკარდიუმის „ჩუმი“ იშემია ან ინფარქტი
- უეცარი, მოულოდნელი კარდო-რესპირატორული არესტი ძირითადად ანესთეზიის ან რესპირაციული დეპრესანტებით მკურნალობის დროს
- სირთულეები ჰიპოგლიკემიის ამოსაცნობად

აღნიშნული პრობლემებით პაციენტების მენეჯმენტი მოიცავს გუნდურ მიდგომას, მომიჯნავე სამედიცინო სპეციალისტების და ჯანმრთელობის პროფესიონალების მონაწილეობით.

9.8. მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემები

- შეამოწმეთ მკურნალობისადმი ერთგულება, როგორც მზრუნველობის ყოველწლიური ციკლის ნაწილი;
- ხშირია პოლიფარმაცია და წამლების ურთიერთქმედება შეიძლება სახიფათო იყოს. მოახდინე პაციენტის სახლის აფთიაქის დათვალიერება

მკურნალობისადმი არასაკმარისი ერთგულება

მკურნალობისადმი არასაკმარისი ერთგულება შეიძლება იყოს ბარიერი მკურნალობის მიზნების მიღწევისათვის. უნდა განხილულ იქნას გამარტივებული მკურნალობის სქემები, მედიკამენტების დანიშვნის შეზღუდვები და მედიკამენტები, რომლებიც უნდა მიიღონ აუცილებლობის დროს.

მნიშვნელოვანი წამლების ურთიერთმოქმედება

დიაბეტით დაავადებული პაციენტები ხშირად იღებენ ბევრ ჰიპოგლიკემიურ მედიკამენტს და სჭირდებათ სხვა აგენტების მიღებაც. ზოგიერთი წამლების ურთიერთქმედება სახიფათოა და საჭიროებს სპეციალურ მეთვალყურეობას ხანდაზმულ პაციენტებსა და პაციენტებში ავტონომიური ნეიროპათიით. შეიძლება საჭირო გახდეს ფარმაკოლოგის რჩევაც.

ჰიპოგლიკემია (ძირითადად გლიბენკლამიდი ხანდაზმულ პაციენტებში და პაციენტებში ავტონომიური ნეიროპათიით):

- მოქმედებენ სულფანილმარდოვნების ფარმაკოკინეტიკაზე: სუფამიდები, ციმეტიდინი, აზოლები, ანტიფუნგალური აგენტები, აასს, ფლუოქსეტინი, ფლუოქსამინი.
- ჰიპოგლიკემიის მიზეზი ან მისი შენიღბვა: ალკოჰოლი, ბეტა-ბლოკერები აგფ ინჰიბიტორები, სალიცილატები მაღალი დოზებით.

ჰიპოტენზია (ძირითადად ხანდაზმულები და პაციენტები ავტონომიური ნეიროპათიით):

- ანტიდეპრესანტები, ნიტრატები, ფოსფოდირექტერაზას ინჰიბიტორები

თირკმლის ფუნქციის გაუარესება:

- გამოსახვითი პროცედურები: სტანდარტული (არადაბალ-იონური) რადიოკონტრასტული აგენტები ან დეჰიდრატაციის გამომწვევები;
- აასს აგფ ინჰიბიტორები, აგფ ინჰიბიტორები, არ-ანტაგონისტები და დიურეტიკები.
- დეჰიდრატაციისა და ჰიპერფოსფატემიის გამომწვევი აგენტები.

ჰიპერკალემია

აგფ ინჰიბიტორები არა-ი, აასს, კალიუმის შემნახველი დიურეტიკები, კალიუმის დანამატები.

რაბდომიოლიზი:

სტატინები და/ან ფიბრატები; მედიკამენტები, რომლებიც მოქმედებენ სტატინების კლირენსზე: დილთიაზემი, კლარითრომიცინი, ერითრომიცინი, ანტიფუნგალური აზოლები, ფლუოქსეტინი, გრეიფრუტის წვენი.

10. დიაბეტი და რეპროდუქციული მკურნალობა

10.1. ორსულობა

- გლიკემიის კონტროლი მნიშვნელოვანია ორსულობამდე და ორსულობის პერიოდში.
- ნაჩვენებია სპეციალისტ ენდოკრინოლოგის და მეანის მეთვალყურეობა.

დიაბეტით დაავადებული ქალი უფრო მიდრეკილია ორსულობის გართულებებისაკენ, ასევე, ორსულობამ შეიძლება დააჩქაროს დიაბეტის გართულებები.

სახეზეა, აგრეთვე, ახალშობილის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაზრდილი რისკი.

მაღალი რისკია თანდაყოლილი ანომალიების და სპონტანური აბორტებისა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში, რომელიც სავარაუდოდ გამოწვეულია არაადექვატური მეტაბოლური კონტროლით ორსულობის პირველი 8-10 კვირის განმავლობაში. ამიტომ, მნიშვნელოვანია:

- საიმედო კონტრაცეპცია ორსულობამდე;
- კარგი მეტაბოლური კონტროლის უზრუნველყოფა ორსულობამდე და ორსულობის ყველა სტადიაში, როდესაც დადგინდება ორსულობა.

სასურველია, ორსულობის დადგენისთანავე დიაბეტთან პაციენტში, ქალი მართოს მეანმა, დიაბეტში სპეციალიზებულ ექიმთან ერთად.

ორსულობის მოგვიანებითი სტადიების ბევრი გართულების შემცირება შესაძლებელია იდეალური მეტაბოლური კონტროლის, მკაცრი სამეანო მეთვალყურეობის და სწრაფი ინტერვენციების საშუალებით.

პროლიფერაციული რეტინოპათია შეიძლება გაუარესდეს ორსულობის დროს და მისი არსებობის შემთხვევაში, საჭიროა მკურნალობა ორსულობამდე. სტაბილური რეტინოპათია არ არის ორსულობის უკუჩვენება.

ანალოგიურად, ორსულობის დროს შეიძლება გაუარესდეს დიაბეტური ნეფროპათია და არის ორსულობით ინდუცირებული ჰიპერტენზიის და პიელონეფრიტის მაღალი ინსიდენსი. ზოგადად, დიაბეტის გართულებების არსებობა არ არის ორსულობის შეწყვეტის ჩვენება. პაციენტები უნდა კონსულტირებული იყვნენ შესაბამისად რისკის, მკურნალობისა და პროგნოზებიდან გამომდინარე.

რამდენიმე საკითხი:

- როდესაც პაციენტი ითხოვს კონტრაცეფციას შესაფერისი დროა მასთან დისკუსიისათვის ოჯახის გრძელვადიანი დაგეგმარების შესახებ. როდესაც დაიგეგმება ორსულობა, აუცილებელია დისკუსია მეტაბოლური კონტროლის საჭიროებაზე, ფოლატების გამოყენება და იოდინის დამატება;
- ორალური ჰიპოგლიკემიური აგენტები არ გამოიყენება ორსულობის დროს მათი პოტენციური არასასურველ ეფექტების გამო ნაყოფზე. თუ ორალურ აგენტებზე მყოფი ქალი ცდილობს დაორსულებას, საჭიროა განხილულ იქნას მისი ინსულინით შეცვლის საკითხი;
- წახალისეთ წყვილი იყოლიონ ბავშვები ადრევე, როცა დიაბეტური გართულებების ალბათობა ნაკლებია;
- როდესაც ორსულობის საკითხი გადაწყვეტილია, შეამოწმეთ კონტროლის ხარისხი, შეაფასეთ რეტინოპათიისა და ნეფროპათიის არსებობა. ჩვეულებრივ, სასრგებლოა სპეციალისტებთან - ენდოკრინოლოგთან და ოფთალმოლოგთან კონსულტაცია.
- სადაც შესაძლებელია, დიაბეტთან პაციენტებში ორსულობისა და დიაბეტის მართვა გლიკემიის კარგი კონტროლის მისაღწევად და მოსალოდნელი გართულებების რისკების შესამცირებლად, სასურველია ხდებოდეს მესამეული დონის ინსტიტუტების მიერ.

10.2. გესტაციური დიაბეტი

- ყველა ორსულს გესტაციის 26-ე და 28-ე კვირას შორის უნდა ჩატარდეს გლუკოზის ტოლერანტობის მოდიფიცირებული ტესტი. ეს შეიძლება შესრულდეს 50გ ან 75გ გლუკოზით დატვირთვიდან 1 საათის შემდეგ, პლაზმის გლუკოზის განსაზღვრით. თუკი პლაზმაში გლუკოზის დონე >7,8 მმოლ/ლ ან ტოლია 8,0 მმოლ/ლ-სა, საჭიროა ფორმალური (უზმოზე) 75გ, ორალური გლუკოზით გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტის ჩატარება.

ორსულობა დიაბეტოგენურია გენეტიკურად განწყობილ ქალებში. რუტინული სკრინინგი არ გამორიცხავს ადრეული ტესტირების საჭიროებას კლინიკური ჩვენებების არსებობისას (მაგ.: გლუკოზურია 12 კვ ორსულებში, დაავადების ოჯახური ისტორია, გესტაციური დიაბეტის ანამნეზი, დამძიმებული სამეანო ისტორია).

ქალები, რომელთა ორალური გლუკოტოლერანტობის ტესტი ადასტურებს გესტაციურ დიაბეტს (უზმოზე $\geq 5,5$ და 2 სთ-ის შემდეგ $\geq 8,0$ მმოლ/ლ) ან სახეზეა ჭეშმარიტი დიაბეტი, უნდა იმართოს მეანის და ზემოაღნიშნულ მდგომარეობებში, სპეციალიზებული ექიმის მიერ.

გლუკოტოლერანტობის ტესტი მშობიარობიდან სამი თვის შემდეგ ჩვეულებრივ ნორმალიზდება, მიუხედავად ამისა, 10%-დან 50% ქალებს გესტაციური დიაბეტით 5 წლის განმავლობაში უვითარდებათ ტიპი 2 დიაბეტი და პრევალენსი მდგრადად იზრდება დროის გასვლასთან ერთად.

ქალებს, რომლებსაც ჰქონდათ გესტაციური დიაბეტი, უნდა დაუწესდეთ მეთვალყურეობა, საჭიროა მათი წახალისება და მხარდაჭერა, რათა განახორციელონ რეგულარული ვარჯიშები, შეინარჩუნონ ნორმალური წონა და ორ წელიწადში ერთხელ ჩაიტარონ ტესტირება. ქალები, რომლებიც გეგმავენ განმეორებით ორსულობას, უნდა შემოწმდნენ დიაბეტზე კონტრაცეპციის შეწყვეტამდე და განმეორებით 12 და 26 კვირის ორსულობისას.

ქალები, რომლებსაც აქვთ გესტაციური დიაბეტის ისტორია, უნდა ჩაუტარდეთ სკრინინგი:

- ყველა ქალს გესტაციური დიაბეტის ანამნეზით, უნდა ჩაუტარდეს დიაბეტზე ტესტირება, 75 გ ორალური გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტით, მშობიარობიდან 6-8 და 12 კვირის შემდეგ;
- განმეორებითი ტესტი უნდა შესრულდეს ყოველ 1-2 წელიწადში, ქალებში ნორმალური გლუკოტოლერანტობით და შესაძლო ორსულობის პოტენციალით;
- თუ ორსულობა არ იგეგმება, მიმდინარე ტესტირება უნდა ჩატარდეს ყოველ 2 წელიწადში ქალებში გლუკოზისადმი ნორმალური ტოლერანტობით და შესაძლო ორსულობის პოტენციალით, და ყოველ 3 წელიწადში, თუ ორსულობა შეუძლებელია. უფრო ხშირი რე-ტესტირება დამოკიდებულია კლინიკურ მდგომარეობებზე (მაგ. ეთნიკური კუთვნილება, ინსულინით მკურნალობის ანამნეზი ორსულობის დროს, გესტაციური დიაბეტის რეკურენტული ეპიზოდები).

10.3. კონტრაცეპცია

- **კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები, ჩვეულებრივ, საუკეთესო არჩევანია რეპროდუქტიული ასაკის ქალებში ტიპი 2 დიაბეტით.**

მნიშვნელოვანია მენსტრუალური ანამნეზის შეკრება, რადგან ზოგჯერ ადგილი აქვს საკვერცხეების პოლიკისტოზის სინდრომს და მეტფორმინით ან გლიტაზონით დიაბეტის მკურნალობის ფონზე, შესაძლოა, სრულად აღდგეს მენსტრუალური ციკლი და ფერტილობა.

არის თეორიული არგუმენტები კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების წინააღმდეგ დიაბეტთან პაციენტებში (ესტროგენებით გამოწვეული ჰიპერგლიკემია), თუმცა საიმედოობის და უსაფრთხოების გათვალისწინებით, კარგი არჩევანია.

მხოლოდ პროგესტერონულ აბებს აქვს თეორიული უპირატესობა, მაგრამ ნაკლებ საიმედოა და დაკავშირებულია შემაწუხებელ ინტერმენსტრუალურ გამონადენთან. მედროქსიპროგესტერონის აცეტატმა შეიძლება წონისა და გლუკოზის დონის მომატება გამოიწვიოს, მაგრამ კონტრაცეპციისათვის უსაფრთხო და საიმედო მეთოდია.

საშვილოსნოს შიდა მოწყობილობები შეიძლება განხილული იყოს გართულებების „დაბალი რისკის“ ქალებში (ასაკოვანი ქალები ერთი სტაბილური პარტნიორით). ინფექციის რისკი მაღალია დიაბეტთან ქალებში, განსაკუთრებით თუ არ არის ოპტიმალური კონტროლი. ბარიერული მეთოდები შეიძლება იყოს ეფექტური, მაგრამ ორსულობის რისკი უფრო მეტია, ვიდრე სხვა ზემოქანმოთვლილი მეთოდებისა.

პერმანენტული სტერილიზაცია მიმზიდველი არჩევანია, თუ პაციენტი ბავშვების გაჩენას არ ან აღარ აპირებს. განსაკუთრებით მისაღებია იმ დიაბეტთან ქალებში, რომელთაც აქვთ გახანგრძლივებული რევერსიბილური კონტრაცეპციისა და თავისთავად ორსულობის რისკი.

10.4. ჰორმონ ჩანაცვლებითი თერაპია

- **პოსტმენოპაუზურ დიაბეტთან ქალებში პირველადი პრევენციისათვის ჰორმონ ჩანაცვლებითი თერაპიის გამოყენების მხარდამჭერი მონაცემები არ არსებობს.**

ჰორმონ ჩანაცვლებითი თერაპია არ უნდა იყოს რეკომენდებული დიაბეტით დაავადებული ქალებისათვის გულის იშემიური დაავადების პირველადი და მეორადი პრევენციისათვის, კარდიო-ვასკულური შემთხვევების სიხშირემ შეიძლება მოიმატოს და თრომბო-ემბოლიური შემთხვევების რისკიც მნიშვნელოვნად გაიზარდოს.

10.5. სექსუალური პრობლემები

- **დიაბეტიანი მამაკაცების 50%-ზე მეტს აღენიშნება ერექციული პრობლემა.**

გამოკითხეთ ყოველწლიური შემოწმებისას

დიაბეტიანი მამაკაცი შეიძლება იტანჯებოდეს ერექციული დისფუნქციით, რომელიც შეიძლება ვითარდებოდეს მწვავედ, სისხლში გლუკოზის ცუდი კონტროლის დროს ან იყოს ქრონიკულად.

მნიშვნელოვანია გამოკითხოს მამაკაცი ყოველწლიური სკრინინგის დროს, იმიტომ, რომ პრევალენსი 40 წლის ზემოთ დიაბეტიან მამაკაცებში >40%-ზე.

ერექციის მიღწევის სისუსტე შეიძლება გამოწვეული იყოს ფსიქოლოგიური მიზეზებით, მაკრო-ვასკულურ დაავადებით ან მენჯის აუტონომური ნეიროპათიით. ორგანული მიზეზი, სავარაუდოა, მაკრო და მიკრო-ვასკულური გართულების დროს.

მნიშვნელოვანია ფსიქოგენური ერექციული იმპოტენციის დიფერენცირება ორგანულისაგან. ჩვეულებრივ დაგვეხმარება გამოკითხვა სპონტანური ერექციების შესახებ ძილის ან არასექსუალური სიტუაციების დროს. ფსიქოგენურ იმპოტენციას ესაჭიროება კონსულტირება და ქცევითი თერაპია, ორგანული იმპოტენცია კი საჭიროებს მხარდამჭერ კონსულტაციას. ფოსფოდიესთერაზის ინჰიბიტორების (სილდენაფილი-ვიაგრა; ტადალაფილი-ციალისი, ვარდენაფილი-ლევიტრა) დაბალი დოზებით დაწყება სასარგებლოა მამაკაცისათვის ერექციული დისფუნქციით, როდესაც მას და მის პარტნიორს სექსუალური აქტივობის გაგრძელების სურვილი აქვთ. ვაზოდილატაციისათვის ნიტრატების გამოყენება უკუნაჩვენებია, რადგანაც, ფოსფოდიესთერაზის ინჰიბიტორებმა შეიძლება გამოიწვიონ კატასტროფული, სიცოცხლისათვის საშიში ჰიპოტენზია. ბევრ მამაკაცს შესაძლოა ჰქონდეს კარდიო-ვასკულური დაავადება (სიმპტომური ან ასიმპტომური), ამდენად, სექსუალური აქტივობის გაგრძელების პოტენციური კარდიო-ვასკულური რისკი საჭიროებს განხილვას. ჩვეულებრივ, გვერდითი ეფექტები მსუბუქია და დაკავშირებულია ვაზოდილატაციასთან (შეწითლება, ცხვირის გაჭედვა).

სხვა მეთოდებიდან აღსანიშნავია ინტრაპენილური პროსტაგლანდინი E ინექციით ან ვაკუუმ მოწყობილობით.

დიაბეტით დაავადებული ქალები არ იტანჯებიან სექსუალური დისფუნქციით ისე, როგორც მამაკაცები. ზოგი ქალი უჩივის ვაგინალურ სიმშრალეს, გამოწვეულს მენჯის აუტონომიური ნეიროპათიით. ახსნა-განმარტება და ლუბრიკანტები შეიძლება სასარგებლო იყოს.

11. ავტომანქანის მართვის უფლება

- **დიაბეტი წარმოადგენს სამედიცინო მდგომარეობას, რომელმაც, შესაძლოა, ხელი შეუშალოს პაციენტს ავტომობილის მართვაში;**
- **დიაბეტით დაავადებული მძღოლები უნდა აკმაყოფილებდნენ გარკვეულ სამედიცინო სტანდარტებს.**

მძღოლის ჯანმრთელობა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია საგზაო უსაფრთხოების დაცვის თვალსაზრისით. მოულოდნელი ჰიპოგლიკემია არის მნიშვნელოვანი ფაქტორი იმ პაციენტებში, რომლებიც იმყოფებიან ჰიპოგლიკემიის რისკის მქონე ანტიდიაბეტურ მედიკამენტებზე. თუმცა, შესაძლოა პაციენტი, ტიპი 2 დიაბეტის შემთხვევაში, არ იღებდეს ჰიპოგლიკემიის მაინდუცირებელ მედიკამენტებს, მაგრამ ჰქონდეს გარკვეული რისკი მგრძნობელობის დაქვეითებისა და სამიზნე ორგანოების დაზიანების გამო (უფრო კონკრეტულად - მხედველობის დარღვევები და ტერფებში მგრძნობელობის დაქვეითება).

ამდენად, საჭიროა:

- მძღოლის შესაძლებლობების სამედიცინო კრიტერიუმები ეფუძნებოდეს მტკიცებულებებსა და ექსპერტის სამედიცინო დასკვნას;
- სამედიცინო პრაქტიკოსებისა და მძღოლების სამართლებრივი ვალდებულებების ჩამონათვალი;
- მართვის ნებართვის გასაცემად სპეციალური სახელმძღვანელოს არსებობა.

12. მოგზაურობა

დიაბეტით დაავადებულმა პაციენტებმა მოგზაურობამდე 6 კვირით ადრე უნდა ჩაიტარონ სამედიცინო კონსულტაცია, რათა შეფასდეს დაავადების კონტროლი და საჭიროების შემთხვევაში, მართვის გეგმაში მოხდეს ცვლილებების შეტანა. სასურველია, მოგზაურობის დროს, პაციენტმა თან

იქონიოს სამედიცინო ჩანაწერი დიაგნოზის შესახებ, მედიკამენტებით მკურნალობის ჩამონათვალი და დოზები. ადამიანებს, რომლებიც ინსულინზე არ იმყოფებიან, აქვთ მცირე პრობლემები: შესაძლოა შაქრის დონემ სისხლში მცირედ მოიმატოს; ხანგრძლივი ფრენისას უმოძრაოდ ყოფნამ და საკვების ულუფებმა გაზარდონ შაქრის დონე; თუმცა იგი, რეჟიმის აღდგენიდან მალევე, დაუბრუნდება ნორმალურ მაჩვენებლებს.

ამერიკის დიაბეტის ასოციაციის მიერ შემუშავებული პრაქტიკული სახელმძღვანელო შაქრიანი დიაბეტის სკრინინგის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შესახებ

2007 წლის 28 დეკემბერი

2007 წლის 28 დეკემბერს გამოქვეყნდა ამერიკის დიაბეტის ასოციაციის მიერ შემუშავებული პრაქტიკული სახელმძღვანელო შაქრიანი დიაბეტის სკრინინგის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და იმ თერაპიული ინტერვენციების შესახებ, რაც ცნობილია, რომ მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს დიაბეტის გამოსავლებს.

სპეციფიური თავები ეძღვნება დიაბეტის დიაგნოზს, პრე-დიაბეტისა და დიაბეტის გამოვლენის ტესტებს, ჰესტაციურ დიაბეტს, პრევენციასა და გართულებების გადავადებას, სისხლში გლუკოზის დონის თვითმონიტორინგს, გლიკირებული ჰემოგლობინის (**Hemoglobin A1c**) დონეს, გლიკემიის მიზნებს, სამედიცინო კვებით თერაპიას, დიაბეტის თვითმართვის განათლებას, ფიზიკურ აქტივობებს, ფსიქო-სოციალურ შეფასებასა და მოვლას, ჰიპოგლიკემიას, იმუნიზაციას, ჰიპერტენზიისა და არტერიული წნევის კონტროლს, დისლიპიდემიასა და ლიპიდების მენეჯმენტს.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, ყურადღება გამახვილებული ანტიკოაგულაციურ აგენტებზე, თამბაქოს წვევის შეწყვეტას, გულის კორონარული დაავადების სკრინინგსა და მკურნალობას, ნეფროპათიის, რეტინოპათიისა და ნეიროპათიის სკრინინგსა და მკურნალობას, ფეხების მოვლას, ბავშვთა და მოზარდთა მკურნალობის მნიშვნელოვან საკითხებს, ჩასახვის საწინააღმდეგო ღონისძიებებს, უფროსი ასაკის (ხანდაზმულ) პაციენტების მკურნალობის თავისებურებებს, დიაბეტის მართვის ინსტიტუტებზე, სამუშაო, სასკოლო და სხვა ადგილებში ორგანიზებულ მხარდამჭერ აქტივობებს, გადაუდებელი დახმარების მზადყოფნას, ჰიპოგლიკემიასა და დაქირავება/ლიცენზიებზე, აგრეთვე, დიაბეტის მართვის დაფინანსებაზე.

აღნიშნულ სახელმძღვანელოში დეტალურადაა აღწერილი კონკრეტული რეკომენდაციები და მითითებულია მტკიცებულებების სარწმუნოების დონეები (A, B, C, E).

სახელმძღვანელოში აღნიშნული ზოგიერთი სპეციფიური რეკომენდაციებია:

- ბავშვებსა და არაორსულ მოზრდილებში, დიაბეტის დიაგნოზის დასასმელად უპირატესობა, გლიკირებული ჰემოგლობინთან (**Hemoglobin A1c**) შედარებით, უზმოზე პლაზმის გლუკოზის ტესტს ენიჭება (E).
- ასიმპტომურ პირებში, პრე-დიაბეტსა და ტიპი 2 დიაბეტის გამოვლენის მიზნით სკრინინგი უნდა ჩატარდეს ჭარბი წონის მქონე და მსუქან პაციენტებში (სხეულის მასის ინდექსი მეტია ან ტოლია 25კგ/მ^2 .) სულ მცირე 1 დამატებითი რისკ-ფაქტორის არსებობისას. სხვა შემთხვევაში, ტესტირება უნდა დაიწყოს 45 წლის ასაკში (B) და თუ შედეგი ნორმალურია, ტესტი განმეორება უნდა მოხდეს 3 წლის ინტერვალით ან უფრო ადრე (E).
- მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ 2-სათიანი ორალური გლუკოზით დატვირთვის ტესტი (75 გ გლუკოზით დატვირთვა) ან უზმოზე პლაზმის გლუკოზის ტესტი, ან ორივე ერთად პრე-დიაბეტისა და დიაბეტის გამოვლენის მიზნით (B); ორალური გლუკოზით დატვირთვის ტესტი უნდა განიხილებოდეს დიაბეტის რისკის უკეთ განსაზღვრის მიზნით იმ შემთხვევაში, თუ უზმოზე პლაზმის გლუკოზის ტესტით ვლინდება დარღვევა (E).
- პრე-დიაბეტის შემთხვევაში, საჭიროა სხვა კარდიო-ვასკულური რისკ-ფაქტორების შეფასება და მკურნალობა (B).
- დიაბეტის პრევენციის თუ დაავადების განვითარების გადავადების მიზნით, პაციენტებს გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტის (A) ან უზმოზე გლუკოზის (E) დარღვევის შემთხვევაში უნდა ვურჩიოთ 5%-10%-ით წონის დაკლება და ფიზიკური აქტივობის გაზრდა - ყველაზე მცირე 150 წთ კვირაში საშუალო აქტივობა, როგორცაა ფეხით სიარული. მიმდინარე მეთვალყურეობა აუმჯობესებს გამოსავლებს (B). დიაბეტის პრევენციასთან ასოცირებული პოტენციური ხარჯების დაზოგვის გამო გადამხდელებმა უნდა გაითვალისწინონ კონსულტირების დაფინანსების საკითხებიც (E).

- მეტფორმინით მკურნალობის საკითხი უნდა იქნას განხილული დიაბეტის ძალიან მაღალი რისკის (გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტის და უზმოზე გლუკოზის დარღვევა) პაციენტში, რომელსაც გააჩნია სხვა რისკ-ფაქტორები, არის მსუქანი და 60 წელზე ნაკლები ასაკის (E).
- პრე-დიაბეტით პაციენტებზე მონიტორინგი, დიაბეტის პრევენციის მიზნით, უნდა განხორციელდეს ყოველწლიურად (E).
- გლიკირებული ჰემოგლობინის (**Hemoglobin A1c**) დაქვეითება, დაახლოებით 7%-ის ფარგლებში, გვიჩვენებს მიკროვასკულური და ნეიროპათიური გართულებებისა და შესაძლოა, მაკროვასკულური დაავადებების შემცირებას. არაორსულ მოზრდილებში გლიკირებული ჰემოგლობინის (**Hemoglobin A1c**) სამიზნე მაჩვენებელი არის 7%-ზე ნაკლები (A).
- ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა გვიჩვენეს, რომ შერჩეულ ინდივიდუალურ პაციენტებში, რომელთა გლიკირებული ჰემოგლობინის დონე (**Hemoglobin A1c**) უახლოვდება, რაც შეიძლება, ნორმალურ მაჩვენებელს (< 6%) მნიშვნელოვანი ჰიპოგლიკემიის გარეშე (ანუ აღნიშნული მაჩვენებლის მცირე ცვლილებაც კი - 7%-დან ნორმალურ დონემდე) მკვეთრად ზრდის სარგებელს (B).
- ბავშვებში, აგრეთვე, პაციენტებში მწვავე ჰიპოგლიკემიების ისტორიით, შეზღუდული სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობით, თანდართული დაავადებების დროს, დიაბეტის ხანგრძლივი მიმდინარეობის შემთხვევაში და მინიმალური ან მიკროვასკულური სტაბილური გართულებების დროს, შესაძლოა, გლიკირებული ჰემოგლობინის სამიზნე დონე (**Hemoglobin A1c**) შეესაბამებოდეს არც თუ ძალიან მკაცრ მაჩვენებელს (E).
- პრე-დიაბეტითა და დიაბეტით დაავადების დროს, სასარგებლოა სამედიცინო ნუტრიციული თერაპია იმისათვის, რომ მივაღწიოთ მკურნალობის მიზნებს; სასურველია, თერაპია განხორციელდეს რეგისტრირებულ დიეტოლოგთან, რომელიც კარგად ფლობს დიაბეტურ დიეტოთერაპიის პრინციპებს (B). ესეც უნდა იყოს სახელმწიფოსაგან დაფინანსებული (E).
- სამედიცინო ნუტრიციული თერაპიის სპეციფიური კომპონენტები მოიცავს ენერგეტიკული ბალანსის, ჭარბი წონისა და სიმსუქნის მართვას დიეტით, ფიზიკური აქტივობითა და ქცევის მოდიფიკაციებით (B); პირველად პრევენციას ტიპი 2 დიაბეტის განვითარების მაღალი რისკის პირებში (A); ფიზიკური და მსხვილად დაფქვილი პროდუქტების დანერგვას (B); დიეტური ცხიმების მიღების კონტროლს (რაც გულისხმობს ნაჯერი ცხიმების შეზღუდვას - საერთო კალორაჟის 7%-ზე ნაკლებს (A) მიღება); ტრანს ცხიმის მიღების მინიმიზებას (E) და კარბოჰიდრატების მიღების მართვას. ნახშირწყლების (კარბოჰიდრატების) მიღებაზე მონიტორინგი არის გლიკემიის კონტროლის სტრატეგია, რაც ხორციელდება ნახშირწყლების დათვლით, ჩანაცვლებით, ან გამოცდილებაზე დაფუძნებული გაზომვებით (A). დიაბეტთან პაციენტებში, გლიკემიური ინდექსი და გლიკემიური დატვირთვა უკეთ გამოიყენება გლიკემიური კონტროლის გაუმჯობესების მიზნით, ვიდრე მხოლოდ საერთო ნახშირწყლების განხილვა (B).
- დიაბეტის თვითმართვის შესახებ განათლება უნდა შევთავაზოთ პაციენტს დიაგნოზის დასმისთანავე და მას შემდეგაც (B), მთავარი - საკუთარი ქცევის შეცვლის თვით-მართვის მიზნით და აგრეთვე, ფსიქო-სოციალური საკითხების გათვალისწინებით (C). იგი უნდა იყოს ანაზღაურებადი (E).
- დიაბეტით დაავადებულმა უნდა განახორციელოს კვირაში 150 წთ ან მეტი, საშუალო ინტენსივობის აერობიკული ფიზიკური აქტივობები (გულის ცემის მაქსიმალური სიხშირის 50%-70%) (A), უკუჩვენების არ არსებობის შემთხვევაში, ტიპი 2 დიაბეტის დროს რეგულარული ტრენინგები 3-ჯერ კვირაში.
- დიაბეტი, უნდა იყოს განხილული შრომითი მოწყობისას (დაქირავების დროს), იგი უნდა ეფუძნებოდეს შესასრულებელი სამუშაოს აღწერილობას, სამედიცინო მდგომარეობას, მკურნალობის რეჟიმს და სამედიცინო ისტორიას.
- პაციენტებისა და კლინიცისტებისათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა კლასის ანტიდიაბეტური მედიკამენტები, აღჭურვილობა და სხვა საშუალებები.



სტრატეგია

მთავარი ჩვენს შესახებ განათლება მომსახურების ხარისხი სტრატეგია ჯანმრთელობის სახელები კონტაქტი

პირველადი ჯანდაცვის განვითარება: რეფორმის ამოცანები

საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმის ერთ-ერთი ამოცანა საოჯახო მედიცინის მოდელზე დამყარებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის (პჯდ) განვითარებაა, რომელიც მოსახლეობას უზრუნველყოფს მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებით.

პირველადი ჯანდაცვის ქსელის გაძლიერების მიზნით სახელმწიფო, დონორის და ვერმო ინვესტიციები ხმარდება დიზივეური ინფრასტრუქტურის რეაბილიტაცია/შენეშლობას და ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების გადამზადებას.

2007 წლისთვის რეაბილიტირებულია 145 სოფლის ამბულატორია, ათამდე პჯდ ობიექტი რაიონულ ცენტრებში, თბილისში, ქუთაისში, ბათუმში, ოზურგეთში, გორში, მცხეთაში ფუნქციონირებს ოცამდე საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრი. 2011 წლისთვის იგეგმება სოფლად - 905 ერთეულდიანი, ხოლო რაიონულ ცენტრებსა და დიდ ქალაქებში 200-მდე ერთ და მრავალეულდიანი პჯდ ობიექტის ჩამოყალიბება და 2200 ოჯახის ექიმისა და ექთნის გადამზადება. იხ. ვრცლად [პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გენერალური გეგმა](#).

რეაბილიტირებული ობიექტები:

საოჯახო მედიცინის ცენტრები სოფლად



გამოთქმული მოსაზრებები ევლეთნის ვებ გვერდის ავტორებს და არ წარმოადგენს ევროკავშირის შეხედულებებს

საკურო უფლებები:
საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი