



ჯანმრთელობის სიახლეები

№ 3

დეკემბერი, 2007

საქართველოში საოჯახო მედიცინის განვითარება

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესება საქართველოში

ავტორი თამარ ჩიტაშვილი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დარგობრივი პოლიტიკის დეპარტამენტის მრჩეველი

2

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 გაწევრიანებული 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 ინერგება ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების ინსტრუმენტები, ტარდება სამედიცინო და ორგანიზაციული აუდიტები სხვადასხვა პრობლემურ თემებზე, მუშავდება გაიდლაინები და პროტოკოლები.

მსოფლიო სიახლეები

WONCA-მსოფლიოს პრეზიდენტისაგან: 2008 წელი - პირველადი ჯანდაცვის წელია!

უმანგი კილაძე

10

საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკა

შაქრიანი დიაბეტის მართვა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში დიაბეტის მართვის სახელმძღვანელო

დავით კუჭავა
ირინა ქაროსანიძე

11

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდი:

WWW.GFMA.GE

ელექტრონული ფოსტა:

gfma@gfma.ge

Wonca Website:

<http://www.GlobalFamilyDoctor.com>



გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორებს და არ წარმოადგენს ევროკავშირის შეხედულებებს



Wonca

World family doctors. Caring for people

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

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესება საქართველოში

I. შესავალი

ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირითადი მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, რაც გულისხმობს მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ხარისხის ამაღლებას, არაგადამდები და ინფექციური დაავადებების ტვირთის შემცირებას, გაზრდილ იმუნიზაციის მაჩვენებლებს, დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის შემცირებას.

საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობა წარმოადგენს სიღარიბის დაძლევის და ქვეყნის კონკურენტუნარიანობის ამაღლების ერთ-ერთ უმთავრეს წინამძღვარს. უკეთესი ჯანმრთელობა განაპირობებს დასაქმებულთა შრომის ნაყოფიერების ზრდას, შრომის ბაზარზე მოსახლეობის უფრო აქტიურ ჩართვას, სიცოცხლის განმავლობაში უფრო მაღალ ინდივიდუალურ შემოსავლებს, ხანგრძლივ შრომით საქმიანობას, საპენსიო რეზერვების

დაგროვების მაღალ პოტენციალს და სახელმწიფოსათვის სოციალური ტვირთის შემცირებას. გამომდინარე ზემოაღნიშნულიდან, ერის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესება წარმოადგენს რა იმთავითვე ერის ჯანსაღი გენოფონდის შენარჩუნებისა და გაზრდის მყარ საფუძველს, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ უმთავრეს ამოცანად გვევლინება.

საქართველოს მთავრობა საერთაშორისო დონორ და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან ერთად მნიშვნელოვან ნაბიჯებს დგამს ქვეყანაში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიმართულებით, თუმცა აღნიშნულ სფეროში არსებული მდგომარეობა კვლავც საგანგაშოა, რაზეც მეტყველებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლები საქართველოში.

II. არსებული სიტუაცია

1. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლები¹

1.1. მოსახლეობის დემოგრაფიული მდგომარეობა

ყველაზე პრობლემურ დემოგრაფიულ ელემენტს საქართველოში წარმოადგენს შობადობის შემცირება. გასული ოცი წლის განმავლობაში. დაბალი შობადობა, პროდუქციული და რეპროდუქციული ასაკის ახალგაზრდობის ემიგრაციასთან ერთად, გახდა მოსახლეობის ზრდის უარყოფითი მაჩვენებლების მიზეზი. მოსახლეობის ზრდის კოეფიციენტი შეადგენდა – 0.1%-ს, როგორც 2003, ასევე 2004 წლებში² (იხილეთ ცხრილი №1).

ცხრილი №1

მთელი მოსახლეობა	4.3 მილიონი 2004 წ
მამაკაცთა და ქალთა თანაფარდობა	1.12 ქალი/1 მამაკაცი
რეპროდუქციული ასაკის ქალთა პროცენტული რაოდენობა	51.1
შობადობის ჯამური მაჩვენებელი	1.6 (რკკ 05) ³ ; 1.4
შობადობა	10.7/1,000
მოკვდაობა	10.6/1,000
ქალაქის/სოფლის მოსახლეობა	მოსახლეობი 52% ცხოვრობს თბილისსა და სხვა ქალაქებში; 48% - სოფლად.

¹ საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის ჩარჩო, სშჯსდს, 2007 წელი

² მსოფლიო ბანკი World Health Report

³ დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი, აშშ დაავადებათა კონროლისა და პრევენციის ცენტრი, UNFPA, USAID, საქართველოს რჯ კვლევის ანგარიში 2005, წყარო: საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სამინისტრო, სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი

1.2. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

მიუხედავად იმისა, რომ ოჯახის დაგაგემვის სერვისები შესულია სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ამბულატორიული მომსახურების პაკეტში და დონორების მხარდაჭერით, ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები ხელმისაწვდომია სხვადასხვა რეგიონის მცხოვრებთათვის, საქართველოში აბორტი ჯერ კიდევ რჩება შობადობის რეგულირების ყველაზე გავრცელებულ მეთოდად.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ბოლო ფართომასშტაბიანმა კვლევამ გამოავლინა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის რიგი ინდიკატორების მცირე გაუმჯობესება 1999 წლიდან 2005 წლამდე პერიოდში. მაგალითად დედათა მოკვდაობის მაჩვენებელი 2000-2005 წლებში 100 000 ცოცხლადშობილზე 49,2-დან 23,4-მდე შემცირდა⁴, ამავე პერიოდში შედარებით მცირედით დაიკლო ასევე ბავშვთა (მათ შორის 5 წლამდე ასეის ბავშვთა) სიკვდილობის მაჩვენებელმა და ყოველ 100 000 ცოცხალშობილზე 51,5-დან 40,3-მდე შემცირდა, თუმცა აღნიშნული მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ბევრი პოსტსაბჭოთა და ევროპის რეგიონის ქვეყნების შესაბამის მახასიათებლებს და ათასწლეულის განვითარების პროგრამის ფარგლებში ართულებს ქვეყნის მიერ 2015 წლისათვის დასახული მიზნების⁵ მიღწევის შესაძლებლობებს.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობის ზოგიერთი საკვანძო ინდიკატორი საქართველოში 2005 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევისა და „ლ.საყვარელიძის სახ. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის“ მონაცემებით ასე გამოიყურება:

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა	
დედათა მოკვდაობის მაჩვენებელი	45.3/100,000 ცოცხალ შობილზე (2004) 21.3/100,000 ცოცხალშობილზე (2005)
პერინატალური მოკვდაობის მაჩვენებელი	27.2/1,000 შობილზე 30.1/100000 (2005)
ადრეული ნეონატალური მოკვდაობის მაჩვენებელი	12.4/1,000 (2005)
ორსული ქალები, რომელთაც ჰქონდათ 4 და მეტი ანტენატალური ვიზიტი	75 % (რკკ 2005) 85.8% (სახ.სტატისტიკა,2005)
ბინაზე მშობიარობის პროცენტული წილი⁶	7.5 % 1.5% (2005)
ოჯახის დაგეგმვა	
კონტრაცეპტივების გამოყენება (სულ) 47%	
კონტრაცეპტივების გამოყენება (თანამედროვე კონტრაცეპტივები)	26%
კონტრაცეპციის დაუკმაყოფილებელი საჭიროება	წყვილთა 37%
აბორტი	
აბორტის მაჩვენებელი	3.1 აბორტი 1 ქალზე სიცოცხლის განმავლობაში

⁴ სამედიცინო სტატისტიკა, 2005. სშჯსდ სამინისტრო, დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი

⁵ საქართველომ, როგორც ათასწლეულის განვითარების დეკლარაციის ხელმძღვანელმა მხარემ, აიღო ვალდებულება 2015 წლისათვის შეამციროს ჩვილ და 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა 2/3-ით და დედათა სიკვდილობა 3/4-ით.

⁶ აღნიშნული ინდიკატორი ძირითადად გამოიყენება, როგორც საერთაშორისოდ მიღებული უსაფრთხო დედობის ინდიკატორის პროქსი, „მშობიარობა კავლიფიციური პერსონალის დასწრებით“ ჰოსპიტლებში მიღებული

1.3. მოზარდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

სასწავლო დაწესებულებებში, ამჟამად, პრაქტიკულად არ ხორციელდება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სასიცოცხლო ჩვევების სწავლება და სქესობრივი განათლება. სექსუალობისა და რეპროდუქციის შესახებ ასაკის შესაფერისი, ზუსტი ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა ახალგაზრდებისათვის უკიდურესად შეზღუდულია. ახალგაზრდა ქალების პირველი შეხვედრა გინეკოლოგიურ სამსახურთან პირველი ორსულობის დროს ხდება, ხოლო ახალგაზრდა მამაკაცები რუტინულ დახმარებას საერთოდ არ მიმართავენ.

ქვემოთ მოყვანილია 2005 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევისა და 2004 წლის სამედიცინო სტატისტიკის ცენტრის მონაცემები მოზარდთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან მიმართებაში.

მოზარდთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობა	
15-19 წლის ქალები, რომელთაც ჰქონდათ სექსუალური კავშირი	13.6 %
20-24 წლის ქალები, რომელთაც ჰქონდათ სექსუალური კავშირი	48.1 %
ქალები, რომლებიც არ იყვნენ ქორწინებაში პირველი სექსუალური კავშირის დროს	3 %
ქალები, რომლებსაც არ გამოუყენებიათ კონტრაცეპტივი პირველი სექსუალური კავშირის დროს	99 %

1.4. მამაკაცთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

იმის გამო, რომ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვა ტრადიციულად მოიაზრებოდა როგორც დედათა სამედიცინო დახმარებისა და გინეკოლოგიური მომსახურება, წლების მანძილზე, არ იყო ხელმისაწვდომი ვაჟებისა და მამაკაცებისათვის.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გარდა, მამაკაცები დღესდღეობითაც არ არიან აქტიურად ჩართულნი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში და არც განიხილებიან როგორც საკუთარი უფლების და საჭიროებების მქონე კლიენტები.

ქვემოთ მოყვანილია 2005 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევისა და 2004 წლის ჯანმრთელობის სახელმწიფო სტატისტიკის მონაცემები მამაკაცთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან მიმართებაში.

მამაკაცთა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა	
მამაკაცთა უშვილობა	24/100,000 მოზრდილ მამაკაცზე (2000) 19.6/100,000 მოზრდილ მამაკაცზე (2004) 10.9/100,000 მოზრდილ მამაკაცზე (2005)
პროსტატიტის შემთხვევები	52.6/100,000 მოზრდილ მამაკაცზე (2000) 89.3/100,000 მოზრდილ მამაკაცზე (2004) 80.3/100,000 მოზრდილ მამაკაცზე (2005)

მშობიარობების 90% თავისთავადია მიღებულია კავლიფიცირებული მედპერსონალის მიერ (მენა-გინეკოლოგი, ექთანი და ბებიაქალი) მაგრამ ბინაზე მშობიარობის რიცხვი, რომელსაც ესწრებოდა კვალიფიციური პერსონალი უცნობია

1.5. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (აივ/შიდსის ჩათვლით)

2004 წელს ყველაზე მეტი იყო ტრიქომონიაზის რეგისტრირებული შემთხვევების რაოდენობა, როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში, მას მოსდევდა გონორეა მამაკაცებში და ქლამიდიოზი როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში. მონაცემები მნიშვნელოვნად ცვალებადობს წლიდან წლამდე – ასე მაგალითად, 2003 წელს ტრიქომონიაზის 2,595 შემთხვევა დაფიქსირდა და ეს მონაცემი გაიზარდა 3,251-მდე 2004 წელს. ამის საპირისპიროდ, 2002 წელს რეგისტრირებულია ათაშანგის 1,366 შემთხვევა და მიუხედავად რაიმე მნიშვნელოვანი პრევენციული, სამკურნალო ან ქცევითი ინტერვენციის არარსებობისა 2004 წლისათვის მონაცემი 681-მდე შემცირდა.

საქართველო მიეკუთვნება იმ ქვეყნებს, სადაც აივ/შიდსის გავრცელება დაბალია, მაგრამ მაღალია ეპიდემიის განვითარების რისკი. 2006 წლის თებერვლისათვის ქვეყანაში ოფიციალურად რეგისტრირებული იყო 907 შემთხვევა. აივ/შიდსით დაავადებიაზობა და ავადობა პროგრესულად გაიზარდა ბოლო ექვსი წლის განმავლობაში, აივ 6 ახალი შემთხვევა დაფიქსირდა 1996 წელს, 10 – 1997 წელს, 25 – 1998 წელს, 35 – 1999 წელს, 79 – 2000 წელს და 93 – 2001 წელს.

დაინფიცირების მიზეზთა შორის ჰეტეროსექსუალური და ჰომოსექსუალური კონტაქტები იყო შემთხვევათა 29.47% და 3.2%-ში, ინფიცირებული სისხლის გადასხმა – 1.2%, დედისაგან ბავშვზე გადაცემა – 1.3%. გადაცემის გზა უცნობი დარჩა შემთხვევათა 1.4%-ში. ინტრავენური ნარკომანიით განპირობებული შემთხვევების პროცენტული წილი შემცირდა (71%-დან 2004 წელს) და დედისაგან ბავშვზე გადაცემის სიხშირე 2004 წლიდან თითქმის გაორმაგდა.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სტატისტიკა სრულად ვერ ასახავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების გავრცელების თაობაზე არსებულ მდგომარეობას. მართალია, მონაცემები სამედიცინო დაწესებულებებიდან ყოველწლიურად იკრიბება, მაგრამ იგი არ მოიცავს არარეგისტრირებული კონსულტაციების მეშვეობით დიაგნოსტიკა-მკურნალობისა და თვითმკურნალობის შემთხვევებს.

2. სისტემური პრობლემები

რეპროდუქციული (მათ შორის პერინატალური) ჯანმრთელობის არადაამაკმაყოფილებელ მაჩვენებელთა

სისტემური მიზეზების დადგენის, ანალიზისა და მათი აღმოფხვრისათვის ადექვატური ინტერვენციების დაგეგმვა-განხორციელების მიზნით, საქართველოს მთავრობის ინიცირებითა და დონორ და არასამთავრობო ორგანიზაციათა მხარდაჭერით, უკანასკნელ წლებში განხორციელდა ორი მასშტაბური კვლევა, – რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა⁷ (2005 წელი) და პერინატალური დახმარების სისტემის შეფასება⁸ საქართველოში (2006 წელი).

იმდენად, რამდენადაც რეპროდუქციული ჯანმრთელობა განიხილება, როგორც გამოსავალი (პროდუქტი) ჯანდაცვის სისტემური კომპონენტების ფუნქციებისა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მხრივ არსებული მდგომარეობა და ძირითადი პრობლემები, კვლევების შედეგებზე დაყრდნობით, შეფასებულია შემდეგი სისტემური კომპონენტების ჭრილში: ა) რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა; ბ) რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა; გ) დარგის მმართველობითი ფუნქცია.

2.1. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ფინანსური ხელმისაწვდომობა

საქართველოს მოსახლეობის დიდ ნაწილს არ აქვს საშუალება გადაიხადოს სამედიცინო მომსახურების (მათ შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების) და მედიკამენტების ღირებულება, რაც სხვა მრავალ სისტემურ ფაქტორებთან ერთად შესაბამისი სერვისების (განსაკუთრებით ამბულატორიულ დონეზე) უტილიზაციის დაბალ მაჩვენებლებს განაპირობებს.

2005 ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ანგარიშების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ქვეანალიზის⁹ მონაცემების თანახმად, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე დანახარჯები

⁷ განხორციელდა ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსა და გაეროს მოსახლეობის ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით

⁸ განხორციელდა გაეროს ბავშვთა ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით

⁹ ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები წარმოადგენს საერთაშორისოდ აღიარებულ ინსტრუმენტს ქვეყნის ჯანდაცვის სექტორში ფინანსური ნაკადების მონიტორინგისა და შეფასებისათვის, რომელიც აღწერს ფინანსური სახსრების მოძრაობას ფინანსური წყაროებიდან ფინანსურ აგენტებამდე, ხოლო ფინანსური აგენტებიდან მიმწოდებლებამდე და ფუნქციებამდე.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების 8-დან 9,3%-მდე მერყეობს, რაც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საერთო დანახარჯებთან მიმართებაში, 2004 წლის მონაცემებით, დაახლოებით 20%-ია. რჯ საერთო დანახარჯების 4,5% მოდის დონორული დახმარების წილად, ხოლო დანარჩენი, 75% შინამეურნეობების ჯიბიდან გადახდილი თანხებია.

სახელმწიფო აფინანსებს ძირითადად ანტენატალურ დახმარებას, მშობიარობასა და ახალშობილთა მოვლას, თუმცა, როგორც ანალიზმა აჩვენა, იმ მომსახურების ფარგლებშიც კი, რომლებიც სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების ფარგლებში ფინანსდება, მოსახლეობა ჯიბიდან იხდის მომსახურების თითქმის 75%-ს¹⁰.

2.2. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხარისხიან მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა

პერინატალური დახმარების შეფასების კვლევამ გამოავლინა, რომ სოფლის ამბულატორიის დონეზე, რეპროდუქციული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მომსახურება პრაქტიკულად არ ხორციელდება (გარდა პილოტური რეგიონებისა, სადაც მუშაობენ გადამზადებული ოჯახის ექიმები) პროფესიული ადამიანური რესურსების არასათანადო კვალიფიკაციისა და სამედიცინო მომსახურების შეუსაბამო ინფრასტრუქტურის გამო. ქალების რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ძირითადი სერვისების მიწოდება – ორსულობის და მშობიარობის ზედამხედველობა, ოჯახის დაგეგმვა და აბორტი, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების და რეპროდუქციული ტრაქტის სხვა ინფექციების კლინიკური დიაგნოსტიკა და მკურნალობა – ხორციელდება რაიონულ და რეგიონულ ცენტრებში განთავსებულ ქალთა კონსულტაციებსა და სამშობიარო სახლებში. მანძილი სამედიცინო დაწესებულებამდე, განსაკუთრებით მთიან რეგიონებში, სოფლების მაცხოვრებელ უამრავ ქალს უქმნის გეოგრაფიულ-ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის ბარიერს.

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსზე ნებაყოფლობითი კონსულტაცია და ტესტირება, რომელიც წარმოადგენს საქართველოს ანტენატალური ზედამხედველობის პროტოკოლის ნაწილს და ხორციელდება

გლობალური ფონდის საქართველოს აივ/შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის პროგრამის ფარგლებში, ამჟამად ხელმისაწვდომია მხოლოდ ცალკეულ რაიონულ ცენტრებში. სისხლის ნიმუშის აღება ხდება ანტენატალური ვიზიტის დროს და სწრაფი ტესტი ტარდება ადგილზე დაწესებულებაში ან იგზავნება შესაბამის ცენტრში. ანტირეტროვირუსული მკურნალობა ხორციელდება თბილისში, ინფექციური დაავადებების ცენტრის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის განყოფილებაში. პირველადი დიაგნოსტიკის, კონსულტირებისა და მკურნალობის კურსის დანიშვნის შემდეგ კი მომდევნო მკურნალობის მიღება შესაძლებელია აივ/შიდსის სამკურნალო ცენტრებშიც - ბათუმსა და ზუგდიდში.

სრული და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის კონტექსტში განსაკუთრებით აღსანიშნავია ასევე, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის მხრივ არსებული მდგომარეობა: სამშობიარო ბლოკების და ახალშობილთა პალატების ნახევარზე მეტ შემთხვევაში საბაზისო აღჭურვილობა, პერინატალური სისტემის შეფასების მიზნით განხორციელებული კვლევის შედეგების საფუძველზე, დამაკმაყოფილებლად შეფასდა 51,7%-ში. გამოვლინდა ხარვეზები ახალშობილთა მართვისათვის აუცილებელი ნივთების, სიფილისისა და აივ-შიდსის სკრინინგისათვის საჭირო ტესტ-სისტემების, ასევე, სისხლისა და სისხლის პროდუქტების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით პერიფერიულ დონეზე.¹¹

რაც შეეხება პროფესიულ ადამიანურ რესურსებს, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების მიმწოდებელი პერსონალის საშუალო ასაკი (დაახლოებით 50 წელი!), სამედიცინო დაწესებულებებში მეან-გინეკოლოგებისა (50%-ში) და ნეონატოლოგების (20% შემთხვევებში) ჭარბი რაოდენობა, რაც რჯ მომსახურების მიწოდებაში ადამიანური რესურსების არაოპტიმალურ ჩართვას და შედეგად, მათი პროფესიული დონის (უნარ-ჩვევები და ცოდნა) დაქვეითებას განაპირობებს¹². აღსანიშნავია, ასევე, პერსონალის არათანაბარი

¹⁰ პერინატალური დახმარების შეფასება საქართველოში, 2006 წელი Curatio International Consulting

¹¹ პერინატალური დახმარების შეფასება საქართველოში, 2006 წელი Curatio International Consulting

¹² პერინატალური დახმარების შეფასება საქართველოში, 2006 წელი Curatio International Consulting

გეოგრაფიული გადანაწილება დასახლებულ პუნქტებში მაქსიმალური კონცენტრაციის ტენდენციით.

2.3. დარგის მმართველობითი ფუნქცია

დარგის მმართველობითი ფუნქციის თვალსაზრისით, ზემოხსენებული კვლევის შედეგების შეფასებამ გამოავლინა სფეროს მარეგულირებელი სამართლებრივი ბაზის და მათი სააღსრულებო მექანიზმების, ასევე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღების ხელშეწყობი ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის განვითარების საჭიროება. კვლევის თანახმად, ხშირ შემთხვევაში, მიწოდებული სამედიცინო მომსახურება არ შეესაბამება მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ სტანდარტებს; პრობლემები დაფიქსირდა ასევე სამედიცინო ჩანაწერებისა და სტატისტიკური ფორმების წარმოებაში, რაც ეჭვქვეშ აყენებს კლინიკური, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ სტატისტიკური და სხვა მარვისათვის საჭირო ინფორმაციის სანდოობას და ხელს უშლის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში, სრული და სარწმუნო ინფორმაციის მიღების შესაძლებლობებს.

მიუხედავად ამისა, ინფორმაციამ, რომელიც მოპოვებულ იქნა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევისა და პერინატალური დახმარების სისტემის შეფასების ფარგლებში, შექმნა სრული სურათი დარგში არსებული პრობლემების შესახებ და საქართველოს მთავრობას მისცა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღების, შედეგზე ორიენტირებული პროგრამების დაგეგმვისა და რესურსების საჭიროებებზე ორიენტირებული განაწილების შესაძლებლობები.

III. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში ინიცირებული უმთავრესი ღონისძიებები და მიღწეული შედეგები

შექმნილი რთული მდგომარეობის საპასუხოდ, საქართველოს მთავრობა, ჯანდაცვის ძირეული სტრუქტურული და ინსტიტუციური რეფორმის ფარგლებში, დონორ, არასამთავრობო ორგანიზაციათა და სხვა დაინტერესებულ მხარეთა აქტიური მხარდაჭერით, მნიშვნელოვან ნაბიჯებს დგამს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და დარგში არსებული არასახარბიელო მდგომარეობის უმთავრეს სისტემურ ფაქტორთა აღმოსაფხვრელად.

იმდენად, რამდენადაც წინა პუბლიკაციებში დეტალურად იქნა განხილული ჯანდაცვის (მათ შორის პირველადი ჯანდაცვის) მიმდინარე რეფორმის კონტექსტი, რომელთანაც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მხრივ მიმართული ინტერვენციები სრულ კორელაციაშია, დაწვრილებით ადარ შევჩერდებით რეფორმის ძირითადი მიმართულებების შინაარსზე და გაგაცნობთ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით განხორციელებულ ღონისძიებებსა და უმთავრეს მიღწევებს.

1. დარგის მმართველობითი ფუნქციის გაუმჯობესების მიზნით: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში შექმნილი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის სამუშაო ჯგუფის მიერ, სამთავრობო, არასამთავრობო თუ დონორი ორგანიზაციების წარმომადგენელთა აქტიური თანამონაწილეობითა და ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID), „თანამშრომლობა ჯანდაცვის სისტემის გარდაქმნისათვის“ (CoReform) პროექტის ტექნიკური და ფინანსური მხარდაჭერით, შემუშავდა „საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის ჩარჩო“ დოკუმენტი, რომელშიც ასახულია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმძღვანელო პრინციპები და საკვანძო პრაქტიკული მიმართულებები. დოკუმენტი ეფუძნება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის, სფეროს მარეგულირებელი კანონმდებლობის, ადამიანის უფლებების (მათ შორის რეპროდუქციულ უფლებების), ათასწლეულის განვითარების მიზნებისა და საერთაშორისო ხელშეკრულებებით ნაკისრი სხვა ვალდებულებების, შესაბამისი ჯანდაცვითი პროგრამებისა და მათი დაფინანსების ურთიერთშესაბამისობის ანალიზს, ანუ საზღვრავს პოლიტიკის შესაბამისობას ერთის მხრივ მისი განხორციელების ინსტრუმენტებთან, ხოლო მეორეს მხრივ – საერთაშორისო ხელშეკრულებებით ნაკისრ ვალდებულებებთან.

საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის ჩარჩო შემუშავდა საქართველოს მთავრობის მიერ აღიარებულ ჯანდაცვის რეფორმის პრიორიტეტულ მიმართულებებზე დაფუძნებით, რომელთაგან უმთავრესი ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის (ფინანსური, გეოგრაფიული) გაუმჯობესებაა, – პოლიტიკის დოკუმენტი, ეხმიანება რა *ქიროს სამოქმედო გეგმის* ფარგლებში სახელმწიფოს მიერ ნაკისრ

პასუხისმგებლობებს, რჯ პოლიტიკის უმთავრეს ამოცანად “პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მემწეობით, შესაბამისი ასაკის ყველა ინდივიდისთვის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას“ (პარაგრაფი 7.6) აყალიბებს. აღნიშნული ამოცანა სრულ კორელაციაშია მიმდინარე პირველადი ჯანდაცვის რეფორმასთან, რომელიც მომსახურების პირველად დონეზე რჯ-ის შესაბამისი სერვისების ინტეგრირებას და მათი ხელმისაწვდომობის გაზრდას ისახავს მიზნად.

დოკუმენტში დეტალურად არის აღწერილი ნებისმიერი ასაკის ქალთა და მამაკაცთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებების დაკმაყოფილების გზები; განხილულია, ასევე, ის სისტემური საკითხები (ჯანდაცვის სახელმწიფო რეგულირება, მართვის საინფორმაციო სისტემები, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და დაფინანსება), რომელთა გარეშე შეუძლებელია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის წარმატებული და ეფექტიანი განხორციელება.

საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის ჩარჩო დოკუმენტი დაედო საფუძვლად **რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტრატეგიისა და განხორციელების გეგმის შემუშავების პროცესის დაწყებას** - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიცირებითა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საბჭოს ზედამხედველობით, შეიქმნა ტექნიკურ ექსპერტთა ჯგუფი, რომელიც აყალიბებს რჯ სტრატეგიას (ამჟამად, სტრატეგიის შემუშავების პროცესი დასრულების ფაზაშია). რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტრატეგია განსაზღვრავს დაინტერესებული მხარეების (მათ შორის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების, ადგილობრივი და საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაციების, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისა და საზოგადოების) ქმედებებს, მიმართულს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის პრაქტიკული იმპლემენტაციისაკენ, საჭირო რესურსებს, ასევე ჩავარდნებს და, შესაბამისად, კონკრეტულ ღონისძიებებს სუსტი მხარეების აღმოსაფხვრელად.

სფეროს განვითარების პოლიტიკის და სტრატეგიის შემუშავების პარალელურად იქმნება პოლიტიკის განხორციელების, მათ შორის, დარგის მარეგულირებელი ინსტრუმენტები, შემუშავდა მინიმალური მოთხოვნები სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა

ინფრასტრუქტურის (მშენებლობის და აღჭურვილობის სტანდარტები) მიმართ როგორც პირველად, ასევე ჰოსპიტალურ დონეზე, დონორების მხარდაჭერით (გაეროს ბავშვთა ფონდი, გაეროს მოსახლეობის ფონდი და ა.შ.), გადაიხედა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციების (გაიდლაინები) მნიშვნელოვანი ნაწილი და ა.შ.

დარგის მმართველობითი ფუნქციის გაუმჯობესებისაკენ მიმართულ მნიშვნელოვან ნაბიჯს წარმოადგენდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭოს, როგორც საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის სათათბირო ორგანოს შექმნა.

რჯ ეროვნული საბჭოს უმთავრეს ამოცანებად განისაზღვრა: 1) მოსახლეობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და გაუმჯობესება; 2) ქვეყანაში დემოგრაფიული მდგომარეობის მაჩვენებლების გაუმჯობესება; 3) რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ხარისხისა და საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

აღნიშნული ამოცანების რეალიზების მიზნით, საბჭოს უმნიშვნელოვანეს ფუნქციას წარმოადგენს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვადასხვა სფეროში ქვეყნის სახელმწიფო სტრუქტურების, დონორების, არასამთავრობო ორგანიზაციების, რელიგიური ორგანიზაციებისა და კერძო სექტორის მონაწილეობის კოორდინირებული საქმიანობის ხელშეწყობა.

აღნიშნულის საჭიროება განსაკუთრებით გამოიკვეთა ახლა, როდესაც დონორი ორგანიზაციების მიერ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში ხორციელდება უამრავი პროექტი, რომელთა ინტეგრირებას ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის ფარგლებში მიმდინარე და დაგეგმილ ინტერვენციებში უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს დასახული ამოცანების მიღწევის და დაგეგმილი ღონისძიებების ეფექტიანი, შედეგიანი და ეკონომიური რეალიზების თვალსაზრისით.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საბჭოს თავმჯდომარე გახლავთ ქვეყნის პირველი ლედი, ქალბატონი სანდრა ელისაბედ რულოვსი, რომლის აქტიური ჩართულობა ქვეყნის მოსახლეობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საკითხებში, აღნიშნულ სფეროში დასახული ამოცანების მიღწევის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი წინაპირობაა.

2. ხარისხიან რეპროდუქციული ჯანდაცვის მომსახურებაზე მოსახლეობის ფიზიკური

ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, ინტერვენციები ხორციელდება ერთის მხრივ, შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების ინფრასტრუქტურის, ხოლო მეორეს მხრივ, მომსახურების მიმწოდებელი ადამიანური რესურსების განვითარებისაკენ.

საქართველოს მთავრობა, აცნობიერებს რა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის საჭიროებას, საოჯახო მედიცინის მოდელის განვითარების ამოცანის ფარგლებში, ახორციელებს ანტე და პოსტნატალური მეთვალყურეობისა და ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული მომსახურების ინტეგრირებას პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, ოჯახის ექიმის მიერ მიწოდებულ სერვისებში.

ქვეყნის მასშტაბით დღეისათვის ჩამოყალიბებულია (რეაბილიტირებული/აშენებული და აღჭურვილი) და ფუნქციონირებს 200-ზე მეტი საოჯახო მედიცინის ცენტრი. მომდევნო წლებში იგეგმება პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების საჭირო სიმძლავრის შექმნა მთელი ქვეყნის მასშტაბით, განსაკუთრებით სოფლებსა და მწველად მისადგომ გეოგრაფიულ ადგილებში, იმგვარად, რომ უზრუნველყოფილ იქნას პირველადი ჯანდაცვის, მათ შორის ანტე და პოსტნატალურ მეთვალყურეობასა და ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებულ მომსახურებზე 15 წუთიანი ხელმისაწვდომობა საქართველოს ნებისმიერი მცხოვრებისათვის.

ჯანდაცვის სექტორში ინვესტიციების დიდი ნაწილი მიმართულია, ასევე, პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი პროფესიონალების ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებისაკენ, რომელთა კომპეტენციებში და შესაბამისი გადამზადების პროგრამის კურიკულუმში **ინტეგრირდა ანტე და პოსტნატალური მეთვალყურეობისა და ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული ბაზისური ამბულატორიული მომსახურების მიწოდება**. სახელმწიფოსა და დონორული დახმარებით გადამზადებულ იქნა 500-ზე მეტი საოჯახო მედიცინის გუნდი. 2007 წელს ამ მიმართებით გაწეული ქმედებები კიდევ უფრო ინტენსიური გახდა „სამედიცინო პერსონალის მომზადება-გადამზადების სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში, თბილისში გადამზადების შესაბამის კურსს გადის 180 ექიმი და 104 ექთანნი, გურიის რეგიონიდან მზადდება 15 ექიმი და 23 ექთანნი, ხოლო სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონიდან - 92 ექიმი და 104 ექთანნი.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების მიმწოდებელი ადამიანური

რესურსების (მათ შორის სპეციალისტების) გადამზადებაში მნიშვნელოვანია, ასევე, დონორთა დახმარების წვლილი (გაეროს მოსახლეობის და განვითარების ფონდი, პროექტი "ჯანმრთელი ქალი საქართველოში" და ა.შ.).

3. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიმართულებით, პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, რომლის მოსარგებლე საქართველოს მთელი მოსახლეობაა,¹³ სახელმწიფო ფარავს აღნიშნული მომსახურების შემდეგ სახეებს:

- ანტე და პოსტნატალური ზედამხედველობა¹⁴ ;
- ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული მომსახურება.

რომლებიც ინტეგრირებულია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ოჯახის ექიმის მიერ მიწოდებულ სერვისებში.

განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია ასევე ის ფაქტიც, რომ 2006 წლის ივლისიდან ამოქმედდა **სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა**, სადაც ძირითად მიზნობრივ ჯგუფად დასახელდა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა და პრიორიტეტი მიენიჭა მათი სამედიცინო საჭიროებების დაკმაყოფილებას. პროგრამის ფარგლებში ხორციელდება სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის (სოციალური დახმარების სისტემის ერთიან ბაზაში დარეგისტრირებული სარეიტინგო ქულის შესაბამისად) სამივე დონის სამედიცინო მომსახურების (სტანდარტული პაკეტი) ხარჯების ანაზღაურება (მათ შორის ორსულობასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურება)¹⁵.

¹³2007 წლის წლის სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 7 თებერვლის №40/ნ ბრძანებით

¹⁴ შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული მომსახურების მოცულობა დეტალურად განსაზღვრულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 7 თებერვლის №40/ნ ბრძანებით

¹⁵ პროგრამა ასევე ითვალისწინებს იმ ორსულთა მშობიარობის ხარჯების ანაზღაურებას (200 ლარის ოდენობით), რომლებიც არ არიან რეგისტრირებული "სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიან ბაზაში", თავს თვლიან „სოციალურად დაუცველ ღარიბებად“ და შესაბამისად, სურვილი აქვთ უფასო მშობიარობისა.

საგულისხმოა, აგრეთვე, დონორთა წვლილი რჯ მომსახურებისა და კონტრაცეპტივების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაში: **აივ/შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის** დახმარებით ხორციელდება აივ კონსულტაცია, ტესტირება და მკურნალობა; გაეროს მოსახლეობის და განვითარების ფონდისა და ჯონ სნოუს ინსტიტუტის „ჯანმრთელი ქალი საქართველოში“, პროექტის ფარგლებში, ხორციელდება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების მომარაგება კონტრაცეპტივებით, რაც უფასოდ მიეწოდება მომხმარებელს.

შემდგომ წლებში, საქართველოს მთავრობისა და დონორ ორგანიზაციათა შეთანხმებული ძალისხმევა კვლავაც იქნება მიმართული მოსახლეობის რეპროდუქციული ჯანდაცვის გაუმჯობესებისაკენ.

იმედს გამოვთქვამთ, რომ დარგში მიმდინარე სისტემური ცვლილებები და ხელისუფლების მიერ განხორციელებული მიზანმიმართული, ინტეგრირებული ინტერვენციები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლების მყარი და შეუქცევადი გაუმჯობესების საფუძველი გახდება.

20 ოქტომბერი 2007 წ.

WONCA-მსოფლიოს პრეზიდენტისაგან:

2008 წელი - პირველადი ჯანდაცვის წელია!

30 წლის წინ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებულ იქნა ალმა-ატის პირველადი ჯანდაცვის დეკლარაცია, რომელიც მიმართული იყო ყველა ადამიანის ჯანმრთელობის საჭიროებების დაკმაყოფილებისა და ჯანმრთელობის თანასწორობის დამკვიდრებისაკენ. ალმა-ატის დეკლარაციის კონცეფციის განხორციელებამ დადებითი შედეგები გამოიღო მთელ რიგ საშუალო განვითარებისა და ინდუსტრიულ ქვეყნებში, თუმცა უამრავი კითხვა კვლავ რჩება პასუხგაუცემელი.

2007 წლის ნოემბერში, წილად მხვდა ბედნიერება, რომ კოლეგებთან ერთად შევხვედროდი ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დირექტორს, მარგარეტ ჩანს. საუბარი შეეხო ალმა-ატას დეკლარაციას და მის პოზიციას პირველადი ჯანდაცვის საკითხებზე. დღესდღეობით ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია პრიორიტეტს კვლავ პირველადი ჯანდაცვის განვითარებას ანიჭებს. ჩემთვის ძალიან სასიამოვნო იყო იმის გაგება, რომ დოქტორი ჩანი მთლიანად იღებს პასუხისმგებლობას პირველადი ჯანდაცვისა და „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ მიღწევის ამოცანებზე.

2008 წელი, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, გამოცხადდა პირველადი ჯანდაცვის წელი - რაც მნიშვნელოვანი სიმბოლოა ჩვენი მისიის მხარდასაჭერად. იგი ანიჭებს ყველა ჩვენგანის მუშაობას განსაკუთრებულ ელფერს პაციენტებზე ზრუნვისა და აკადემიური მოვლის მხარდაჭერის თვალსაზრისით. მთელი მსოფლიო ალმა-ატის დეკლარაციის საიუბილეო წლისთავს უფრო კრიტიკულად ელის. სწორედ ამიტომ, მსურს გამოვიყენო შესაძლებლობა და გისურვოთ ყველას ოჯახთან ერთად ბედნიერი, წარმატებული და გამარჯვებებით აღსავსე 2008 წელი.

კრის ვან ვილი - WONCA-ს პრეზიდენტი

შაქრიანი დიაბეტის მართვა ზოგადსაქმიან პრაქტიკაში

დიაბეტის მართვის სახელმძღვანელო

ზოგადსაქმიან პრაქტიკაში ოჯახის ექიმი უზრუნველყოფს შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა სამედიცინო მომსახურებას. ამ დაავადების კომპლექსურობა საჭიროებს პრაქტიკის გუნდის მიერ დიაბეტთან პაციენტზე უწყვეტი, სისტემატური მეთვალყურეობის განხორციელებასა და დროულ გაგზავნას სათემო სამსახურებისა და მეორადი დონის სპეციალისტებთან.

აღნიშნული სახელმძღვანელო სხვადასხვა თანამედროვე წყაროებიდან მოპოვებული, მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული უახლესი რეკომენდაციების გათვალისწინებით შეიქმნა.

მივსალმებით ნებისმიერ კომენტარს!

შესავალი

შაქრიანი დიაბეტი არის ქრონიკული მდგომარეობა, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ინვალიდობა და ადრეული მოკვდავობა.

დიაბეტით დაავადებულის მართვა მოითხოვს ჯანმრთელობის სხვადასხვა პროფესიონალის (ოჯახის ექიმი, ენდოკრინოლოგი, დიაბეტის განმანათლებელი, პოდიატრისტი, დიეტოლოგი, ოფთალმოლოგი ან ოფთომეტრისტი, დანტისტი) ჩვევებს და პაციენტის აქტიურ მონაწილეობას.

შაქრიანი დიაბეტის მართვის ნებისმიერი სახელმძღვანელო უნდა იყოს მოქნილი.

მართვის მიზანია:

- პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება და გახანგრძლივება;
- პაციენტის წახალისება დაავადების მართვაში მონაწილეობის მიღებასა და პასუხისმგებლობის აღებაში.
- ჯანმრთელობის დაცვის პრევენციული აქტივობების სრულად განხორციელება, რათა შენარჩუნებულ იქნას დიაბეტის კარგი კონტროლი.

შაქრიანი დიაბეტის მართვის დროს განხილულ უნდა იქნას პაციენტის ასაკი, განათლების დონე, კულტურული განწყობა, თანამედროვე მეცნიერული ცოდნა, რესურსების ხელმისაწვდომობა და განსაკუთრებით მართვაში მონაწილე პაციენტისა და ჯანმრთელობის პროფესიონალების პრეფერენციები.

ყოველმომცველი მიზანი, დაავადების კონტროლისა თუ ცხოვრების სტილის მოდიფიკაციასთან დაკავშირებით, უნდა იყოს რეალური. სწორედ ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმს გააჩნია მნიშვნელოვანი პოზიტიური ზეგავლენა პაციენტის ცხოვრების სტილზე, ინდივიდუალიზებული კულტურული, საგანმანათლებლო და ფინანსური სტატუსის, ოჯახური და ფსიქო-სოციალური პრობლემების გათვალისწინების საშუალება.

ოჯახის ექიმი, ხშირ შემთხვევაში, შესაძლოა, იყოს მნიშვნელოვანი სამედიცინო პროფესიონალი დიაბეტის მართვის საკითხებში, ან პასუხისმგებლობა გაზიარებული ჰქონდეს სპეციალისტებთან ან ზოგჯერ, შესაძლოა, დიაბეტის მართვაში უპირატესობა ენიჭებოდეს მხოლოდ სპეციალისტის მონაწილეობას. გუნდური მუშაობის წარმატების საფუძველია მის წევრებს შორის კარგი კომუნიკაცია, რომელიც ეფუძნება ნდობასა და პატივისცემას.

ოჯახის ექიმის როლი მნიშვნელოვანია სწორედ დიაბეტის საწყისი დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, კონსულტანტებისა და სხვა სპეციალისტების კოორდინაციისა და დაავადების უწყვეტი მენეჯმენტის (პაციენტისა და მისი მომვლელების განათლებისა და კონსულტირების ჩათვლით) პროცესში.

- პაციენტისა და ექიმის პარტნიორული ურთიერთობის მნიშვნელობა ზედმეტად არ უნდა იყოს შეფასებული. პაციენტსა და ოჯახის ექიმს ესაჭიროებათ გარკვეული გაზიარებული გაგება და შეთანხმება დიაბეტსა და მასთან ასოცირებულ პრობლემებსა და მართვის სტრატეგიებზე.
- ოპტიმალური მეთვალყურეობის მისაღწევად, აუცილებელია, ჩანაწერებისა და დოკუმენტაციის წარმოების ადექვატური სისტემის შექმნა, რაც დაეხმარება გუნდს პაციენტის გამოძახების სისტემის ჩამოყალიბებაში საჭირო გამოკვლევების ჩატარებისა და დიაბეტის უწყვეტი მართვის უზრუნველყოფის მიზნით. ჩანაწერების ადექვატური სისტემის არსებობა, აუცილებელია, დაავადების გამოსავლების მონიტორირებისათვისაც.
- აუცილებელია ჯანმრთელობის დაცვის პრევენციული აქტივობები სრულად იყოს მოცული დიაბეტის მართვის პროცესში.

პაციენტების ოჯახის წევრები და მომვლელები აქტიურად უნდა ჩაერთონ განათლებისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესებში. ეს განსაკუთრებით ეხებათ დიაბეტიან ახალგაზრდებს, პაციენტებს გართულებებითა და აგრეთვე, იმ პაციენტებს, რომელთაც ესაჭიროებათ დიეტური ცვლილებები. მათ აუცილებლად უნდა შეეძლოთ ჰიპოგლიკემიის გამოცნობა და დახმარების გაწევა ინსულინით, სულფონმარდოვანას პრეპარატებითა თუ რეპაგლინიდით მკურნალობის შემთხვევებში.

1. დიაგნოზი

შაქრიან დიაბეტზე მაღალი რისკის ჯგუფის პაციენტები რეგულარულად უნდა იყვნენ გამოკვლეული ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის ადრეულ ეტაპზე გამოვლენის მიზნით.

არსებობს შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოსტიკის სამი გზა. თუკი ადგილი არა აქვს ჰიპერგლიკემიის მკაფიო სიმპტომებს მწვავე მეტაბოლური დეკომპენსაციით, სამივე მათგანი მოითხოვს მომდევნო პერიოდში დადასტურებას.

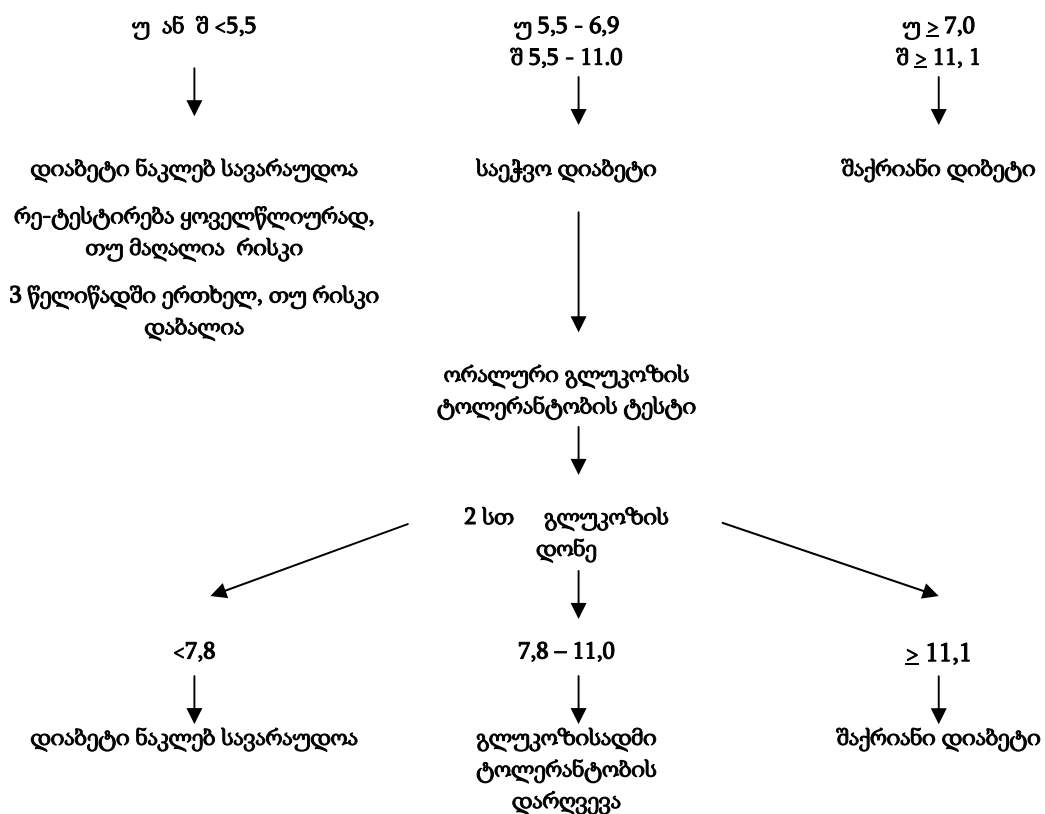
- დიაბეტის სიმპტომები და შემთხვევით (არა უზმოზე) სისხლში გლუკოზა >11მმოლ/ლ
- უზმოზე პლაზმის გლუკოზა $\geq 7,0$ მმოლ/ლ
- გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტის 2სთ-ის შემდეგ პლაზმის გლუკოზა >11მმოლ/ლ

გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტის ჩატარება - ზედმეტი უზმოზე ან შემთხვევით ტესტში პლაზმის გლუკოზის მკვეთრი მომატების დროს და კეთდება საექვო შედეგის დროს.

ტესტი სრულდება უზმოზე, ღამით სულ მცირე 8 სთ-ის განმავლობაში კალორიების მიუღებლობის შემთხვევაში, რომელსაც წინ უძღვის 3-დღიანი ნახშირწყლების ადექვატური (დღეში 150გ-ზე მეტი) მიღება. ეძლევა წყალში გახსნილი 75გ მშრალი გლუკოზა და დიაბეტის დიაგნოზი დგინდება თუ უზმოზე გლუკოზა ვენურ პლაზმაში $\geq 7,0$ მმოლ/ლ ან გლუკოზით დატვირთვიდან 2სთ-ის შემდეგ $\geq 11,1$ მმოლ/ლ.

შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზი უნდა დადგინდეს ლაბორატორიულად - პლაზმის გლუკოზის გაზომვით და დადასტურდეს განმეორებითი გაზომვით ასიმპტომურ პაციენტებში.

გლუკოზის დონე ვენურ პლაზმაში მმოლ/ლ



უ=უზმოზე
შ=შემთხვევით

1.1 ვის ესაჭიროება ტესტირება არადიაგნოსტიკურ დიაბეტზე?

მაღალი რისკის მქონე ასიმპტომური ინდივიდები უნდა იყვნენ იდენტიფიცირებული და ჩაუტარდეთ, ლაბორატორიულად, პლაზმის გლუკოზის (უმჯობესია, ვიდრე გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში) გამოკვლევა უზმოზე. შეიძლება გამოყენებულ იქნას შემთხვევითი ნიმუში.

მაღალი რისკის ინდივიდებს არადიაგნოსტიკური დიაბეტით მიეკუთვნებიან:

- პირები უზმოზე გლუკოზის გაუარესებით ან გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესებით
- 45 წლის ზემოთ პირები ერთი ან მეტი ქვემოთ ჩამოთვლილი რისკ-ფაქტორებით:
 - სიმსუქნე (სმი ≥ 30 კგ/მ²)
 - ჰიპერტენზია
- ყველა პირი კარდიო-ვასკულური დაავადებით (მიოკარდიუმის ინფარქტი, სტენოკარდია, ინსულტი ან პერიფერიული ვასკულური დაავადება)
- ქალები საკვერცხეების პოლიკისტოზით და სიმსუქნით.

შემდეგი ჯგუფები, ასევე, მიეკუთვნება მაღალ რისკს, თუმცა საკითხი აღნიშნული ჯგუფების სკრინინგის კლინიკური თუ ეკონომიკური სარგებლიანობის შესაფასებლად საჭიროებს შემდგომ შესწავლას:

- ქალები გესტაციური დიაბეტის ისტორიით
- 55 წლისა და მეტი ასაკის პირები
- 45 წლისა და მეტი ასაკის პირები, ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით დაავადება I რიგის ნათესავებში.

ზოგიერთმა მედიკამენტმა (ძირითადად გლუკოკორტიკოსტეროიდები და ატიპიური ანტიფსიქოზური საშუალებები) შეიძლება იმოქმედოს გლუკოზის მეტაბოლიზმზე და გაზარდოს დიაბეტის რისკი. კაპილარულ სისხლში გლუკოზის გაზომვა არ არის რეკომენდებული არადიაგნოსტიკურ დიაბეტის ტესტირებისათვის. შარდის ტესტის მგრძობელობა - სპეციფიურობა არასაკმარისია არადიაგნოსტიკური დიაბეტის სკრინინგისათვის.

პრე-დიაბეტი (გლუკოზის მეტაბოლიზმის დარღვევა: უზმოზე გლუკოზის გაუარესება - 6,1-6,9 მმოლ/ლ და გლუკოზის ტოლერანტობის გაუარესება - 2 სთ გლუკოზა 7,8-11,0 მმოლ/ლ) დიაბეტის და კარდიოვასკულური დაავადებების გაზარდილი რისკის მარკერია. საჭიროა ცხოვრების სტილის, სხვა რისკ-ფაქტორების შეფასება და პაციენტების კონსულტირება და მკურნალების ჩატარება მომავალი რისკის შესამცირებლად. ზოგიერთმა კვლევამ უჩვენა, რომ ცხოვრების სტილის შეცვლამ შეიძლება შეანელოს დიაბეტის პროგრესირება.

მაღალი რისკის ინდივიდებში, რეკომენდებულია პერიოდული ტესტირება დიაბეტზე. ყველას მაღალი რისკით და ნეგატიური ტესტით აქვს კარდიო-ვასკულური დაავადებების და მომავალში ტიპი 2 დიაბეტის განვითარების რისკი, რის გამოც ისინი საჭიროებენ შესაფერისი რჩევების მიცემას რისკის შემცირებისთვის (თამბაქო, კვება, ალკოჰოლი, ფიზიკური აქტივობა).

ორსული ქალები საჭიროებენ სკრინინგს გესტაციურ დიაბეტზე. რუტინული სკრინინგი დაბალი რისკის ასიმპტომურ პირებში რეკომენდებული არ არის .

1.2 რომელი ტიპის დიაბეტია?

- დიფერენციაცია ემყარება ასაკს, ასევე კლინიკური ნიშნების დაწყების სისწრაფეს, სხეულის მასას, დიაბეტის ოჯახურ ისტორიას და შარდში კეტონების არსებობას.

დიაგნოზის დადგენის შემდეგ მნიშვნელოვანია დიაბეტის ტიპის განსაზღვრა. ჩვეულებრივ, კლინიკური მტკიცებულებები ნათელია და იოლი დიფერენციაციისათვის.

ტიპი 1

ახალგაზრდა (უმეტესად)
სწრაფი დასაწყისით
მიდრეკილება კეტოზისაკენ

ტიპი 2

შუა ასაკი (უმეტესად)
თანდათანობითი დასაწყისი
არ არის კეტოზისაკენ მიდრეკილი

ინსულინის დეფიციტი
წონაში დაკლება

ინსულინ რეზისტენტული
ჭარბი წონა
ოჯახური ისტორია

დღესდღეობით არ არსებობს სპეციფიური თუ პრაქტიკული მარკერები ამ ჯგუფებისათვის. მიუხედავად იმისა, რომ ტიპი 1 დიაბეტი ძირითადად გვხვდება ახალგაზრდა ასაკში არ ნიშნავს, რომ აუცილებლად ამ ჯგუფს უნდა ეკუთვნოდეს ისევე, როგორც ტიპი 2 დიაბეტიანებში ხშირად არის ჭარბი წონა, მაგრამ არის ნორმალური წონის პირებშიც, ფაქტიურად, ბევრი ჭარბი წონის პირსაც არ უვითარდება დიაბეტი.

ვინც მკურნალობს ინსულინით არ აქვს აუცილებლად ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტი. ფაქტიურად, თუ ინსულინით მკურნალობა იწყება დიაგნოზის დასმოდან რამდენიმე წლის შემდეგ, უფრო სავარაუდოა, რომ საქმე გვაქვს ტიპი 2 დიაბეტთან.

ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტი

აღნიშნული ტიპის დიაბეტი ცნობილი იყო როგორც ინსულინ დამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი ან იუვენილური დიაბეტი. იგი გვხვდება შაქრიანი დიაბეტით რეგისტრირებული პაციენტების 10-15%-ში. ტიპი 1 დიაბეტის გამოვლენა ხდება მწვავედ, რამოდენიმე დღის განმავლობაში (წონის სწრაფი დაქვეითება, პოლიურია, გაძლიერებული წყურვილი, დაღლილობა და ლეტარგია, კეტოაციდოზი - კეტონები ამონასუნთქ ჰაერში, დეჰიდრატაცია, ჰიპერგლუკოზემია, კომა) ან ქვემწვავედ რამოდენიმე კვირიდან რამოდენიმე თვეში (გაძლიერებული წყურვილი, პოლიურია, ნოქტურია, შარდის შეუკავებლობა, დაღლილობა და ლეტარგია, წონის დაქვეითება, კანის რეკურენტული ინფექციები, გენიტალური სოკოვანი ინფექციები, წაშლილი მხედველობა).

ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტი

დიაბეტის ამ ტიპს ეწოდებოდა არა ინსულინ დამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი ან მოგვიანებით განვითარებული დიაბეტი. მიუხედავად ამისა, ტიპი 2 დიაბეტი შეიძლება იყოს ბავშვებში და მოზარდებში, რომელთაც აქვთ ჭარბი წონა ან სიმსუქნე, ტიპი 2 დიაბეტის და მაღალი რისკის ჯგუფის ოჯახური ისტორია.

არსებობს აუტოიმუნური დიაბეტის გვიან განვითარებული ფორმა, რომელიც საჭიროებს ინსულინთერაპიას დიაგნოზის დადგენიდან შედარებით მცირე პერიოდის (ხშირად მომდევნო 2 წლის განმავლობაში) შემდეგ. ამ ფორმას ეწოდება გვიან განვითარებული აუტოიმუნური დიაბეტი მოზარდობაში. ეს პაციენტები შედარებით ახალგაზრდა ასაკის (30-40წ) გამხდრები არიან სხვა აუტოიმუნური დაავადებების (მაგ. ჰიპო ან ჰიპერთირეოიდიზმი) პერსონალური ან ოჯახური ისტორიით. გლუტამინის მჟავას დეკარბოქსილაზის ანტიხეულების ტესტით შეიძლება დიაგნოზის დადასტურება.

მედიკამენტებით ინდუცირებული დიაბეტი

ზოგიერთმა მედიკამენტმა, მაგ. პრედნიზოლონი, შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპერგლიკემია, რომელიც შეიძლება ასოცირებული იყოს ორალური გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტის გაუარესებასთან და შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზთან. შეიძლება საჭირო გახდეს მედიკამენტური მკურნალობა. ასეთი პაციენტები საჭიროებენ ისეთივე შეფასებას და მენეჯმენტს, როგორც სხვა დიაბეტით დაავადებულები. როდესაც მედიკამენტის მიღება შეწყდება, მკურნალობის საჭიროებაც შეიცვლება, მაგრამ პაციენტები, მიმდინარე კარდიო-ვასკულური მონიტორინგისათვის, უნდა განიხილებოდნენ როგორც „დიაბეტიანები“. მათ აშკარად აქვთ „ჭეშმარიტი“ დიაბეტის განვითარების რისკი.

2. პაციენტის შეფასება

2.1 საწყისი შეფასება

- მოიცავს კარდიო-ვასკულური რისკებისა და სამიზნე ორგანოების დაზიანების შეფასებას. დიაგნოზის დასმისას მნიშვნელოვანია ჩატარდეს დეტალური შეფასება

ავადმყოფობის ისტორია:

სპეციფიური სიმპტომები და ნიშნები

პოლიურია
პოლიდიფისა
პოლიფაგია
წონაში დაკლება
ნოქტურია
საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა
შეცვლილი მხედველობა
გლუკოზურია
ჰიპერგლიკემია

გართულებების რისკი

კარდიოვასკულური დაავადების პერსონალური/ოჯახური ისტორია
თამბაქოს მოწევა
არტერიული ჰიპერტენზია
დისლიპიდემია

ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დამკვიდრების საკითხები

თამბაქოს მოწევა
ალკოჰოლი
სამუშაო ადგილი - პროფესია
კვებისა და ფიზიკური აქტივობის ჩვევები

დიაბეტის მიმართ წინასწარი განწყობა

ასაკი 40 წლის ზევით
ოჯახური ისტორია
კულტურული ჯგუფი
ჭარბი წონა
დაბალი ფიზიკური აქტივობა
ჰიპერტენზია
სამეანო ისტორია დიდი წონის ბავშვით ან გესტაციური დიაბეტით
ჰიპერგლიკემიის გამომწვევი მედიკამენტების მიღება
ჰემოქრომატოზის პერსონალური/ოჯახური ისტორია
აუტოიმუნური დაავადება (პერსონალური/ოჯახური ისტორია მაგ.: ჰიპო ან ჰიპერთირეოიდიზმი)

ზოგადი სიმპტომების მიმოხილვა

კარდიო-ვასკულური სიმპტომები
ნევროლოგიური სიმპტომები
შარდვა და სექსუალური ფუნქციები
ფეხებისა და ფრჩხილების პრობლემები
რეკურენტული ინფექციები (განსაკუთრებით საშარდე გზებისა და კანის)

გასინჯვა

წონა/წელის გარშემოწერილობა

სხეულის მასის ინდექსის განსაზღვრა (BMI)
წელის გარშემოწერილობის განსაზღვრა

კარდიო-ვასკულური სისტემა

არტერიული წნევის გაზომვა ვერტიკალურ და ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში
კისრის პერიფერიული და აბდომინური სისხლძარღვები

თვალი

მხედველობის სიმახვილე (კორექციით)

ფეხები	კატარაქტა რეტინოპათია (გასინჯვა გუგების გაფართოებით) მგრძნობელობა და ცირკულაცია კანის მდგომარეობა ზეწოლის ადგილები თითებზე პრობლემები ძვლის აგებულების დარღვევები
პერიფერიული ნერვები	მყესების რეფლექსები მგრძნობელობა: შეხება (მაგ.:10გ-იანი მონოფილამენტი) ვიბრაციული (მაგ.: 128 ჰც კამერტონით)
შარდის გამოკვლევა	ალბუმინი კეტონები ნიტრიტები და/ან ლეიკოციტები
სხვა გამოკვლევები	
ძირითადი	თირკმლის ფუნქციები: პლაზმა და კრეატინინი, მიკროალბუმინურია ლიპიდები: LDL- C, HDL- C, საერთო ქოლესტეროლი, ტრიგლიცერიდები გლიკემია: გლიკირებული ჰემოგლობინი (HbA1c)
სხვა გამოკვლევები	ეკგ ყოველ ორ წელიწადში, თუ ასაკი აღემატება 50წელს ან თუნდაც სულ მცირე ერთი ვასკულური რისკ-ფაქტორის არსებობის შემთხვევაში მიკროურინული ტესტი მაღალი რისკის შემთხვევაში (ქალი, ნეიროპათია, ვაგინური სანთლები) თიროიდული ტესტები ოჯახური ისტორიისა და კლინიკურად ეჭვის მიტანის შემთხვევაში

2.2 მიმდინარე მეთვალყურეობის გეგმა

- მწვავე სიმპტომების შემსუბუქება
- გლიკემიისა და გართულებების სხვა რისკ-ფაქტორების ოპტიმალური კონტროლი
- არსებული გართულებების მკურნალობა

მენეჯმენტის პრიორიტეტები

თუ პაციენტი სიმპტომურია, იგი საჭიროებს დაუყოვნებელ მკურნალობას, მაგრამ თუ ასიმპტომურია, ინიციალური მკურნალობა შეიძლება იყოს უფრო მსუბუქი. მკურნალობის მიზანია გართულებების პრევენცია.

არტერიული წნევის კონტროლი გართულებების პრევენციისთვის ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც გლიკემიის კონტროლი.

მართვის მიზანია პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება და ნაადრევი სიკვდილის პრევენცია:

მოკლევადიანი ამოცანა:

- სიმპტომების და მწვავე გართულებების შემსუბუქება

გრძელვადიანი ამოცანებია:

- შესაფერისი გლიკემიის მიღწევა
- თანმხლები რისკ-ფაქტორების შემცირება
- ქრონიკული გართულებების იდენტიფიკაცია და მკურნალობა
- ყველა პაციენტს მიეცეს რჩევა მოწვევის რისკისა და თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტის შესახებ
- განიხილეთ დაბალი დოზით ასპირინის დანიშვნა პაციენტებში დიაბეტით, კარდიო-ვასკულური პროტექციისათვის.

2.3 რეფერალი

- პაციენტები ტიპი 1 დიაბეტით, ხშირად საჭიროებენ სპეციალისტის შეფასებას
- ყველა პაციენტი ტიპი 2 დიაბეტით საჭიროებს ოფთალმოლოგის ან ოფთომეტრისტის კონსულტაციას ინიციალურად და შემდეგ ყოველ 2 წელიწადში ერთხელ ოფთალმოლოგი ან ოფთომეტრისტი
- ფსკერის გამოკვლევა (გაფართოებული გუგით)
- კატარაქტის არსებობა
- შეფასება:
 - ბავშვები პრეპუბერტატულ ასაკში: რეფერალი პუბერტატულ ასაკში
 - მოზრდილები: რეფერალი საწყის ეტაპზე დიაგნოზის დადგენისთანავე
 - შემდეგ (არანაკლებ) ყოველ 2 წელიწადში

სპეციალისტთან რუტინული რეფერალი:

- გამოყენებული მედიკამენტის მაქსიმალური დოზის მიუხედავად არაკონტროლირებადი ჰიპერგლიკემია;
- არაკონტროლირებადი ჰიპერტენზია;
- პერსისტიული პროტეინურია;
- კრეატინინის დონე > 150 მკმოლ/ლ;
- რეტინოპათია ან მხედველობის დარღვევები;
- ნეიროპათიული ტკივილის არსებობა, მონონეიროპათია, ამიოტროფია;
- ფეხებთან დაკავშირებული რისკი (ფეხის წყლულის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ უნდა გაიგზავნოს სპეციალისტთან);
- დიაგნოზთან დაკავშირებული სერიოზული ფსიქოლოგიური პრობლემები.

ენდოკრინოლოგი:

- ბავშვები, მოზარდები და მოზრდილები ტიპი 1 დიაბეტით, თუ ზოგადი პრაქტიკოსი არ არის მენეჯმენტში გამოცდილი
- ორსული ქალები დადგენილი დიაბეტით ან ქალები გესტაციური დიაბეტით
- პაციენტები არაკონტროლირებული ჰიპერგლიკემიით ან მნიშვნელოვანი გართულებებით

დიაბეტის განმანათლებელი

ინიციალურად და შემდეგ, როცა პაციენტი მენეჯმენტის ჩვევებს გაეცნობა, პაციენტის ექიმის ან დიაბეტის განმანათლებლის მოთხოვნის მიხედვით.

დიეტოლოგი

იდეალურად, დიაგნოზის დასმისთანავე, პაციენტის, ექიმის ან დიეტოლოგის გადაწყვეტილების შესაბამისად.

პოდიატრისტი

ინიციალურად, შემდეგ რეგულარულად თუ არის პერიფერიული ვასკულური დაავადებები ნეიროპათიით, კანის ან ფრჩხილების პრობლემები ან თუ არის ფეხის ფრჩხილების დაჭრის პრობლემები. განიხილეთ რეფერალის საკითხი იმ შემთხვევაშიც, თუ პაციენტს აქვს ფეხის ტკივილი და წყლულის კლინიკა.

რეფერალი გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში:

- ტიპი 1 დიაბეტისათვის დამახასიათებელი მწვავე სიმპტომები (ბავშვები, დიაგნოზის დასმისთანავე, დაუყოვნებლივ უნდა იქნან გაგზავნილი)
- სისხლში გლუკოზის დონე აღემატება 25 მმოლ/ლ და შარდში კეტონების არსებობა

3. გუნდური მიდგომა

დიაბეტის გუნდურ მენეჯმენტში პაციენტი ცენტრალური ფიგურაა. პაციენტმა რომ აიღოს თვითმართვის პასუხისმგებლობა, უნდა ესმოდეს მდგომარეობის არსი, მისი გავლენა ჯანმრთელობაზე

და გააჩნდეს მართვის პრაქტიკული ჩვევები. კარგი კომუნიკაცია გუნდის წევრებს შორის არის ძალიან მნიშვნელოვანი, რათა პაციენტისათვის მიცემული რჩევები იყოს შეთანხმებული და არ იყოს დამაბნეველი და რთულად შესასრულებელი.

3.1 გუნდის წევრები

ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმი

ზოგადი პრაქტიკის ექიმს აქვს ცენტრალური როლი დიაბეტით დაავადებულთა მენეჯმენტის კოორდინაციასა და განათლებაში, ზოგადი პრაქტიკის ექიმი პირველი კონტაქტის ამოსავალი წერტილია და ჩვეულებრივ პასუხისმგებელი საერთო მენეჯმენტზე.

პრაქტიკის ექთანი

ბევრ პრაქტიკაში პრაქტიკის ექთნის მოღვაწეობა შეუფასებლად მაღალია დიაბეტთანა მოვლის სისტემის შექმნის, მართვასა და უზრუნველყოფის საქმეში

დიაბეტის პედაგოგი

ხშირად შეუძლია მეტი დროის დათმობა, ვიდრე ამის საშუალება აქვს ზოგადი პრაქტიკის ექიმს, ხელს უწყობს პაციენტის ცოდნის და ჩვევების განმტკიცებას კვების, ფიზიკური აქტივობის, თვითმონიტორინგის, მედიკამენტების გამოყენების, ფეხების მოვლის და სხვა სფეროებში.

დიეტოლოგი

დიეტოლოგის როლი დიაბეტის მენეჯმენტში უმნიშვნელოვანესია. მართო ცხოვრების სტილის შეცვლა (ჯანსაღი საკვები, რეგულარული ვარჯიში წონის შემდგომი კლებით) საკმარისია გლიკემიის კონტროლისათვის უმრავლეს პაციენტებში. ახლად დიაგნოსტირებული ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევაში სასურველია ადრეული რეფერალი დიეტოლოგთან. მენეჯმენტის ამ უმნიშვნელოვანეს ასპექტში დეტალური განათლების უზრუნველსაყოფად, ზოგადმა პრაქტიკოსმა უნდა იცოდეს დიეტური რჩევების პრინციპები, რომ შეძლოს დიეტური რეკომენდაციების განმარტება პაციენტისთვის.

პოდატრისტი

პოდატრისტი ეწევა კვალიფიციურ პრევენციულ მზრუნველობას. ნეიროპათიის, მიკრო ან მაკროვასკულური დაავადების ან ფეხის ანატომიური პრობლემების დროს მიზანშეწონილია ადრეული რეფერალი და შემდეგ რეგულარული გასინჯვა. ფეხების გართულებებზე მოდის დიაბეტის პაციენტების ჰოსპიტალური საწოლდღეების 50%-ზე მეტი და არის არატრავმული ამპუტაციების ყველაზე ხშირი მიზეზი.

ენდოკრინოლოგი/დიაბეტოლოგი/პედატრი

სპეციალისტის კონსულტაცია შეიძლება იყოს ძალიან მნიშვნელოვანი დიაბეტთან დაკავშირებული გართულებების დროს - ძირითადად ბავშვებში, მოზარდებსა და მოზრდილებში ტიპი 1 დიაბეტით ან დიაბეტით ორსულებში. მზრუნველობის განაწილება ზოგად პრაქტიკოსსა და სპეციალისტს შორის უზრუნველყოფს სპეციალიზებული ექსპერტიზის და უწყვეტი მეთვალყურეობის საუკეთესო კომბინაციას. ხშირ შემთხვევაში სპეციალისტი შეიძლება იყოს დიაბეტის მზრუნველობის მულტი-დისციპლინური გუნდის ნაწილი.

ოფთალმოლოგი (ოფტომეტრისტი)

ყველა დიაბეტით დაავადებული რეგულარულად უნდა შეფასდეს ოფთალმოლოგის ან ოფტომეტრისტის მიერ. მხედველობის დაკარგვამდე რეტინოპათიის ადრეული აღმოჩენა მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პროგნოზს. მხედველობის ნებისმიერი გაუარესება მოითხოვს ოფთალმოლოგის დაუყოვნებელ კონსულტაციას.

პირის ღრუს პროფესიონალი

დენტალური ან პერიოდონტური პრობლემები ხშირია დიაბეტით დაავადებულებში, რომელიც საჭიროებს რეგულარულ (ყოველწლიურ) კონსულტაციას.

ვარჯიშის პროფესიონალი

ფიზიკური აქტივობის პროგრამის შედგენისას პაციენტებში, რომლებიც იყვნენ შედარებით არააქტიურნი, სასარგებლო იქნება ფიზიოთერაპევტის ან ვარჯიშის ფიზიოლოგის დახმარება.

4. ინიციალური მენეჯმენტი

პრეპრანდიული სისხლის გლუკოზა (მმოლ/ლ)	პოსტპრანდიული სისხლის გლუკოზა (მმოლ/ლ)	კომენტარი
4 -6,0	4-7,7	ნორმოგლიკემია
6,1 -6,9	7,8-11,0	მინიმუმზებულია მიკრო - ვასკულარული პრობლემები
≥ 7,0	≥ 11,1	ასოცირებული მიკრო და მაკრო - ვასკულურ გართულებებთან
>8,0	>20	ძირითადად სწრაფი და უფრო აქტიური მკურნალობა

ტიპი 2 დიაბეტის მკურნალობის მიზანია სისხლში გლუკოზის ნორმალური დონის მიღწევა (ნორმოგლიკემია). მიუხედავად ამისა, განსაკუთრებით ხანდაზმულებში, ბიოქიმიური იდეალი შეიძლება შემსუბუქდეს საერთო თვითგამართობის, სიმპტომების უკუგანვითარების საჭიროების და ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნების ან გაუმჯობესების მიხედვით. ზედმეტად მკაცრი მენეჯმენტი შეიძლება გახდეს მძიმე ჰიპოგლიკემიის მიზეზი.

პაციენტის სისხლში გლუკოზის მონიტორინგი იძლევა შესაფერისი ცხოვრების სტილისა და მედიკამენტური მკურნალობის რეგულირების საშუალებას. გლიკემიის გრძელვადიანი კონტროლის მონიტორინგმა ხდება გლიკირებული ჰემოგლობინის (Hb A1c) დონის მიხედვით.

გაერთიანებული სამეფოს დიაბეტის პროსპექტულმა კვლევამ (UKPOS) აჩვენა დიაბეტთან დაკავშირებული გართულებების ინსიდენსის და პროგრესირების შემცირება პაციენტებში დაბალი HbA1c დონით. გლიკემიის კონტროლის რეკომენდებული მიზანი $HbA1c \leq 7\%$.

გლიკოზირებული ჰემოგლობინის სამიზნე დონის მიღწევა მნიშვნელოვანია, მაგრამ მისი ნებისმიერი დონით შემცირებაც აუმჯობესებს გამოსავალს

კვება

კვების მენეჯმენტი მოიცავს წონის კორექციას, ჯანსაღი კვების გეგმის გაცნობას.

ჯანსაღი კვების კრიტიკული (გადაწყვეტი) კომპონენტია ტიპი 1 და ტიპი 2 დიაბეტის მართვაში. 50% -ზე მეტ პაციენტში ტიპი 2 დიაბეტით მიღებული კალორიების შემცირება, აქტიურობის გაზრდა და წონის შემცირება იწვევს გლუკოზის დონის ნორმალიზებას. მედიკამენტები საჭირო ხდება მოგვიანებით. კოპერაციის შენარჩუნება წონის შემცირებაში შეიძლება გახდეს ძირითადი პრობლემა. ზოგადი პრაქტიკის ექიმის, დიეტოლოგის და დიაბეტის განმანათლებლის კოორდინირებული მოქმედება დაეხმარება პაციენტს მიღწეულის შენარჩუნებაში.

სახელმძღვანელო კვების შესახებ

ზოგადი პრაქტიკის ან მკურნალი ექიმის მიერ დიაბეტის დიეტური მენეჯმენტის აუცილებლობის მიუხედავად, მნიშვნელოვანია დეტალური ინსტრუქციები მიეცეს დიეტოლოგის მიერ. ჯანსაღი კვება, სხეულის იდეალური მასა და რეგულარული ფიზიკური აქტივობა მნიშვნელოვანი ფაქტორებია დიაბეტის პაციენტისთვის.

$$\text{სხეულის მასის ინდექსი} = \frac{\text{წონა/კგ-ში}}{\text{სიმაღლე}^2(\text{მ})}$$

ნორმალური	ჭარბი წონა	სიმსუქნე
18,5-24,9	25-29,9	≥ 30

უხეშად პაციენტის ნორმალური წონა = სიმაღლე (სმ-ში) – 100

ალტერნატიულად შეიძლება გამოყენებული იქნეს წელის გარშემოწერილობა:

	ნორმალური	ჭარბი წონა	სიმსუქნე
მამაკაცი	<94	94 – 101,9	≥ 102
ქალი	<80	80 -87,9	≥ 88

პაციენტებში ტიპი 2 დიაბეტით ფიზიკური აქტივობის გაზრდა და მაღალ კალორიული საკვების შეცვლა მაღალ ფიზიკური ნახშირწყლებით, ხშირად იძლევა მდგომარეობის კონტროლის საშუალებას. თუ პაციენტი ძალიან სიმპტომური არ არის, ორალური ჰიპოგლიკემიური საშუალებების დანიშვნამდე საჭიროა, სულ მცირე, 6-8 კვირის განმავლობაში ცხოვრების სტილის მოდიფიკაციის ღონისძიებები.

სხეულის წონა

სხეულის იდეალური წონის მიღწევის შედეგია თითქმის ნორმალური გლიკემია, სისხლის წნევა და ლიპიდური პროფილი. ხშირად სხეულის იდეალური წონის მიღწევა ვერ ხერხდება და ამის, როგორც მიზნის დასახვამ, შეიძლება გამოიწვიოს პაციენტის იმედგაცრუება. წონის დასაკლებად რაიმე დიეტური ცვლილებების განსახორციელებლად არა ერთი კვლევა უჩვენებს, რომ წონის 5-დან 20%-მდე დაკლება, აუმჯობესებს გლიკემიის კონტროლს, ამიტომ მნიშვნელოვანია წახალისდეს წონის ნებისმიერი ხარისხის დაკლება. საჭიროა ენერჯის ფარული წყაროს იდენტიფიცირება და შემცირება. მაგ: ალკოჰოლი, ნამცხვრები და ტკბილი სასმელები. მიღებული ენერჯის შემცირება 2000 კკალორამდე დღეში იწვევს წონის კლებას კვირაში 0,5კგ-ით.

ნახშირწყლები

ნახშირწყლები, რომელიც მდიდარია უჯრედისით და აქვს დაბალი ენერგეტიკული სიმკვრივე კვებითი გეგმის ბაზისია და უნდა შეადგენდეს დღიური კალორატის 50%-ზე მეტს. ნახშირწყლების შემცველი საკვები უნდა განაწილდეს თანაბრად დღის განმავლობაში.

ნახშირწყლების რაოდენობაც და ხარისხიც გავლენას ახდენს სისხლში გლუკოზის დონეზე. ნახშირწყლების რაოდენობას უფრო დიდი ეფექტი აქვს გლიკემიაზე, ვიდრე ხარისხს. ნახშირწყლების ხარისხი ხშირად ფასდება გლიკემიური ინდექსით (გ.ი.), ამას აქვს ნაკლები, მაგრამ დამატებითი ეფექტი სისხლში გლუკოზის დონეზე. გლიკემიური ინდექსით ნახშირწყლები კლასიფიცირდება, როგორც ნელი აქტივების (დაბალი), საშუალო ან სწრაფად აბსორბირებადი (მაღალი).

გლიკემიურ დატვირთვას (გ.დ.) განსაზღვრავს ორივე, ნახშირწყლების რაოდენობა და ხარისხი. გდ არის გლიკემიური ინდექსი გამრავლებული ნახშირწყლების რაოდენობაზე გრამებში და გაყოფილი 100-ზე. დაბალი გდ (დღეში 80 გდ-ზე ნაკლები) სასურველია დიაბეტით დაავადებულებისათვის. პრაქტიკულად რეკომენდებულია დიაბეტიანმა ყველა კვებაზე მიიღოს 1 მაღალფიზიკური საკვები დაბალი გლიკემიური ინდექსით. ეს უნდა შეიცავდეს უხეშად დაფქვილ პურს, დაღერდილ შვრიას, ოსპს, პარკოსნებს, მცირე რაოდენობით ცხიმს და ხილს. სხვა ნახშირწყლოვანი საკვები შეიძლება მცირე რაოდენობით - ბრინჯი, კარტოფილი და ტროპიკული ხილი. შაქრის ამოღება არ არის აუცილებელი რაციონიდან. მცირე რაოდენობით შაქარი, როგორც შერეული საკვების ნაწილი სისხლში გლუკოზის დონეზე მნიშვნელოვნად არ იმოქმედებს. მცირე რაოდენობის შაქრის დამატება მაღალფიზიკურ და დაბალცხიმოვან საკვებთან ზრდის მისაღები საკვების არჩევანს და ხელს უწყობს დიეტისადმი პაციენტის ერთგულებას. დაბალ-ნახშირწყლოვანმა და მაღალ-პროტეინულმა დიეტამ, შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოგლიკემიისადმი მიდრეკილება, თუ პაციენტი იღებს სულფონილმარდოვანას, რეპაგლინიდს ან ინსულინს.

ცხიმები

ცხიმების რაოდენობა უნდა შემცირდეს იმდენად, რომ შეადგენდეს ტოტალური კალორატის 30%-ზე ნაკლებს. ამას აქვს სასარგებლო გავლენა პლანეტის ლიპიდებზე და ეხმარება წონის შემცირებაში. ნაჯერ ცხიმებს აქვს არასასურველი მოქმედება ზოგადად ლიპიდურ პროფილზე.

ცხიმების და ზეთების ყველაზე ხშირი წყაროა:

- დანამატები საკვების მომზადების დროს
- ხორცი
- რძის პროდუქტები
- წასახემსებელი და სწრაფი საკვები

შემწვარი პროდუქტები უნდა გამოირიცხოს (მათ შორის პოლიუჯერი და მონოუჯერი ზეთები).

მონოუჯერ ცხიმებს (Ω-9 ცხიმოვანი მჟავები) ზეთუნის ზეთში აქვთ დსლ-ქოლესტერინის შემცირების ეფექტი, ასევე, პოლიუჯერ ცხიმებს (Ω-6 ცხიმოვანი მჟავებს). თევზის ქონი (Ω-3 პოლიუჯერი ცხიმები), 5გ/დღეში დოზით ამცირებს ტრიგლიცერიდების დონეს, ასევე ახდენს თრომბოციტების აგრეგაციის ინჰიბირებას და თრომბოზის პროტექციას.

მენეჯმენტში ძირითადია ტოტალური ცხიმების მიღების შემცირება და ნაჯერი ცხიმების ჩანაცვლება.

დაბალცხიმოვანი რძე შეიძლება გამოყენებული იყოს მოუხდელი რძის ნაცვლად და ზოგიერთი „მსუბუქი“ მარგარინი, რომელიც შეიცავს სტანდარტული მარგარინის ცხიმის შემცველების 40%-ს. ზოგიერთი მარგარინი შეიცავს მცენარეულ სტეროლებს, რომელიც ამცირებს ქოლესტერინის აბსორბციას და ქოლესტერინის დონეს.

ცილები

ცილები საჭიროა ტოტალური ენერჯის 10-20%-ის დასაფარად. ცილების ტიპის არჩევანი დამოკიდებულია პაციენტის სურვილზე საკვებში ცხიმის შემცველობის გათვალისწინებით.

მცენარეული წყარო ცილების, როგორცაა ცერცვი და პარკოსნები, შეიცავს ძალიან მცირე რაოდენობით ცხიმს.

დამატებითი საკითხები

ვინაიდან უამრავ პაციენტს ტიპი 2 დიაბეტით აქვს ჭარბი წონა ან სიმსუქნე, ალკოჰოლის მიღება უნდა შეუმცირდეს. რეკომენდებულია მამაკაცებში 40გ დღეში და ქალებში <20გ/დღეში. ლუდი, ალკოჰოლის დაბალი შემცველობით, უკეთესი არჩევანია, ვიდრე ჩვეულებრივი ან დიეტური ლუდი.

უნდა შემცირდეს, აგრეთვე, მარილის მიღება. რეკომენდებულია უმარილო ან მარილის დაბალი შემცველობის პროდუქტები.

მცირე რაოდენობით შაქრის შემცველობა დასაშვებია. შესაძლოა, ხელოვნურ (არაბუნებრივი) ტკბილეულსაც ჰქონდეს გარკვეული როლი მენეჯმენტში. გამოიყენება ტკბილეული ასპარტამის, სუკროლაზის, ალიტამის, საქარინის და სხვა შემცველობით. ორსულ ქალებში უკეთესია საქარინის და ციკლომატის ხმარებიდან ამოღება, რადგან ისინი გადიან პლაცენტარულ ბარიერს.

ისეთი შაქრის სპირტების მიღება, როგორცაა სორბიტოლი, არ არის რეკომენდებული.

ფიზიკური აქტივობა

- რეგულარული ფიზიკური აქტივობა აუმჯობესებს მეტაბოლურ კონტროლს და ამცირებს სხვა კარდიო-ვასკულურ რისკებს
- პაციენტები, რომლებიც იღებენ ინსულინს, სულფონილმარდოვანას და რეპაგლიდინს, შესაძლოა დასჭირდეთ სპეციალური ზომების მიღება ჰიპოგლიკემიის პრევენციისათვის
- ფიზიკური აქტივების დროს მნიშვნელოვანია შესაბამისი ზომების მიღება ფეხების დასაცავად

ფიზიკური აქტივობის გაზრდა აუმჯობესებს მეტაბოლურ კონტროლს დიაბეტთან პაციენტებში. მსუბუქ აერობიკულ ვარჯიშს (მაგ. დღეში 1/2 საათი ენერჯიული ნაბიჯით სიარული) აქვს შემდეგი სარგებელი:

- აუმჯობესებს მგრძნობელობას ინსულინზე და გლუკოზის ტოლერანტობას
- ზრდის ენერჯის ხარჯვას და შედეგად წონის კლებას
- აუმჯობესებს თვითშეგრძნობას
- ზრდის შრომისუნარიანობას
- აუმჯობესებს სისხლის წნევას და ლიპიდურ პროფილს

აერობიკული ვარჯიში, რომელიც იწვევს გულის შეკუმშვების სიხშირის მომატებას მაქსიმალურის (220 მინუს ასაკი (წლებში) წუთში) 60%-70%-ით, მინიმუმ 30 წთ 3-4 ჯერ კვირაში, ხელს უწყობს შესაფერისი დატვირთვისა და აერობიკის შესაძლებლობის ჩამოყალიბებასა და შენარჩუნებას.

რეკომენდებულია კვირაში 150 წთ-ზე მეტი საშუალო ინტენსივობის ფიზიკური დატვირთვა (მაგ.: ფეხით სიარული). ფიზიკური აქტივობის პროგრამის დანიშვნისას საჭიროა დაწვრილებითი ანამნეზის შეკრება. სპეციალური ყურადღება უნდა მიექცეს ვარჯიშთან დაკავშირებული სიმპტომების არსებობას, როგორცაა გულმკერდის ან მუცლის დისკომფორტი ან სინკოპე.

პაციენტებს ტიპი 2 დიაბეტით ხშირად აქვთ ფარული მაკროვასკულური დაავადებები, სკრინინგი სტრეს-ეკგ-ზე არ არის ნაჩვენები ასიმპტომურ პირებში, თუმცა სპეციფიური სიმპტომები უნდა იყოს აქტიურად გამოვლენილი.

იზომეტრულმა დატვირთვებმა, როგორცაა მაგ. სიმძიმეების აწევა (მაღალი სიმძიმე იშვიათი გამეორებებით) შეიძლება გამოიწვიოს არტერიული წნევის აწევა, გაზარდოს მინისებრ სხეულში ჰემორაგიის და უეცარი კარდიული შემთხვევების რისკი. მიუხედავად ამისა, პროგრამები, რომლებიც

იყენებენ საშუალო წონას ხშირი გამეორებებით, შეიძლება იყოს დიაბეტიანი პაციენტის სავარჯიშოს პროგრამის ნაწილი.

- ყველა პაციენტმა, რომელიც იღებს ინსულინს ვარჯიშის წინ, უნდა გაზარდოს ნახშირწყლების მიღება ან შეამციროს ინსულინის დოზა. საჭიროა ჰქონდეს თან რაფინირებული ნახშირწყლები.
- ასევე, პაციენტებმა ტიპი 2 დიაბეტით, რომლებიც იღებენ სულფონილმარდოვანას ან რეპაგლიდინს უნდა მიიღონ დამატებითი საკვები ან შეამცირონ მედიკამენტის დოზა.
- პაციენტებმა, რომლებიც იღებენ ინსულინს, უნდა იცოდნენ ფიზიკური აქტივობის პოტენციური მოგვიანებითი ეფექტები გლუკოზის დონეზე, განსაკუთრებით მოგვიანებითი ჰიპოგლიკემია, ფიზიკური აქტივობის შეწყვეტიდან 6-12 სთ-ის შემდეგ.
- პაციენტებს უნდა მიეცეთ რჩევა აქტივობის შეწყვეტის შესახებ, თუ განვითარდა კარდიო-ვასკულური სიმპტომები ან გაუარესდა თვითშეგრძნება, მიუხედავად ამისა, პაციენტები ხანგამოშვებითი კოჭლობით, უნდა წახალისდნენ ფიზიკური აქტივობის გასაგრძელებლად ინტერმისიული შესვენებებით ტკივილის აღმოცენებისას, რაც აუმჯობესებს ამტანობას ფიზიკური დატვირთვისადმი.
- განსაკუთრებით უნდა გამახვილდეს ყურადღება ფეხების მოვლასა და კომფორტულ, კარგად მორგებულ ფეხსაცმელზე, ვარჯიშის დროს ვასკულური დაავადებებისას, ნეიროპათიის, წარსულში ფეხის წყლულის ან სტრუქტურული დაზიანების არსებობისას.

5. დიაბეტით დაავადებულთა მოვლა

5.1 თვით-მონიტორინგი

- თვითმონიტორინგი აუცილებელია
- სისხლში გლუკოზის თვითმონიტორინგი არჩევის მეთოდია პაციენტთა უმრავლესობისათვის.
- ტესტირების მეთოდი და სიხშირე უნდა ასახავდეს თერაპიულ მიზნებს.

სისხლში გლუკოზის მონიტორინგი რეკომენდებულია ყველა პაციენტისთვის ტიპი 2 დიაბეტით. ინიციალურად რეკომენდებულია უფრო მკაცრი მეთვალყურეობა, სისხლში გლუკოზის ტესტირება 3-4-ჯერ დღეში (ადრე დილით და ყველა კვებამდე და კვების შემდეგ). მნიშვნელოვანია ხშირი კონსულტირება ჯანდაცვის პროფესიონალთან.

თვით-მონიტორინგი უნდა იყოს ინდივიდუალური, როდესაც კონტროლი მიღწეულია თვითმონიტორირების სიხშირე მცირდება 1-2-მდე დღეში, კვირაში 2-3 დღე. ხანდაზმული პაციენტებისათვის შეიძლება იყოს ტესტირება კვირაში 1 ან 2 დღე, სხვადასხვა დროს.

მონიტორინგი ტიპი 2 დიაბეტის დროს არ არის ისე ინტენსიური, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ირღვევა ნორმალური მიმდინარეობა (მაგ. ინტერკურენტული დაავადება, მედიკამენტების ან დიეტის ცვლილება). იდეალურია სისხლში გლუკოზის გაზომვა ყველა ჭამამდე და ჭამის შემდეგ. მისაღებია სისხლში გლუკოზის გაზომვები დღის სხვადასხვა დროს, 2-3 დღე კვირაში.

ჭამამდე გლუკოზის დონე იძლევა ინფორმაციას ბაზალური გლიკემიის შესახებ, რომელზეც მოქმედებს ზოგადი ფაქტორები - სხეულის წონა, ფიზიკური აქტივობა და გახანგრძლივებული მოქმედების მედიკამენტები, ჭამის შემდეგ გლიკემიის დონე იძლევა ინფორმაციას პიკური გლიკემიის შესახებ, რომელიც დამოკიდებულია ბაზალურ დონეზე, მიღებულ საკვებსა და ხანმოკლე მოქმედების მედიკამენტებზე (მაგ. ხანმოკლე მოქმედების ინსულინი, აკარბოზა, რეპაგლიდინი).

ნებისმიერ ინსულინზე ან ორალურ ჰიპოგლიკემიურ აგენტებზე მყოფ პაციენტებს, უნდა შეეძლოს „ჰიპო“-ს) მდგომარეობის ამოცნობა და მკურნალობა. სისხლში გლუკოზის მონიტორინგი შეიძლება იყოს დამხმარე ინსტრუმენტი.

ბევრი პაციენტი სწავლობს მკურნალობის რეგულირებას სისხლში გლუკოზის დონის მიხედვით, რაც აუმჯობესებს გლიკემიის კონტროლს. პაციენტებს თავად შეუძლიათ გლუკოზის დონის განსაზღვრა სწრაფი, საიმედო და გამოსაყენებლად მარტივი ტესტების საშუალებით. პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ ტრენინგები სისხლში გლუკოზის მონიტორინგის ტექნიკის ასათვისებლად. ყველა გაზომვას ესაჭიროება რეგულარული საკონტროლო შემოწმება მომხმარებლის მიერ. გლუკოზის მზომ ყველა ხელსაწყოს გააჩნია ხარისხის კონტროლის სისტემა.

5.2 სამედიცინო მონიტორინგი

რეგულარული მიმდინარე ვიზიტები იძლევა დიაბეტის შესახებ პაციენტის ცოდნის დონის, ეჭვებისა და დამოკიდებულების გამოკვლევის საშუალებას, ზოგიერთ პრაქტიკაში ეწყობა დიაბეტის კლინიკები, რომლებსაც ძირითადად წარმართავენ პრაქტიკის ექთნები. ზოგადსაქიმიო პრაქტიკაში პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მიერ შემუშავებული პროტოკოლები, საადრიცხვო ბარათები და ალგორითმები განაპირობებს პრაქტიკის ექთნის მნიშვნელოვან როლს პაციენტის რუტინულ მეთვალყურეობაში.

5.2.1. კვარტალური შემოწმება

- თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა
- სხეულის წონა, არტერიული წნევა
- სიმპტომების შეფასება
- თვითმონიტორინგის შეფასება

კონტროლის მიღწევის შემდეგ, რუტინულ ვიზიტზე უნდა შეფასდეს:

ანამნეზი:

- თამბაქოს მოწევის სტატუსი
- კვების ნიმუში
- ალკოჰოლის მიღება
- ფიზიკური აქტივობის პროფილი
- სახლში პაციენტის ტესტირებისა და ხარისხის კონტროლის შედეგები
- ფეხების სიმპტომები

გასინჯვა:

- სხეულის მასა/წელის გარშემოწერილობა
- სიმაღლე (ბავშვები და მოზარდები)
- სისხლის წნევა
- ფეხების გასინჯვა ახალი სიმპტომების ან რისკის დროს (მაგ. ნეიროპათია, პერიფერიული ვასკულური დაავადებები).

გამოკვლევები:

- გლიკირებული ჰემოგლობინი (HbA1c), სულ მცირე, 6 თვეში 1-ჯერ

უნდა გვახსოვდეს სხვა ინტერკურენტული დაავადებების, როგორცაა საშარდე ტრაქტის ინფექციები, თირეოტოქსიკოზი და სხვ. შეფასება, რომელმაც შეიძლება გააუარესოს კონტროლის ხარისხი. საშარდე ტრაქტის ინფექციები ხშირია დიაბეტიან პაციენტებში, განსაკუთრებით ხანდაზმულ ქალებში.

5.2.2. წლიური შემოწმება

- მართვის მიზნების გადასინჯვა
- იმუნიზაციის განრიგების განახლება
- დიაბეტური გართულებების შემოწმება
- სპეციალისტთან რეფერალის საჭიროების განხილვა

წლიური შემოწმების დროს საჭიროა:

- უფრო დეტალური შეფასება
- პრიორიტეტული პრობლემების განახლებული ჩამონათვალის შემუშავება
- ამოცანების გადახედვა და მენეჯმენტისთვის ღონისძიებების დასახვა
- კვებითი გეგმს, ცხოვრების სტილის, თვით-მონიტორინგისა და მკურნალობის საკითხების გადახედვა.
- სისხლძარღვთა, თირკმლის, თვალის, ნერვული სისტემისა და პოდიატრიული პრობლემების სერიოზული მიმოხილვა.

სრული ფიზიკური შეფასება:

- კარდიო-ვასკულური სისტემა
- პერიფერიული ნერვული სისტემა
- თვალები
- ფეხები
- იმუნიზაცია (გრიპი, პნევმოკოკური ინფექციის საწინააღმდეგო, ტეტანუსი)

გამოკვლევები:

- ლიპიდები - ტრიგლიცერიდები, მსლ-ქოლესტერინი, დსლ-ქოლესტერინი და საერთო ქოლესტერინი
- თირკმლები - მიკროალბუმინურია და პლაზმის კრეატინინი

რეფერალი:

- ოფთალმოლოგი - ოპტომეტრისტი 2 წელიწადში 1-ჯერ რეტინოპათიის გარეშე მიმდინარეობის დროს, უფრო ხშირად რეტინოპათიით
- დიეტოლოგი, პოდიატრისტი - თუ პაციენტს აქვს ან უვითარდება პრობლემები, რომელიც საჭიროებს განხილვას
- ფერმაკოლოგი - თუ პაციენტს აქვს პრობლემები მედიკამენტების მიღებასთან დაკავშირებით (მაგ. იღებს 5-ზე მეტი სახეობის მედიკამენტს)

5.3 უწყვეტი მეთვალყურეობის სისტემები

დიაბეტი არის კომპლექსური დარღვევა და მას ესაჭიროება სისტემატური მოვლა. არსებობს მტკიცებულება, რომ აღნიშნული მომსახურების განხორციელება ყველაზე ეფექტურია ზოგადსაეიძო პრაქტიკებში.

სისტემატური (უწყვეტი) მეთვალყურეობის ხელშესაწყობად რეკომენდებულია:

1. **დაავადების რეესტრის არსებობა** - დიაბეტით დაავადებულთა სია და ბაზისური დემოგრაფიული მონაცემები. იგი შესაძლოა მოიცავდეს კლინიკურ ინფორმაციასაც, რაც მნიშვნელოვნად აიოლებს პაციენტების კლინიკური მდგომარეობის მიხედვით საჭიროებების განსაზღვრას და მათ უწყვეტ მეთვალყურეობას.
2. **გამომახების სისტემა** - ხელს უწყობს მეთვალყურეობის დაწესებას განსაზღვრული პერიოდულობით.
3. **გრაფიკების (ჩანაწერების) ფორმები** - პაციენტების მიერ გაკეთებული შენიშვნების ჩათვლით, რომელიც ასახავს კლინიკურ პარამეტრებსა და ინტერვენციებისა თუ გამოკვლევების საჭიროებას.
4. **ჩანაწერების მიმოხილვის სისტემა** - პაციენტების მიერ გაკეთებული შენიშვნების ჩათვლით, კვარტალური და წლიური მიმოხილვა იმის დასადგენად, თუ რამდენად იქნა განხორციელებული დაავადების მართვის გეგმა.

აღნიშნული სისტემის ჩამოყალიბებას ესაჭიროება შესაფერისი რესურსები, სპეციალური დიაბეტის მართვის ინტეგრირებული პროგრამებისა და მოტივაციის მექანიზმების დანერგვა და ა.შ.

დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებზე მეთვალყურეობის განხორციელების მინიმალური პაკეტი გულისხმობს:

არტერიული წნევის გაზომვა	ყოველ 6 თვეში ერთჯერ
სიმაღლე/წონა/წელის გარშემოწერილობა (BMI)	ყოველ 6 თვეში ერთჯერ
ფეხების გასინჯვა	ყოველ 6 თვეში ერთჯერ
გლიკემიის კონტროლი	წელიწადში ერთჯერ
სისხლში ლიპიდები	წელიწადში ერთჯერ
მიკროალბუმინურია	წელიწადში ერთჯერ
თვალის გასინჯვა	ყველაზე მცირე 2 წელიწადში ერთჯერ
თამბაქოს მოწევა	ყურადღებით განიხილე ყოველწლიურად
ჯანსაღი კვების გეგმა	ყურადღებით განიხილე ყოველწლიურად
ფიზიკური აქტივობა	ყურადღებით განიხილე ყოველწლიურად
განათლება თვითმოვლის შესახებ	ყურადღებით განიხილე ყოველწლიურად
მედიკამენტები	ყურადღებით განიხილე ყოველწლიურად

გართულებებით მიმდინარე დიაბეტის შემთხვევაში და თანმხლები რისკ-ფაქტორებისას, პაციენტს ესაჭიროება უფრო ინტენსიური მეთვალყურეობა.

ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმი პაციენტთან ერთად უნდა ადგენდეს დოკუმენტირებულ გეგმას, სადაც ხდება პაციენტის საჭიროებების, მიზნების, მათი მიღწევის გზებისა და ნებისმიერი სხვა რესურსის გამოყენების პრეფერენციების ინკორპორაცია.

დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებში კარდიო-ვასკულური რისკ-ფაქტორებისა და დიაბეტის კონტროლის სამიზნე დონეები:

რისკ-ფაქტორები	ოპტიმალური	მოსაზღვრე	ცუდი
გლუკოზის დონე პლაზმაში			
ჭამამდე (მმოლ/ლ)	4,4-6,1	6,2-7,8	> 7,8
ჭამის შემდეგ (მმოლ/ლ)	4,4-8,0	8,1-10,0	> 10,0
Hemoglobin A1c (%)*	< 6,5	6,5 – 7,5	> 7,5
შარდში გლუკოზა (%)	0	0-0,5	> 0,5
საერთო ქოლესტეროლი	> 4,0	4,0-6,5	> 6,5
მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინ ქოლესტეროლი	< 1,1	0,9-1,1	< 0,9
ტრიგლიცერიდები ჭამამდე	< 1,7	1,7-2,2	> 2,2
სხეულის მასის ინდექსი (kg/m²)			
მამაკაცი	20-25	26-27	> 27
ქალი	19-24	25-26	> 26
არტერიული წნევა (mmHg)	< 130/80**	130/80-140/80	> 140/80
თამბაქოს მოწევა	არა მოწეველი		მოწეველი

* Hemoglobin A1c (%) დიდად არის დამოკიდებული გამოკვლევის მეთოდზე: ზოგიერთი ლაბორატორია ზომავს Hemoglobin A1-ს. Hemoglobin A1c-ის ნორმალური მაჩვენებელი არის < 6,1%-ზე.

**უფრო მკაცრი კონტროლი (სამიზნე დონე) ესაჭიროებათ პაციენტებს ახალგაზრდა ასაკში და პაციენტებს, ადრეული ნეფროპათიით.

6. მკურნალობა

ტიპი 2 დიაბეტთან დაკავშირებული მრავალრიცხოვანი რისკ-ფაქტორები (ჰიპერგლიკემია, ჰიპერტენზია, დისლიპიდემია, გაზრდილი თრომბოგენეზი) მოითხოვს მრავალმხრივ ინტერვენციასა და მედიკამენტურ მკურნალობას.

6.1 ორალური ჰიპოგლიკემიური აგენტები

- მედიკამენტური მკურნალობა არ ცვლის ჯანსაღ კვებას და ფიზიკურ აქტივობას
- მეტფორმინი არის შერჩევის მედიკამენტი ტიპი 2 დიაბეტით დაავადებულ ჭარბი წონის პაციენტებში
- სულფონილშარდოვანას და რეპაგლადინის გამოყენებისას შეიძლება პრობლემა გახდეს ჰიპოგლიკემია და წონის მომატება, აკარბოზმა შეიძლება გამოიწვიოს მეტეორიზმი და დიარეა. გლიტაზონით მკურნალობის შემთხვევაში საჭიროა ღვიძლის ენზიმების მონიტორინგი და შეიძლება გამოიწვიოს სითხის შეკავება; სიფრთხილეა საჭირო გულის უკმარისობის შემთხვევაშიც.
- ალერგია სპეციფიურ მედიკამენტებზე უკუჩვენებაა მისი გამოყენებისათვის.

თუ 6 კვირისა და მეტი ხნის განმავლობაში მკურნალობა ცხოვრების სტილის მოდიფიკაციით ტიპი 2 დიაბეტით დაავადებულებში წარუმატებელია, უნდა გამოყენებულ იქნას ორალური ჰიპოგლიკემიური აგენტები. თუ პაციენტი დიაგნოზის დასმისას სიმპტომურია ან სისხლში გლუკოზის დონე ძალიან მაღალია (>20 მმოლ/ლ) მედიკამენტური მკურნალობა უნდა დაიწყოს ადრეულ ეტაპზევე, გლუკოზის დონისა და სიმპტომების შემცირების მიზნით.

მეტფორმინი არჩევის პირველი რიგის პრეპარატია დიაბეტით დაავადებულებში, რომელიც ამცირებს ღვიძლის მიერ გლუკოზის პროდუქციას და ინსულინ რეზისტენტობას. მეტფორმინმა აჩვენა დიაბეტთან დაკავშირებული ავადობის და სიკვდილობის რისკის შემცირება ჭარბი წონის პაციენტებში. მხოლოდ

თირკმლის დაზიანება მეტფორმინის აბსოლუტური უკუჩვენებაა. მეტფორმინი სიფრთხილით უნდა იქნეს გამოყენებული გულის ან ღვიძლის დაავადებების დროს და ალკოჰოლის ჭარბ მომხმარებლებში.

სულფონილმარდოვანას პრეპარატები ააქტიურებენ ინსულინის სეკრეციას და შეიძლება გამოყენებულ იქნას დიაბეტიან პაციენტებში ცხოვრების ჯანსაღი წესით და მეტფორმინით მკურნალობის შემდეგ.

აკარბოზა გამოიყენება, როდესაც სისხლში გლუკოზის დონე ჭამის შემდეგ, მიუხედავად დიეტური მოდიფიკაციისა, რჩება მაღალი. აკარბოზა აინჰიბირებს ნახშირწყლების მონელებას, რაც ანელებს ცირკულაციაში გლუკოზის მიწოდებას. აკარბოზა უნდა იქნეს მიღებული საკვების მიღების დაწყებისთანავე თანდათანობით, რათა თავიდან იქნას აცილებული აბდომინალური დისკომფორტი. თუ ვითარდება ჰიპოგლიკემია (სულფონილმარდოვანას პრეპარატების ან ინსულინით მკურნალობის ფონზე), საჭიროა გლუკოზის გამოყენება და არა სხვა კარბოჰიდრატების. აუცილებელია მეთვალყურეობა თირკმლის ფუნქციების დარღვევების და გასტრო-ინტესტინური დაავადებების მქონე პაციენტებში. ამასთანავე, საჭიროა ღვიძლის ენზიმების მონიტორინგი.

რეპაგლიდინი იწვევს პანკრეასში ინსულინის სეკრეციის სწრაფ, გარდამავალ მომატებას. რეპაგლიდინი, შესაძლოა, გამოყენებული იყოს მონოთერაპიის მიზნით ან მეტფორმინთან ერთად პოსტპრანდიული ჰიპერგლიკემიის კონტროლისათვის. არ შეიძლება მისი კომბინაცია სულფონილმარდოვანას პრეპარატებთან.

გლიტაზონები (თიაზოლიდინედიონები) ორალური ჰიპოგლიკემიური აგენტების სხვა კლასის წარმომადგენელია და ამცირებს ინსულინ რეზისტენტობას. პიოგლიტაზონი და როზიგლიტაზონი შეიძლება გამოყენებულ იქნას ინსულინთან ან ორალურ აგენტებთან ერთად (პიოგლიტაზონი, როგორც დუალთერაპია მეტფორმინთან ან სულფონილმარდოვანას პრეპარატებთან ერთად; როზიგლიტაზონი, როგორც დუალთერაპიის ან სამმაგი თერაპიის მიზნით მეტფორმინთან და/ან სულფონილმარდოვანასთან ერთად. ორი მედიკამენტის დანიშვნა ხდება იმ შემთხვევაში, თუ უკუნაჩვენებია მეთვალყურეობის/სულფონილმარდოვანას პრეპარატების დანიშვნა, ან ადგილი აქვს აღნიშნულ პრეპარატებზე ტოლერანტობის დარღვევას ან ალერგიას. აუცილებელია მეთვალყურეობა - გულის უკმარისობა და ღვიძლის დისფუნქცია საჭიროებს განსაკუთრებულ ყურადღებასა და ღვიძლის ენზიმების მონიტორინგს.

სულფონილმარდოვანას პრეპარატებით მკურნალობის დროს საჭიროა სპეციალური მეთვალყურეობა, უპირატესად ხანდაზმულებში, რომ არ განვითარდეს ჰიპოგლიკემია. მონოთერაპიის სახით მეტფორმინი, აკარბოზა და გლიტაზონები არ იწვევენ ჰიპოგლიკემიას. მათგან განსხვავებით, სულფონილმარდოვანას ყველა პრეპარატმა შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოგლიკემია.

დაიწყე დაბალი დოზებით და მოუმატე ყოველკვირეულად ან ორ კვირაში ერთჯერ, კონტროლის მიღწევამდე. თუ კონტროლი ვერ მიიღწევა, შეამოწმე პაციენტის თვით-მენეჯმენტის და მონიტორინგის ჩვევები და თუ დამაკმაყოფილებელია, შეამოწმე სხვა გამამწვავებელი ფაქტორების არსებობა, როგორცაა საშარდე ტრაქტის ინფექციები ან მედიკამენტები, რომლებიც აფერხებენ კონტროლის მიღწევას.

თუ პაციენტი აგრძელებს წონის კლებას, ორალური ჰიპოგლიკემიური აგენტების დოზა შეიძლება შემცირდეს და ზოგჯერ მოიხსნას კიდევ.

პაციენტების უმეტესობა, დიაბეტით, საჭიროებენ დოზის მომატებას და დამატებით მედიკამენტებს, დაავადების პროგრესირებასთან ერთად. აგრეთვე, შესაძლებელია საჭირო გახდეს ინსულინის დანიშვნაც.

ანტიდიაბეტური ორალური მედიკამენტები

გვერდითი ეფექტები

მეტფორმინი	ანორექსია, გულისრევა, ღებინება, დიარეა, მეტეორიზმი, (თუ არის ღვიძლის, თირკმლის ან კარდიოვასკულური დაავადებები)
სულფონილმარდოვანას პრეპარატები	წონის მომატება, სიმპტომური ჰიპოგლიკემია, ანორექსია, გულისრევა, დიარეა, კანზე გამონაყარი, იშვიათად სისხლის ცვლილებები
რეპაგლიდინი	სიმპტომური ჰიპოგლიკემია, გულისრევა, დიარეა, ყაზობა, კანზე გამონაყარი, ღვიძლის ფუნქციური ტესტების გაუარესება(იშვიათად), ჰეპატიტი და/ან სიყვითლე.
გლიტაზონები	კანქვეშა ცხიმის ან/და სითხის მომატება, ჰემოგლობინის დონის შემცირება, დსლ-ქოლესტერინის მომატება(როზიგლიტაზონი),

ღვიძლის ფუნქციური ტესტების შეცვლა

აკარბოზა

მეტფორმინი და აბდომინური დისკომფორტი, გლუკოზის გარდასხვა ნახშირწყლებზე პასუხის არარსებობა ჰიპოგლიკემიის დროს (იშვიათად), ღვიძლის პათოლოგია

არადიაბეტური მედიკამენტების ეფექტები - საჭიროებს სიფთხილეს დანიშვნისას, რადგანაც მათი მოქმედება ზრდის ან აქვეითებს გლუკოზის აქტივობას

აქვეითებს გლუკოზას სისხლში

ალკოჰოლი

ბეტა-ბლოკერები

სულფამიდები

მონოამინ ოქსიდაზის ინჰიბიტორები

სალიცილატები - მაღალი დოზით*

გემფიბროზილი**

*ასპირინის დაბალი დოზა (100-300mg/d) არ იწვევს პრობლემებს

**ამლიერებს რეპაგლინიდის ეფექტს

ზრდის გლუკოზას სისხლში

ადრენერგული შემცველობის მედიკამენტები

ესტროგენები

გლუკოკორტოკოიდები

თიაზიდური დიურეტიკები (მაღალი დოზით)

ფენიტონი

ტიპი 2 დიაბეტის მედიკამენტური მკურნალობა

დიეტითა და ვარჯიშით არასათანადო კონტროლი

↓
უკუჩვენება მეტფორმინზე

არა

დიაბ

↓
მეტფორმინი

↓
სულფოჰარდოვანას პრეპარატი

↓
კონტროლი

↓
კონტროლი

↓
არა

↓
არა

↓
გაზარდე დოზა

↓
გაზარდე დოზა

↓
კონტროლი

↓
კონტროლი

↓
მაქსიმალური დოზა

↓
მაქსიმალური დოზა

↓
დაამატე აკარბოზა, რეპაგლინიდი, გლიტაზონი ან სულფოჰარდოვანა

↓
დაამატე აკარბოზა, გლიტაზონი ან დაიწყე ინსულინი

დიაბ

რეგულარული მონიტორინგი

დიაბ

დიაბ

რეგულარული მონიტორინგი

დიაბ

ორალური ჰიპოგლიკემიური აგენტები

ქიმიური დასახელება	სამარკო დასახელება	ტაბლეტის დოზა	დღიური დოზა	საშუალო ხანგრძლივობა	სიხშირე დრო/დღე	დანიშვნა დრო/დღე
Acarbose	Glucobay	50/100მგ	150/600მგ	3სთ	3	საკვებთან ერთად
Glibenclamide	Daonil	5მგ	2,5-20მგ	18-24სთ	1-2	საკვებთან ერთად
	Glimel	5მგ				
Gliclazide	Diamicon MR	30მგ	30-120	>4სთ	1	საკვებთან ერთად
	Diamicon	80მგ	40-320	18-24	1-2	
	Genrx gliclazide	80მგ				
	Gliade	80მგ				
	Meliiheqsali	80მგ				
Glimepiride	Nidem	80მგ				
	Amaryl	1/2/3/4მგ	1-4მგ	>24სთ	1	საკვებთან ერთად
	Aylide					
	Diapride					
Glipizide	Dimirel					
	Melizide	5მგ	2,4-40მგ	16-24სთ	1-2	საკვებთან ერთად
Minidiab						
Metformin	Diabex XR	0,5მგ	0,5-2,0გ	24სთ	1	საკვებთან ერთად
	Diabex	0,5/0,85/1,0გ	0,5-3,0გ	12სთ	2-3	ან შემდეგ
	Diaformin	0,5/0,85/1,0გ				
	Formet	0,5/0,85/1,0გ				
	Genepharm metformin	0,5/0,85				
	Genrx metformin	0,5/0,85				
	Glucohexal	0,5/0,85				
	Glucomet	0,5/0,85				
	Glucophage	0,5/0,85				
	Metforbell	0,5/0,85				
Metformin/ Glibenclamid	Glucovance	250/1,25მგ	20/200მგ- მდე	18-24სთ	2-3	საკვებთან ერთად
		500/2,5მგ				
		500/5მგ				
Metformin/ rosiglitazone	Avandamet	500/2მგ	1000/2მგ	12-24სთ	2	საკვებთან ერთად
		500/4მგ	1000/4მგ			
Pioglitazone	Actos	15მგ	15-45მგ	24სთ	1	საკვების მიღებიდან დამოუკიდებლად
		30მგ				
		45მგ				
Repaglinidine	NovoNorm	0,5/1/2მგ	1,5-16მგ	2-3სთ	1-3	საკვებთან ერთად
Rosiglitazone	Avandia	4/8მგ	4/8მგ	24სთ	1-2	საკვების მიღებისგან დამოუკიდებლად

შენიშვნა: ორალური აგენტები განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა იქნას დანიშნული ხანდაზმულებში

6.2 ინსულინთერაპია

ტიპი 2 დიაბეტის დროს ინსულინთერაპიის დაწყება

თუ ორალური ჰიპოგლიკემიური აგენტების მაქსიმალური დოზებით კონტროლის მიღწევა ვერ ხერხდება, შეიძლება საჭირო გახდეს ინსულინი. თუმცა აუცილებელია დაზუსტება იმისა, რომ ვარჯიში და დიეტური მენეჯმენტი დამაკმაყოფილებელია და გამამწვავებელი ფაქტორების ზემოქმედება, მაგ. ინტერკურენტული ინფექციები, გამორიცხულია.

ინსულინი შეიძლება გახდეს საჭირო მკურნალობის დაწყებისთანავე (ე.წ. „პირველადი“ უკმარისობა ორალურ ჰიპოგლიკემიურ აგენტებზე, რაც ფაქტიურად სავარაუდოს ხდის ტიპი 1 დიაბეტის არსებობას) ან როდესაც პაციენტი მოგვიანებით ხდება რეფრაქტერული ორალური ჰიპოგლიკემიური აგენტების მიმართ (ე.წ. „მეორადი“ უკმარისობა, გამოწვეული ჩვეულებრივ ტიპი 2 დიაბეტის პროგრესირებით).

თუ პაციენტი სიმპტომურია, საჭიროა ინსულინი. თუ სიმპტომები არ არის, მაგრამ სისხლში გლუკოზის დონე მუდმივად არის >7მმოლ/ლ, გადაწყვეტილება უფრო რთული მისადებაა. გლიკემიის მიზნების განსაზღვრისას და ინსულინით მკურნალობის განხილვის დროს მხედველობაშია მისადები პაციენტის მოლოდინი, ფიზიკური და ფსიქო-სოციალური პრობლემების არსებობა და ინსულინის დანიშვნის პოტენციური პრობლემები.

მკურნალობის მიზნების შერჩევა, მკურნალობის და მონიტორინგის გეგმის შედგენა, საჭიროა მიღებულ იქნეს პაციენტთან დისკუსიის შემდეგ.

ინსულინით მკურნალობის დაწყება უამრავი პაციენტის მიერ ფასდება, როგორც სერიოზული ნაბიჯი. ისინი საჭიროებენ გამხნეებას და ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას. ამ საფეხურზე სასარგებლოა ექიმის, სპეციალური ინტერესით დიაბეტში, დახმარება.

- პაციენტებში ტიპი 2 დიაბეტით ინსულინის დანიშვნა არ ანაცვლებს ჯანსაღ კვებას, ფიზიკურ აქტივობას, წონის კონტროლს.
- ინსულინის არასწორი დანიშვნა იწვევს წონის მატებას და კონტროლის გაუარესებას.

ინსულინით მკურნალობის საფეხურები ტიპი 2 დიაბეტის დროს

პაციენტები ტიპი 2 დიაბეტით, რომლებიც საჭიროებენ ინსულინს - შეიძლება დაენიშნოთ ერთჯერადი დღიური დოზა შუალედური ან ხანგრძლივი მოქმედების (ამორფული) ინსულინი ორალურ ჰიპოგლიკემიურ აგენტებთან ერთად. ნეიტრალური (სწრაფი მოქმედების) ინსულინი, ჩვეულებრივ, საჭირო არ არის. რეკომენდებულია დაწყება შუალედური ინსულინის ერთჯერადი დოზით (მაგ.: 10 ერთეული იზოფანი ძილის წინ ან ვახშამზე).

მეტფორმინი შეიძლება გაგრძელდეს ან დაემატოს ინსულინრეზისტენტობის (და დოზის) შესამცირებლად, აგრეთვე, წონაში დაკლების დასახმარებლად.

საფეხური 1. დააზუსტე, რომ დიეტა, ფიზიკური აქტივობა და ორალური მედიკამენტური მკურნალობა შესაფერისია და სხვა გამამწვავებელ სამედიცინო გარემოებებს არა აქვს ადგილი

საფეხური 2. გადაწყვიტე ინსულინის დრო და ტიპი

დილით	სადამოს	დანიშნულება
გლუკოზა სისხლში	გლუკოზა სისხლში	
მაღალი	კარგი	სადამოს იზოფენი
კარგი	მაღალი	დილით იზოფენი
მარალი	მაღალი	ორჯერ დღეში იზოფენი
საფეხური 3.	შეარჩიეთ დოზა:	„დაიწყე დაბალი დოზით და გააგრძელე ნელა“ (მაგ.: 10 ერთ იზოფანი)
	ერთჯერადი დოზა	დილით ან სადამოს
	უფრო დაბალი დოზა შეიძლება საჭირო იყოს ხანდაზმულებში, აქტიურ და გამხდარ პაციენტებში, უფრო მაღალი ჭარბი წონის და არააქტიურ პაციენტებში.	

საფეხური 4. დაარეგულირეთ დოზა.
 დოზის შეცვლა 10-20% -ით და 2-4 დღის ინტერვალით.
 შესაძლოა, საჭირო გახდეს შერეული ინსულინის დანიშვნა.

ინსულინის შერჩევა

ხანმოკლე მოქმედების ინსულინი

მოქმედების დაწყების სისწრაფისა და ხანგრძლივობის მიხედვით ყველაზე ხანმოკლეა ინსულინის ანალოგები, შემდეგ ადამიანის ნეიტრალური ინსულინი, რასაც მოყვება ხარის ნეიტრალური ინსულინი.

შუალედური ინსულინი

იზოფან/NPH პრეპარატები შეიძლება გამოყენებულ იქნას ინექტორებით ან შპრიცებით და არ მოქმედებს დამატებული ნეიტრალური ინსულინის კინეტიკაზე. იზოფან/NPH პრეპარატებმა ჩაანაცვლეს სუსპენზია ცინკინსულინის (ლენტეს ტიპის) პრეპარატები.

ხანგრძლივი მოქმედების პრეპარატები:

ხარის იზოფანის პრეპარატი უფრო ხანგრძლივი მოქმედებისაა, ვიდრე ადამიანის იზოფანის პრეპარატი, რომელიც ვერ უზრუნველყოფს 24 საათიან მოქმედებას, ბაზალური ინსულინის პრეპარატების ახალი ანალოგების (ინსულინი დეტემირი, ინსულინი გლარგინი) აბსორბციის პროფილი უფრო ხანგრძლივია, ვიდრე სხვა წინა თაობის გახანგრძლივებული პრეპარატებისა.

შერეული ინსულინი

მიუხედავად იმისა, რომ შუალედური და სწრაფად მოქმედი ინსულინის ფიქსირებული კომბინაციები (მაგ.: 30% ნეიტრალური ინსულინი და 70% შუალედური მოქმედების) არ არის იდეალური გლიკემიის კონტროლისთვის, გამოსაყენებლად პაციენტებისათვის ძალიან მოსახერხებელია.

დიეტა, ვარჯიში და ინსულინი

ინსულინის დეპო მოქმედებს საკვების მიღების ან ფიზიკური აქტივობის დროს. ორივე - კვება და ვარჯიში უნდა იყოს რეგულარული იმისათვის, რომ პროგნოზირებადი გახდეს გლუკოზის დონე სისხლში.

6.3. ინსულინის მიწოდება

ინექციის ტექნიკა

ნემსის პენეტრაციის სიღრმე ზეგავლენას ახდენს ინსულინის აბსორბციაზე:

- დერმაში ნემსის მოხვედრა იწვევს ტკივილს და აბსორბციის დაქვეითებას;
- კუნთებში ღრმა ინექცია იწვევს ტკივილს და უფრო სწრაფ აბსორბციას;
- 5-8 მმ ნემსის სეყვანა არის პაციენტთა უმრავლესობისათვის შესაფერისი - თუმცა ძალიან გამხდარ პაციენტებში უნდა მოერიდოთ გრძელი ნემსების გამოყენებას;
- ნემსი უნდა შეიყვანოთ კანის ნაკვეში და ინსულინი უნდა შევიყვანოთ 5-6 წამის განმავლობაში.

ინექცია კეთდება კანქვეშ

ინექციის ადგილი

- მუცლის კედელი: ყველაზე სწრაფი და თანაბარი აბსორბცია;
- ფეხები და დუნდულოს არე: ყველაზე დაბალი აბსორბცია (თუ არ ვარჯიშობს) მოსახერხებელია;
- მხარი: არ არის რეკომენდებული.

სხვა ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ ინსულინის აბსორბციაზე:

- თამბაქოს მოწევა, რომელიც ამცირებს აბსორბციას
- კანის ტემპერატურის მომატება (ვარჯიშის ან ცხელი აბაზანა), რომელიც ზრდის აბსორბციას.

ინსულინით ინექციის გართულებები - შესაძლოა გამოიწვიოს კანის ცვლილებები (ატროფია და ცხიმოვანი ჰიპერტროფია). ინექციის ინფიცირების რისკი ძალიან დაბალია.

ინსულინის დოზები და გრაფიკები უნდა გადაიხედოს ყველა კონსულტაციაზე. შეიძლება საჭირო გახდეს დოზის შემცირება, თუ პაციენტი იცავს ცხოვრების ჯანსაღ წესს და /ან იკლებს წონაში.

ტიპი	მოქმედების დაწყება	პიკური მოქმედება	მოქმედების ხანგრძლივობა	საფირმო დასახელება	ბუნება
ულტრახანმოკლე მოქმედების * Insulin lispro Insulin aspart	5-10 წთ	30-90 წთ	2-4 სთ	Humalog NovoRapid	ანალოგი ანალოგი
ხანმოკლე აქტივობის პიკი Nutral	30 წთ	1-2 სთ	4-6 სთ	Actrapid Humulin R Hypurin Neutral	ადამიანის ადამიანის ხარის
შუალედური აქტივობის Isophane	2 სთ	3-6 სთ	18-24 სთ	Humulin NPH Protaphane Hypurin Isophane	ადამიანის ადამიანის ხარის
გახანგრძლივებელი მოქმედების Insulin detemir Insulin glargine**	4 სთ 1-3 სთ	8-24 სთ არ გააჩნია	36 სთ 12-24 სთ	Levemir Lantus	ანალოგი ანალოგი
შერეული ინსულინები Lispro 25% Lispro protamine 75%				Humalog Mix 75	ანალოგი
Lispro 50% Lispro protamine 50%				Humalog Mix 50	ანალოგი
Insulin aspart 30% Insulin aspart protamine 70%				NovoMix 30	ანალოგი
Neutral 30 % Isophane 70%				Humulin 30/70 Mixtard 30/70	ადამიანი ადამიანი
Neutral 50 % Isophane 50 %				Mixtard 50/50	ადამიანი

* ძალიან სწრაფი მოქმედების; უნდა მიეცეს უშუალოდ ჭამის წინ

** რეკომენდებულია მკურნალობა ტიპი1 დიაბეტის დროს. Insulin glargine არის გახანგრძლივებული მოქმედების ადამიანის ინსულინის ანალოგი, რომელიც ინიშნება დღეში 1-ჯერ. იგი ინარჩუნებს ინსულინის ბაზალურ კონცენტრაციას სისხლში, რაც შესაძლოა გაიზარდოს, საჭიროების შესაბამისად, ხანმოკლე მოქმედების ინსულინის გამოყენებით. იგი ახდენს ნატურალური ინსულინის გამონთავისუფლებას.

ინსულინით მკურნალობის რეჟიმი

ჩვეულებრივ გამოიყენება ინსულინით მკურნალობის შემდეგი რეჟიმები:

მრავლობითი ინექციები ანუ ბაზალური ბოლუს თერაპია

- ხანმოკლე ან სწრაფი მოქმედების ინსულინი მიიღება ჭამის წინ, ხოლო გახანგრძლივებული მოქმედების ინსულინის მიღება ხდება ძილის წინ;
- აღნიშნული თერაპია ძალიან მსგავსი უნდა იყოს ფიზიოლოგიურად ნორმალური ინსულინის სეკრეციისა;
- საჭიროა მოქნილი რეჟიმი საკვების მიღების დროისა და ფიზიკური დატვირთვის შესაბამისად;
- წახემსებას, ძირითად კვებებს შორის, უფრო მეტად საჭიროებს ხანმოკლე მოქმედების ინსულინი, ვიდრე სწრაფი მოქმედების ინსულინი;
- სწრაფი მოქმედების ინსულინი, უნდა მიიღოს არა ჭამამდე 30 წთ-ით ადრე, არამედ მიიღოს საკვების მიღებისთანავე.

ინსულინთერაპია ორჯერ დღეში რეჟიმით:

- წინასწარ შერეული (პრემიქს) ხანმოკლე და შუალედური მოქმედების ინსულინი უნდა გაუკეთდეს პაციენტს დილით, საუზმის წინ და საღამოს, ვახშმის წინ.
- ჩვეულებრივ, შერევა ხდება პროპორციით - 30% ხანმოკლე მოქმედების ინსულინისა და 70% შუალედური მოქმედების ინსულინისა. პაციენტს, დილით, საუზმის დროს უკეთდება საერთო დოზის 2/3;
- აღნიშნული რეჟიმის გამოყენება მიზანშეწონილია პაციენტებში, რომელთაც არ სურთ ხშირი ინექციების კეთება;

- რეგულარული კვება და წახემსება საჭიროა, რათა თავიდან ავიცილოთ დღის ჰიპოგლიკემია. ხშირია, ნოქტურული ჰიპოგლიკემია.

ინსულინთერაპია სამჯერ დღეში რეჟიმით:

- წინასწარ შერეული (პრემიქს) ხანმოკლე და შუალედური მოქმედების ინსულინი უნდა გაუკეთდეს პაციენტს დილის საუზმის წინ და ხანმოკლე მოქმედების ინსულინი საღამოს, ვახშმის წინ, ხოლო შუალედური მოქმედების ინსულინი ძილის წინ.
- აღნიშნული რეჟიმი შესაძლოა განიხილოთ იმ შემთხვევაში, თუკი დღეში ორჯერადი ინსულინთერაპიის ფონზე ვერ მიაღწიეთ კონტროლს ან პაციენტს აღენიშნება ხშირი ნოქტურული ჰიპოგლიკემია.

გახანგრძლივებული მოქმედების ადამიანის ინსულინის ანალოგების (Insulin glargine, Insulin detemir) როლი

Insulin glargine (Lantus) და Insulin detemir (Levemir) - ბაზალური ინსულინის ანალოგებს გააჩნიათ უფრო პროგნოზირებადი ფარმაკოდინამიკური პროფილი, ვიდრე შუალედური მოქმედების ინსულინს. მათი მოქმედების პროფილისათვის დამახასიათებელია უფრო გლუვი და გახანგრძლივებული მიმდინარეობა (24 სთ-მდე), რაც უფრო მოსახერხებელს ხდის მის, როგორც ბაზალური კომპონენტის, გამოყენებას ინსულინით მრავლობითი ინექციის თერაპიის დროს. მათი გამოყენება განსაკუთრებით მიზანშეწონილია იმ პაციენტებში, რომელთაც:

- აქვთ შუალედური მოქმედების ინსულინის ფონზე განვითარებული ხშირი ნოქტურული ჰიპოგლიკემია;
- სისხლში უზმოზე გლუკოზის მაღალი დონე, შუალედური მოქმედების ინსულინის მაქსიმალური დოზების გამოყენების მიუხედავად;
- სისხლში გლუკოზის არასტაბილური კონტროლი სტანდარტული ინსულინით თერაპიის ფონზე.

Insulin detemir ხასიათდება აბსორბციის ნაკლებ ვარიაბილობით Insulin glargine და შუალედური მოქმედების ინსულინთან შედარებით. თუმცა, პაციენტებს Insulin detemir ხშირად ესაჭიროებათ 2-ჯერ დღეში, როცა Insulin glargine საკმარისია 1-ჯერ დღეში.

ინსულინით უწყვეტი კანქვეშა ინფუზოთერაპია

ინსულინით უწყვეტი კანქვეშა ინფუზოთერაპია რეკომენდებულია ტიპი 1 დიაბეტთან პაციენტებში, როცა:

- ინსულინით მრავლობითი ინექციის მკურნალობას (Insulin glargine და Insulin detemir ჩათვლით) არა აქვს შედეგი (რაც იმას ნიშნავს, რომ ვერ ხერხდება Hemoglobin A1c -ის კონცენტრაციის შენარჩუნება 7,5%-ზე ან მის ქვემოთ ან 6,5%, როდესაც სახეზეა მიკროალბუმინურია სერიოზული ჰიპოგლიკემიის გარეშე) და
- პაციენტს გააჩნია სათანადო პასუხისმგებლობა და კომპეტენცია გამოიყენოს მკურნალობის აღნიშნული მეთოდი ეფექტურად.

დიაბეტის ინტენსიური კონტროლი ახდენს მიკროვასკულურ და ნეიროპათიური გართულებების პრევენციას ტიპი 1 დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებში, თუმცა ინტენსიური თერაპიის გვერდითი მოვლენებიდან აღსანიშნავია წონაში მატება და ჰიპოგლიკემია. ინტენსიური კონტროლის მიზანია სისხლში გლუკოზა და Hemoglobin A1c - ის დონე უნდა იყოს ნორმალური ან ნორმალურ, არადიაბეტურ მაჩვენებლებთან ახლოს.

6.5. მკურნალობის პრობლემები

- ინსულინმა და სულფონილმარდოვანას პრეპარატებმა შეიძლება გამოიწვიოს სიმპტომური ჰიპოგლიკემია და წონის მომატება. პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს გაგნობიერებული უნდა ჰქონდეთ მოსალოდნელი რისკი და შეეძლოთ ჰიპოგლიკემიის მართვა.

ჰიპოგლიკემია

ჰიპოგლიკემია შეიძლება განვითარდეს ინსულინის ან სულფონილმარდოვანას დოზის გადაჭარბების, ნახშირწყლების არასაკმარისი რაოდენობით მიღების, უჩვეულო ფიზიკური დატვირთვისას. საჭიროა

მიზეზების იდენტიფიცირება და ეპიზოდის განხილვა კონსულტირების, პაციენტის განათლების გამდიერებით, შესაძლოა, მკურნალობის შეცვლის კუთხითაც.

პაციენტებს, ვინც იღებს ინსულინის სეკრეტაგოგებს ან ინსულინს, რომლებიც განსაკუთრებით ცდილობენ მიაღწიონ იდეალურ კონტროლს, მოხუცები, რომლებიც იღებენ ბეტა ბლოკერებს, ან ცხოვრობენ მართო, არიან ალკოჰოლის ჭარბი მომხმარებლები - აქვთ ჰიპოგლიკემიის განსაკუთრებული რისკი.

- თუ პაციენტის ცნობიერება შენახულია, ინიციალური მკურნალობა უნდა დაიწყოს ორალური გლუკოზის ან სუკრაზის მიცემით;
- თუ პაციენტი უგონოდაა, გაუკეთდეს 1 მგ გლუკაგონი კანქვეშ, ინტრამუსკულურად ან ინტრავენურად.
- დიაბეტით დაავადებული რისკის მქონე პაციენტების მზრუნველებს და სამსახურის თანამშრომლებს უნდა შეეძლოთ ჰიპოგლიკემიის იდენტიფიკაცია და მისი მკურნალობა გლუკაგონის კანქვეშა ინექციის ჩათვლით.
- თუ ექიმი ხელმისაწვდომია და გლუკაგონით ვერ მოხერხდა ცნობიერების აღდგენა, საჭიროა 50% გლუკოზის 20-30 მლ ინტრავენურად მიწოდება.
- მნიშვნელოვანია ცნობიერების აღდგენის შემდეგ მონიტორინგი და კარბოჰიდრატების მიღება.

ცუდი კონტროლი

ზოგად პრაქტიკოსს უნიკალური სიტუაცია აქვს ცუდი კონტროლის ხელშემწყობი ფაქტორების იდენტიფიკაციისათვის. ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმს შეუძლია გამოავლინოს პაციენტის ცოდნა დიეტის, თვითმონიტორინგის, მკურნალობის შესახებ, ისევე, როგორც შფოთვა საკუთარი მდგომარეობის გამო. შეუძლია, ასევე, შეაფასოს ოჯახური დინამიკა, სოციალურ-ეკონომიკური სტრესები, რასაც განიცდის.

ფაქტორები, რომლებიც აუარესებენ კონტოლს:

- შეუფერებელი საკვების მიღება;
- ინსულინის ან ორალური ჰიპოგლიკემიური აგენტების არასწორი გამოყენება;
- არარეგულარული მეტაბოლური მოთხოვნა მაგ.: ვარჯიში, მძიმე სამუშაო;
- ინტერკურენტული ინფექციები (განსაკუთრებით საშარდე ტრაქტის ინფექციები);
- მედიკამენტების არასწორი გამოყენება (ინსულინი);
- ფსიქოლოგიური სტრესი.

6.6. ქირურგიული პროცედურები

მართვის მიზანია გლიკემიის მისაღები კონტროლის მიღწევა პროცედურამდე, პროცედურის დროს და პროცედურის შემდეგ.

პაციენტი დიაბეტით უნდა გაისინჯოს ოპერაციამდე რამდენიმე კვირით ადრე. დიაბეტის კონტროლისა და შესაფერისი ანესთეზიის შესარჩევად.

„მცირე“ ან „დღის პროცედურები“, ჩვეულებრივ, საჭიროებს არ მიიღონ საკვები შუადღის შემდეგ (თუკი ოპერაცია დილითაა დაგეგმილი) ან მსუბუქი კვება და შემდგომ შიმშილი (თუკი ოპერაცია ტარდება ნაშუადღევს). ნებისმიერ შემთხვევაში ორალური ჰიპოგლიკემური აგენტები უნდა მოიხსნას.

აუცილებელია პაციენტის რჩევები მიეცეს წინასწარ, წერილობით. უფრო სერიოზული ქირურგიული ოპერაციები წარმოადგენს პაციენტისათვის მნიშვნელოვან სტრესს. მეტფორმინის მიღება უნდა შეწყდეს ოპერაციამდე. წინასაოპერაციო მომზადება ისეთივეა, როგორც მცირე ქირურგიული ჩარევებისა. სისხლში გლუკოზის დონის მონიტორინგი უნდა ხდებოდეს ოპერაციის მიმდინარეობის დროს და ოპერაციის შემდეგაც, რამდენიმე დღის განმავლობაში. ხშირად, ტიპი 2 დიაბეტით პაციენტებს, ინსულინი ესაჭიროებათ ოპერაციის შემდეგაც.

ინსულინზე მყოფ პაციენტებს, ხშირად, ესაჭიროებათ პერი-ოპერაციულად ინსულინისა და გლუკოზის ინფუზიები და სისხლში გლუკოზის დონის ინტენსიური მონიტორინგი.

7. ავადმყოფობის დღეები

- მოძებნე გამოწვევი მიზეზი და უმკურნალე მას;
- გააძლიერე თვითმონიტორინგი;
- უზრუნველყავი უწყვეტი კონსულტირება (განსაკუთრებით არასამუშაო საათებში);
- ჩვეულებრივ, საჭიროა მედიკამენტების დოზის გაზრდა.

ნებისმიერი ქრონიკული დაავადების არსებობისას მოსალოდნელია დაავადების გამწვავების ეპიზოდების (ავადმყოფობის დღეები) არსებობა, რომელიც შესაძლოა გამოწვეული იყოს სხვა მიზეზებით. ავადმყოფობის დღეების მენეჯმენტი უნდა იყოს პაციენტის განათლების ნაწილი. პაციენტს უნდა ჰქონდეს ავადმყოფობის დღეებში მოქმედების გეგმა, რომელიც მოიცავს:

- როდის დაუკავშირდეს ექიმს;
- რა სისხლით გაიზომოს სისხლში გლუკოზა და შარდში კეტონები;
- რა მედიკამენტები მიიღოს;
- რით და როგორ იკვებოს.

მნიშვნელოვანია სატელეფონო კავშირის უზრუნველყოფა. რჩევა ტელეფონით შეიძლება საკმარისი იყოს, თუ პაციენტი კარგად არის განათლებულია დიაბეტის შესახებ, მაგრამ თუ გარკვეული ეჭვი არსებობს ამის შესახებ, საჭიროა ფორმალური კონსულტაციის უზრუნველყოფა. პაციენტმა აუცილებლად უნდა მიმართოს ექიმს, თუ მისი მდგომარეობა გაუარესდა და არ უმჯობესდება რამდენიმე დღის განმავლობაში, აქვს კეტონების საშუალო (ან მეტი) რაოდენობა შარდში, სისხლში გლუკოზის დონე მიუხედავად მკურნალობისა იმატებს, ან არ არის დარწმუნებული რა უნდა გააკეთოს, როგორ მოუაროს თავს.

ინტერკურენტული დაავადებები, ინფექციები (საშარდე ტრაქტის ინფექციები, დამწვრობა) ტრამვა, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი და ინსულტი აუარესებს კონტროლს. კორტიკოსტეროიდების, ბეტა-აგონისტების და დიურეტიკების გამოყენებამაც, შესაძლოა, გააუარესოს კონტროლი.

პაციენტმა, შეძლებისდაგვარად, უნდა შეინარჩუნოს კვების ნორმალური რეჟიმი. სითხეების მიღება (მაგ.: წყალი) უნდა გაიზარდოს დეჰიდრატაციის თავიდან ასაცილებლად. თუ პაციენტი არატოლერანტულია ნორმალური დიეტისადმი, უნდა მიეცეს რჩევა ალტერნატიული, ადვილად მოსაწვლელი საკვების მაგ. სუპების მიღების შესახებ. აღნიშნულ შემთხვევებში, ზოგიერთი არადიეტური (არაალკოჰოლური) სასმელების მიღება უზრუნველყოფს აუცილებელი კალორიების მიღებას.

მნიშვნელოვანი ასპექტია თვითმონიტორინგის გაძლიერება:

- სისხლში გლუკოზის ანალიზი, სულ მცირე, 4 ჯერ დღეში;
- თუ სისხლში გლუკოზა 15 მმოლ-ზე მეტია, სისხლს ან შარდის შემოწმება კეტონებზე (ტიპი 1 დიაბეტის შემთხვევაში);
- არასოდეს არ უნდა შეწყდეს ინსულინის მიღება, თუნდაც პაციენტი ვერ იღებდეს საკვებს. შესაძლოა დადგეს დოზის გაზრდის საჭიროება;
- საჭიროა დიდი რაოდენობით სითხის მიღება დეჰიდრატაციის პრევენციის მიზნით;
- ნორმალური კვება ჩაანაცვლეთ ნახშირწყლოვანი სასმელებით თუ ეს აუცილებელია;
- ღებინების დაწყებისთანავე მიიღე რჩევა ჯანმრთელობის პროფესიონალებისაგან.

ტიპი 2 დიაბეტის კონტროლი მხოლოდ დიეტით

კონტროლის გაუარესებამ შეიძლება მოითხოვოს დროებით სულფონმარდოვანას პრეპარატები ან ინსულინის დამატება. ზოგადად, ეს პაციენტები კეტოზისკენ არ არიან მიდრეკილნი, მაგრამ სისხლში გლუკოზის დონის მომატებამ შეიძლება დაასუსტოს იმუნური მექანიზმები და გაახანგრძლივოს გამოჯანმრთელება. გარდა ამისა, ოსმოსური დიურეზის გამო, გამოიწვიოს დეჰიდრატაცია.

ტიპი 2 დიაბეტი ორალურ ჰიპოგლიკემიურ აგენტებზე

კონტროლის გაუარესების გამო, ზოგჯერ, შესაძლოა დღის წესრიგში დადგეს დროებით ინსულინის დანიშვნის საკითხი და საჭირო გახდეს პაციენტის სპეციალისტთან/ჰოსპიტალში გაგზავნა.

ინსულინოთერაპია ტიპი 1 და ტიპი 2 დიაბეტის შემთხვევაში

პაციენტებმა უნდა გაზარდონ 10-20%-ით დილის შუალედური ან ხანგრძლივი მოქმედების ინსულინის დოზა, შემდგომ სისხლში გლუკოზის დონის გათვალისწინებით მოახდინონ ხანმოკლე მოქმედების ინსულინის დოზის მოდიფიცირება დღის განმავლობაში. ტიპი 1 დიაბეტით დაავადებულები საჭიროებენ შარდის ტესტირებას კეტონებზე, თუ სისხლში გლუკოზის დონე მაღალია და თავს ცუდად გრძნობენ.

პაციენტებში გასტროინტესტინური პრობლემებით, რომლებიც საკვებს ვერ იღებენ, მაგრამ თვითშეგრძნება კარგია და აგრძელებენ ჩვეულებრივ ფიზიკურ აქტივობას, ჰიპოგლიკემიის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ინსულინის დოზის (ძირითადად სწრაფი მოქმედების ინსულინი) შემცირება.

ყველა შემთხვევაში საჭიროა ძირითადი მიზეზის იდენტიფიცირება, მკურნალობა და ინსულინის და ორალური ჰიპოგლიკემიის აგენტების დოზის გადახედვა.

(დასასრული იხილეთ მომდევნო ნომერში)



მთავარი

მთავარი

ჩვენს შესახებ

განათლება

მომსახურების ხარისხი

სტრატეგია

ბმულები

კონტაქტი

კეთილი იყოს თქვენი მოზრძანება საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდზე

ყოველთვიური საწევრო შენატანის გადახდა შეგიძლიათ გადარიცხვითავე შემდეგ რეკვიზიტებზე:
სს „თიბისი ბანკის“ ვერის ფილიალი
ბანკის კოდი: 220101818
საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი
ანგარიშის ნომერი: 700105
საიდენტიფიკაციო კოდი: 205017694

სიახლეები

26.11.2007 - გამოიცა საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მეორე ბიულეტენი, სადაც შეგიძლიათ იხილოთ ინფორმაცია მსოფლიოსა და საქართველოში მიმდინარე ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის სისტემის სიახლეებზე ...
იხილეთ გამოცემის სრული ვერსია...

15.11.2007 - საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის თავმჯდომარის მიმართვა ქართულ და ინგლისურ ენებზე ...

26.10.2007 - 2007 წლის ოქტომბერს გამოიცა საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის პირველი ბიულეტენი, სადაც შეგიძლიათ იხილოთ ინფორმაცია მსოფლიოსა და საქართველოში მიმდინარე ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის სისტემის სიახლეებზე ...
იხილეთ გამოცემის სრული ვერსია...

19.10.2007 - 2008 წლის 12 სექტემბერს პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კონფერენციაზე ალმა-ატის დეკლარაციის 30-ე წლისთავი აღინიშნება. ალმა-ატის დეკლარაციის კონცეფციის განხორციელებამ დადებითი შედეგები გამოიღო მთელ რიგ საშუალო განვითარებისა და ინდუსტრიულ ქვეყნებში, თუმცა კვლავ უამრავი კითხვა რჩება პასუხგაუცემელი. ალმა-ატის დეკლარაციის ისტორიული მნიშვნელობის აღიარებიდან და პირველადი ჯანდაცვის მიმართ უცვლელი ინტერესიდან გამომდინარე, ჟურნალი „Lancet“-ი საიუბილეო თარიღს სპეციალურ გამოშვებას მიუძღვნის, სადაც სხვადასხვა კუთხით იქნება გაშუქებული პირველადი ჯანდაცვის პერსპექტივები და წინააღმდეგობები. აღნიშნულთან დაკავშირებით, გთხოვთ მოგვაწოდოთ პირველადი ჯანდაცვისა და პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკის განვითარებისათვის მნიშვნელოვანი ორიგინალური კვლევების ამსახველი შრომები, რაც დისკუსიის შემდგომ გაგრძელებას შეუწყობს ხელს. გთხოვთ, აღნიშნული შრომები მოგვაწოდოთ 2008 წლის 1 იანვრამდე.

[იხ. დაწვრილებით...](#)
[„Lancet“-ის ვებ-გვერდი](#)

16.08.2007 - კარდიოლოგიის ევროპული საზოგადოება გულის უკმარისობის ასოციაციასთან ერთად ოჯახის ექიმებისათვის ატარებს ევროპაში პირველ კურსს - გულის უკმარისობის თემაზე. კურსი ტარდება საოჯახო მედიცინის მასწავლებელთათვის 2007 წლის 4-6 ოქტომბერს, გულის სახლში - ნიგე (საფრანგეთი). ფასი ხელმისაწვდომია - სამდღიანი კურსის ღირებულება არის 610 ევრო. უფრო დეტალური ინფორმაცია იხილეთ [Heart failure in primary care brochure](#)

15.08.2007 - პირველადი ჯანდაცვის ევროპული ფორუმის ვენის დეპარტამენტი ახორციელებს შაქრიან დიაბეტის თემაზე სამუშაოების კოორდინაციას ("Position Paper on Diabetes"). დავალება მოიცავს წინადადებების პროექტების მომზადებას, ელექტრონული ფოსტისა და ვებ-გვერდის საშუალებით მოსაზრებების გაცვლას, დოკუმენტების რედაქტირებას, საერთაშორისო კონფერენციებზე დასწრებას, რათა მონაწილეებმა თავიანთი მოსაზრებები წარუდგინონ უფრო ფართო აუდიტორიას. აღნიშნულ პროცესსა და სამუშაო ჯგუფებში (სემინარებში) ჩართული იქნებიან მსოფლიოს სხვადასხვა ორგანიზაციების ექსპერტები. წინადადებათა პაკეტის მომზადება უნდა დასრულდეს 2008 წლამდე. საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი იწვევს დაინტერესებულ ოჯახის ექიმებსა და პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მომუშავე ექიმ-სპეციალისტებს დიაბეტის საერთაშორისო ფორუმში მონაწილეობის მისაღებად. მსურველებს ვთხოვთ, ევროპის საკოორდინაციო ცენტრთან დაკავშირების მიზნით, გამოავაზონ თავიანთი საკონტაქტო დეტალები ასოციაციის ელექტრონულ ფოსტაზე: gfma@gfma.ge ვადები ძალიან შეზღუდულია. სასურველია ინგლისური ენის ცოდნა.

08.08.2007 - WONCA ევროპის რეგიონული კონფერენცია ჩატარდება 2007 წლის 17-20 ოქტომბერს, პარიზში (საფრანგეთი). მასპინძელი ორგანიზაცია: ზოგადი პრაქტიკის მასწავლებელთა კოლეჯი თემა: პირველადი ჯანდაცვა ევროპულ კონტექსტში
Email: cngc@cngc.fr

ჩაწერეთ საკვანძო სიტყვა

Google Custom Search



გამოთქმული მოსაზრებები ევლთვის ვებ-გვერდის ავტორებს და არ წარმოადგენს ევროკავშირის შეზღუდვებს

საკუთრო უფლებები: საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი