

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული
რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და
დაავადებათა მართვის სახელმწიფო
სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების,
შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს”
2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის
გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2010 წლის 24 აგვისტოს
№ 280/ო ბრძანებით

შაქრიანი დიაბეტის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

შაქრიანი დიაბეტის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

პროტოკოლი

1. განმარტება

შაქრიანი დიაბეტი მეტაბოლური ხასიათის პათოლოგიაა, რომელიც ხასიათდება ქრონიკული ჰიპერგლიკემიითა და ნახშირწყლების, ცხიმებისა და პროტეინების მეტაბოლიზმის დარღვევით.

შაქრიანი დიაბეტი გამოწვეულია ინსულინის სეკრეციის დარღვევით ან მისი ძირითადი თვისებების დაკარგვით ან ორივეთი ერთად. ტიპი 1 დიაბეტი, ძირითადად, პანკრეასის მიერ ინსულინის გამომუშავების შემცირების გამო ვითარდება მაშინ, როცა ტიპი 2 დიაბეტის აღმოცენება უფრო რთული პროცესების შედეგია.

დიაბეტის კლასიფიკაცია მოიცავს ეტიოლოგიურ ტიპებს და ჰიპერგლიკემიის სხვადასხვა ეტაპებს. გამოყოფილია ოთხი ძირითადი კატეგორია: ტიპი 1 და ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტი, სხვა სპეციფიკური ტიპები და გესტაციური დიაბეტი.

1. ტიპი 1 დიაბეტის შემთხვევაში - აუტოიმუნური და იდიოპათიური მიზეზებითაა განპირობებული β უჯრედების დისფუნქცია (გამოხატული პრაქტიკულად ინსულინის სრული დეფიციტით)
2. ტიპი 2 დიაბეტის შემთხვევაში - მდგომარეობა, შესაძლოა, იყოს დიაპაზონში ინსულინ-რეზისტენტობიდან ინსულინის სეკრეციის დეფიციტამდე (ინსულინ-რეზისტენტობით ან მის გარეშე);
3. სხვა სპეციფიკური ტიპის დიაბეტის შემთხვევებში: β-უჯრედების ფუნქციის გენეტიკური დეფექტით, ინსულინის აქტივობის გენეტიკური დეფექტით, ეგზოკრინული პანკრეასის დაავადებით, ენდოკრინოპათიებით, წამლისმიერი (თიაზიდური დიურეტიკები, სტეროიდები, ფენიტოინი, ნიკოტინის მჟავა, თიოროიდული ჰორმონები, α-ინტერფერონი) ან ქიმიური აგენტით, ინფექციებით, იმუნო-მედიაციის იშვიათი ფორმებით გამოწვეული; გენეტიკურ სინდრომებთან ასოცირებული დიაბეტი (მაგ. დაუნის სინდრომი, ფრიდრეიხის ატაქსია, კლაინფელტერის სინდრომი, ვოლფრამის სინდრომი);
4. გესტაციური შაქრიანი დიაბეტი - ეს არის ორსულობის დროს განვითარებული გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დაქვეითება. გესტაციური შაქრიანი დიაბეტი გულისხმობს გლუკოზის ნებისმიერ დარღვევას, რომელიც ორსულობისას ჩნდება და ქრება მშობიარობის შემდგომ. გესტაციური შაქრიანი დიაბეტით ქალების 70%-ს დროთა განმავლობაში უვითარდებათ დიაბეტი.

2. სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები

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

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

შაქრიანი დიაბეტის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებია (იხილეთ **დანართი 1**):

- დიაბეტის სიმპტომები და შემთხვევითი (არა უზმოზე) სისხლის გლუკოზა >11 მმოლ/ლ
- უზმოზე პლაზმის გლუკოზა $\geq 7,0$ მმოლ/ლ
- გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტის 2სთ-ის შემდეგ პლაზმის გლუკოზა >11 მმოლ/ლ (I)

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

ტესტი სრულდება უზმოზე, დამით სულ მცირე 8 სთ-ის განმავლობაში კალორიების მიუღებლობის შემთხვევაში, რომელსაც წინ უძღვის 3-დღიანი ნახშირწყლების საკმარისი (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.

ბავშვებსა და არაორსულ მოზრდილებში, დიაბეტის დიაგნოზის დასასმელად უპირატესობა, გლიკირებული ჰემოგლობინთან (**Hemoglobin A1c**) შედარებით, უზმოზე პლაზმის გლუკოზის ტესტს ენიჭება (II B).

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

პრე-დიაბეტი ვლინდება ორი ფორმით:

გლუკოზის მეტაბოლიზმის დარღვევა, როდესაც აღინიშნება უზმოზე გლუკოზის გაუარესება - 6,1-6,9 მმოლ/ლ

გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესება, როდესაც უზმოზე გლუკოზა ვენურ პლაზმაში $\geq 7,0$ მმოლ/ლ ან გლუკოზით დატვირთვიდან 2სთ-ის შემდეგ $\geq 11,1$ მმოლ/ლ.

პრე-დიაბეტი შაქრიანი დიაბეტის და კარდიო-ვასკულური დაავადებების გაზრდილი რისკის მარკერია.

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.

ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის გამოვლენა ხდება მწვავედ, რამდენიმე დღის განმავლობაში (წონის სწრაფი დაქვეითება, პოლიურია, გაძლიერებული წყურვილი, დაღლილობა და ლეტარგია, კეტოაციდოზი) ან ქვემწვავედ რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვეში (გაძლიერებული წყურვილი, პოლიურია, ნიქტურია, შარდის შეუკავებლობა, დაღლილობა და ლეტარგია, წონის დაქვეითება, კანის რეკურენტული ინფექციები, გენიტალური სოკოვანი ინფექციები, დაქვეითებული მხედველობა).

ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტი მოგვიანებით განვითარებული დიაბეტია. მიუხედავად ამისა, ის შეიძლება იყოს ბავშვებსა და მოზარდებში, რომელთაც აქვთ ჭარბი წონა ან სიმსუქნე, ტიპი 2 დიაბეტის და მაღალი რისკის ჯგუფის ოჯახური ისტორია.

დიაბეტის ორ ძირითად ტიპს უმეტესად შემდეგი მახასიათებლები განასხვავებს:

ტიპი 1	ტიპი 2
ახალგაზრდა (უმეტესად)	შუა ასაკი (უმეტესად)
სწრაფი დასაწყისით	თანდათანობითი დასაწყისი
მიდრეკილება კეტოზისაკენ	არ არის კეტოზისაკენ მიდრეკილი
ინსულინის დეფიციტი	ინსულინრეზისტენტული
წონაში დაკლება	ჭარბი წონა
	ოჯახური ანამნეზი

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 მოზარდილებში. ეს პაციენტები არიან შედარებით ახალგაზრდა ასაკის (30-40წ), გამხდრები, სხვა აუტოიმუნური დაავადებების (მაგ. ჰიპო ან ჰიპერთირეოიდიზმი) პერსონალური ან ოჯახური ისტორიით.(III) დიაგნოზის დადასტურება საჭიროა გლუტამინის მჟავას დეკარბოქსილაზის ანტისხეულების ტესტით.

მედიკამენტებით ინდუცირებისას ზოგიერთმა პრეპარატმა (მაგ. პრედნიზოლონი) შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპერგლიკემია, რომელიც შეიძლება ასოცირებული იყოს ორალური გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტის გაუარესებასთან. ასეთი პაციენტები საჭიროებენ ისეთივე შეფასებას და მართვას, როგორც სხვა დიაბეტით დაავადებულები.

მაღალი რისკის მქონე ინდივიდები, რომელთაც არ აქვთ გამოხატული დიაბეტის სიმპტომები, უნდა იყვნენ იდენტიფიცირებული და ჩაუტარდეთ პლაზმის გლუკოზის გამოკვლევა უზმოზე.

მაღალი რისკის ინდივიდებს არადიაგნოსტირებული 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
 - ✓ ქალები გესტაციური დიაბეტის ისტორიით
 - ✓ 55 წლისა და მეტი ასაკის პირები
 - ✓ 45 წლისა და მეტი ასაკის პირები, რომელთა I რიგის ნათესავებს დადგენილი აქვთ მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტი.

რეკომენდაციები

- ბავშვებსა და არაორსულ მოზრდილებში, დიაბეტის დიაგნოზის დასასმელად უპირატესობა, გლიკირებული ჰემოგლობინთან (Hemoglobin A1c) შედარებით, უზმოზე პლაზმის გლუკოზის ტესტს ენიჭება (E).
- ასიმპტომურ პირებში, პრედიაბეტსა და ტიპი 2 დიაბეტის გამოვლენის მიზნით სკრინინგი უნდა ჩატარდეს ჭარბი წონის მქონე და მსუქან პაციენტებში (სხეულის მასის ინდექსი მეტია ან ტოლია 25კგ/მ².) სულ მცირე, 1 დამატებითი რისკ-ფაქტორის არსებობისას. სხვა შემთხვევაში, ტესტირება უნდა დაიწყოს 45 წლის ასაკში (B) და თუ შედეგი ნორმალურია, ტესტის განმეორება უნდა მოხდეს 3 წლის ინტერვალით ან უფრო ადრე (E).
- მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ 2-საათიანი ორალური გლუკოზით დატვირთვის ტესტი (75 გ გლუკოზით დატვირთვა) ან უზმოზე პლაზმის გლუკოზის ტესტი, ან ორივე ერთად პრედიაბეტისა და დიაბეტის გამოვლენის მიზნით (B); ორალური გლუკოზით დატვირთვის ტესტი უნდა განიხილებოდეს დიაბეტის რისკის უკეთ განსაზღვრის მიზნით იმ შემთხვევაში, თუ უზმოზე პლაზმის გლუკოზის ტესტით ვლინდება დარღვევა (E).
- პრედიაბეტის შემთხვევაში, საჭიროა სხვა კარდიო-ვასკულური რისკ-ფაქტორების შეფასება და მკურნალობა (B).

3. შაქრიანი დიაბეტის კლინიკური სურათი - ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

პაციენტის საწყისი მდგომარეობის შეფასების მიზნით, რომელიც მოიცავს კარდიო-ვასკულური რისკებისა და სამიზნე ორგანოების დაზიანების შეფასებას, საჭირო ხდება ჩატარდეს დეტალური გამოკვლევები და სპეციფიკური სიმპტომების ალგორითმული დახარისხება (დანართი 2).

შაქრიანი დიაბეტის გართულებები

შაქრიანი დიაბეტით ავადმყოფი პაციენტების ადექვატური ადრეული მართვა, თავიდან აგვაცილებს დიაბეტურ გადაუდებელ მდგომარეობებს - დიაბეტური კეტოაციდოზსა და ჰიპეროსმოლარულ არაკეტოაციდური კომას.

ხშირია გადაუდებელი ჰიპერგლიკემიური მდგომარეობების შემთხვევები დიაბეტით არადიაგნოსტირებულ პაციენტებში. გადაუდებელი ჰიპერგლიკემიური მდგომარეობები, მნიშვნელოვან შემთხვევებში, მთავრდება სიკვდილობით.

ჰიპერგლიკემიის შემთხვევაში გადაუდებელი მოქმედებაა ძირითადი მიზეზის დადგენა და შესაბამისი მართვა.

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

ჰიპეროსმოლარული არაკეტოაციდური კომის კლინიკური ნიშნებია: მძიმე დეჰიდრატაცია. დარღვეული ცნობიერება, კომა და შოკი. უნდა შემოწმდეს, ასევე, დამამძიმებელი ფაქტორები, მაგ. საშარდე ტრაქტის ინფექცია, პნევმონია, მიოკარდიუმის ინფარქტი ან ინსულტი.

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

შაქრიანი დიაბეტის გართულებები (დანართი 3) , რომლის დროსაც საჭირო ხდება პაციენტის მიმართვა (რეფერალი) სპეციალისტებთან

- პაციენტები ტიპი 1 დიაბეტით, ხშირად საჭიროებენ სპეციალისტის შეფასებას
- ყველა პაციენტი ტიპი 2 დიაბეტით საჭიროებს ოფთალმოლოგის კონსულტაციას ფსკერის (გაფართოებული გუგით) გამოკვლევის მიზნით:
 - ✓ ბავშვები პრეპუბერტატულ ასაკში: რეფერალი პუბერტატულ ასაკში
 - ✓ მოზრდილები: რეფერალი საწყის ეტაპზე დიაგნოზის დადგენისთანავე

სპეციალისტთან რუტინული რეფერალი:

- არაკონტროლირებადი ჰიპერგლიკემია გამოყენებული მედიკამენტის მაქსიმალური დოზის მიუხედავად;
- 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.

4. მკურნალობა

ტიპი 1 დიაბეტის მკურნალობის ძირითადი კომპონენტებია: ინსულინი, ვარჯიში და დიაბეტისათვის განსაზღვრული დიეტა.

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

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

გლიკემიის კონტროლის რეკომენდებული მიზანი $HbA1c \leq 7\%$. (III C)

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

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

ჰიპერგლიკემიის მართვის ალგორითმი ტიპი 2 დიაბეტის შემთხვევაში

ამერიკის დიაბეტის ასოციაციისა და დიაბეტის შესწავლის ევროპის ასოციაციის კონსენსუსის მტკიცებულების მიერ შემუშავებულია ტიპი 2 დიაბეტის პირობებში ჰიპერგლიკემიის მართვის ალგორითმი. ალგორითმი (დანართი 4) მოიცავს მტკიცედ დადასტურებულ ძირითად მკურნალობას და ნაკლებად მტკიცედ დადასტურებულ მკურნალობას. (I A)

მტკიცედ დადასტურებული ძირითადი მკურნალობა ტიპი 2 დიაბეტით უმეტესი პაციენტებისათვის მკურნალობის უპირატეს გზადაა მიჩნეული.

I საფეხური - ცხოვრების სტილის მოწესრიგება და მეტფორმინით მკურნალობა მიზნად ისახავს პაციენტის სხეულის მასის ნორმალიზაციას კვებისა და ფიზიკური აქტივობის რეჟიმის კორექციის დახმარებით. ასეთი წარმატებული ცხოვრების სტილის მოწესრიგება მისაღებია ახლად გამოვლენილი ტიპი 2 დიაბეტის შემთხვევაში. აღნიშნული ინტერვენციები ხელს უწყობს გლუკოზის, სისხლის წნევისა და ლიპიდების ნორმალიზებას და მათი შენარჩუნება საჭიროა მედიკამენტური მკურნალობის პროცესშიც. უმეტეს შემთხვევებში ამ ინტერვენციების მეტაბოლური ეფექტი, წონის დაკლების გაძნელების, დაავადების პროგრესირების ან ფაქტორთა კომბინაციის მოქმედებით, ნაკლებად მიიღწევა.

ამდენად, მიზანშეწონილია, ცხოვრების სტილის ინტერვენციებთან ერთდროულად მეტფორმინით მკურნალობის დაწყება. შედარებით დაბალი ფასისა და გლიკემიაზე ზემოქმედების უნარის გამო, მიზანშეწონილია მეტფორმინით მკურნალობის დაწყება, როდესაც არ არის მედიკამენტის მიმართ წინააღმდეგჩვენება.

II საფეხური - მკურნალობის დაწყებიდან 2-3 თვის პერიოდში მყარი ჰიპერგლიკემიის შემთხვევაში ან იმ შემთხვევაში, თუ არ იქნა მიღწეული Hb_{A1c} -ის $<8.0\%$ ზღვარი (დონე), მკურნალობაში უნდა ჩაირთოს მეორე მედიკამენტი, კერძოდ, საჭიროების მიხედვით - ინსულინი ან სულფონილმარდოვანა.

ახლად გამოვლენილი ტიპი 2 დიაბეტით მრავალი პაციენტი ოპტიმალურად ექვემდებარება ორალურ მედიკამენტებს. Hb_{A1c} ხარისხის მიხედვით გარკვეულწილად შეირჩევა გლიკემიის შესამცირებელი შემდგომი ეფექტიანი საშუალება, კერძოდ, როდესაც პაციენტს აღენიშნება $Hb_{A1c} >8.5\%$ ან გამოხატული აქვს ჰიპერგლიკემიის მეორადი სიმპტომები, შესაძლოა დაენიშნოს ინსულინი, ბაზალური ინსულინის (საშუალო ხანგრძლივობის ან პროლონგირებული მოქმედების) სახით.

III საფეხური - თუ ცხოვრების სტილის მოწესრიგება, მეტფორმინი და ბაზალური ინსულინი ვერ აუმჯობესებს გლიკემიის ხარისხს, პაციენტი საჭიროებს ინტენსიურ ინსულინოთერაპიის დაწყებას ან გაძლიერებას. ჩვეულებრივ, საჭირო ხდება ინსულინის დამატებითი ინექციები, შესაძლოა, სწრაფი მოქმედების ინსულინის გამოყენებით. ინსულინის ინექციების დაწყების შემდეგ აღარ უნდა გაგრძელდეს ინსულინის სეკრეციის გამაძლიერებელი მედიკამენტებით მკურნალობა.

არამედიკამენტური მკურნალობა

კვება

კვების მართვა მოიცავს წონის კორექციას, ჯანსაღი კვების გეგმის გაცნობას.

ჯანსაღი კვება კრიტიკული 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 ნორმალიზაციას. მედიკამენტები საჭირო ხდება მოგვიანებით. კოოპერაციის შენარჩუნება წონის შემცირებაში შეიძლება გახდეს ძირითადი პრობლემა.

სახელმძღვანელო კვების შესახებ

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

პაციენტებში ტიპი 2 დიაბეტით, ფიზიკური აქტივობის გაზრდა და მაღალ კალორიული საკვების შეცვლა მაღალ ფიბროზული ნახშირწყლებით, ხშირად იძლევა მდგომარეობის კონტროლის საშუალებას. თუ პაციენტს არ აქვს გამოხატული სიმპტომები, ორალური ჰიპოგლიკემიური საშუალებების დანიშვნამდე საჭიროა, სულ მცირე, 6-8 კვირის განმავლობაში ცხოვრების სტილის მოდიფიკაციის ღონისძიებები. (II) (B)

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.

რეკომენდაცია:

წახალისდეს წონის ნებისმიერი ხარისხის დაკლება. საჭიროა ენერგიის ფარული წყაროს იდენტიფიცირება და შემცირება. მაგ: ალკოჰოლი, ნამცხვრები და ტკბილი სასმელები. მიღებული ენერგიის შემცირება 2000 კკალორიამდე დღეში იწვევს წონის კლებას კვირაში 0,5კგ-ით. (C)

ნახშირწყლები

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

ნახშირწყლების რაოდენობაც და ხარისხიც გავლენას ახდენს სისხლის გლუკოზის დონეზე. ნახშირწყლების რაოდენობას უფრო დიდი ეფექტი აქვს გლიკემიაზე, ვიდრე ხარისხს. ნახშირწყლების ხარისხი ხშირად ფასდება გლიკემიური ინდექსით (სპეციფიკურ ნახშირწყლოვან საკვებზე პოსტპრანდიული გლიკემიური პასუხი).

გლიკემიურ დატვირთვას (გდ) განსაზღვრავს ორივე, ნახშირწყლების რაოდენობა და ხარისხი. გლიკემიური დატვირთვა არის გლიკემიური ინდექსი გამრავლებული ნახშირწყლების რაოდენობაზე გრამებში და გაყოფილი 100-ზე. დაბალი გდ (დღეში 80-ზე ნაკლები) სასურველია დიაბეტით დაავადებულებისათვის. პრაქტიკულად რეკომენდებულია დიაბეტიანმა ყველა კვებაზე მიიღოს ერთი მაღალფიბროზული საკვები დაბალი გლიკემიური ინდექსით. ეს უნდა შეიცავდეს უხეშად დაფქვილ პურს, დაღერდილ შვრიას, 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.

ცხიმები

ცხიმების რაოდენობა უნდა შემცირდეს იმდენად, რომ შეადგენდეს ტოტალური კალორაციის 30%-ზე ნაკლებს. ამას აქვს სასარგებლო გავლენა პლაზმის 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).

ცილები

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

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

ფიზიკური აქტივობა

ფიზიკური აქტივობის გაზრდა აუმჯობესებს მეტაბოლურ კონტროლს დიაბეტიან პაციენტებში. მსუბუქ აერობიკულ ვარჯიშს (მაგ. დღეში 0.5 საათი ენერგიული ნაბიჯით სიარული) აქვს შემდეგი სარგებელი:

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

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, როგორიცაა გულმკერდის ან მუცლის დისკომფორტი ან სინკოპე.

იზომეტრულმა დატვირთვებმა, როგორიცაა მაგ. სიმძიმეების აწევა (მაღალი სიმძიმე იშვიათი გამეორებებით) შეიძლება გამოიწვიოს არტერიული წნევის აწევა, გაზარდოს მინისებრ სხეულში ჰემორაგიის და უცვარი კარდიული შემთხვევების რისკი. მიუხედავად ამისა, პროგრამები, რომლებიც იყენებენ საშუალო წონას ხშირი გამეორებებით, შეიძლება იყოს დიაბეტიანი პაციენტის სავარჯიშო პროგრამის ნაწილი.

- ყველა პაციენტმა, რომელიც იღებს ინსულინს ვარჯიშის წინ, უნდა გაზარდოს ნახშირწყლების მიღება ან შეამციროს ინსულინის დოზა. საჭიროა თან იქონიოს 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 დროებით ხანმოკლე შესვენებებით ტკივილის აღმოცენებისას, რაც აუმჯობესებს ამტანობას ფიზიკური დატვირთვისადმი.
- განსაკუთრებით უნდა გამახვილდეს ყურადღება ტერფების მოვლასა და კომფორტულ, კარგად მორგებულ ფეხსაცმელზე, ვარჯიშის დროს ვასკულური

დაავადებებისას, ნეიროპათიის, წარსულში ფეხის წყლის ან სტრუქტურული დაზიანების არსებობისას. (II) (B)

მედიკამენტური მკურნალობა

ორალური ჰიპოგლიკემიური საშუალებები

მედიკამენტური მკურნალობა არ ცვლის ჯანსაღ კვებას და ფიზიკურ აქტივობას, მაგრამ თუ 6 კვირისა და მეტი ხნის განმავლობაში მკურნალობა ცხოვრების სტილის მოდიფიკაციით მეორე ტიპის დიაბეტით დაავადებულებში წარუმატებელია, უნდა გამოყენებულ იქნას ორალური ჰიპოგლიკემიური საშუალებები. თუ პაციენტი დიაგნოზის დასმისას გამოხატული სიმპტომებითაა ან სისხლში გლუკოზის დონე ძალიან მაღალია (>20 მმოლ/ლ) მედიკამენტური მკურნალობა უნდა დაიწყოს ადრეულ ეტაპზე.

მედიკამენტები ტიპი 2 დიაბეტის დროს ხუთი ძირითადი მიმართულებით მოქმედებს:

- პანკრეასის მიერ ინსულინის გამომუშავების გაზრდა
- ღვიძლიდან გამონთავისუფლებული გლუკოზის შემცირება
- უჯრედთა მგრძნობელობის გაძლიერება ინსულინის მიმართ
- ნაწლავებიდან ნახშირწყლების შეწოვის შემცირება
- კუჭის დაცლის შენელება ნახშირწყლების მონელებისა და წვრილ ნაწლავში მისი შეწოვის შესაკავებლად.

მკურნალობისათვის მედიკამენტთა კომბინაციის ფორმა განისაზღვრება პაციენტის ინდივიდუალური საჭიროებებით.

ორალური ანტიდიაბეტური საშუალებების - ბიგუანიდების (მეტფორმინი), სულფონილმარდოვანას, მეგლიტიდინის (რეპაგლიდინის, ნატეგლინიდინი) და გლიტაზონების (თიაზოლიდინედიონები) კლასის პრეპარატებისა და აკარბოზას მოქმედების მექანიზმები და გვერდითი მოვლენები მოცემულია დანართში 5.

მონოთერაპიის სახით მეტფორმინი, აკარბოზა და გლიტაზონები არ იწვევენ ჰიპოგლიკემიას. მათგან განსხვავებით, სულფონილმარდოვანას ყველა პრეპარატმა შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოგლიკემია.

საჭიროა მკურნალობის დაბალი დოზებით დაწყება და ყოველკვირეულად ან ორ კვირაში ერთხელ დოზის გაზრდა კონტროლის მიღწევამდე.

თუ გრძელდება პაციენტის სხეულის მასის ნორმალიზაცია, ორალური ჰიპოგლიკემიური საშუალებების დოზა შეიძლება შემცირდეს და ზოგჯერ მოიხსნას კიდევ.

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

ინსულინთერაპია

თუ პაციენტი მანიფესტირებული სიმპტომებითაა, საჭიროა ინსულინით მკურნალობა. თუ სიმპტომები არ არის, მაგრამ სისხლში გლუკოზის დონე მუდმივად არის $>7\text{მმოლ/ლ}$, გადაწყვეტილება უფრო რთული მისაღებია. გლიკემიის მიზნების განსაზღვრისას და ინსულინით მკურნალობის განხილვის დროს მხედველობაშია მისაღები 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 საფეხურები ტიპი 2 დიაბეტის დროს (დანართი 6)

პაციენტები ტიპი 2 დიაბეტით, რომლებიც საჭიროებენ ინსულინს - შეიძლება დაენიშნოთ ერთჯერადი დღიური დოზა შუალედური ან ხანგრძლივი მოქმედების ინსულინი ორალურ ჰიპოგლიკემიურ საშუალებებთან 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.

ინსულინის შერჩევა

მოქმედების დაწყების სისწრაფისა და ხანგრძლივობის მიხედვით არსებობს (დანართი 7):

ხანმოკლე მოქმედების ინსულინი

მოქმედების დაწყების სისწრაფისა და ხანგრძლივობის მიხედვით ყველაზე ხანმოკლეა ინსულინის ანალოგები, შემდეგ ადამიანის 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:

ბაზალური ინსულინის პრეპარატების ახალი ანალოგების (ინსულინი დეტემირი, ინსულინი გლარჯინი) შეწოვის 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 ნოვომიქსი) 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 სისხლის გლუკოზის დონე.

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

ინსულინით მკურნალობის რეჟიმი იხილეთ დანართში 8.

ინსულინის მიწოდების ტექნიკა იხილეთ დანართში 9.

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

ჰიპოგლიკემია

ჰიპოგლიკემია შეიძლება განვითარდეს ინსულინის ან სულფონმარდოვანას დოზის გადაჭარბების, ნახშირწყლების არასაკმარისი რაოდენობით მიღების, უჩვეულო ფიზიკური დატვირთვისას. საჭიროა მიზეზების იდენტიფიცირება და ეპიზოდის განხილვა კონსულტირების, პაციენტის განათლების გაძლიერებით, შესაძლოა, მკურნალობის შეცვლის კუთხითაც.

პაციენტებს, ვინც იღებს ინსულინის სეკრეტაგოგებს ან ინსულინს, რომლებიც განსაკუთრებით ცდილობენ მიაღწიონ იდეალურ კონტროლს, მოხუცები, რომლებიც იღებენ ბეტა ბლოკერებს, ან ცხოვრობენ მარტო, 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.

5. პრევენცია

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

ცნობილია, რომ დიაბეტით დაავადებული პაციენტების მესამედის დიაგნოსტიკა მხოლოდ სერიოზული გართულებების განვითარების შემდეგ ხდება. ამდენად დიაბეტზე სკრინინგის ეფექტიანობის შესწავლას და ამის საფუძველზე პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავებას არსებითი მნიშვნელობა აქვს.

სკრინინგის პერიოდულობა და გამოკვლევების სქემა (დანართი 10)

რეკომენდაციები:

- დიაბეტზე სკრინინგი მიზანშეწონილია 55 წლის შემდეგ ასაკის პაციენტებში სამ წელიწადში ერთხელ (D);
- პაციენტებში კარდიოვასკულური ავადობის და/ან დიაბეტის მაღალი რისკით სკრინინგი 45 წლის შემდეგ რეკომენდებულია ყოველწლიურად (C)

6. მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა

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

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 მართვის (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.

თვითმონიტორინგი

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

სისხლის გლუკოზის მონიტორინგი რეკომენდებულია ყველა ტიპი 2 დიაბეტიანი პაციენტისთვის. დაავადების დასაწყისში 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 შესაძლოა ტესტირება კვირაში 1 ან 2 დღეს, საჭიროებისდა მიხედვით.

მონიტორინგი ტიპი 2 დიაბეტის დროს არ არის ისე ინტენსიური, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ირღვევა ნორმალური მიმდინარეობა (მაგ. ინტერკურენტული დაავადება, მედიკამენტების ან დიეტის ცვლილება). იდეალური იქნებოდა სისხლის გლუკოზის გაზომვა ჭამამდე და ჭამის შემდეგ მუდმივად, მაგრამ რაციონალურია სისხლის გლუკოზის გაზომვები დღის სხვადასხვა დროს, 2-3 დღეს 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 საშუალებებზე მყოფ პაციენტებს, უნდა შეეძლოთ „ჰიპო“-ს მდგომარეობის ამოცნობა და მკურნალობა. სისხლის გლუკოზის მონიტორინგი შეიძლება იყოს დამხმარე ინსტრუმენტი.

სამედიცინო მონიტორინგი

რეგულარული მიმდინარე ვიზიტები (დანართი 11) იძლევა დიაბეტის შესახებ პაციენტის ცოდნის დონის ამაღლებას, მისი დამოკიდებულების გამოკვლევის საშუალებას, ზოგადსაქიმიო პრაქტიკაში პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მიერ შემუშავებული პროტოკოლები, საადრიცხო ბარათები და ალგორითმები განაპირობებს პრაქტიკის ექთნის მნიშვნელოვან როლს პაციენტის რუტინულ მეთვალყურეობაში.

რეკომენდაციები შეფასებისა და მკურნალობის საკითხებზე:

- *პრედიკტის შემთხვევაში, საჭიროა სხვა კარდიო-ვასკულური რისკ-ფაქტორების შეფასება და მკურნალობა (B).*
- *დიაბეტის პრევენციის თუ დაავადების განვითარების გადავადების მიზნით, პაციენტებს გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტის (A) ან უზმოზე გლუკოზის (E) დარღვევის შემთხვევაში უნდა ვურჩიოთ 5%-10%-ით წონის დაკლება და ფიზიკური აქტივობის გაზრდა - ყველაზე მცირე 150 წთ კვირაში საშუალო აქტივობა, როგორიცაა ფეხით სიარული. მიმდინარე მეთვალყურეობა აუქმობებს გამოსავლებს (B).*

- დიაბეტის პრევენციასთან ასოცირებული პოტენციური ხარჯების დაზოგვის გამო გადამხდელებმა უნდა გაითვალისწინონ კონსულტირების დაფინანსების საკითხებიც (E).
- მეტფორმინით მკურნალობის საკითხი უნდა იქნას განხილული დიაბეტის ძალიან მაღალი რისკის (გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტის და უზმოზე გლუკოზის დარღვევა) პაციენტში, რომელსაც გააჩნია სხვა რისკ-ფაქტორები, არის მსუქანი და 60 წელზე ნაკლები ასაკის (E).
- პრე-დიაბეტით პაციენტებზე მონიტორინგი, დიაბეტის პრევენციის მიზნით, უნდა განხორციელდეს ყოველწლიურად (E).
- გლიკირებული ჰემოგლობინის (Hemoglobin A1c) დაქვეითება, დაახლოებით 7%-ის ფარგლებში, გვიჩვენებს მიკროვასკულური და ნეიროპათიური გართულებებისა და შესაძლოა, მაკროვასკულური დაავადებების შემცირებას. არაორსულ მოზრდილებში გლიკირებული ჰემოგლობინის (Hemoglobin A1c) სამიზნე მაჩვენებელი არის 7%-ზე ნაკლები (A).
- ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა გვიჩვენეს, რომ შერჩეულ ინდივიდუალურ პაციენტებში, რომელთა გლიკირებული ჰემოგლობინის დონე (Hemoglobin A1c) უახლოვდება, რაც შეიძლება, ნორმალურ მაჩვენებელს (< 6%) მნიშვნელოვანი ჰიპოგლიკემიის გარეშე (ანუ აღნიშნული მაჩვენებლის მცირე ცვლილებაც კი - 7%-დან ნორმალურ დონემდე) მკვეთრად ზრდის სარგებელს (B).
- ბავშვებში, აგრეთვე, პაციენტებში მწვავე ჰიპოგლიკემიების ისტორიით, შეზღუდული სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობით, თანდართული დაავადებების დროს, დიაბეტის ხანგრძლივი მიმდინარეობის შემთხვევაში და მინიმალური ან მიკროვასკულური სტაბილური გართულებების დროს, შესაძლოა, გლიკირებული ჰემოგლობინის სამიზნე დონე (Hemoglobin A1c) შეესაბამებოდეს არც თუ ძალიან მკაცრ მაჩვენებელს (E).
- პრედიაბეტითა და დიაბეტით დაავადების დროს, სასარგებლოა სამედიცინო ნუტრიციული თერაპია იმისათვის, რომ მივაღწიოთ მკურნალობის მიზნებს; სასურველია, თერაპია განხორციელდეს რეგისტრირებულ დიეტოლოგთან, რომელიც კარგად ფლობს დიაბეტურ დიეტოთერაპიის პრინციპებს (B). ესეც უნდა იყოს სახელმწიფოსაგან დაფინანსებული (E).
- სამედიცინო ნუტრიციული თერაპიის სპეციფიური კომპონენტები მოიცავს ენერგეტიკული ბალანსის, ჭარბი წონისა და სიმსუქნის მართვას დიეტით, ფიზიკური აქტივობითა და ქცევის მოდიფიკაციებით (B); პირველად პრევენციას ტიპი 2 დიაბეტის განვითარების მაღალი რისკის პირებში (A); ფიზროზული და მსხვილად დაფქვილი პროდუქტების დანერგვას (B); დიეტური ცხიმების მიღების კონტროლს (რაც გულისხმობს ნაჯერი ცხიმების შეზღუდვას - საერთო კალორიაჟის 7%-ზე ნაკლებს (A) მიღება); ტრანს ცხიმის მიღების მინიმიზებას (E) და კარბოჰიდრატების მიღების მართვას.
- ნახშირწყლების (კარბოჰიდრატების) მიღებაზე მონიტორინგი არის გლიკემიის კონტროლის სტრატეგია, რაც ხორციელდება ნახშირწყლების დათვლით, ჩანაცვლებით, ან გამოცდილებაზე დაფუძნებული გაზომვებით (A). დიაბეტიან პაციენტებში, გლიკემიური ინდექსი და გლიკემიური დატვირთვა უკეთ

გამოიყენება გლიკემიური კონტროლის გაუმჯობესების მიზნით, ვიდრე მხოლოდ საერთო ნახშირწყლების განხილვა (B).

- დიაბეტის თვითმართვის შესახებ განათლება უნდა შევთავაზოთ პაციენტს დიაგნოზის დასმისთანავე და მას შემდეგაც (B), მთავარი - საკუთარი ქცევის შეცვლის თვით-მართვის მიზნით და აგრეთვე, ფსიქო-სოციალური საკითხების გათვალისწინებით (C). იგი უნდა იყოს ანაზღაურებადი (E).
- დიაბეტით დაავადებულმა უნდა განახორციელოს კვირაში 150 წთ ან მეტი, საშუალო ინტენსივობის აერობიკული ფიზიკური აქტივობები (გულის ცემის მაქსიმალური სიხშირის 50%-70%) (A), უკუჩვენების არ არსებობის შემთხვევაში, ტიპი 2 დიაბეტის დროს რეგულარული ტრენინგები 3-ჯერ კვირაში.
- დიაბეტი, უნდა იყოს განხილული შრომითი მოწყობისას (დაქირავების დროს), იგი უნდა ეფუძნებოდეს შესასრულებელი სამუშაოს აღწერილობას, სამედიცინო მდგომარეობას, მკურნალობის რეჟიმს და სამედიცინო ისტორიას.
- პაციენტებისა და კლინიკის ტექნისათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა კლასის ანტიდიაბეტური მედიკამენტები, აღჭურვილობა და სხვა საშუალებები.

უწყვეტი მეთვალყურეობის სისტემები

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

სისტემატური (უწყვეტი) მეთვალყურეობის ხელშესაწყობად რეკომენდებულია:

- **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.
- **გამოძახების სისტემა** - ხელს უწყობს მეთვალყურეობის დაწესებას განსაზღვრული პერიოდულობით.
- **გრაფიკების (ჩანაწერების) ფორმები** - პაციენტების მიერ გაკეთებული შენიშვნების ჩათვლით, რომელიც ასახავს კლინიკურ პარამეტრებსა და ინტერვენციებისა თუ გამოკვლევების საჭიროებას.
- **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 იხილეთ დანართში 12.

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.

მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემები

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

მკურნალობისადმი არასაკმარისი ერთგულება

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

მნიშვნელოვანი წამლების ურთიერთმოქმედება

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

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

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

ჰიპოტენზია (ძირითადად ხანდაზმულები და პაციენტები ავტონომიური ნეიროპათიით):

- ანტიდეპრესანტები, ნიტრატები, ფოსფოდიესტერაზას ინჰიბიტორები

თირკმლის ფუნქციის გაუარესება:

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

ჰიპერკალემია

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

რაბდომიოლიზი:

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

ორსულობა

- გლიკემიის კონტროლი მნიშვნელოვანია ორსულობამდე და ორსულობის პერიოდში.
- ნაჩვენებია სპეციალისტ ენდოკრინოლოგის და მეანის მეთვალყურეობა.
- სადაც შესაძლებელია, დიაბეტიან პაციენტებში ორსულობისა და დიაბეტის მართვა გლიკემიის კარგი კონტროლის მისაღწევად და მოსალოდნელი გართულებების რისკების შესამცირებლად, სასურველია ხდებოდეს მესამეული დონის ინსტიტუტების მიერ.

გესტაციური დიაბეტი

ყველა ორსულს გესტაციის 26-ე და 28-ე კვირას შორის უნდა ჩაუტარდეს გლუკოზისადმი ტოლერანტობის მოდიფიცირებული ტესტი.

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

- ყველა ქალს გესტაციური დიაბეტის ანამნეზით, უნდა ჩაუტარდეს დიაბეტზე ტესტირება, 75 გ ორალური გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტით, მშობიარობიდან 6-8 და 12 კვირის შემდეგ;
- განმეორებითი ტესტი უნდა შესრულდეს ყოველ 1-2 წელიწადში, ქალებში ნორმალური გლუკოზისადმი ტოლერანტობით და შესაძლო ორსულობის პოტენციალით;

- თუ ორსულობა არ იგეგმება, მიმდინარე ტესტირება უნდა ჩატარდეს ყოველ 2 წელიწადში ქალებში გლუკოზისადმი ნორმალური ტოლერანტობით და შესაძლო ორსულობის პოტენციალით, და ყოველ 3 წელიწადში, თუ ორსულობა შეუძლებელია. უფრო ხშირი რე-ტესტირება დამოკიდებულია კლინიკურ მდგომარეობებზე (მაგ. ეთნიკური კუთვნილება, ინსულინით მკურნალობის ანამნეზი ორსულობის დროს, გესტაციური დიაბეტის რეკურენტული ეპიზოდები).

სექსუალური პრობლემები

დიაბეტიანი მამაკაცების 50%-ზე მეტს აღენიშნება ერექციული პრობლემა.

გამოკითხეთ ყოველწლიური შემოწმებისას

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

მნიშვნელოვანია ფსიქოგენური ერექციული იმპოტენციის დიფერენცირება ორგანულისაგან. ჩვეულებრივ დაგვეხმარება გამოკითხვა სპონტანური ერექციების შესახებ ძილის ან არასექსუალური სიტუაციების დროს. ფსიქოგენურ იმპოტენციას ესაჭიროება კონსულტირება და ქცევითი თერაპია, ორგანული იმპოტენცია კი საჭიროებს მხარდამჭერ კონსულტაციას.

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

ავტომატური მართვის უფლება

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

მოგზაურობა

დიაბეტით დაავადებულმა პაციენტებმა მოგზაურობამდე 6 კვირით ადრე უნდა ჩაიტარონ სამედიცინო კონსულტაცია, რათა შეფასდეს დაავადების კონტროლი და საჭიროების შემთხვევაში, მართვის გეგმაში მოხდეს ცვლილებების შეტანა. სასურველია, მოგზაურობის დროს, პაციენტმა თან იქონიოს სამედიცინო ჩანაწერი დიაგნოზის შესახებ, მედიკამენტებით მკურნალობის ჩამონათვალი და დოზები. ადამიანებს, რომლებიც ინსულინზე არ იმყოფებიან, აქვთ მცირე პრობლემები: შესაძლოა შაქრის დონემ სისხლში მცირედ მოიმატოს; ხანგრძლივი ფრენისას უმოძრაოდ ყოფნამ და საკვების ულუფებმა გაზარდონ შაქრის დონე; თუმცა იგი, რეჟიმის აღდგენიდან მალევე, დაუბრუნდება ნორმალურ მაჩვენებლებს.

7. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

”შაქრიანი დიაბეტის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში”

8. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

შაქრიანი დიაბეტის მართვის განხორციელებისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი წარმოდგენილია ქვემოთ ცხრილში.

შაქრიანი 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.

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 დიაბეტიანთა მოვლის სისტემის შექმნის, მართვასა და უზრუნველყოფის საქმეში. ექთანს ხშირად შეუძლია მეტი დროის დათმობა, ვიდრე ამის საშუალება აქვს 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. მარტო 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.

პოდიატრისტი

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

ენდოკრინოლოგი/დიაბეტოლოგი/პედიატრი

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.

ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი ან უბნის ექიმი თერაპევტი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება მიმდინარე მეთვალყურეობა	
ფიზიოთერაპევტი/ვარჯიშის პროფესიონალი	ვარჯიშის ადეკვატური რეჟიმის შერჩევა	
ზოგადი პრაქტიკის ექთანი	რისკის პროფილის შეფასება (მ.შ. ანამნეზი, სიმალლე და სხეულის მასის ინდექსი) დიეტის და სხვა რისკ-ფაქტორების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება	
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	გაიდლაინისა და პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა დანერგვაზე მეთვალყურეობა აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	

მატერიალურ-ტექნიკური		
სიმაღლის მზომი	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
სასწორი	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ოფთალმოსკოპი	თვალის დაზიანების ხარისხის შეფასება	სავალდებულო
გლუკომეტრი	შაქრის კონტროლი	სავალდებულო
უროტესტები	გართულებების რისკის შეფასება	სავალდებულო
ჯანსაღი ცხოვრების წესის თაობაზე პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი
მულტიდისციპლინური გუნდი	დაავადების/გართულებების კონტროლი	სასურველი

შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოსტიკა

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

პაციენტის საწყისი მდგომარეობის შეფასება
დეტალური გამოკვლევები და სპეციფიკური სიმპტომები

ავადმყოფობის ისტორია:	
სპეციფიკური სიმპტომები	<p>პოლიურია</p> <p>პოლიდიფისა</p> <p>პოლიფაგია</p> <p>წონაში დაკლება</p> <p>ნიქტურია</p> <p>საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა</p> <p>შეცვლილი მხედველობა</p> <p>გლუკოზურია</p> <p>ჰიპერგლიკემია</p>
გართულებების რისკი	<p>კარდიოვასკულური დაავადების პერსონალური/ოჯახური ისტორია</p> <p>თამბაქოს მოწევა</p> <p>არტერიული ჰიპერტენზია</p> <p>დისლიპიდემია</p>
ცხოვრების წესი	<p>თამბაქოს მოწევის თავის დანებება</p> <p>ალკოჰოლის მიღების შემცირება ან შეწყვეტა</p> <p>სამუშაო ადგილი - პროფესია</p> <p>კვებისა და ფიზიკური აქტივობის ჩვევები</p>
დიაბეტის მიმართ წინასწარი განწყობა	<p>ასაკი 40 წლის ზევით</p> <p>ოჯახური ისტორია</p> <p>კულტურული ჯგუფი</p> <p>ჭარბი წონა</p> <p>დაბალი ფიზიკური აქტივობა</p> <p>ჰიპერტენზია</p> <p>სამეანო ისტორია დიდი წონის ბავშვით ან გესტაციური დიაბეტით</p> <p>ჰიპერგლიკემიის გამომწვევი მედიკამენტების მიღება</p> <p>ჰემოქრომატოზის პერსონალური/ოჯახური ისტორია</p> <p>აუტოიმუნური დაავადება (პერსონალური/ოჯახური ისტორია მაგ.: ჰიპო ან ჰიპერთირეოიდიზმი)</p>
ზოგადი სიმპტომების მიმოხილვა	<p>კარდიო-ვასკულური სიმპტომები</p> <p>ნევროლოგიური სიმპტომები</p> <p>შარდვა და სექსუალური ფუნქციები</p> <p>ფეხებისა და ფრჩხილების პრობლემები</p> <p>რეკურენტული ინფექციები (განსაკუთრებით საშარდე გზებისა და კანის)</p>

პაციენტის გასინჯვა - კლინიკური ნიშნები	
წონა/წელის გარშემოწერილობა	სხეულის მასის ინდექსის განსაზღვრა (BMI) წელის გარშემოწერილობის განსაზღვრა
კარდიო-ვასკულური სისტემა	არტერიული წნევის გაზომვა ვერტიკალურ და ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში კისრისა და მუცლის სისხლძარღვები
თვალი	მხედველობის სიმახვილე (კორექციით) კატარაქტა რეტინოპათია (ფუნდოსკოპიით)
ტერფები	მგრძნობელობა და ცირკულაცია კანის მდგომარეობა ზეწოლის ადგილები თითებში 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: პლაზმის კრეატინინი, მიკროალბუმინურია ლიპიდები: LDL-C, HDL- C, საერთო ქოლესტერინი, ტრიგლიცერიდები გლიკემია: გლიკირებული ჰემოგლობინი (HbA1c)
სხვა გამოკვლევები	ეკგ ყოველ ორ წელიწადში, თუ ასაკი აღემატება 50 წელს ან თუნდაც სულ მცირე ერთი ვასკულური რისკ- ფაქტორის არსებობის შემთხვევაში; მიკროურინული ტესტი მაღალი რისკის შემთხვევაში (ქალი, ნეიროპათია, ვაგინური სანთლები); თიროიდული ტესტები ოჯახური ანამნეზისას და კლინიკურად ეჭვის მიტანის შემთხვევაში

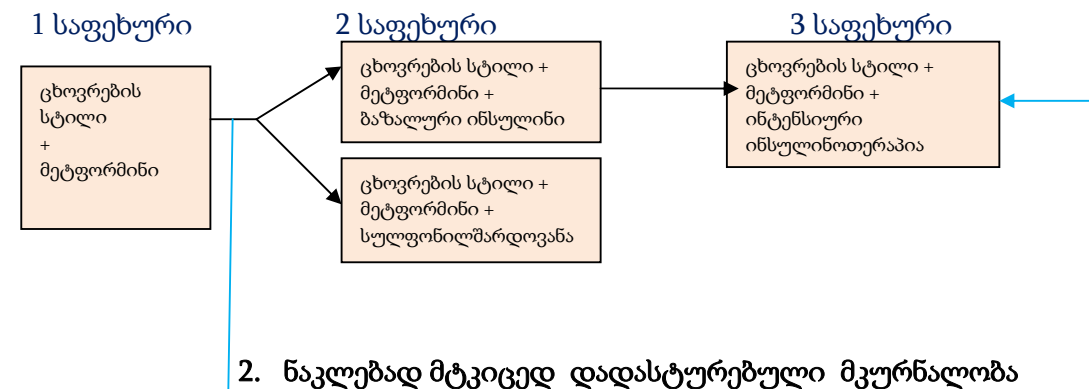
შაქრიანი დიაბეტის გართულებები

გართულებები	დახასიათება
ვასკულური გართულებები	უმეტესად ტიპი 1 დიაბეტის დროს მაღალია მიკროვასკულური გართულებების რისკი. თუმცა იზრდება მაკრო-ვასკულური გართულებების რისკიც.
ნეიროპათია	პერიფერიული ნეიროპათია დიაბეტის დროს ყველაზე მეტად აზიანებს ქვედა კიდურების მგმნობიარე და მოტორულ ნერვებს. ადრეული კლინიკური გამოვლინებებია პარესთეზიები (ზოგჯერ მტკივნეული), ტკივილის და შემუშებითი მგრძნობელობის შემცირება და მცესთა ღრმა რეფლექსების შესუსტება.
არტერიული ჰიპერტენზია	ჰიპერტენზიის არსებობა, დიაბეტთან პაციენტებში, დამოუკიდებელი ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორია მაკრო-ვასკულური დაავადებების (კორონარული, ცერებრალური და პერიფერიული სისხლძარღვების), რეტინოპათიისა და ნეფროპათიის განვითარებისათვის.
დისლიპიდემია	დისლიპიდემია, ჩვეულებრივ, გავრცელებულია დიაბეტთან პაციენტებში და წარმოადგენს დიაბეტის მაკროვასკულური გართულებების დამოუკიდებელ რისკ-ფაქტორს. ხშირად ცუდი კონტროლის, მდგრადი ჰიპერგლიკემიის შედეგია ჰიპერტრიგლიცერიდემია.
თირკმლის დაზიანება	პროტეინურია დიაბეტური ნეფროპათიის დამახასიათებელი ნიშანია, რომლის აღმოჩენა დიაბეტთან პაციენტებში ხშირად ხდება რუტინული შემოწმების დროს. პროტეინურიის დაწყების დრო და მისი შემცველობის მატება, ვარიაბელურია. თუ კლინიკური პროტეინურია გაჩნდა (პოზიტიური ტესტი, >500 მგ/ლ პროტეინი უხეშად ექვივალენტურია 300 მგ/ლ ალბუმინისა), სავარაუდოა, თირკმლის პროგრესული დაზიანება. თირკმლის ფუნქციის გაუარესებას აჩქარებს ჰიპერტენზია, გლიკემიის კონტროლის ეფექტი უკვე დაზიანებულ თირკმელზე ნათელი არ არის. მიუხედავად ამისა, პაციენტებში თირკმლის დაზიანების გარეშე ან მიკროალბუმინურიით, გლიკემიის იდეალური კონტროლი შეაფერხებს პროცესის დაწყებას ან მის პროგრესს. (II)
თვალის დაზიანება	დიაბეტთან პაციენტები იმყოფებიან თვალის ზოგიერთი გართულების განვითარების გაზრდილი რისკის ქვეშ. ყველა პაციენტი უნდა იყოს კონსულტირებული ოფთალმოლოგის ან ოპტომეტრისტის მიერ დიაგნოზის დასმისთანავე. ვითარდება რეტინოპათიური ცდომა. ბუნდოვანი მხედველობა ცუდად ემორჩილება პინჰოლ-ტესტით რეტინოპათიური ცდომის კორექციას და იგი უნდა მოხდეს სისხლში გლუკოზის დონის სტაბილიზაციის შემდეგ. კატარაქტა ნაადრევად ვითარდება დიაბეტით დაავადებულებში, როს გამოც პაციენტებს აღენიშნებათ ბუნდოვანი მხედველობა, კაშკაშა სინათლის აუტანლობა და ნაწილობრივ,

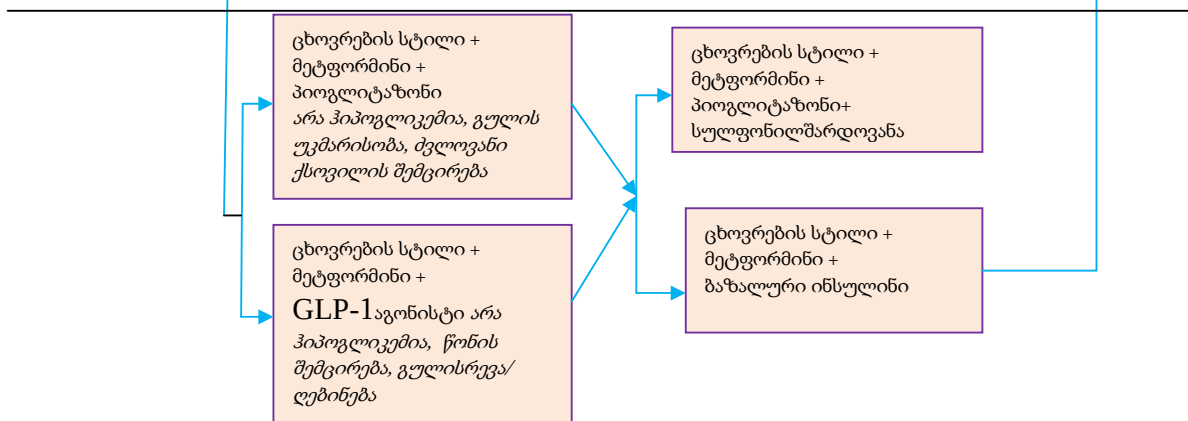
	<p>დამის მხედველობის პრობლემები. ფერების ინტერპრეტაცია გაძნელებულია. კლინიკურად სინათლის რეფლექსი შემცირებულია და ფსკერი ძნელად ვიზუალიზდება.</p> <p>რეტინოპათია ბადურას მიკრო-სისხლძარღვოვანი დაავადების შედეგია. მხედველობის სიმახვილის შემცირებას, რომელიც არ კორეგირდება პინჰოლ-ტესტით, შეიძლება გამოწვეული იყოს რეტინოპათიით.</p> <p>მაკულოპათია რთულად ოფთალმოსკოპირდება, მაგრამ დიაბეტიანებში მხედველობის დაკარგვის ყველაზე ხშირი მიზეზია.</p>
წყლულები	<p>ულცერაციის ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციაა პლანტარული ზედაპირი მეტატარხალური ძვლის ქვეშ. თავიდან დაზიანების ადგილზე ვითარდება სისხლჩაქცევა ეპიდერმისის ქვეშ, შემდეგ იჭრება ინფექცია, მფარავი კანი ნეკროზდება, იფარება ფუფხით, რომლის მოცილების შემდეგ ვითარდება წყლული. გართულებებია - ცელულიტი, არტერიების თრომბული ოკლუზია და განგრენა.</p> <p>თუ სახეზეა ვასკულური დაავადება, ტერფზე ქირურგიულმა ინტერვენციებმა შეიძლება გამოიწვიოს ცუდი შეხორცელები, დაწყლულება და უარეს შემთხვევაში განგრენა. (II)</p>

ჰიპერგლიკემიის მართვის ალგორითმი ტიპი 2 დიაბეტის შემთხვევაში

1. მტკიცედ დადასტურებული ძირითადი მკურნალობა



2. ნაკლებად მტკიცედ დადასტურებული მკურნალობა



ანტიდიაბეტური ორალური საშუალებები

ორალური მედიკამენტები	მოქმედება
მეტფორმინი	<p>ბიგუანიდების კლასის წარმომადგენელი - მეტფორმინი არჩევის პირველი რიგის პრეპარატია დიაბეტით დაავადებულეებში. ის ამცირებს ღვიძლის მიერ გლუკოზის პროდუქციას და ინსულინრეზისტენტობას. მეტფორმინმა გამოავლინა დიაბეტთან დაკავშირებული ავადობის და სიკვდილობის რისკის შემცირება ჭარბი წონის პაციენტებში. მეტფორმინი არ ზრდის ინსულინის კონცენტრაციას და ამდენად, არ იწვევს ჰიპოგლიკემიას. მისი გამოყენება შეიძლება სხვა ორალურ საშუალებებთან და ინსულინთან კომბინაციაშიც. თირკმლის დაზიანება მეტფორმინის აბსოლუტური უკუჩვენებაა. მეტფორმინი სიფრთხილით უნდა იქნეს გამოყენებული გულის ან ღვიძლის დაავადებების დროს და ალკოჰოლის ჭარბ მომხმარებლებში. კვლევებით გამოვლინდა, რომ მეტფორმინი ამცირებს გართულებებს: გულის და თირკმლის დაავადებებს, სიბრმავეს.</p> <p>გვერდითი ეფექტები:</p> <p>ანორექსია, გულისრევა, ღებინება, დიარეა, მეტეორიზმი, (თუ არის ღვიძლის, თირკმლის ან კარდიოვასკულური დაავადებები)</p>
სულფონილმარდოვანას პრეპარატები	<p>სულფონილმარდოვანას პრეპარატები ააქტიურებენ ინსულინის სეკრეციას და შეიძლება გამოყენებულ იქნას დიაბეტთან პაციენტებში ცხოვრების ჯანსაღი წესით და მეტფორმინით მკურნალობის შემდეგ. ისინი სწრაფად სწევენ დაბლა სისხლის შაქრის დონეს და ახასიათებთ ჰიპოგლიკემიის განვითარების რისკი.</p> <p>გვერდითი ეფექტები:</p> <p>წონის მომატება, სიმპტომური ჰიპოგლიკემია, ანორექსია, გულისრევა, დიარეა, კანზე გამონაყარი, იშვიათად სისხლის ცვლილებები</p>
რეპაგლინიდი	<p>რეპაგლიდინი (და ნატეგლინიდინი) მეგლიტიდინის კლასის წარმომადგენელია და იწვევს პანკრეასში ინსულინის სეკრეციის სწრაფ, გარდამავალ მომატებას. სულფონილმარდოვანას პრეპარატებიდან განსხვავებით, რომლებიც ხანგრძლივად რჩება ორგანიზმში, რეპაგლიდინი ხანმოკლე მოქმედებისაა, მოქმედების პიკით ერთი საათის განმავლობაში. ამდენად, ის დღეში სამჯერ ინიშნება. სულფონილმარდოვანასთან შედარებით ნაკლები სიხშირით იძლევა ჰიპოგლიკემიას. ის შესაძლოა, გამოყენებული იყოს მონოთერაპიის მიზნით ან მეტფორმინთან ერთად პოსტპრანდიული ჰიპერგლიკემიის კონტროლისათვის. არ შეიძლება მისი კომბინაცია სულფონილმარდოვანას პრეპარატებთან. მეგლიტიდინის კლასის პრეპარატები შედარებით უსაფრთხოა თირკმლის ფუნქციის დარღვევისას.</p> <p>გვერდითი ეფექტები:</p> <p>სიმპტომური ჰიპოგლიკემია, გულისრევა, დიარეა, ყაზიობა, კანზე გამონაყარი, ღვიძლის ფუნქციური ტესტების გაუარესება(იშვიათად), ჰეპატიტი და/ან სიყვიითლე.</p>
გლიტაზონები	<p>გლიტაზონები (თიაზოლიდინედიონები) ორალური ჰიპოგლიკემიური საშუალებების სხვა კლასის წარმომადგენელია და ამცირებს ინსულინრეზისტენტობას. ჰიპოგლიტაზონი და როზიგლიტაზონი აუმჯობესებს სამიზნე უჯრედების მგრძნობელობას ინსულინზე, ზრდის</p>

	<p>კუნთოვანი და ცხიმის უჯრედების სენსიტიურობას ინსულინის მიმართ. გლიტაზონების წინააღმდეგ ჩვენებაა ღვიძლისა და გულის პათოლოგია. ამ პრეპარატებით მკურნალობის პირველი წლის განმავლობაში, ყოველ ორ თვეში პაციენტს ენიშნება სისხლის ანალიზი ღვიძლის ფუნქციაზე. თუ რომელიმე პარამეტრი სამჯერადად იქნა შეცვლილი, პრეპარატი იხსნება. გლიტაზონებით მკურნალობისას სითხის შეკავება შესაძლოა კავშირში იყოს გულის მოვლენებთან (განდევნის ფრაქცია 40%-ზე ნაკლები). გლიტაზონების გვერდით მოქმედებაზე უახლესი კვლევებით ვლინდება გულის მყარი მოვლენები, კერძოდ, გულის მწვავე შეტევები. ბოლო ხანებში გაჩნდა მოსაზრება ამ პრეპარატებით მკურნალობისას, კიდურების ძვლების ხშირი მოტეხილობის შესახებ. თუმცა, დღეისათვის მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების მტკიცებულებისათვის არ არის საკმარისი მასალა. მნიშვნელოვანი პერსპექტივები ჩნდება გლიტაზონების გამოყენების გაფართოების მხრივ მათი პოზიტიური ზემოქმედების გამო ქოლესტერინზე. ამ პრეპარატით მკურნალობის შესწავლის პროცესში გამოვლინდა HDL (კარგი ქოლესტერინის) მომატება და ტრიგლიცერიდების დაქვეითება. გლიტაზონები შეიძლება გამოყენებულ იქნას ინსულინთან ან ორალურ საშუალებებთან ერთად. სულფონილმარდოვანას პრეპარატებით მკურნალობის დროს საჭიროა სპეციალური მეთვალყურეობა, უპირატესად ხანდაზმულებში, რომ არ განვითარდეს ჰიპოგლიკემია.</p> <p>გვერდითი ეფექტები:</p> <p>კანქვეშა ცხიმის ან/და სითხის მომატება, ჰემოგლობინის დონის შემცირება, დსლ-ქოლესტერინის მომატება(როზიგლიტაზონი), ღვიძლის ფუნქციური ტესტების შეცვლა</p>
<p>აკარბოზა</p>	<p>ნახშირწყლების შეწოვისას ნაწლავებიდან, წინ უძღვის მათი დაშლა შესაბამისი ფერმენტების ზემოქმედებით. ერთ-ერთი ასეთი ფერმენტის - ალფა გლუკოზიდაზას ინჰიბიციას უზრუნველყოფს პრეპარატების კლასი, რომლის წარმომადგენელია აკარბოზა. გამოიყენება, როდესაც სისხლში გლუკოზის დონე ჰამის შემდეგ, მიუხედავად დიეტური მოდიფიკაციისა, რჩება მაღალი. აკარბოზა უნდა იქნეს მიღებული საკვების მიღების დაწყებისთანავე თანდათანობით, რათა თავიდან იქნას აცილებული აბდომინალური დისკომფორტი. აკარბოზას მოქმედება არ არის ისეთივე ეფექტიანი, როგორც სხვა ჰიპოგლიკემიური საშუალებებისა. მისი მოქმედება ძირითადად დამატებითაა სხვა პრეპარატებთან კომბინაციაში, კლინიკური კვლევებით უკეთესი შედეგები იქნა მიღებული მისი სულფონილმარდოვანასთან კომბინაციაში გამოყენებისას. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ მნიშვნელოვანი გვერდითი მოვლენების გამო, აკარბოზა ინიშნება დაბალი დოზებით. პაციენტის მხრიდან ტოლერანტობის შესაბამისად ხდება დოზის თანდათანობით მომატებით.</p> <p>გვერდითი ეფექტები:</p> <p>მეტეორიზმი და აბდომინური დისკომფორტი, გლუკოზის გარდა სხვა ნახშირწყლებზე პასუხის არარსებობა ჰიპოგლიკემიის დროს (იშვიათად), ღვიძლის პათოლოგია</p>

ორალური ჰიპოგლიკემიური საშუალებების დანიშვნა

ქიმიური დასახელება	ტაბლეტის დოზა	დღიური დოზა	საშუალო ხანგრძლივობა	სიხშირე დრო/დღე	დანიშვნა დრო/დღე
Acarbose	50/100მგ	150/300მგ	3სთ	3	საკვებთან ერთად
Glibenclamide	5მგ	2,5-20მგ	18-24სთ	1-2	საკვებთან ერთად
Gliclazide	30მგ 80მგ	30-120 40-320	>4სთ 18-24	1 1-2	საკვებთან ერთად
Glimepiride	1/2/3/4მგ	1-4მგ	>24სთ	1	საკვებთან ერთად
Glipizide	5მგ	2,4-40მგ	16-24სთ	1-2	საკვებთან ერთად
Metformin	0,5მგ 0,5/0,85/1,0გ ან 0,5/0,85	0,5-2,0გ 0,5-3,0გ	24სთ 12სთ	1 2-3	საკვებთან ერთად ან შემდეგ
Metformin/ Glibenclamide	250/1,25მგ 500/2,5მგ 500/5მგ	20/200მგ-მდე	18-24სთ	2-3	საკვებთან ერთად
Metformin/ rosiglitazone	500/2მგ 500/4მგ	1000/2მგ 1000/4მგ	12-24სთ	2	საკვებთან ერთად
Pioglitazone	15მგ 30მგ 45მგ	15-45მგ	24სთ	1	საკვების მიღებისაგან დამოუკიდებლად
Repaglinidine	0,5/1/2მგ	1,5-16მგ	2-3სთ	1-3	უშუალოდ ჭამის წინ, ან საკვებთან ერთად
Rosiglitazone	4/8მგ	4/8მგ	24სთ	1-2	საკვების მიღებისაგან დამოუკიდებლად

ინსულინით მკურნალობის საფეხურები ტიპი 2 დიაბეტის დროს

საფეხური 1.	დაზუსტეს, რომ დიეტა, ფიზიკური აქტივობა და ორალური მედიკამენტური მკურნალობა შესაფერისია და სხვა გამამწვავებელ სამედიცინო გარემოებებს არა აქვს ადგილი	
საფეხური 2.	გადაწყდეს ინსულინის დრო და ტიპი	
დილით სისხლის გლუკოზა	საღამოს სისხლის გლუკოზა	დანიშნულება
მაღალი	კარგი	საღამოს იზოფანი
კარგი	მაღალი	დილით იზოფანი
მაღალი	მაღალი	ორჯერ დღეში იზოფანი
საფეხური 3.	შეირჩეს დოზა:	„დაიწყე დაბალი დოზით და გააგრძელე ნელა“ (მაგ.: 10 ერთ იზოფანი)
	ერთჯერადი დოზა	დილით ან საღამოს
	უფრო დაბალი დოზა შეიძლება საჭირო იყოს ხანდაზმულებში, აქტიურ და გამხდარ პაციენტებში, უფრო მაღალი ჭარბი წონის და არააქტიურ პაციენტებში.	
საფეხური 4.	<p>დარეგულირდეს დოზა.</p> <p>დოზის შეცვლა 10-20% -ით და 2-4 დღის ინტერვალით.</p> <p>შესაძლოა, საჭირო გახდეს შერეული ინსულინის დანიშვნა.</p>	

ინსულინის ტიპები

ტიპი	მოქმედების დაწყება	პიკური მოქმედება	მოქმედების ხანგრძლივობა	საფირმო დასახელება	ზუნება
ულტრაზანმოკლე მოქმედების * Insulin lispro Insulin aspart	5-10 წთ	30-90 წთ	2-4 სთ	Humalog NovoRapid	ანალოგი ანალოგი
ხანმოკლე აქტივობის პიკი Nautral	30 წთ	1-2 სთ	4-6 სთ	Actrapid Humulin R	ადამიანის ადამიანის
შუალედური აქტივობის Isophane	2 სთ	3-6 სთ	18-24 სთ	Humulin NPH Protaphane	ადამიანის ადამიანის
გახანგრძლივებული 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 პირველი ტიპის 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 რეჟიმები

ინსულინთერაპია	მკურნალობის რეჟიმი
მრავლობითი ინექციები ანუ ბაზალური ბოლუს თერაპია	<ul style="list-style-type: none"> 0 ხანმოკლე ან სწრაფი მოქმედების ინსულინი მიიღება ჭამის წინ, ხოლო გახანგრძლივებული მოქმედების ინსულინის მიღება ხდება ძილის წინ; 0 აღნიშნული თერაპია ძალიან მსგავსი უნდა იყოს ფიზიოლოგიურად ნორმალური ინსულინის სეკრეციისა; 0 საჭიროა საკვების მიღების დროისა და ფიზიკური დატვირთვის მოქნილი რეჟიმი შესაბამისად; 0 წახემსებას, ძირითად კვებებს შორის, უფრო მეტად საჭიროებს ხანმოკლე მოქმედების ინსულინი, ვიდრე სწრაფი მოქმედების ინსულინი; 0 სწრაფი მოქმედების ინსულინი, უნდა მიიღოს არა ჭამამდე 30 წთ-ით ადრე, არამედ მიიღოს საკვების მიღებისთანავე.
ინსულინთერაპია ორჯერ დღეში რეჟიმით:	<ul style="list-style-type: none"> 0 წინასწარ შერეული (პრემიქს) ხანმოკლე და შუალედური მოქმედების ინსულინი უნდა გაუკეთდეს პაციენტს დილით, საუზმის წინ და საღამოს, ვახშმის წინ. 0 ჩვეულებრივ, შერევა ხდება პროპორციით - 30% ხანმოკლე მოქმედების ინსულინისა და 70% შუალედური მოქმედების ინსულინისა. პაციენტს, დილით, საუზმის დროს უკეთდება საერთო დოზის 2/3; 0 აღნიშნული რეჟიმის გამოყენება მიზანშეწონილია პაციენტებში, რომელთაც არ სურთ ხშირი ინექციების კეთება; 0 რეგულარული კვება და წახემსება საჭიროა, რათა თავიდან ავიცილოთ დღის ჰიპოგლიკემია. ხშირია, ნიქტურული ჰიპოგლიკემია.
ინსულინთერაპია სამჯერ დღეში რეჟიმით:	<ul style="list-style-type: none"> 0 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. 0 აღნიშნული რეჟიმი შესაძლოა განიხილოთ იმ შემთხვევაში, თუკი დღეში ორჯერადი ინსულინთერაპიის ფონზე ვერ მიაღწიეთ კონტროლს ან პაციენტს აღნიშნება ხშირი ნიქტურული ჰიპოგლიკემია.

<p>გახანგრძლივებული მოქმედების ადამიანის ინსულინის ანალოგების (Insulin glargine, Insulin detemir) როლი</p>	<p>Insulin glargine (Lantus) და Insulin detemir (Levemir) - ბაზალური ინსულინის ანალოგებს გააჩნიათ უფრო პროგნოზირებადი ფარმაკოდინამიკური პროფილი, ვიდრე შუალედური მოქმედების ინსულინის. 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> o აქვთ შუალედური მოქმედების ინსულინის ფონზე განვითარებული ხშირი ნოქტურული ჰიპოგლიკემია; o უზმოზე სისხლის გლუკოზის მაღალი დონე, შუალედური მოქმედების ინსულინის მაქსიმალური დოზების გამოყენების მიუხედავად; o სისხლის გლუკოზის არასტაბილური კონტროლი სტანდარტული ინსულინთერაპიის ფონზე. <p>Insulin detemir ხასიათდება ჰიპოგლიკემიის ნაკლები რისკით Insulin glargine და შუალედური მოქმედების ინსულინთან შედარებით. თუმცა, პაციენტებს Insulin detemir ხშირად ესაჭიროებათ 2-ჯერ დღეში, როცა Insulin glargine საკმარისია 1-ჯერ დღეში.</p>
<p>ინსულინით უწყვეტი კანქვეშა ინფუზია</p>	<p>ინსულინით უწყვეტი კანქვეშა ინფუზიითერაპია რეკომენდებულია ტიპის დიაბეტიან პაციენტებში, როცა:</p> <ul style="list-style-type: none"> o 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 o პაციენტს გააჩნია სათანადო პასუხისმგებლობა და კომპეტენცია, გამოიყენოს მკურნალობის აღნიშნული მეთოდი ეფექტურად. o დიაბეტის ინტენსიური კონტროლი ახდენს მიკროვასკულურ და ნეიროპათიური გართულებების პრევენციას პირველი ტიპის 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.

ინსულინის მიწოდება

ინექციის ტექნიკა	<p>ნემსის ჩხვლეტის სიღრმე ზეგავლენას ახდენს ინსულინის შეწოვაზე:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 დერმაში ნემსის მოხვედრა იწვევს ტკივილს და შეწოვის დაქვეითებას; 0 კუნთებში ღრმა ინექცია იწვევს ტკივილს და უფრო სწრაფ შეწოვას; 0 5-8 მმ ნემსის შეყვანა არის პაციენტთა უმრავლესობისათვის შესაფერისი - თუმცა ძალიან გამხდარ პაციენტებში უნდა მოერიდოთ გრძელი ნემსების გამოყენებას; 0 ინსულინი უნდა იქნეს შეყვანილი 5-6 წამის განმავლობაში.
ინექციის ადგილი	<p>ინექცია კეთდება კანქვეშ</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 მუცლის კედელი: ყველაზე სწრაფი და თანაბარი შეწოვა; 0 ფეხები და დუნდულოს არე: ყველაზე დაბალი შეწოვა (თუ არ ვარჯიშობს) მოსახერხებელია; 0 მხარი: არ არის რეკომენდებული.
სხვა ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ ინსულინის შეწოვაზე	<ul style="list-style-type: none"> 0 თამბაქოს მოწევა, რომელიც ამცირებს შეწოვას 0 კანის ტემპერატურის მომატება (ვარჯიშის ან ცხელი აბაზანა), რომელიც ზრდის შეწოვას.
ინსულინით ინექციის გართულებები	<p>შესაძლოა გამოიწვიოს კანის ცვლილებები (ატროფია და ცხიმოვანი ჰიპერტროფია). ინექციის ინფიცირების რისკი ძალიან დაბალია.</p>

დიაბეტზე სკრინინგის პერიოდულობა და გამოკვლევების გეგმა

ვის აქვს ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის მაღალი რისკი?	ინტერვენცია	ინტერვალი	წყარო
<p>მომატებული რისკი</p> <ul style="list-style-type: none"> o ასაკი >55 o ანამნეზში გესტაციური დიაბეტი o 45 წლის ზემოთ პირები, რომელთა პირველი რიგის ნათესავებს აქვთ დიაბეტი 	უზმოზე სისხლში გლუკოზა	3 წელიწადში ერთხელ	III(D)
<p>მაღალი რისკი</p> <ul style="list-style-type: none"> o გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესება ან უზმოზე გლუკოზის გაუარესება (impaired fasting glucose) o 45 წლის ზემოთ პაციენტები ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთი ან რამოდენიმე რისკ-ფაქტორით: <ul style="list-style-type: none"> - სიმსუქნე (სმ$\geq$30), მუცლის გარშემოწერილობა ქალებში>88სმ-ზე, მამაკაცებში>102 სმ-ზე; - ჰიპერტენზია (არტ. წნევა>გწყ. სვ 135 მმ) o პაციენტები გულ-სისხლძარღვთა დაავადების დიაგნოზით o ჭარბი წონის ქალები საკვერცხის პოლიკისტოზით 	უზმოზე სისხლში გლუკოზა	12 თვეში ერთხელ	III(C)
<p>პაციენტები</p> <ul style="list-style-type: none"> • პრე-დიაბეტით (გესტაციური დიაბეტი, გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესება, უზმოზე გლუკოზის გაუარესება) <p>იდენტიფიცირებადი რისკ ფაქტორებით (სკრინინგისას ტესტი უარყოფითია)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • რჩევა უცხიმო დიეტის, წონაში დაკლებისა და ვარჯიშის შესახებ; • საჭიროების შემთხვევაში ვარჯიშის პროგრამებში პაციენტის ჩართვა ან მიმართვა დიეტოლოგთან. 		

რეგულარული მიმდინარე ვიზიტები

ვიზიტი	რეგულარული მონიტორინგი
<p>კონტროლის მიღწევის შემდეგ, რუტინულ ვიზიტზე უნდა შეფასდეს:</p>	<p>ანამნეზი:</p> <ul style="list-style-type: none"> o თამბაქოს მოწევის სტატუსი o კვების ნიმუში o ალკოჰოლის მიღება o ფიზიკური აქტივობის პროფილი o სახლში პაციენტის ტესტირებისა და ხარისხის კონტროლის შედეგები o ფეხების სიმპტომები <p>გასინჯვა:</p> <ul style="list-style-type: none"> o სხეულის მასა/წელის გარშემოწერილობა o სიმაღლე (ბავშვები და მოზარდები) o სისხლის წნევა o ფეხების გასინჯვა ახალი სიმპტომების ან რისკის დროს (მაგ. ნეიროპათია, პერიფერიული ვასკულური დაავადებები). <p>გამოკვლევები:</p> <ul style="list-style-type: none"> o გლიკირებული ჰემოგლობინი (HbA1c), 3 თვეში ერთხელ, სულ მცირე, 6 თვეში ერთხელ o 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.
<p>კვარტალური შემოწმება</p>	<ul style="list-style-type: none"> o თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა o სხეულის წონა, არტერიული წნევა o სიმპტომების შეფასება o თვითმონიტორინგის შეფასება
<p>ყოველწლიური შემოწმება</p>	<ul style="list-style-type: none"> o მართვის მიზნების გადასინჯვა o იმუნიზაციის განრიგების განახლება o დიაბეტური გართულებების შემოწმება

	<ul style="list-style-type: none"> o სპეციალისტთან მიმართვის საჭიროების განხილვა წლიური შემოწმების დროს საჭიროა: o უფრო დეტალური შეფასება o პრიორიტეტული პრობლემების განახლებული ჩამონათვალის შემუშავება o ამოცანების გადახედვა და მართვისთვის ღონისძიებების დასახვა o კვებითი გეგმის, ცხოვრების სტილის, თვით-მონიტორინგისა და მკურნალობის საკითხების გადახედვა. o სისხლძარღვთა, თირკმლის, თვალის, ნერვული სისტემისა და პოდიატრიული პრობლემების სერიოზული მიმოხილვა. <p>სრული ფიზიკური შეფასება:</p> <ul style="list-style-type: none"> o კარდიო-ვასკულური სისტემა o პერიფერიული ნერვული სისტემა o თვალები o ფეხები o იმუნიზაცია (გრიპი, პნევმოკოკური ინფექციის საწინააღმდეგო, ტეტანუსი) <p>გამოკვლევები:</p> <ul style="list-style-type: none"> o ლიპიდები - ტრიგლიცერიდები, მსლ-ქოლესტერინი, დსლ-ქოლესტერინი და საერთო ქოლესტერინი o თირკმლები - მიკროალბუმინურია და პლაზმის კრეატინინი
--	--

**დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებზე მეთვალყურეობის განხორციელების
მინიმალური პაკეტი გულისხმობს:**

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

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

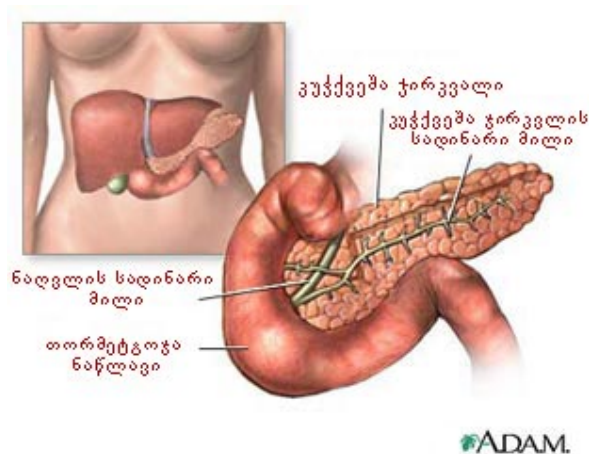
რისკ-ფაქტორები	ოპტიმალური	მოსაზღვრე	ცუდი
გლუკოზის დონე პლაზმაში			
ჭამამდე (მმოლ/ლ)	4,4-6,1	6,2-7,8	> 7,8
ჭამის შემდეგ (მმოლ/ლ)	4,4-8,0	8,1-10,0	> 10,0
Hemoglobin A1c (%)*	< 6,5	6,5 – 7,5	> 7,5
შარდის გლუკოზა (%)	0	0-0,5	> 0,5
საერთო ქოლესტერინი	> 4,0	4,0-6,5	> 6,5
მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინ ქოლესტერინი	< 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

შაქრიანი დიაბეტის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

ინფორმაცია პაციენტებისათვის



შესავალი

უძველეს დროში ბერძენი ექიმები ამ დაავადებას „დიაბეტს“ უწოდებდნენ, რაც „შადრევანს“ ნიშნავს, რადგან ამ დაავადების მქონე ადამიანებს ხშირი შარდვა ახასიათებთ.

შაქრიანი დიაბეტი აღწერილი ცნობილი იყო ჯერ კიდევ 1700 წელს ჩვენს ერამდე ძველ ეგვიპტეში. მე-19 საუკუნის მიწურულს ექიმებმა ჩაატარეს ექსპერიმენტი - ამოკვეთეს ძალს კუჭქვეშა ჯირკვავალი, რის შემდეგაც ძალს განუვითარდა შაქრიანი დიაბეტი. 1921 წელს ტორონტოში ორმა ახალგაზრდა ექიმმა (ბანტინგი, ბესტი) და სტუდენტმა შესძლეს გამოეყოთ ძალის კუჭქვეშა ჯირკვლიდან ინსულინი, ხოლო 1922 წლის იანვრიდან შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულმა პირველმა პაციენტმა დაიწყო ინსულინის ინექციები, რამაც მას სიცოცხლე შეუნარჩუნა. ორი წლის შემდეგ პორტუგალიელმა ექიმმა დაასკვნა, რომ დიაბეტი არა მხოლოდ დაავადებაა, არამედ ცხოვრების განსაკუთრებული წესია და ავადმყოფებს უნდა ჰქონდეთ გარკვეული ცოდნა საკუთარი დაავადების შესახებ. სწორედ მაშინ წარმოიშვა შაქრიანი დიაბეტის პირველი სკოლა პაციენტთათვის.

დიაბეტიანი პაციენტის განათლება

დიაბეტიანი პაციენტის განათლების აუცილებლობა დღეისათვის ეჭვს აღარ იწვევს. შაქრიანი დიაბეტი წარმოადგენს ქრონიკული დაავადების კლასიკურ მოდელს. სტაბილური კომპენსაციის მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტსა და ექიმს შორის არსებობს მუდმივი მჭიდრო ურთიერთკავშირი, ამიტომ პაციენტის განათლებას არსებითი მნიშვნელობა აქვს და უნდა მოიცავდეს ყველა ძირითად საკითხს. ავადმყოფი უნდა იცნობდეს დიაბეტის პათოფიზიოლოგიას,

დიაბეტის გართულებებს. იგი უნდა აცნობიერებდეს დანიშნული მკურნალობის მნიშვნელობას და შეეძლოს მისი ეფექტურობის შეფასება. მან უნდა იცოდეს, რა შემთხვევებში მიმართოს ექიმს სასწრაფოდ და როგორ გააკონტროლოს საკუთარი მდგომარეობა. ასევე მნიშვნელოვანი საკითხებია დიეტა, ფიზიკური ვარჯიში. მთელს მსოფლიოში შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს უტარდებათ სპეციალური საგანმანათლებლო სწავლება დიაბეტისა და დიაბეტიანი პაციენტის მოვლის შესახებ. უკანასკნელ წლებში ამ დაავადების მართვაში მიღწეული პროგრესის გამო მნიშვნელოვნად გახანგრძლივდა დიაბეტიან პაციენტთა სიცოცხლე და გაუმჯობესდა მათი ცხოვრების ხარისხი.

შაქრიანი დიაბეტის გავრცელება და წარმოშობის მიზეზები

შაქრიანი დიაბეტი ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა და იწვევს ნაადრევ ინვალდიზაციასა და ავადმყოფთა მაღალ სიკვდილობას. დიაბეტის გავრცელების მაჩვენებელი სხვადასხვა ქვეყანაში 2%-დან 6%-მდე მერყეობს. დღეისათვის ჩვენს პლანეტაზე 110-120მლნ დიაბეტით დაავადებული ადამიანია. ყოველ 12-15 წელიწადში მათი რაოდენობა ორმაგდება და ამიტომ 2010 წლისათვის მათი საერთო რიცხვი, ექსპერტების თვალსაზრისით, სულ მცირე 240მლნ ადამიანს მიაღწევს. ასეთივე მატების ტენდენცია არის დამახასიათებელი საქართველოსთვისაც, სადაც 2002 წლის ბოლოსათვის აღირიცხა ყოველ 100 000 სულ მოსახლეზე 1078,9 დიაბეტით დაავადებული ადამიანი, რამაც მთლიანობაში შეადგინა 47 164 ადამიანი, აქედან 5888 იყო ახალი შემთხვევა.

ყოველ 12-15 წელიწადში დიაბეტით დაავადებულთა რაოდენობა ორმაგდება და 2030 წლისათვის მათი საერთო რიცხვი, ექსპერტების თვალსაზრისით, სულ მცირე 386 მლნ. ადამიანს მიაღწევს. ამერიკის გულის ასოციაციის მონაცემებით, 2006 წელს, ამერიკის დიაბეტის ასოციაციის კრიტერიუმებით, დიაგნოსტირებული იყო შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული 17 მლნ პაციენტი, საიდანაც 7,5 მლნ მამაკაცი და 9,5 მლნ ქალია. დადგინდა, რომ მათ გარდა არ იყო დიაგნოსტირებული შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული კიდევ 6,4 მლნ პაციენტი. პრედიაბეტი აღენიშნებოდა 57 მლნ ამერიკელს. ამერიკის გულის ასოციაციის მონაცემებით 2002 წელს ≥ 20 წლის ასაკის მოსახლეობის 9,6%-ს აღენიშნებოდა შაქრიანი დიაბეტი, ხოლო ≥ 65 წლის მოსახლეობაში იგივე მაჩვენებელი 21% იყო. მოზრდილებში რეგისტრირებულ შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევათა 90 - 95% წარმოადგენდა ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტს. აღსანიშნავია ეთნიკური ნიშნით გავრცელების მნიშვნელოვანი განსხვავება. ამერიკის ჯანმრთელობის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის, ეროვნული ჯანმრთელობისა და საკვების კონტროლის კვლევის მონაცემების შესაბამისად ამერიკის მოსახლეობის ლათინო-ამერიკულ და შავკანიანთა ნაწილში დიაბეტის გავრცელება გაცილებით მაღალია არალათინოამერიკელ თეთრკანიანებთან შედარებით.

საქართველოში ფართომასშტაბიანი ეპიდემიოლოგიური კვლევები არ ჩატარებულა. დიაბეტის საერთაშორისო ფედერაციის მიერ გამოქვეყნებული სტატისტიკური მონაცემებზე დაყრდნობით, საქართველოსთვისაც დამახასიათებელია დიაბეტის მატების ტენდენცია 7.3%-დან 8.1-11%-მდე.

შაქრიანი დიაბეტის კლასიფიკაცია ემყარება ეტიოლოგიურ პრინციპს. გამოარჩევენ მის ორ ძირითად სახეს:

- ტიპი 1 ანუ ინსულინ-დამოკიდებული, ან იუვენילური დიაბეტი (როგორც წარსულში იყო ცნობილი) - გამოწვეულია პანკრეასის β-უჯრედების დაზიანებითა და ფუნქციის სრული დაკარგვით, რასაც თან სდევს ინსულინის აბსოლუტური დეფიციტი.
- ტიპი 2 ანუ ინსულინ-დამოკიდებელი, ან მოზრდილთა დიაბეტი - ხასიათდება ინსულინის მიმართ რეზისტენტობით, თუმცა, შესაძლებელია, ადგილი ჰქონდეს ინსულინის სეკრეციის დარღვევასაც.

რომელი ტიპის დიაბეტია?

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

ტიპი 1

ახალგაზრდა (უმეტესად)
სწრაფი დასაწყისით
მიდრეკილება კეტოზისაკენ
ინსულინის დეფიციტი
წონაში დაკლება

ტიპი 2

შუა ასაკი (უმეტესად)
თანდათანობითი დასაწყისი
არ არის კეტოზისაკენ მიდრეკილი
ინსულინ რეზისტენტული
ჭარბი წონა
ოჯახური ისტორია

რა არის შაქრიანი დიაბეტი?

დიაბეტი ისეთი დაავადებაა, რომლის დროსაც სისხლში დიდ რაოდენობით შაქარი (გლუკოზა) გროვდება. ასეთ მდგომარეობას ჰიპერგლიკემია ეწოდება. გლუკოზა საწამლავი არაა, არამედ ჩვენი ორგანიზმისათვის ენერგიის ერთ-ერთი ძირითადი წყაროა. თუმცა, მუდმივად მაღალი შაქარი იწვევს ნაადრევ დაბერებას და ადრეულ ასაკში ისეთი გართულებების განვითარებას, როგორიცაა: ინფარქტი, ინსულტი, თირკმლის უკმარისობა, სიბრმავე, ტერფების დაზიანება და სხვა. ეს გართულებების გარდაუვალი არ არის, ისინი შეიძლება თავიდან ავიცილოთ, თუ სისხლის შაქრის მაჩვენებლებს ნორმის (ან ნორმასთან ახლო) ფარგლებში შევინარჩუნებთ.

დიაბეტის დროს ირღვევა ინსულინის გამომუშავება. ინსულინი სწორედ ის ნივთიერებაა, რომელიც გლუკოზას ენერგიის სახით აწვდის ჩვენი ორგანიზმის სხვადასხვა ორგანოსა და ქსოვილს. ტიპი 1 დიაბეტისაგან განსხვავებით, როდესაც ინსულინი საერთოდ არ გამოიმუშავდება, ტიპი 2-ის დროს ირღვევა წონასწორობა ინსულინზე ორგანიზმის გაძლიერებულ მოთხოვნილებასა და ამ მოთხოვნილების დაუკმაყოფილებლობას შორის.

ინსულინის მიმართ ორგანიზმის მოთხოვნილების გაზრდა, ძირითადად, გამოწვეულია ორგანიზმის ჭარბი ცხიმის დაგროვებით და უმოძრაო ცხოვრების წესით. აქედან გამომდინარე, მკურნალობის ყველაზე უფრო ლოგიკური და გონივრული მიდგომაა ჭარბი წონის დაკლება და რეგულარული ფიზიკური

ვარჯიში. ინსულინის პროდუქციას და მის მოქმედებას, ასევე, ეფექტურად ასტიმულირებს ტაბლეტთერაპია.

სისხლის შაქრის მაღალი დონე და სიმპტომები

სამწუხაროდ, დიაბეტი «ჩუმად მიმდინარე» დაავადებაა. გლუკოზის დონის ზომიერი მომატებას (10-11მმოლ/ლ ან 180-200მგ/დლ) არავითარი სიმპტომი არ ახლავს თან და რამდენიმე თვის ან წლის განმავლობაშიც კი – ადამიანი შეიძლება ვერაფერს გრძნობდეს. თუმცა, მუდმივად მაღალი შაქარი ორგანიზმს ფარულად აყენებს ზიანს. ყალიბდება შემდეგი სიმპტომები: პირის სიმშრალე, გაძლიერებული წყურვილის გრძნობა, ხშირი შარდვა.

ამდენად, აუცილებელია სისხლის გლუკოზის დონის ხშირი შემოწმება!

ჯანსაღი დიეტის პრინციპები

დიაბეტიანის კვების რეჟიმი, უპირველეს ყოვლისა, მკურნალობის რეჟიმზეა დამოკიდებული. ინსულინზე მყოფმა ადამიანმა ეს რეჟიმი უფრო მკაცრად უნდა დაიცვას, ვინაიდან აუცილებელია საკვების მიღება ინსულინის ინექციიდან განსაზღვრული ხნის განმავლობაში. თუ ინექციის შემდეგ კვება დაგვიანდა, შესაძლოა, შაქრის დონე სისხლში მკვეთრად დაეცეს - განვითარდეს ჰიპოგლიკემია. რაც შეეხება აბებზე მყოფ პაციენტს, რასაკვირველია, კვების რეჟიმი მისთვისაც განსაზღვრულია, მაგრამ ამ შემთხვევაში მცირე ხნით, მაგალითად, 10-15 წუთით კვების დაგვიანება ჰიპოგლიკემიას არ გამოიწვევს.

დიაბეტით დაავადებული განსაზღვრულ დროს უნდა საუზმობდეს, სადილობდეს და ვახშმობდეს, ხოლო შუალედში წაიხემოს ხილით, ბოსტნეულით (უპუროდ). კვების საათების განსაზღვრა ინდივიდუალურია და იმაზეა დამოკიდებული, რომელ ინსულინს ან რა დოზით იკეთებს, რომელ ტაბლეტს იღებს პაციენტი და ა.შ.

თუ ავადმყოფობის დროს დიაბეტიანს ჩვეულებრივ რეჟიმში კვება არ შეუძლია, უნდა მიიღოს საათში 1,5 გ ნახშირწყალი - 1 ნაჭერი პური, ან 1/2 ჭიქა მოხარშული ბურღულეული, ან 1/2 ჭიქა კარტოფილის პიურე, ან 1/3 ჭიქა მოხარშული ბრინჯი, ან 1/3 ჭიქა ხილის იოგურტი, ან 1/4 ჭიქა ვაშლის პიურე, ან 1/2 ჭიქა ხილის წვენი, ან 1 ჭიქა ბულიონი.

დიაბეტიანთა რაციონალური კვების მეთოდებია:

- ჯანსაღი კვების პირამიდა;
- "თევზის" მეთოდი;
- ურთიერთშემცვლელი პროდუქტების მეთოდი;
- პურის ერთეულების გამოთვლის მეთოდი;
- გლიკემიური ინდექსის მეთოდი

პირამიდა



კვების პირამიდა მიუთითებს რა და რამდენი შეიძლება მიირთვათ დღის განმავლობაში:

- 6 ან მეტი ულუფა სახამებლის შემცველი ბურღულეული (მაგალითად, ყავისფერი ბრინჯი, წიწიბურა). აუცილებელია ამ ჯგუფის სხვა პროდუქტის მიღებაც. უპირატესობა მიანიჭეთ პარკოსნებსა და ბურღულეულს. ყველაზე ნაკლებსასურველია კარტოფილი და პური.
- 3-5 ულუფა ბოსტნეული;
- 2-3 ულუფა ცოცხალი ხილი;
- 2-3 ულუფა რძე ან რძის ნაწარმი (ნაკლებცხიმიანი);
- 2-3 ულუფა საქონლის ან ფრინველის ხორცი, თევზი.

შეზღუდული რაოდენობით უნდა მიიღოთ:

- ცხიმი (განსაკუთრებით - ცხოველური);
- წითელი ხორცი, რაფინირებული თეთრი ბრინჯი, თეთრი პური, კარტოფილი, მაკარონის ნაწარმი.

თევზის მეთოდი

ამ მეთოდით სარგებლობისას გაყავით ბრტყელი თევზი 4 ნაწილად და მასზე მოათავსეთ:

საუზმე

1/4 ცილოვანი საკვები

1/2 სახამებლის შემცველი საკვები

1/4 ცარიელი დატოვეთ

დაამატეთ ბოსტნეული, მწვანილი, 1 ულუფა ხილი, 1 ულუფა რძის ნაწარმი. ამგვარად დღიური რაციონის ენერგეტიკულ ღირებულებას 1200-1500 კკალ-მდე შეამცირებთ.

სადილი

1/4 ცილოვანი პროდუქტები - შემწვარი, მოშუშული ხორცი, თევზი (მომზადებისას გამოიყენეთ რაც შეიძლება ნაკლები ცხიმი)

1/4 სახამებლის შემცველი პროდუქტი (ფაფა, სპაგეტი, მაკარონის ნაწარმი, პარკოსნები, სიმინდი, ბარდა, პური)

1/2 ბოსტნეული (რომელიც არ შეიცავს სახამებელს) - მწვანილი, მწვანე სალათი, კომბოსტო, სტაფილო და სხვა დაამატეთ ერთი ულუფა ხილი ან ბოსტნეული.

ურთიერთშემცვლელი პროდუქტების მეთოდი

ეს მეთოდი საკვებს ყოფს ჯგუფებად: სახამებლიანი პროდუქტები, ხილი, რძე, ბოსტნეული, ხორცი. ერთსა და იმავე ჯგუფში შემავალი პროდუქტები შესაძლოა ერთმანეთს შევუნაცვლოთ, რადგან დაახლოებით ერთი და იმავე ოდენობის ნახშირწყლებს, ცხიმებს, ცილებს, კალორიებს შეიცავენ.

პურის ერთეულების თვლის მეთოდი

საკვებში შემავალი ნახშირწყლები კი სწევს სისხლში შაქრის დონეს, მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ ისინი სრულებით უნდა ამოვიღოთ რაციონიდან. ნახშირწყლები კვების აუცილებელი კომპონენტია. ერთი პურის ერთეული (პე) უდრის 12,5გ სუფთა ნახშირწყლებს. ეს მეთოდი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ტიპი 1 დიაბეტის დროს, როცა ნახშირწყლების დოზა უნდა შეესაბამებოდეს ინსულინის დონეს, რათა შაქრის დონე სისხლში ადვილად გაკონტროლდეს.

გლიკემიური ინდექსი

აქ პროდუქტები შაქრის დონეზე მათი გავლენის მიხედვით არის დალაგებული. რაფინირებული სურსათი (კარტოფილი, თეთრი ბრინჯი, თეთრი ფქვილის პურ-ფუნთუშეული, მაკარონი) ნაკლებად სასურველია, რადგან სისხლის შაქრის დონეს სწრაფად სწევს მაღლა.

გლიკემიური ინდექსის ტიპური მაჩვენებლები პროდუქტებში:

- მაღალი (70-ზე მეტი) - ჭვავის, რუხი პური, თეთრი ბრინჯი, სიმინდის ბურბუშელა, პიურე და შემწვარი კარტოფილი;
- საშუალო (55-70) - ყავისფერი ბრინჯი, ახალი კარტოფილი, ჯემი, ნაყინი;
- დაბალი (55-ზე ნაკლები) - ყავისფერი ბრინჯი, შავი პური, ვაშლი, ფორთოხალი, მსხალი, ატამი, პარკოსნები, სპაგეტი (ხორბლის მყარი ჯიშები), შვრიის, საღი მარცვლეულის ფაფები.

კვებითი რეკომენდაციები შაქრიანი დიაბეტის დროს:

დიეტა მკურნალობის მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია. განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მას ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობაში, მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ, რომ დღესდღეობით არ არსებობს უნივერსალური "დიაბეტური" დიეტა ან კვების რეჟიმი და სამედიცინო კვებითი თერაპია უნდა შეირჩეს ინდივიდუალურად.

დიეტური რეკომენდაციები, რომლებიც საერთოა დიაბეტის ორივე ტიპისათვის:

- ნახშირწყლები უნდა შეადგენდეს საერთო კალორაჟის დაახლოებით 50-60%-ს, არარაფინირებული ნახშირწყლებისა და ბოჭკოვანი საკვების მიღება სასურველია იმდენჯერ, რამდენჯერაც ეს შესაძლებელია;
- ცილა უნდა შეადგენდეს დღიური კალორაჟის დაახლოებით 10-20%-ს
- ტოტალური ცხიმი უნდა მოიცავდეს საერთო კალორაჟის 30%-ზე ნაკლებს, მათ შორის, საჭიროა ნაჯერი ცხიმების (ცხოველური), შემცირება <10%, ხოლო ქოლესტერინისა <300მგ/დღეში. ნაჯერი ცხიმები უნდა ჩანაცვლდეს უჯვრით (მცენარეული ზეთი);
- მარილის მიღების შეზღუდვა საჭიროა იმ შემთხვევაში, თუ მისი დღიური რაოდენობა 3გ-ს;
- პაციენტებს შეუძლიათ ხელოვნური დამატკბობლების ანუ შაქრის შემცველების გამოყენება, რომლებიც საკვებს აძლევენ ტკბილ გემოს სისხლში შაქრის შემცველობის მომატების გარეშე, მაგრამ ეს ეხება მხოლოდ ისეთ დაბალკალორიულ შემცველებს, როგორიცაა საქარინი, ასპარტამი, ციკლამატი, აცესულფამი K (ეს არის მათი საერთაშორისო სახელწოდებები და არა სავაჭრო სახელწოდებები). მათი უვნებელი დღიური დოზა საკმაოდ მაღალია და დაახლოებით 20-30 აბს უდრის. ამ დაბალკალორიული შაქრის შემცველების გარდა გაყიდვაშია აგრეთვე შაქრის ისეთი ანალოგები, როგორიცაა ქსილიტი, სორბიტი და ფრუქტოზა. მართალია, მოხმარებისას ისინი არ იწვევენ სისხლის შაქრის მნიშვნელოვან მატებას, მაგრამ მაღალკალორიულობის გამო არ შეიძლება რეკომენდებული იქნას ჭარბი წონის მქონე ავადმყოფთათვის (მაგ. 1გ ფრუქტოზა იძლევა დაახლ. 4კკალ-ს).
- ამავე კატეგორიის ავადმყოფებმა არ უნდა გამოიყენონ საკვებად მზა «დიაბეტური» პროდუქტები, რომლებიც ამ შაქრის შემცველების გამოყენებითაა დამზადებული (დიაბეტური შოკოლადი, ვაფლი, ნამცხვარი, ჯემი) და ასევე შეიცავენ ჩვეულებრივ ნახშირწყლებსაც (ფქვილი და სხვ.).

კვება ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტი დროს

- პაციენტებს არ შეიძლება ვუმკურნალოთ მხოლოდ დიეტით, მათ ამავე დროს ესაჭიროებათ სისხლის გლუკოზის დონის მონიტორინგი და ინსულინოთერაპია მოხმარებული საკვების რაოდენობიდან და ენერგეტიკული დანახარჯებიდან გამომდინარე;
- კვება უნდა დაიგეგმოს ისე, რომ დანიშნულმა ინსულინმა შეძლოს შესაბამისი კალორაჟისა და საკვები ნივთიერებების უზრუნველყოფა;
- საჭიროა ყოვედღიურად ერთსა და იმავე დროს ჭამა და ერთნაირი რაოდენობით კალორიების მიღება;
- გათვალისწინებული უნდა იქნას ის ფაქტი, რომ სხვადასხვა ასაკის პაციენტებს კალორაჟის სხვადასხვა მოთხოვნილება აქვთ (იხ. ცხრილი):

ასაკი	სქესი	კალორიები
0-12 წლამდე	ვაჟები გოგონები	1000კალორ+100 კალორ. გამრავლებ. ასაკზე
12-15 წლამდე	გოგონები	1500-2000კალორ.+100კალ. გამრ. ასაკს მინუს12
	ვაჟები	2000-2500კალორ.+200კალ. გამრ. ასაკს მინუს12
15-20 წლამდე	ქალები	13-15კალორია/სხეულის იდეალ. წონის ერთ გირვანქაზე(≈0,5კგ)
	მამაკაცები	15-18კალორია/სხეულის იდეალ. წონის ერთ გირვანქაზე(≈0,5კგ)
მოზრდილი მამაკაცები და ქალები:		
	ფიზიკურად აქტიური	14-16კალორია/სხეულის იდეალ. წონის ერთ გირვანქაზე
	საშუალოდ აქტიური	12-14კალორია/სხეულის იდეალ. წონის ერთ გირვანქაზე
	მჯდომარე	10-12კალორია/სხეულის იდეალ. წონის ერთ გირვანქაზე

დიაბეტით დაავადებული ბავშვების კვება

აღსანიშნავია, რომ მცირეწლოვან ბავშვებს უძნელდებათ კვების მკაცრი რეჟიმის დაცვა.

- ტიპიურ შემთხვევებში რეკომენდებულია 3 ძირითადი და 3 დამატებითი კვება;
- უფრო მოზრდილი ბავშვები ხშირად ტოვებენ დილის შემდგომ დამატებით კვებას, მაგრამ აქედან მისაღებ კალორიები უნდა დაემატოს საუზმეს ან სადილს. ძილის წინ მისაღები დამატებითი კვების გამოტოვება არ შეიძლება.

კვება ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის დროს

- სისხლში გლუკოზის დონის ნორმალიზება შესაძლებელია წონაში მცირედი (5-9კგ) დაკლებითა და ჰიპოკალორიული დიეტით (250-500 კალორით ნაკლები მოცემული ასაკობრივი ჯგუფისთვის გამოთვლილ შესაბამის კალორაჟზე);
- კონტროლის გაუმჯობესება შესაძლებელია კვების შუალედების დაცვითა და რეგულარული ვარჯიშითაც;
- შიმშილის გრძნობის შესამცირებლად ადამიანმა შეიძლება მიიღოს დამატებითი საკვები, მაგრამ ისეთი, რომლის კალორიულობა დაბალია, მაგ. ბოსტნეულის სალათი და არა ბუტერბროდი და ფაფა, ვინაიდან ჭარბი წონა ამ ტიპის დიაბეტის (ინსულინ-დამოუკიდებელი) ძირითადი მიზეზია.

გახსოვდეთ!

სწორად გაანაწილეთ თქვენი დღიური ულუფა სამ ძირითად კვებას შორის: დაიწყეთ დღე მსუყე და ჯანსაღი საუზმით, შესვენების შემდეგ მიიღეთ სრულფასოვანი სადილი, საღამოს კი მსუბუქად ივახშმეთ;

- სწორად ამოირჩიეთ საკვები (ბოსტნეული, ხილი), შეზღუდეთ ფარული ცხიმები (ხორცი, ხორცის პროდუქტები, ცხიმოვანი ყველი), კერძის მომზადებისას ზომიერად გამოიყენეთ ცხიმები (მცენარეული ზეთი, არაჟანი, კარაქი, მარგარინი), შეზღუდული რაოდენობით მიირთვით ალკოჰოლი და გამაგრილებელი სასმელები;
- შუადღისას ან წახემსებისას მიირთვით ჯანსაღი საკვები (ხილი, იოგურტი, მაწონი);
- ძალიან იშვიათად და შეზღუდული რაოდენობით მიირთვით სხვადასხვა დესერტი (ნამცხვარი, ნაყინი, შოკოლადი), ასევე ღორის ხორცი;
- საკვებს ბოლომდე ნუ გაათავებთ, მცირეოდენი დატოვით თევზზე;
- კვების პროცესში მიირთვით ნელა, არ იჩქაროთ.



შაქრიანი დიაბეტი და ალკოჰოლი

ეს საკითხი საკმაოდ აქტუალურია. ზოგიერთი ალკოჰოლური სასმელი (ტკბილი ღვინოები, ლიქიორი) ზრდის სისხლში შაქრის შემცველობას. მაგარი სასმელები (არაყი, კონიაკი და სხვ.) იწვევენ სისხლში შაქრის დონის დროებით დაქვეითებას, მაგრამ ეს "სამკურნალო" ეფექტი როდია, ვინაიდან შემდეგ ხდება შაქრის ციფრების მომატება უფრო მაღალ დონემდე.

შაქრის დაქვეითების პერიოდში შესაძლებელია განვითარდეს ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობაც კი, ამიტომ ეს დოზა სუფთა სპირტზე გადათვლით არ უნდა აღემატებოდეს 10-30გ დღეში.

ზოგიერთი დაავადების არსებობის პირობებში (მაგ. ჰიპერტენზია, ჭარბი წონა) ალკოჰოლის მიღება საერთოდ უნდა აიკრძალოს.

იმისათვის, რომ დაიკლოთ ჭარბი წონა, აუცილებელი არ არის ღრმა ცოდნა, მაგრამ აუცილებელია ძლიერი ნება!

სხეულის იდეალური წონა, ჩვეულებრივ, ახლოსაა იმ წონასთან, რომელიც პაციენტს 18-20 წლის ასაკში ჰქონდა (რა თქმა უნდა, თუ ამ პერიოდში იგი მსუქანი არ იყო), დასაწყისისთვის შეზღუდეთ მარტივი შაქრები, ცხიმოვანი საკვები და ალკოჰოლი.

წონის დაკლებისას მნიშვნელოვანი წონის ყველკვირეული კონტროლი და ჩანაწერები (რაც სამწუხაროდ, ხშირად არ სრულდება).

ასევე, შეიძლება სასარგებლო იყოს კვების დღიურის წარმოება – ჩანაწერები რამდენიმე დღის განმავლობაში – როდის, რა რაოდენობით და რა მიირთვით. ამით თქვენ დაეხმარებით დიეტოლოგს კორექტივები შეიტანოს დიეტაში თქვენი ჩვევების შესაბამისად.

წონის დაკლება: მიზანს შეიძლება მივაღწიოთ

წონის დაკლება – ესაა მიზანმიმართული ღონისძიება თქვენს ორგანიზმში ჭარბი ცხიმის შესამცირებლად. ზრდის პროცესში ბევრ ადამიანს ემატება ცხიმის შემცველობა ორგანიზმში, რომელიც ჩვეულებრივ სხეულის ცენტრალურ ნაწილში გროვდება. ზედმეტი ცხიმის დაგროვება ისეთი ხშირი მოვლენაა, რომ ზოგჯერ განიხილება როგორც გაზრდის აუცილებელი შედეგი, მაგრამ ეს ასე არ არის.

რატომ უნდა დავიკლოთ წონაში?



1. ჭარბი წონა – რამდენიმე კილოგრამიც კი განსაკუთრებით თუ განლაგებულია აბდომინალურ (მუცელში) ნაწილში – ზრდის ტიპი 2 დიაბეტის, არტერიული ჰიპერტენზიის და ქოლესტერინის მაღალი დონის რისკს.
2. თუ თქვენ ტიპი 2 დიაბეტი, ჰიპერტენზია, ქოლესტერინის მომატებული დონე, ან ამ სამი მდგომარეობიდან ნებისმიერი მდგომარეობა გაქვთ, ჭარბი წონის დაკლება საუკეთესო საშუალებაა. გახდომამ შეიძლება შეამციროს მედიკამენტების საჭიროება.
3. ზედმეტი წონა – მუდმივი დატვირთვაა სახსრებზე, რაც იწვევს ტკივილს სახსრებში და ზღუდავს მათ მოძრაობას.
4. დიდი მუცელი სუნთქვას აფერხებს. თქვენ უფრო მიდრეკილი ხართ სასუნთქი გზების ინფექციებისკენ.
5. ჭარბი წონა შეშფოთების, არასრულფასოვნების, ან დანაშაულის, უიმედობის და დეპრესიის მიზეზი შეიძლება გახდეს.



მიზანია წონის დაკლება !

თუ თქვენ მიხვედით დასკვნამდე რომ აუცილებლად უნდა გახდეთ, დაიმახსოვრეთ რომ დაიწყეთ მცირედან და თანდათანობით, ნაბიჯ-ნაბიჯ.

ყველაზე რთულია კარგი შედეგების შენარჩუნება დიდი ხნის განმავლობაში. იმისთვის, რომ წონა შეინარჩუნოთ, კალორიების კიდევ უფრო შემცირება საჭირო არ არის. უნდა განამტკიცოთ თქვენი ჩვევები, როგორიცაა გონივრული კვება, ყოველდღიური ვარჯიშები, წონის კონტროლი კვირაში ერთხელ.



ფიზიკური დატვირთვის პრინციპები

ფიზიკური დატვირთვა – ტიპი 2 დიაბეტის მკურნალობის აუცილებელი ნაწილია. თავისთავად, იგი სასარგებლოა გარდა ამისა, დაგეხმარებათ წონის დაკლებასა და მის შემდგომ შენარჩუნებაში.

მძიმე ფიზიკური ვარჯიშები რომლებსაც თან ახლავს სტრესი, ორგანიზმისთვის მავნებელია, გარკვეულ პირობებში კი (ასაკი, არასტაბილური ვარჯიშები) შეიძლება სახიფათოც იყოს.

აქედან გამომდინარე, ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობის იდეალური ვარიანტია – ენერგიული ნაბიჯით სიარული 30-60 წუთის განმავლობაში. სიარული შეიძლება შევცვალოთ ცურვით, ველოსიპედით, ჩოგბურთის თამაშით და სხვა. მაგრამ ტემპი და ხანგრძლივობა არ უნდა იწვევდეს დაძაბვას.

თუ თქვენ არ გივარჯიშიათ, დასაწყისში ვარჯიშის დრო ნელ-ნელა უნდა გაზარდოთ, თავიდან არაუმეტეს 10 წუთით, თანდათან გაზარდოთ მისი სიმძლავრეც, სანამ მაქსიმუმს არ მიაღწევთ (5კმ/სთ-ში). ამაზე შეიძლება 2 თვეც კი დაიხარჯოს. სანამ დატვირთვას გაზრდიდეთ, შეამოწმეთ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობა.

იმისათვის, რომ მიაღწიოთ მკურნალობის გლუკოზის დონის ნორმასთან მიახლოებული მაჩვენებლების მიღწევას, ზოგჯერ მხოლოდ წონის დაკლება და ფიზიკური ვარჯიშები საკმარისი არ არის. შეიძლება აუცილებელი იყოს ტაბლეტების მიღება, ან ინსულინის გამოიყენება.

ფიზიკური ვარჯიში დიაბეტის სამკურნალო საშუალებაა ნებისმიერ ასაკში!

ფიზიკური ვარჯიში შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობის განუყოფელი ნაწილია.

ფიზიკური ვარჯიშები დაგეხმარებათ აკონტროლოთ თქვენი დაავადება. ვარჯიში საშუალებას მოგცემთ განსაზღვროთ თქვენი ნორმალური წონა და დაიკლოთ ზედმეტი კილოგრამები, ნორმაში მოგიყვანთ ინსულინის დონეს, შეამცირებს გულის დაავადებების რისკს. თუ იღებთ ინსულინს ან სხვა, დიაბეტის საწინააღმდეგო პრეპარატებს, ფიზიკური ვარჯიშები დაგეხმარებათ შეამციროთ მათი დოზები. ასევე, გაგიუმჯობესდებათ ფსიქიკური მდგომარეობა. სწორედ ამიტომ რეგულარული ფიზიკური ვარჯიშები მნიშვნელოვანი მომენტი ადიაბეტის წინააღმდეგ ბრძოლისას.

რა სიხშირით უნდა ვივარჯიშოთ?

ვარჯიშის სიძლიერე ზომიერი უნდა იყოს. დიდი მნიშვნელობა აქვს მის თანდათანობით დაწყებას, შემდეგ ზომიერი ტემპის მიღწევას და მის შენარჩუნებას მთელი ვარჯიშის განმავლობაში. ვარჯიშის ეფექტურობისა და უსაფრთხოების მაჩვენებელია სუნთქვის მსუბუქი გაძლიერება და ასევე გულისცემის სიხშირის მცირედი მომატება. თითოეული პიროვნებისთვის ვარჯიშის სიმძლავრე ინდივიდუალურია. მოზრდილთა უმრავლესობისათვის ვარჯიშის სიმძლავრის სასურველი ნიშნურა თანდათანობით შეჩვევის შემდეგ გამამხნეველი სიარული 4-5კმ/სთ სიჩქარით.

რამდენ ხანს? როდის?

მთელი ცხოვრების მანძილზე ჩვევად უნდა იქცეს რეგულარული ვარჯიშები, რომლის ყოველდღიური ხანგრძლივობა 1 სთ-ზე ნაკლები არ უნდა იყოს. რაიმე შეზღუდვა დროის მხრივ არ არსებობს მთავარია მსუბუქი ან ზომიერად ძლიერი იყოს.

სავარჯიშოდ მისაღებია დღის ნებისმიერი მონაკვეთი. საუკეთესო საშუალებაა მისი ჩართვა ყოველდღიურ რეჟიმში. მაგალითად, სამსახურში ფეხით ან ველოსიპედით წასვლა. თუ რეგულარული დატვირთვა 2 ან 4 ნაწილადაა გაყოფილი, მისი სასარგებლო ეფექტი ნარჩუნდება და თანაც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. ასეთი ტიპის პროგრამის შესრულება უფრო ადვილია

ფიზიკური დატვირთვის რომელი სახეობაა მისაღები?

საუკეთესოა ყოველდღიური ვარჯიშები სუფთა ჰაერზე. თუ ფეხებთან დაკავშირებული პრობლემები გაქვთ, მოგიწევთ ვარჯიშის ისეთი სახეობების სწავლა, რომელიც სრულდება დამჯდარ ან მწოლიარე მდგომარეობაში, ვარჯიშის დონის თანდათანობითმატებით.

გაფრთხილება!

ძალიან მსუქანმა პირებმა პირველი 3 კილოგრამის დაკლებამდე თავი უნდა შეიკავონ ფიზიკური ვარჯიშების დაწყებისაგან.

ვარჯიშის შედეგად სისხლის გლუკოზის შემცველობა შესაძლოა ნორმაზე მეტად შემცირდეს (ჰიპოგლიკემია), განსაკუთრებით, თუ თქვენ სისხლის გლუკოზის დამაქვეითებელ პრეპარატებს იღებთ. ამიტომ ვარჯიშის დროს ყოველთვის იქონიეთ შაქრის ნატეხი და მზად იყავით მათ მისაღებად მაშინვე როგორც კი თავს სუსტად ან «უცნაურად» იგრძნობთ. სანამ რეგულარული ვარჯიშის პროგრამას დაიწყებდეთ კითხეთ რჩევა თქვენს ექიმს წამლის დოზის შესაძლო შემცირების თაობაზე. ყოველშემთხვევაში უკეთესია არ ივარჯიშოთ თუ:

- ავად ხართ;
- გრძნობთ ნებისმიერი სახის ტკივილს (მაგ: გულ-მკერდის არეში, სახსრებში ან ფეხებში თუ ტკივილს ვარჯიშის დაწყების შემდეგ იგრძნობთ დაუყოვნებლივ შეწყვეტეთ და მიმართეთ ექიმს);
- სისხლის გლუკოზის დონე მუდმივად მაღალი გაქვთ (17-20მმოლ/ლ-ზე ან 300-350 მგ/დლ-ზე მეტი), ვარჯიშმა შეიძლება გააუარესოს დიაბეტის კონტროლი;
- დადლილი ხართ;
- ჰაერის უკმარისობა გაქვთ.

დიაბეტი და რისკის ფაქტორები

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულმა პირმა ზედმიწევნით უნდა აკონტროლოს დაავადებასთან დაკავშირებული მთელი რიგი რისკის ფაქტორები, რომლებიც დიაბეტის მსგავსად ორმაგად ზრდის გულსისხლძარღვთა პათოლოგიების (მიოკარდიუმის ინფარქტის, ინსულტის) განვითარების რისკს.

რა არის გულ-სისხლძარღვთა რისკის ფაქტორები?

ბევრი ადამიანი დიდხანს ჯანმრთელად ცხოვრობს და ხანდაზმულ ასაკში კვდება მხოლოდ სიბერის გამო.

უმნიშვნელოვანესი კითხვაა: რას ნიშნავს სიკვდილი სიბერის გამო? უფრო ხშირად ამის მიზეზია არტერიების პროგრესირებადი დახშობა _ ე.ი. იმ მილების, რომელთა განვლითაც ჟანგბადითა და სხვა საკვები ნივთიერებებით მდიდარი სისხლი სხეულის ყველა ორგანოსთან მიედინება. როცა მილები დახშულია, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ორგანოების სისხლით მომარაგება აღარ ხდება. ამ მდგომარეობას ათეროსკლეროზი ეწოდება და ისე მჭიდროდაა დაკავშირებული სიბერესთან, რომ ადამიანთა წარმოდგენაში, პრაქტიკულად, გაიგივებულია.

გულ-სისხლძარღვთა რისკის ფაქტორებს მიეკუთვნება ისეთი მდგომარეობები, რომლებიც დაბერებას აჩქარებს და აქედან გამომდინარე, იწვევს სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემცირებას. გულ-სისხლძარღვთა რისკის ფაქტორებს მიეკუთვნება შემდეგი შვიდი მდგომარეობა:

1. შაქრიანი დიაბეტი, რომელსაც თან ახლავს სისხლის შაქრის დონის მომატება;
2. ჰიპერტენზია, რომელსაც თან ახლავს არტერიული წნევის მომატება;
3. ჰიპერლიპიდემია, რომელიც ხასიათდება სისხლში ქოლესტერინის დონის მომატებით;
4. ჭარბი წონა, რომლის დროსაც ცხიმოვანი, ძირითადად მუცლის არეში გროვდება;
5. ჯდომითი ცხოვრების წესი, ე.ი. ზომიერი ფიზიკური დატვირთვა დღეში 30წთ-ზე ნაკლებია;
6. თამბაქოს მოხმარება;
7. მუდმივი სტრესები.

ერთდროულად რამდენიმე რისკის ფაქტორის მოქმედება რისკის ხარისხს გეომეტრიული პროგრესიით ზრდის. ანუ, თუ თქვენ დიაბეტი და ჰიპერტონია გაქვთ, გულ-სისხლძარღვთა გართულებების განვითარების რისკი სამჯერ გეზრდებათ.

- ყველა რისკ-ფაქტორი შეიძლება თავიდან ავიცილოთ (ან მინიმუმამდე შევამციროთ). მართალია ამის გაკეთება ძნელია, მაგრამ აუცილებელია!

პირველი სამი: დიაბეტი, ჰიპერტენზია და ჰიპერლიპიდემია – ეს დაავადებები დღეისათვის არ იკურნება, მაგრამ შეიძლება მათი ეფექტური მართვა. ისეთი მდგომარეობები და ჩვევები, როგორიცაა სიმსუქნე, პასიური ცხოვრების წესი, მოწევა – შეიძლება შევცვალოთ იმ პირობით, თუ თქვენ მართლა გსურთ ამის გაკეთება.

- თუ რისკის ფაქტორს თავიდან ავიცილებთ, გულ-სისხლძარღვთა გართულებების განვითარების რისკიც ქრება. შესაძლებელია რისკის ფაქტორთა კორექცია.
- შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2, ჰიპერტენზია და ჰიპერლიპიდემია ხშირად ერთი დაავადების ნაწილებია, რომელიც მეტაბოლური სინდრომის სახელითაა ცნობილი. მეტაბოლური სინდრომის გამომწვევი მთავარი მიზეზია ცხიმის დაგროვება მუცლის არეში, რაც შემდგომში ინსულინის მიმართ ორგანიზმის მოთხოვნილებას ზრდის. წონის შემცირება და ცხოვრების აქტიური წესი არ ნიშნავს მხოლოდ ამ რისკის ფაქტორის თავიდან აცილებას. მათი აღმოფხვრით თქვენ აკონტროლებთ თქვენს დიაბეტს, ჰიპერტონიას და ჰიპერლიპიდემიას. ეს ხშირად სპეციალური წამლების გარეშეც ხდება. თუმცა, თუ აუცილებელია წამლის მიღება, უნდა მიიღოთ.

საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ რაციონალური მიდგომა ნიშნავს ყველა რისკის ფაქტორის მიმართ თანაბარი ყურადღების მიქცევას!

თანმხლები დაავადებები: საშიშროება, რომელიც დიაბეტის კონტროლს ემუქრება

როგორც ნებისმიერ ადამიანს, დიაბეტიან პაციენტს ზოგჯერ ემართება სხვა დაავადებები. ზოგიერთმა დაავადებამ შესაძლოა გააუარესოს დიაბეტის კონტროლი და ამგვარადა შეიკრას მანკიერი წრე, რომელსაც საბოლოოდ მოჰყვება ძლიერი ჰიპერგლიკემია და ავადმყოფობის გახანგრძლივება.

რა დაავადებაზეა ლაპარაკი?

სხვადასხვა ინფექციების, როგორცაა მაგ: გრიპი, ბრონქიტი ან ფილვების ანთება, საშარდე სისტემის ინფექციები, ცხელებით მიმდინარე ენტერიტი ან ჩირქგროვა (ნებისმიერ ადგილას) ზემოქმედებას ახდენს დიაბეტის კონტროლზე და შეუძლია გაზარდოს სისხლის გლუკოზის დონე. თუმცა დიაბეტის კონტროლის დარღვევის ხარისხი და ხანგრძლივობა სრულიად განსხვავებული შეიძლება იყოს და მისი წინასწარ განსაზღვრა შეუძლებელია.

საერთოდ, რაც უფრო მძიმეა დაავადება, მით უფრო ხანგრძლივია და ძლიერ ზეგავლენას ახდენს დიაბეტის კონტროლზე. თუმცა, არსებობს გამონაკლისებიც, როგორცაა კბილის პატარა ფლიუსი, რომელსაც შეუძლია დიაბეტის კონტროლის შეუპოვარი დარღვევა გამოიწვიოს, ან პირიქით, მაღალმა სიცხემ გაციების დროს საერთოდ არ შეცვალოს სისხლის გლუკოზის დონე.

დიაბეტის კონტროლის საჭიროება



როგორ ხორციელდება შაქრის თვითკონტროლი?

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული ყველა პაციენტისათვის აუცილებელია შაქრის ციფრების რეგულარული კონტროლი, ვინაიდან დიაბეტის მკურნალობის ძირითადი მიზანია სისხლის შაქრის დონის ნორმასთან მიახლოებულ ფარგლებში შენარჩუნება მთელი დღის განმავლობაში. გლუკოზის დამაკმაყოფილებელი დონე მეტყველებს მკურნალობის ეფექტურობაზე.

დიაბეტის კონტროლი შეიძლება განხორციელდეს გლუკოზის მაჩვენებლების განსაზღვრის გზით სისხლში ან შარდში.

კონტროლი შეიძლება ყოველდღიურად განხორციელდეს უშუალოდ პაციენტის მიერ ბინის პირობებში ქიმიური რეაქტივით დაფარული ქაღალდის ზოლების მეშვეობით (ე.წ. სტრიპები) ან სპეციალური ხელსაწყოების გამოყენებით. უკანასკნელ პერიოდში ამ მიზნით გამოყენებული ხელსაწყოები (გლუკომეტრები) აღარ საჭიროებენ განსაკუთრებული წესების დაცვას. მათი მეშვეობით ხდება სისხლში შაქრის დონის განსაზღვრა ავტომატურად, 5-10 წამში. პასუხი გამონათდება ტაბლოზე. მონაცემები ინახება ხელსაწყოს მეხსიერებაში. გლუკომეტრები გამოირჩევიან სიმარტივით, საიმედოობით, კომპაქტურობით, რაც მოსახერხებელს ხდის მათ გამოყენებას ბავშვებშიც კი.

შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევაში სისხლში შაქრის კონტროლთან ერთად, ასევე, საჭიროა პერიოდულად შარდში შაქრის შემცველობის კონტროლი. ეს საშუალებას იძლევა გაარკვიოთ, რა დამართა იმ ნახშირწყლებს, რომელიც ორგანიზმში

მოხვდა საკვების გზით. შარდში გლუკოზის განსაზღვრა შესასრულებლად უფრო მარტივი, უფრო არაზუსტი, არასაიმედო მეთოდია. იგი რეკომენდებულია უფრო ხანდაზმული ადამიანებისათვის, რომელთაც აქვთ ნაკლები მოტივაცია და უჭირთ სახლის პირობებში სისხლის აღება. შარდში გლუკოზის განსაზღვრისათვის გამოიყენება სპეციალური რეაქტიული ზოლები საკვების მიღებიდან 1,5-2 სთ-ის შემდეგ. თვითკონტროლის შედეგები უნდა შეიტანოთ დღიურში მიღებული საკვებისა და ჩატარებული მკურნალობის ამსახველ ჩანაწერთან ერთად.

- თვითკონტროლის მიზნით გლუკოზა იზომება კაპილარულ სისხლში;
- გლიკემიის კონტროლისათვის სისხლის ასაღებად უმჯობესია გამოყენებულ იქნას სპეციალური ავტომატური საჩხვლეტი კალმები ან სამწახნაგოვანი ლანცეტი;
- ჩხვლეტა უნდა განხორციელდეს თითის გვერდით ზედაპირზე და არა უშუალოდ «ბალიშზე», რაც ნაკლებად მტკივნეულს გახდის ამ პროცედურას;
- სისხლის აღება შეიძლება ორივე ხელის ნებისმიერი თითიდან ცერა და საჩვენებელი თითების გარდა. უმჯობესია თანმიმდევრობით ცვალოთ თითები;
- შაქრის შემცველობის გაზომვა სისხლში უნდა ხდებოდეს კვების წინ (საუზმე, სადილი, ვახშამი), დამატებით კონტროლი წარმოებს ძილის წინ და თვითგრძნობის გაუარესების შემთხვევაში. მხოლოდ ასეა შესაძლებელი ინსულინის დოზის შერჩევა-კორექცია თქვენი ცხოვრების წესისა და კვების რეჟიმის შესაბამისად;
- “შარდში გლუკოზის განსაზღვრისათვის გამოიყენება სპეციალური რეაქტიული ზოლები საკვების მიღებიდან 1,5-2 სთ-ის შემდეგ.
- უნდა აწარმოოთ სპეციალური დღიური თვითკონტროლისათვის, სადაც უნდა დააფიქსიროთ შაქრის გაზომვის ყოველდღიური შედეგები, გაკეთებული ინსულინის რაოდენობა, პურის ერთეულების რაოდენობა მიღებული საკვების მიხედვით. აქვე უნდა გაკეთდეს ჩანაწერი შაქრიან დიაბეტთან დაკავშირებული ნებისმიერი გართულებისა (მაგ. ჰიპოგლიკემიის ეპიზოდები) და თანმხლები მდგომარეობის (მაგ. ტემპერატურის მომატება, ალკოჰოლის მიღება და სხვ.) შესახებ;
- მკურნალი ექიმი პერიოდულად უნდა ეცნობოდეს დღიურში არსებულ ჩანაწერებს

მწვავე დაავადების შემთხვევაში დიაბეტის კონტროლი უნდა იყოს ძალიან ხშირი. შესაძლებელია სისხლის გლუკოზის დონის მკვეთრი მომატება ისე, რომ საკმაოდ მაღალ ციფრებამდე ამ მატებას პაციენტი სრულიად ვერ გრძნობდეს, მკურნალობის სათანადოდ და დროულად შეცვლის თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა აქვს მის ადრეულ გამოვლენას.

შედეგების ჩაწერა

სპეციალურ დღიურში შედეგების ჩაწერას დიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტებისა და ექიმისათვის – ეს მათ შორის ურთიერთკავშირის ერთგვარი ხერხია, რაზეც დამყარებული სწორი არჩევანის გაკეთება. ჩანაწერები სრული, ნათელი და მკაფიო უნდა იყოს.

გლიკოზირებული ჰემოგლობინის დონის განსაზღვრა

გლუკოზასთან შეკავშირებული ჰემოგლობინის პროცენტი განვლილი 2-3 თვის განმავლობაში სისხლის გლუკოზის დონის ყველაზე ზუსტ მაჩვენებელს წარმოადგენს (ზუსტი მონაცემები ანალიზის მეთოდისა და ლაბორატორიის გათვალისწინებით შეიძლება მერყეობდეს 3-დან 8%-მდე). ეს მაჩვენებელი მიუთითებს რამდენად კარგად ხორციელდება თვითკონტროლი, მაგრამ ამით არ შეიძლება გლუკოზის მრავალჯერადი გაზომვის შეცვლა, თუ მკურნალობის კორექციას აპირებთ, რადგან იგი არ გვიჩვენებს, როგორ იცვლება გლუკოზის დონე დღე-ღამის სხვადასხვა დროს.

სისხლის გლუკოზის დონის კონტროლი დიაბეტის მართვის აუცილებელი ნაწილია:

განსაზღვრულ ფარგლებში შეიძლება პაციენტი ვერ გრძნობდეს სისხლის შაქრის მაღალ დონეს. ის არ იწვევს ტკივილს, წვას, სხვა არასასიამოვნო შეგრძნებებს და სწორედ ამიტომაც მთელ მსოფლიოში დიაბეტს ძალიან ბევრი ზიანი მოაქვს. ადამიანმა შაქრის ასეთი დონით შეიძლება თვეები და წლები იცოცხლოს და ვერც გაიგოს, რომ დიაბეტი აქვს. ძირითადად, თუ სისხლის შაქრის მაჩვენებლები დონე თავს იჩენს მთელი რიგი ტიპიური სიმპტომები: სისუსტე, დაღლილობა, წყურვილის გრძნობა, ხშირი შარდვა.

უზმოზე სისხლის ნორმალური მაჩვენებლებია 60-110მგ/დლ (3.3-6.1მმოლ/ლ) ჭამის შემდეგ – 150-160მგ/დლ (8.3-8.9მმოლ/ლ).

თუ გლუკოზის დონე აჭარბებს ზღვარს (180-დან 200მგ/დლ-მდე ან 10.0-11.1მმოლ/ლ-მდე) შაქარი ჩნდება შარდშიც.

დიაბეტის მკურნალობა და «სხვა» ასპექტები

ოჯახისა და სოციალური გარემოს როლი

დიაბეტი ექვემდებარება მკურნალობას. იდეალური მკურნალობა, რომლის მიღწევაც დამყარებულია პაციენტისა და დიაბეტური გუნდის (მედპერსონალი) მჭიდრო კონტაქტზე, მიზნად ისახავს სისხლის გლუკოზის კარგი კონტროლის მიღწევას. სამწუხაროდ, ზოგიერთი პრობლემის თავიდან აცილება ვერ ხერხდება, მაგრამ ამის მიზეზი გარშემომყოფთა გულგრილობაა და არა თავად დაავადება.

ოჯახი

ოჯახის წევრთა მონაწილეობა, მკურნალობისთვის მნიშვნელოვანი დახმარებაა. თუ პაციენტი მოზრდილია, ოჯახის წევრები შეიძლება დაეხმარნენ მას საკვების ხარისხიანობისა და რაოდენობის კონტროლში და შეახსენონ ექიმთან ვიზიტის ან რუტინული გამოკვლევის თარიღი.

ხანდაზმულ პაციენტებს შეიძლება დასჭირდეთ ყოველდღიურ ცხოვრებაში და ასევე დიაბეტის მართვაში (შეახსენონ წამლის მიღების დრო), გაუზომონ შაქრის დონე სისხლში და ჩაწერონ შედეგები.

დიაბეტი არ აქვეითებს ადამიანის შრომის უნარს. მხოლოდ დროებითი დეკომპენსაციის პერიოდულ ეპიზოდებს ან დიაბეტის გვიან გართულებებს (პირველს – დროებით, მეორეს – პროგრესულად) შეუძლია გონებრივი, ფიზიკური და სქესობრივი შესაძლებლობების დაქვეითება. სამივე პრობლემა შეიძლება ავიცილოთ, არც ერთი მათგანი არ წარმოადგენს დიაბეტის აუცილებელ გამოსავალს.

სამსახური

დიაბეტი უნდა განვიხილოთ არა როგორც დაავადება, არამედ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის ფაქტორი. ეს არ ნიშნავს, რომ დიაბეტით დაავადებული ადამიანი შრომის უუნაროა. იმისათვის რომ თავი დაიცვას პაციენტმა უნდა მიიღოს სრული ინფორმაცია თავისი მდგომარეობის, საერთოდ, დიაბეტის შესახებ და ეს ინფორმაცია სხვებს მიაწოდოს.

მოგზაურობის დროს

დიაბეტი არ არის ხელისშემშლელი მოგზაურობისათვის. არ აქვს მნიშვნელობა მანძილს, დროს ან ხანგრძლივობას. ჰკითხეთ რჩევა ექიმს, გაარკვიეთ მკურნალობის და დიეტის შესაძლო ცვლილებები მოგზაურობისას. უცნობი საკვების გასინჯვისას არ დაგავიწყდეთ კალორიების დათვლა. დათვალეთ რა რაოდენობით გჭირდებათ სამკურნალო პრეპარატები (ტაბლეტები და ინსულინი)

როგორ ავიცილოთ თავიდან სისხლის შაქრის დაბალი დონე?

დიაბეტის დროს სისხლის შაქრის დონე მაღალია. სამკურნალო საშუალებები ამცირებს სისხლის შაქრის შემცველობას, მაგრამ ხანდახან მათი ეფექტი ისეთი ძლიერია, რომ შაქრის დონე ძალიან იკლებს. ასეთ მდგომარეობას ჰიპოგლიკემია ეწოდება. ასეთ მდგომარეობას უნდა ვუფრთხილდეთ, რადგან მან შეიძლება მიგვიყვანოს სერიოზულ უბედურ შემთხვევებამდე (სამსახურში, სახლში, გზაზე და სხვა.) შაქრის დაბალი დონე აზიანებს ტვინის ფუნქციას, რის შედეგადაც ყურადღების კონცენტრირება მცირდება.

ჰიპოგლიკემიის სიმპტომები

- უეცარი შიმშილის გრძნობა
- განწყობილების მოულოდნელი ცვლილება (გაღიზიანებადობა)
- უეცარი დაღლილობა
- ოფლიანობა
- მხედველობის დაბინდვა
- სიფერმკრთაღე
- ყურადღების კონცენტრაციის შემცირება
- კანკალი
- ძილიანობა
- გახშირებული გულისცემა

ჰიპოგლიკემია შეიძლება გამოიწვიოს შემდეგმა სამმა ფაქტორმა:

1. საკვები: შეჭამეთ არასაკმარისი რაოდენობით; მიიღეთ არასაკმარისი რაოდენობის ნახშირწყლები (პური, კარტოფილი, მაკარონი, ბრინჯი, მჭადი, ხილი და სხვა); გამოტოვეთ კვება
2. მედიკამენტები:
მიიღეთ შაქრის დამწვევი პრეპარატი და შესაბამისად არ მიიღეთ საკვები;
3. ზომაზე მეტი ფიზიკური დატვირთვა.

როგორ ავიცილოთ თავიდან ჰიპოგლიკემია?

- არასოდეს გამოტოვოთ საკვების მიღება:
- ძირითადი კვების დროს მიიღეთ ნახშირწყლები.
- თუ ვარჯიშს აპირებთ, მიიღეთ 15-30გ რ ნახშირწყლები უშუალოდ ვარჯიშის დაწყების წინ და ყოველ საათში ერთხელ წახემსეთ, თუ ფიზიკური დატვირთვა ძალიან ძლიერია;
- ყოველთვის თან იქონიეთ შაქარი.

ჰიპოგლიკემიის მკურნალობა

- დაუყოვნებლივ შეჭამეთ ცოტაოდენი ტკბილი;
- მიიღეთ 15გრ შაქარი, ან ნებისმიერი ნახშირწყალი ხილის 1 პორცია: 150გრ მსხალი, ბანანი. ნატურალური ხილის წვენი, 30 გრ შოკოლადი, ნაყინის 1 ბურთულა.
- იმ შემთხვევაშიც როცა არ ხართ დარწმუნებული არის თუ არა ჰიპოგლიკემია, მაინც შეჭამეთ შაქრის ნატეხი.

ყურადღება! არავითარი დიეტური სასმელი. დალიეთ ის, რაც ნატურალურ შაქარს შეიცავს.

შესაძლოა თუ არა დიაბეტის მკურნალობის შეცვლა?

ჩვეულებრივ, დაავადების მიმდინარეობის დროს გლუკოზის შემცველობის მყარად მომატებისას (180მგ/დლ ან 10მმოლ/ლ-ზე მეტად 6-8 სთ-ზე დიდი ხნით), საჭიროა სასწრაფოდ დიაბეტის მკურნალობის შეცვლა გლიკემიის ნორმალიზების მიზნით. მკურნალობის ცვლილებების შეიძლება მდგომარეობდეს ტაბლეტების დანიშვნაში მათთვის, ვინც მანამდე მხოლოდ დიეტაზე იყო, ან სხვა წამლის, ან ორი განსხვავებული მოქმედების მექანიზმის წამლის კომბინაციის, ან ინსულინის ინექციის (ტაბლეტებთან კომბინაციაში, ან ცალკე) დანიშვნაში, ან უბრალოდ, ინსულინის დონის გაზრდაში. დიდი მნიშვნელობა აქვს ექიმისათვის დროულად მიმართვას.

გაფრთხილება!

თუ გლუკოზის ძალიან მაღალი შემცველობა (180მგ/დლ ან 10მმოლ/ლ-ზე მეტი) ერთ დღეზე დიდხანს შენარჩუნდება, მას სხვადასხვა ხარისხით შეუძლია გააუარესოს ინფექციის მიმდინარეობა რასაც, თავის მხრივ, დიაბეტის კონტროლის კიდევ უფრო მძიმე დარღვევა მოჰყვება.

ამ დროს საჭიროა ორივეს – როგორც დიაბეტის, ისე მწვავე დაავადების აგრესიული მკურნალობა.

დიაბეტი და გულის პრობლემები

ისეთმა კარდიოლოგიურმა პრობლემებმა, როგორიცაა: სტენოკარდია, ინფარქტი და გულის უკმარისობა, შესაძლოა თავი იჩინოს ასაკის მატებასთან ერთად და მნიშვნელოვნად გააუარესოს ხანდაზმულთა ცხოვრების ხარისხი, ან შეამოკლოს მათი სიცოცხლის ხანგრძლივობა. საჭიროა ამ მდგომარეობების მკურნალობა, ან მავნე ჩვევების აღმოფხვრა. «გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის ფაქტორებია»: დიაბეტი, მაღალი არტერიული წნევა, სისხლში ქოლესტერინი მომატებული შემცველობა, ჭარბი წონა, უმოძრაო ცხოვრების წესი, თამბაქოს მოხმარება და სტრესი.

თითოეული მათგანის ეფექტური მკურნალობა, ან თავიდან აცილება შესაძლებელია.

რა გამოკვლევებია საჭირო?

გულ-სისხლძარღვთა დაავადების ზოგიერთი რისკის ფაქტორი ადვილი გამოსავლენია, ზოგი კი მაგ: დიაბეტი, ჰიპერტენზია და სისხლის ქოლესტერინის მომატებული შემცველობა, ისეთი მუხანათი მდგომარეობებია, რომელთა აღმოჩენისა და მეთვალყურეობის მიზნით საჭიროა სპეციელური შემოწმებები. ამიტომ სისხლის გლუკოზა, ქოლესტერინი და არტერიული წნევა რეგულარულად უნდა განისაზღვროს და ერთი მაჩვენებლის დარღვევის შემთხვევაშიც კი აგრესიული მკურნალობის დაწყება საჭირო მისი ნორმის ფარგლებში მოსაქცევად. მკურნალობა შესაძლოა წამლების გარეშე – დიეტასა ან ფიზიკური აქტივობის ზრდაზე დაყრდნობით – მაგრამ თუ საჭიროა ერთი ან რამდენიმე წამლის გამოყენება, უნდა შეეგუოთ ამ ფაქტს და წამლები რეგულარულად მიიღოთ სათანადო დროს.

დიეტა

დიეტა გულის დაავადებათა პროფილაქტიკის ქვაკუთხედი.

თუ თქვენ ჭარბი წონა გაქვთ განსაკუთრებით თუ ცხიმი მუცლის არეშია თავმოყრილი, უნდა შეამციროთ საკვების მიღება მანამ, სანამ არ მიაღწევთ სასურველ წონას. გახდომის შედეგად საკვების რაოდენობა ისევ შეიძლება დაუბრუნდეს ნორმალურს, მაგრამ მიღწეული წონის შენარჩუნების მიზნით. საჭიროა გავაგრძელოთ აწონვა ყოველ კვირას. წონის დაკლების სასურველი მაჩვენებელია კვირაში 0.5-დან 1 კგ-მდე ანუ 3 კგ თვეში

საკვების შერჩევისას სასურველია ცხოველური ცხიმების შეზღუდვა (მაგ: კარაქი, ყველი, კვერცხი, ხორცი, ძეხვეული და ა.შ.) და ბოჭკოებით მდიდარი პროდუქტების მოხმარების გაზრდა (მაგ: ხილი, ბოსტნეული და პარკოსნები).

ვარჯიშები

ვარჯიში გულის დაავადების პრევენციის მეორე საყრდენი წერტილია. ყველა დიაბეტიანმა პირმა რეგულარულად უნდა ივარჯიშოს დაბალი და საშუალო ინტენსივობით 1სთ-ის განმავლობაში, არანაკლებ ოთხჯერ კვირაში ან ყოველდღე.

ასეთი ვარჯიში მაგალითია 5კმ/სთ-ით სწრაფი სიარული. ვისაც არ შეუძლია, განსაკუთრებით 50 წელზე მეტი ასაკის პირებს, ვარჯიშის ასეთ ხანგრძლივობასა და ინტენსივობას თანდათანობით ნელ-ნელა უნდა მიაღწიოს. უფრო ძლიერი დატვირთვა შესაძლოა საშიში იყოს და აბსოლუტურად უნდა გამოირიცხოს, ყოველ შემთხვევაში მანამ, სანამ პაციენტი სათანადოდ გავარჯიშდებოდეს.

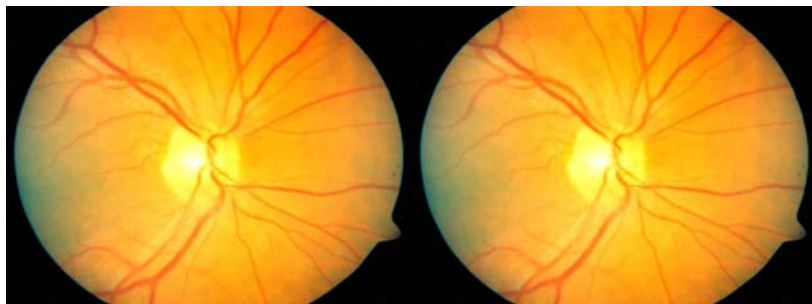
ძალიან მსუქანმა პირებმა უმჯობესია თავი შეიკავონ ვარჯიშისაგან წონაში 3 კგ-ით დაკლებამდე.

სხვა

თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დამოუკიდებელ რისკის ფაქტორს წარმოადგენს და დაუყოვნებლივ უნდა შეწყდეს, განსაკუთრებით თუ სახეზეა კიდევ ერთი ან რამდენიმე დამატებითი რისკის ფაქტორი. მაგ: დიაბეტი ან ჰიპერტენზია.

დიაბეტი და თვალის პრობლემები

გართულებები ფსკერზე შეიძლება თავიდან ავიცილოთ მკურნალობის
თანამედროვე მეთოდებით



- სისხლის შაქრის კონტროლით: რაც უფრო კარგია გლიკემიის კონტროლი, მით უფრო უკეთაა დაცული თქვენი თვალები
- თვალის ფსკერის ყოველწლიური შემოწმებით
- საჭიროების შემთხვევაში ლაზეროთერაპიის გამოყენებით

გახსოვდეთ!

გართულებები თვალის ფსკერზე უმეტესად «ფარულად» მიმდინარეობს. ეს იმას ნიშნავს, რომ მიუხედავად თვალის ფსკერის მდგომარეობის გაუარესებისა, თქვენ გეჩვენებათ, რომ მხედველობა არ გაგიუარესდათ.

აქედან გამომდინარე, აუცილებელია ყოველწლიური სპეციალური გამოკვლევა, რაც გამოცდილმა სპეციალისტმა უნდა აწარმოოს, რადგან ადრეულ ეტაპზე დაწყებული მკურნალობა საუკეთესო შედეგებს იძლევა.

გახსოვდეთ!

1. რეგულარულად (ყოველწლიურად) უნდა გაესინჯოთ ოფთალმოლოგს
2. გამოკვლევების დროს გუგები გაფართოებული უნდა იყოს სპეციალური წვეთებით.
3. თუ მხედველობა მოულოდნელად გაგიუარესდათ, დაუყოვნებლივ მიმართეთ თქვენს ოფთალმოლოგს და არა ოპტიკის თანამშრომელს, სადაც სათვალეს იძენთ.
4. აუცილებლად აცნობეთ ოფთალმოლოგს, რომ შაქრიანი დიაბეტი გაქვთ.
5. დააზუსტეთ და გადაამოწმეთ შემდეგი ვიზიტის თარიღი.

დიაბეტის გვიანი გართულებების პროფილაქტიკა

დიაბეტიანი პაციენტის სიცოცხლის გახანგრძლივებასა და ხარისხის გაუმჯობესებაზე ზრუნვამ პირველ პლანზე დააყენა დიაბეტის გვიანი გართულებების პრობლემა, რომელთა რისკიც სხვადასხვა პაციენტს სხვადასხვაგვარი აქვს და მათულობს დაავადების ხანგრძლივობასთან ერთად. მათ მიეკუთვნება მაკრო- და მიკროვასკულარული გართულებები, რომლებიც ვითარდება როგორც ტიპი 1, ასევე ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის ხანგრძლივი მიმდინარეობის შემთხვევაში.

ჰიპერგლიკემია იწვევს პირველად მეტაბოლურ ძვრებს და ადრეულ ფუნქციურ ცვლილებებს თირკმელებში, პერიფერიულ ნერვებსა და ბადურაში, ასევე მაკროანგიოპათიებს, რაც გამოვლინდება კორონარული და პერიფერიული არტერიების დაზიანებით.

დიაბეტის გვიან გართულებებს მიეკუთვნება:

რეტინოპათია

წარმოადგენს მოზრდილთა სიბრმავის უხშირეს მიზეზს. აღენიშნება დიაბეტის 10-20 წლის ან მეტი ხანგრძლივობის მქონე თითქმის ყველა პაციენტს. რეტინოპათიის დიაგნოზი ხშირად რამდენიმე წლით უსწრებს წინ დიაბეტის კლინიკური დიაგნოზის დასმას. შაქრიანი დიაბეტის ხანდაზმულობის მიხედვით ვითარდება ჯერ არაპროლიფერაციული რეტინოპათია, რომელიც არ აზიანებს მხედველობას, მაგრამ შემდეგ პროლიფერაციული რეტინოპათიის გაჩენამ შეიძლება გამოიწვიოს სიბრმავე.

რეტინოპათია ვითარდება ტიპი 1 დიაბეტით დაავადებულ პაციენტთა 60-70%-სა და ტიპი 2 დიაბეტით დაავადებულთა 30%-ში.

ნეფროპათია

ვითარდება ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის მქონე პაციენტთა 35-45%-ში და ტიპი 2 დიაბეტის 20%-ში. ნეფროპათიის პროცესი შეიძლება დიაბეტის დასაწყისიდან 20 წელზე მეტ ხანს მიმდინარეობდეს და გამოიხატოს მიკროალბუმინურიით, შემდგომი პროგრესირება განიცადოს თირკმლის უკმარისობად ჩამოყალიბდეს. შაქრიანი დიაბეტი წარმოადგენს თირკმლის უკმარისობის უხშირეს მიზეზს.

ნეიროპათია

ყველაზე ხშირია პერიფერიული, სიმეტრიული სენსომოტორული ნეიროპათია, რომელიც გამოვლინდება ჩხვლეტითი ან წვითი ხასიათის ტკივილებით. ვეგეტატიური ნეიროპათია შეიძლება გახდეს გასტრო-ინტესტინალური დისფუნქციის, იმპოტენციის, ნაღვლის ბუშტის, გულისა და სისხლძარღვთა ტონუსის დისფუნქციის მიზეზი.

კარდიო-ვასკულური დაავადებები

დიაბეტი მათი უმნიშვნელოვანესი რისკ-ფაქტორია. ისეთმა კარდიოლოგიურმა პრობლემებმა, როგორიცაა სტენოკარდია, ინფარქტი, არტერიული ჰიპერტენზია, გულის უკმარისობა, შესაძლებელია თავი იჩინოს ასაკის მატებასთან ერთად და არამართო მნიშვნელოვნად გააუარესოს დიაბეტიანთა ცხოვრების ხარისხი, არამედ მკვეთრად შეამციროს სიცოცხლის ხანგრძლივობა.

სხვა გართულებები - ინფექციების მიმართ მდგრადობის დაქვეითება, ცნობიერების დაზიანება და თითების კონტრაქტურები (ჩაქუჩისებრი თითები).

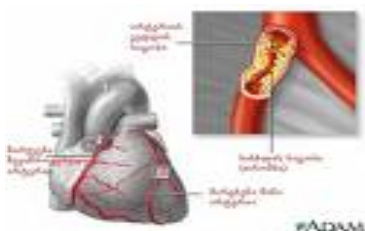
რას წარმოადგენს დიაბეტის გვიანი გართულებები

სისხლის გლუკოზის მუდმივად მაღალი დონე სხვადასხვა პიროვნებაში იწვევს ასაკობრივ ცვლილებების დაჩქარებას ნორმასთან შედარებით ეს დაჩქარება შეიძლება სხვადასხვა ნაირად იყოს გამოხატული. იმ დროს როდესაც მთელი ორგანიზმი ჩართულია ჰიპერგლიკემიასთან დაკავშირებულ ნელი მაგრამ პროგრესირებადი დაზიანების პროცესში, პირველი ორგანო (ორგანოები), რომელიც დაზიანდება ინდივიდუალურად წინასწარგანწყობიდან გამომდინარე შეიძლება სხვადასხვა იყოს.

ორგანოები, რომელთა დაზიანებაც უფრო ხშირად შეიძლება გამოვლინდეს დიაბეტის გვიანი გართულებების შემდეგია: – ფეხი, გული, ტვინი, თვალი და თირკმელი.

დიაბეტის გვიანი გართულებების პროფილაქტიკა შესაძლებელია დიაბეტის კარგი მოვლით. უფრო მეტიც, მათი არსებობის შემთხვევაშიც, ძალიან ხშირად გართულებების შედეგები მინიმუმამდე შეიძლება იქნას დაყვანილი რეგულარული მეთვალყურეობითა და სათანადო მკურნალობით.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გართულებების პროფილაქტიკა



არტერიოსკლეროზი ასაკის მატების თანმხლები პროცესია. მას შეუძლია მიგვიყვანოს ისეთ გართულებებამდე, როგორიცაა ინფარქტი ან ინსულტი. არტერიოსკლეროზის დიაბეტით გამოწვეულ განვითარებასთან დაკავშირებული გართულებების რისკის თავიდან აცილება შესაძლებელია დიაბეტის კარგი კონტროლით.

ასევე, საჭიროა სხვა დამაჩქარებელი ფაქტორების (გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკ-ფაქტორების) არსებობის შემთხვევაში, მათი მკურნალობა ან თავიდან აცილება. ეს რისკ ფაქტორებია: ჰიპერტენზია, სისხლის ქოლესტერინის

გაზრდილი შემცველობა, სიმსუქნე, უმოძრაო ცხოვრების წესი და თამბაქოს მოხმარება.

რეტინოპათიის (თვალის დაავადება) პროფილაქტიკა

თვალის დაზიანების თავიდან აცილება შესაძლებელია დიაბეტის კარგი კონტროლით და, ჰიპერტენზიის არსებობის შემთხვევაში, არტერიული წნევის ნორმალიზებით. ადრეული დაზიანებების აღმოჩენის მიზნით, აუცილებელია სპეციალისტთან თვალის რეგულარული გამოკვლევა.

ნეფროპათიის (თირკმლის დაზიანების) პროფილაქტიკა

თირკმლის დაზიანების თავიდან აცილება სისხლის გლუკოზის (და არტერიული წნევის) ნორმალიზებით შეიძლება.

შარდში ალბუმინის მინიმალური შემცველობის აღმოჩენით შესაძლებელია თირკმლის დაზიანების ბევრად უფრო ადრე გამოვლენა, ვიდრე ის თავად იჩენდეს თავს.

დიაბეტით გამოწვეული თირკმლის დაზიანებების პროგრესირების შეჩერება შესაძლებელია დიაბეტის კარგი კონტროლით და სპეციალური დიეტის შერჩევით.

ქცევის ცვლილებები

ჩვევების შეცვლა ძალიან ძნელია. ხშირად პაციენტები ვერ ეგუებიან დიეტას, დღის ახალ რეჟიმს, დაავადებაზე დაკვირვებასა და მკურნალობის ცვლილებებს, რასაც მოსდევს დიაბეტის გართულებები, რომელთა თავიდან აცილება სრულიად შესაძლებელია.

თუ თქვენ არ ხართ დარწმუნებული, რომ ექიმის მოცემული რჩევის შესრულება _ მაგ: წონის დაკლება _ ნამდვილად ღირს, სთხოვეთ, უფრო კარგად აგიხსნათ მისი მნიშვნელობა.

თუ რჩევას მისდევთ, მაგრამ გრძნობთ, რომ ძალიან გიძნელდებათ ან არ გაქვთ ამისათვის საჭირო დრო ან ნებისყოფა, გამოუტყდით ექიმს, ექთანს ან დიეტოლოგს.

ნებისმიერი ახალი საქმისათვის ძალიან მნიშვნელოვანია მისი დასაწყისი. მხოლოდ დაწყების შემდეგ აღმოჩნდებათ იმ რეალური დიდი მცირე სიძნელეების წინაშე, რომლებსაც ან საერთოდ, ან ყოველ შემთხვევაში, ასეთი სახით არ მოელოდით.

თუ თქვენ გრძნობთ, რომ ამ სიძნელეებს შეუძლია შეაფერხოს ახალი წამოწყება, ნუ შეგეშინდებათ და ნურც შეგრცხვებათ ექიმთან ან დიეტოლოგთან მათი გულახდილად განხილვა.

ნაბიჯ-ნაბიჯ წინსვლა

ისევე, როგორც მთამსვლელისათვის რამდენიმე ნაბიჯის სავალ მაძილზე უფრო ადვილია ყურადღების მოკრება, ვიდრე შერეულ მწვერვალზე, ასევე, თქვენთვისაც შესაძლებელია უკეთესი აღმოჩნდეს ძალისხმევის მიმართვა რომელიმე ერთი, კონკრეტული, კარგად გამოკვეთილი მიზნისაკენ (მაგ: 500 ან 800 გრ-ის დაკლება 1

კვირაში ან გლუკოზის მაქსიმალური შემცველობის დაქვეითება 200მგ/დლ-ზე ან 11.2მმოლ/ლ-ზე ქვევით).

ჯანმრთელობაზე დაკვირვების დღიური

ქრონიკული დაავადების მართვის საქმეში დღიურმა როგორც თქვენ, ისე თქვენს ექიმს ან მედდას შესაძლოა უდიდეს დახმარება გაუწიოს. რეგულარულად ჩაინიშნეთ ნებისმიერი სიმპტომი და მისი მახასიათებლები (მაგ: ხანგრძლივობა, სიძლიერე, მასთან დაკავშირებული ნიშნები, გამომწვევი ფაქტორები და ა.შ.). ასევე, ჩაინიშნეთ შესაბამისი მკურნალობის ცვლილებები (ინსულინი ან ტაბლეტების დოზები, დიეტა, ფიზიკური აქტივობა) და ეცადეთ გამოყოთ თქვენთვის ტიპური საპასუხო რეაქციები.

ყოველ ვიზიტზე დღიური აჩვენეთ ექიმს, ექთანს ან დიეტოლოგს და სთხოვეთ თქვენთან ერთად განიხილონ, თქვენი მხრიდან, ნებისმიერი სპეციფიური ჩარევა და მისი შესაძლო შედეგები. ძალიან მნიშვნელოვანია დღიურის ისეთი სახით წარმოება, რომ ადვილი წასაკითხი და განსახილველი იყოს.

პრაქტიკული ღონისძიებები - ჯანსაღი ცხოვრების წესის გამომუშავების გეგმა.

დიაბეტური ტერფი

ტერფის პრობლემების თავიდან აცილება შესაძლებელია შემდეგი მარტივი ნაბიჯებით:

- შეინარჩუნეთ დიაბეტის კარგი კონტროლი, იგი იცავს ტერფებს
- სთხოვეთ ექიმს ტერფების და ტკივილის მგრძნობელობის დაქვეითების შემოწმება
- უთხარით ექიმს კანის გაუხეშების, კოჟრების, ნახეთქების, ინფექციის, კანის ფერის ცვლილების და წყლულების განვითარების შესახებ
- ყოველდღიურად შეიმოწმეთ ფეხი (თუ გიჭირთ, გამოიყენეთ სარკე ან თხოვეთ დახმარება მეგობარს)
- იქონიეთ ფეხი სუფთა და მშრალ მდგომარეობაში, კარგად გაიმშრალეთ ტერფი, განსაკუთრებით მესამე და მეოთხე, აგრეთვე მეოთხე და მეხუთე თითებს შორის. მშრალი კანისთვის იხმარეთ ნეიტრალური კრემები (როგორიცაა Nivea, Neutrogena) ტენიანი კანისთვის გამოიყენეთ ტალკი.
- ყოველდღიურად გამოიცვალეთ წინდები, მაღალყელიანი წინდები და «კოლგოტი»
- ატარეთ რბილი მოხერხებული და კარგად მორგებული ფეხსაცმელი, მოერიდეთ სინთეტიკური მასალისაგან დამზადებული ფეხსაცმელის ხმარებას.

- ფრჩხილები გაიქლიბეთ, არ მოიჭრათ.

არ შეიძლება!

- ფეხშიშველი სიარული
- ბასრი იარაღის გამოყენება
- მაგარი, წებოვანი ლოსიონების და კოჟრების სამკურნალო საშუალების გამოყენება
- ფეხების დაბანა ცხელი წყლით (დაიბანეთ ფეხები ნელთბილი წყლით)

ზოგადი მითითებები ნეიროპათიის მქონე პაციენტებისათვის

სამწუხაროდ თქვენ დაკარგული გაქვთ ორგანიზმის ბუნებრივი საგანგაშო საგნალი ტერფზე ჭრილობის ან დამწვრობის განვითარების შემთხვევაში. ტერფის დაზიანების დროს ტკივილი უმნიშვნელოდ შეგაწუხებთ, ან საერთოდ ვერც კი იგრძნობთ მას. თქვენს შემთხვევაში, ტკივილის ამგვარი გაქრობა სახიფათოა, რადგან ნებისმიერი მცირე დაზიანება შეიძლება დაინფიცირდეს და საჭირო გახდეს ჰოსპიტალიზაცია. ინფექცია შეიძლება იმ დონეზე გართულდეს, რომ გახდეს ამპუტაციის მიზეზი. თითქმის ყველა ამ დაზიანების თავიდან აცილება შეიძლება ტერფის ყოველდღიური მოვლით.

დაიმახსოვრეთ!

- დაკარგული გაქვთ ტერფში ტკივილის აღმქმელი საგანგაშო სისტემა
- მხოლოდ თქვე შეგიძლიათ ეს დანაკარგი თავადვე შეავსოთ
- დაითვალისწინეთ ტერფი ყოველდღიურად – დილით და საღამოს – ხომ არ დაზიანდა იგი.

როგორ უნდა დავიცვათ ტერფები?

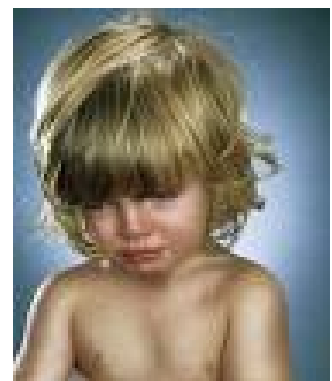
- წინდების ან მაღალყელიანი წინდების გახდისას ყოველთვის დაითვალისწინეთ ტერფები - ყურადღებით მოძებნეთ მცირე დაზიანებები ან ტერფზე ზეწოლის ნიშნები (გაწითლებული კანი)
- ფეხსაცმელი ხელით შეამოწმეთ შიგნითა მხრიდან ყოველი ჩაცმის წინ
- მუყაოზე შემოხაზეთ კონტური ტერფის გარშემო, გამოჭერით და ჩადეთ ფეხსაცმელში, რათა დარწმუნდეთ იმაში, რომ იგი საკმარისად გრძელია და ფართეა.
- არასოდეს იაროთ ფეხშიშველმა, განსაკუთრებით ზღვის სანაპიროზე და არასოდეს ატაროთ ფეხსაცმელი წინდების გარეშე

- არ იხმართ სათბურები და ელექტრომოწყობილობები ფეხების გასათბობად. ჩაიცვით წინდები. აბაზანის მიღების წინ შეამოწმეთ წყლის ტემპერატურა თერმომეტრით. იგი არ უნდა აღემატებოდეს 37⁰-ს.
- გამოიყენეთ კლიბი ფრჩხილების დასამოკლებლად და პემზის ქვა – კოჭრების მოსაცილებლად. არასოდეს იხმართ ტერფის მოვლისათვის მჭრელი იარაღები, ელექტროხელსაწყოები ან ქიმიური ნივთიერებები. სააბაზანოს ნუ გადააქცევთ «ქირურგიულ კაბინეტად»
- თუ გაგიჩნდათ დაზიანება, დაუყოვნებლივ დაუკავშირდით ექიმს. თავი შეიკავეთ სიარულისაგან.
- მიატოვეთ მოწევა და ზედმიწევნით შეასრულეთ ექიმის დანიშნულება.

მემკვიდრული განწყობა

კარგადაა ცნობილი, რომ არსებობს დიაბეტის განვითარებისადმი მემკვიდრული განწყობა. სინამდვილეში, ძლიერი მემკვიდრული განწყობის მქონე პირებსაც კი არასოდეს განუვითარდებათ დიაბეტი, თუ მუდმივად გამხდრები და აქტიურები იქნებიან. სიგამხდრე ნიშნავს ცხიმის რაც შეიძლება ნაკლები რაოდენობით დაგროვებას, განსაკუთრებით, მუცლის არეში. ამას განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს ადრეულ ასაკში, რადგან ბავშვობაში განვითარებული სიმსუქნე ყველაზე მწელი სამკურნალოა. ფიზიკური აქტიურობა ნიშნავს ასაკსა და შესაძლებლობების გათვალისწინების ზომიერი სიმძლავრის ვარჯიშებს დღის განმავლობაში მინიმუმ ერთი საათი მაინც, არანაკლებ ხუთჯერ კვირაში.

არსებობს დიაბეტის განვითარების რისკის განსაზღვრის საშუალება თქვენი ახლობელისათვის, რომელთა მდგომარეობა გაღელვებით და რომელთაც სიგამხდრისა და ფიზიკური აქტივობის შენარჩუნების დაბალი მოტივაცია აქვთ. არსებობს გარკვეული ტესტები, რომელთა საშუალებითაც ამყამად ან უახლოეს მომავალში შესაძლებელია განისაზღვროს, რამდენადაა მოცემული პიროვნება გენეტიკურად წინასწარგანწყობილი ან დაცული დიაბეტის განვითარებისაგან.



გახსოვდეთ!

- ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის დროს მემკვიდრეობით გადაეცემა არა შაქრიანი დიაბეტი, არამედ გარკვეული წინასწარგანწყობა დიაბეტის მიმართ, ანუ ასეთი განწყობის არსებობის მიუხედავად, შაქრიანი დიაბეტი ყოველთვის როდი გამოვლინდება;
- ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტი არ გამოვლინდება, თუკი მოახერხებთ ნორმალური წონის შენარჩუნებას

ადრეული დიაგნოსტიკა

უდიდესი მნიშვნელობა აქვს დიაბეტის განვითარებისთანავე დაუყოვნებლივ ეფექტური მკურნალობის დაწყებას.

დიაბეტის, რაც შეიძლება უფრო ადრე გამოვლენისათვის ნაჩვენებია სისხლის გლუკოზის რეგულარული გასინჯვა როგორც უზმოზე, ჭამიდან ერთ ან ორ საათში, განსაზღვრული რისკის ხარისხის შესაბამისად (გენეტიკური განწყობა, ასაკი, აბდომინური ცხიმის შემცველობა და ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობა). სისხლის გლუკოზა, ასევე, უნდა გაისინჯოს ნებისმიერი ისეთი მოვლენის შემდეგ, რომელიც ცნობილია, რომ აჩქარებს დიაბეტის გამოვლენას გენეტიკურად განწყობილ პირებში, როგორიცაა მაგ: მძიმე დაავდება ან ტრავმა, ემოციური შოკი ან ორსულობა. გლუკოზა, ასევე, უნდა გაისინჯოს დიაბეტისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების განვითარების შემთხვევაში, როგორიცაა გამოყოფილი შარდის რაოდენობის მომატება, უმიზეზო წყურვილი, პირის სიმშრალე, აუხსნელი წონის დაკარგვა და ა.შ.



ხანდაზმული ასაკი და დიაბეტის მართვა

ხანში შესვლას ხშირად დიაბეტიც სდევს თან, უხშირესად, ტიპი 2 დიაბეტი. ასაკის მატება, თავისთავად, დიაბეტის მართვის თვალსაზრისით, რაიმე განსაკუთრებულ პრობლემებს ჯანსაღ მოხუცებში არ ქმნის. მკურნალობის მიზნებიც ძირითადად იგივეა, რაც სხვა ასაკობრივი ჯგუფებისათვის და არც ამ მიზნების მიღწევების საშუალებებია განსხვავებული. თუმცა, თუ თავს იჩენს ხანში შესვლასთან დაკავშირებული რაიმე ტიპიური პრობლემა, შესაძლოა შეიქმნას დიაბეტის მართვის გლობალურად გაანალიზების აუცილებლობა პაციენტის საჭიროებისა და შეზღუდულ შესაძლებლობებთან რეალურ შესაბამისობაში მოსაყვანად.

წამლები



თქვენი ექიმის მიერ გამოწერილი წამლები ყოველთვის მიიღეთ იმ დროს და ზუსტად იმ დოზით, როგორც დანიშნული გაქვთ.

მეხსიერების დაქვეითების და/ან მხედველობის გაუარესებისას შეიძლება დახმარება ან მეთვალყურეობა დაგჭირდეთ.

შენიშვნა: თუ შეიქმნა ინსულინის საჭიროება, ხანშიშესულ ადამიანს შეიძლება გაუჭირდეს საინექციოდ მისი მომზადების და შეყვანის სწავლა. ამ შემთხვევაში ინსულინის შეყვანა უნდა ხორციელდებოდეს ნათესავის ან მეზობლის მიერ, ან – თუ პაციენტი სხვას არ დაანებებს ნემსის გაკეთებას – მათი მეთვალყურეობის ქვეშ.

აქედან გამომდინარე, თუ არის რაიმე შეზღუდვა დროის თვალსაზრისით, ექიმს უნდა მივაწოდოთ სათანადო ინფორმაცია, რათა ინსულინის ინექციის დრო შეირჩეს ოჯახურ გარემოებათა შესაბამისად.



დიეტა

დიეტის დანიშვნა უნდა ხდებოდეს მხოლოდ უკიდურესად აუცილებელი შემთხვევების გათვალისწინებით. დიეტის დაცვა ბევრად უფრო ადვილია მაშინ, როდესაც არასასურველი საკვები სახლში საერთოდ არ არის (მაგ: უალკოჰოლო და მაგარი ალკოჰოლური სასმელები, კანფეტები) ან შეზღუდულად მისაღები პროდუქტების მცირე მარაგია (მაგ: ღვინო).

დღის განმავლობაში დალიეთ არანაკლებ ერთი ლიტრი წყალი (ზაფხულში კიდევ უფრო მეტი).

აცნობეთ თქვენს ექიმს და დიეტოლოგს, თუ კბილების პრობლემების ან სხვა მდგომარეობის გამო ხელი გეშლება საკვების რეგულარულ მიღებაში.

ვარჯიში

დღის განმავლობაში ერთი საათი იარეთ ზედმეტი დატვირთვის გარეშე. თუ მხედველობის, ფეხის ან სხვა პრობლემების გამო ხელი გეშლება სიარულში,

რეგულარულად ივარჯიშეთ სახლში, თუნდაც მწოლიარე მდგომარეობაში. შეწყვიტეთ ვარჯიში ტკივილის ან დისკომფორტის შემთხვევაში. არ ივარჯიშოთ, თუ ავად ხართ.

მეთვალყურეობა

თუ სახლში გაქვთ სისხლის გლუკოზის შემოწმების საშუალება, გაიზომეთ მისი შემცველობა უჩვეულო წყურვილის, შარდის მომატებული რაოდენობის გამოყოფით, პირისა და თვალების სიმშრალის, გაურკვეველი მიზეზის სისუსტის შემთხვევაში, რადგან ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომი შესაძლოა გლუკოზის მომატებული შემცველობის (ჰიპერგლიკემია) მაუწყებელი იყოს.

ასევე, გაისინჯეთ სისხლის გლუკოზა, თუ უეცრად იგრძნობთ დაბუჟებას, სისუსტეს, აფორიაქებას, სიფერმკრთალეს – ეს ნიშნები შეიძლება სისხლის გლუკოზის დაქვეითებით (ჰიპოგლიკემია) იყოს გამოწვეული.