

მოზრდილ პაციენტებში შაქრიანი
დიაბეტის მართვა პირველად
ჯანდაცვაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი (პროტოკოლი)

1 შინაარსი

2	აბრევიატურები.....	3
3	პროტოკოლში გამოყენებული მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი	4
4	პროტოკოლის სათაური:	5
5	პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	5
6	პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	5
7	პროტოკოლის შემუშავების საფუძველი	6
8	პროტოკოლის მიზანი და ამოცანები	6
9	ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	6
10	სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	7
11	განმარტება.....	7
11.1	დიაბეტის კლასიფიკაცია.....	7
12	რეკომენდაციები.....	8
	შაქრიანი დიაბეტის სკრინინგი და დიაგნოსტიკა.....	8
12.1	ტიპი 2 დიაბეტის პრევენცია ან გადავადება.....	10
	რეკომენდაციის ხარისხი.....	10
12.2	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასება და პრევენცია.....	11
12.3	შდ დიაგნოზის მქონე პაციენტების სრულყოფილი კლინიკური შეფასება და კომორბიდული მდგომარეობების დადგენა	14
12.4	ცხოვრების სტილის ცვლილებასთან დაკავშირებული ჩარევები.....	16
12.5	გლიკემიის სამიზნეები	22
12.6	დიაბეტის მედიკამენტური თერაპია.....	26
12.7	შდ ტ2 მედიკამენტური მკურნალობა.....	27
12.8	ქრონიკული გართულებების სკრინინგი და მართვა.....	31
12.9	ხანდაზმული პაციენტები	35
12.10	რეფერალი	35
	ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები	37
	დიაბეტური კეტოაციდოზი და ჰიპეროსმოლარული ჰიპერგლიკემიური სტატუსი.....	37
	პაციენტზე მეთვალყურეობა ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ	38

იმუნიზაცია	38
13 აუდიტის კრიტერიუმები	44
14 პროტოკოლის გადახედვის ვადები	46
15 პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	46
16 სამუშაო ჯგუფი:	49
დანართი №1 - ქრონიკული დაავადებების მეთვალყურეობის ფორმა და შაქრიანი დიაბეტის მეთვალყურეობის ფლოუშიტი	50
დანართი N2. ნახშირწყლების რაოდენობის დათვლა	53
დანართი N3. საკითხების ჩამონათვალი, რომელთა განხილვაც რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტზე	54
გამოყენებული ლიტერატურა	54

2 აბრევიატურები

აგფ-ინჰიბიტორი - ანგიოტენზინის გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორი
არ ბლოკერი - ანგიოტენზინის რეცეპტორების ბლოკერი, უწოდებენ აგრეთვე ანგიოტენზინი II რეცეპტორების ანტაგონისტს
შდ ტ1 - შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1
შდ ტ2 - შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2
დკა-დიაბეტური კეტოაციდოზი
პჯდ პროვაიდერი- პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი
ჰ3ს-ჰიპერგლიკემიური ჰიპეროსმოლარული სტატუსი
ABI – Ankle-brachial index - მხარ-გოჯის ინდექსი
GLP-1 agonists - Glucagon-like peptide-1 agonists - გლუკაგონის მსგავსი პეპტიდი-1-ის რეცეპტორების აგონისტები
DPP-4 inhibitors - Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors - დიპეპტიდილ პეპტიდაზა-4-ის ინჰიბიტორები
DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) -დიეტური მიდგომა არტერიული ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ
eGFR (estimated glomerular filtration rate) - გორგლოვანი ფილტრაციის სავარაუდო სიჩქარე
SGLT2 inhibitor - sodium/glucose cotransporter 2 inhibitor - ნატრიუმ-გლუკოზის კოტრანსპორტერ 2-ის ინჰიბიტორი
IFG – Impaired fasting glucose - უზმოდ გაუარესებული გლიკემია;
IGT – Impaired Glucose tolerance - გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დაქვეითება.
RPG – Random plasma glucose - პლაზმის გლუკოზის რანდომული ნიმუში;
FPG – Fasting plasma glucose - უზმოდ პლაზმის გლუკოზა;

OGTT – Oral glucose tolerance test -ორალური გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტი
HbA_{1c} გლიკოზირებული ჰემოგლობინი
VLDL - ძალიან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები
LDL – დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები
HDL - მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები
non-HDL - არა-მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები
IDL - გარდამავალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები
MODY - Maturity onset diabetes of the young– ახალგაზრდათა დიაბეტი ზრდასრულ ასაკში
LADA - Latent autoimmune diabetes in adults - ლატენტური აუტოიმუნური დიაბეტი ზრდასრულეობში
SPC – Single Pill Combination - ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაცია
გსდ - გულ-სისხლძარღვთა დაავადება
თქდ - თირკმლების ქრონიკული დაავადება

3 პროტოკოლში გამოყენებული მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

პროტოკოლში გამოყენებული მტკიცებულებების დონეებისა და რეკომენდაციის ხარისხის დეფინიციები

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე (Muir Gray)	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას.	A	თვალსაჩინო მტკიცებულება სწორი დიზაინის, ადეკვატური სიმძლავრის, განზოგადოებადი რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევიდან
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	B	დამადასტურებელი მტკიცებულება სწორი დიზაინის კოჰორტული კვლევიდან
III	კლინიკური კვლევა, რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები.	C	დამადასტურებელი მტკიცებულება არაადეკვატურად კონტროლირებადი ან არაკონტროლირებადი კვლევიდან
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	E	ექსპერტების კონსენსუსი ან კლინიკური გამოცდილება

Va	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vb	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

4 პროტოკოლის სათაური:

მოზრდილ პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

5 პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD10 კოდი
ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტი	E11
ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტი, მრავლობითი გართულებებით	E11.7
ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტი, გართულებების გარეშე	E11.9

6 პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

დოკუმენტი წარმოადგენს 2020 წლის ეროვნული პროტოკოლის განახლებას, რომელიც შემუშავებულია პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტის ფარგლებში. პროექტი ხორციელდება საქართველოში ჩეხეთის კარიტასის (CCR Georgia) მიერ ჩეხეთის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს დაფინანსებით.

პროტოკოლის განახლების საჭიროება განაპირობა დიაბეტის მართვის ახალი საერთაშორისო მტკიცებულებების გაჩენამ, რომელიც განსაკუთრებით აისახა დიაბეტის სამკურნალო მედიკამენტების ახალი კლასების პოპულარიზაციისა და პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ უფრო ფართო გამოყენების საჭიროებაში. პროტოკოლის შემუშავებისას გამოყენებული იქნა ამერიკის დიაბეტის ასოციაციის 2022 წლის დიაბეტის მკურნალობის სტანდარტები¹, UpToDate-ს 2023 წლის რეკომენდაციები², დიაბეტის საერთაშორისო ფედერაციის 2017 წლის³, ასევე ამერიკის დიაბეტის ასოციაციის 2019 წლის⁴, კანადის დიაბეტის მართვის¹² და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ესენციური არაგადამდები დაავადებების ინტეგრირებული მართვის (PEN) გაიდლაინები⁵.

7 პროტოკოლის შემუშავების საფუძველი

2020 წელს ზოგადი საექიმო პრაქტიკისთვის შემუშავებული დიაბეტის მართვის პროტოკოლის დამტკიცების შემდეგ დაგროვდა ახალი მტკიცებულებები ახალი კლასის ანტიდიაბეტურ მედიკამენტებთან დაკავშირებით (როგორცაა მაგალითად, GLP-1 რეცეპტორების აგონისტები, SGLT-2 ინჰიბიტორები და DPP-4 ინჰიბიტორები), რამაც შექმნა მოცემული პროტოკოლის განახლების საფუძველი. ამასთანავე, პროტოკოლთან ერთად შეიქმნა დიაბეტის მართვის კლინიკური გზამკვლევი, რომელშიც აისახა დიაბეტით დაავადებული პაციენტების ყოვლისმომცველი მართვა, დაწყებული დიაგნოსტიკის მომენტიდან, დამთავრებული ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ბინაზე გაწერით. პროტოკოლში გამოყენებული რეკომენდაციების ხარისხი და მტკიცებულების დონეები იხილეთ ზემოთ.

8 პროტოკოლის მიზანი და ამოცანები

პროტოკოლის მიზანს წარმოადგენს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ეფექტური რეკომენდაციების მომზადება პირველად ჯანდაცვაში დასაქმებული პერსონალისთვის და პაციენტებისთვის, მოზრდილ პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტის ადრეული გამოვლენისა და მართვის პრაქტიკის გაუმჯობესების მიზნით.

ამოცანები:

- პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის მოზრდილებში შაქრიანი დიაბეტის ადრეული გამოვლენისა და ეფექტური მართვის მიზნით, ადაპტირებული რეკომენდაციების შემუშავება, ქვეყანაში არსებული რეალობის გათვალისწინებით.
- სამედიცინო პერსონალსა და პაციენტებს შორის კომუნიკაციის სრულყოფა - დაავადების მართვის საუკეთესო პრაქტიკის, მკურნალობის სარგებელის, რისკებისა და ზიანის შესახებ ინფორმაციის გაცვლის ხელშეწყობის გზით.
- პირველადი ჯანდაცვის რგოლში შაქრიანი დიაბეტის მართვის პროცესის სტანდარტიზაცია, რაც ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაფასებელი ინფორმაციის შეკრებას, ანალიზს და გაუმჯობესების პროცესის დაგეგმვას.

9 ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

– პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალისათვის - ოჯახის ექიმების, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტების, ენდოკრინოლოგებისა და პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე ნებისმიერი პროფესიონალისთვის, ასევე საშუალო სამედიცინო პერსონალისა და რეზიდენტებისთვის.

- პროტოკოლის რეკომენდაციები განკუთვნილია, ასევე, მოზრდილი პაციენტებისთვის, რომლებიც მიმართავენ პირველად ჯანდაცვას საექვო ან უკვე დადგენილი შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზით. დიაბეტის სამიზნე ჯგუფი არ მოიცავს პაციენტებს ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტით, ბავშვებს და ორსულებს.

10 სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება ნაჩვენებია ამბულატორიული ტიპის დაწესებულებაში და მისი გამოყენება იწყება შაქრიან დიაბეტზე როგორც ექვის მიტანიდან, ასევე უკვე დიაგნოსტირებული შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევებში.

11 განმარტება

შაქრიანი დიაბეტი მიეკუთვნება მეტაბოლური დაავადებების ჯგუფს, რომელიც ხასიათდება ინსულინის სეკრეციის, ინსულინის მოქმედების ან ორივეს დეფიციტის შედეგად განვითარებული ჰიპერგლიკემიით. დიაბეტის დამახასიათებელი ქრონიკული ჰიპერგლიკემია განაპირობებს დროთა განმავლობაში სხვადასხვა ორგანოების, განსაკუთრებით, თვალის, თირკმელების, ნერვების, გულისა და სისხლძარღვების დაზიანებას, დისფუნქციას და უკმარისობას.

დიაბეტის განვითარებაში სხვადასხვა პათოგენეზური პროცესი მონაწილეობს, დაწყებული პანკრეასის β -უჯრედების აუტოიმუნური დესტრუქციით და დასრულებული სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობით, რასაც თან სდევს ინსულინის მიმართ რეზისტენტობის განვითარება.

დიაბეტის დროს ნახშირწყლების, ცხიმებისა და ცილების მეტაბოლიზმის დარღვევას საფუძვლად უდევს სამიზნე ქსოვილებზე ინსულინის მოქმედების ფუნქციური უკმარისობა. ინსულინის ფუნქციური უკმარისობა განპირობებულია ინსულინის არაადეკვატური სეკრეციით და/ან ინსულინის მიმართ ქსოვილების რეზისტენტობით. ხშირად ინსულინის სეკრეციის დარღვევა და ინსულინის მიმართ რეზისტენტობა ერთდროულად გვხვდება ერთსა და იმავე პაციენტში და შესაბამისად, გაურკვეველია, რომელი მდგომარეობა წარმოადგენს ჰიპერგლიკემიის პირველად მიზეზს.

11.1 დიაბეტის კლასიფიკაცია

დიაბეტის კლასიფიკაცია გამოყოფს შემდეგ ძირითად კატეგორიებს:

1. დიაბეტი ტიპი 1 (განპირობებული β -უჯრედების აუტოიმუნური დესტრუქციით, რასაც ჩვეულებრივ, თან სდევს ინსულინის აბსოლუტური დეფიციტი);

2. დიაბეტი ტიპი 2 (განპირობებული β-უჯრედების მიერ ინსულინის სეკრეციის პროგრესირებადი შემცირებით, რაც ხშირად ინსულინის მიმართ რეზისტენტობის საფუძველზე ვითარდება);
3. ორსულთა ანუ გესტაციური დიაბეტი (დიაბეტი, რომელიც დიაგნოსტირდება ორსულობის მეორე ან მესამე ტრიმესტრში და გესტაციამდე არ ვლინდებოდა როგორც მკაფიოდ გამოხატული დიაბეტი);
4. სხვა მიზეზებით განპირობებული დიაბეტის სპეციფიკური ტიპები, მაგალითად მონოგენური დიაბეტის სინდრომები (როგორცაა ნეონატალური დიაბეტი ან ზრდასრულ ასაკში გამოვლენილი დიაბეტის ახალგაზრდული ფორმა), პანკრეასის ეგზოკრინული დაავადებები (როგორცაა ცისტური ფიბროზი და პანკრეატიტი), მედიკამენტებით ან ქიმიკატებით გამოწვეული დიაბეტი (მაგალითად, გლუკოკორტიკოიდების ხანგრძლივი მიღებისას).

12 რეკომენდაციები

შაქრიანი დიაბეტის სკრინინგი და დიაგნოსტიკა	რეკომენდაციის ხარისხი
R1 დიაბეტზე სკრინინგი რეკომენდებულია ქარბი წონის ან მსუქან პაციენტებში (სმი \geq 25კგ/მ ² ან \geq 23კგ/მ ² სამხრეთ აზიის, ჩინეთის, იაპონიის მოსახლეობაში), ვისაც აღენიშნება ჩამოთვლილიდან ერთი ან მეტი რისკ-ფაქტორი (იხილეთ ცხრილი 1).	II B
R2 ყველა სხვა პაციენტისთვის ტესტირების დაწყება რეკომენდებულია 45 წლის ასაკიდან.	II B
R3 თუ 45 წლის ასაკში შედეგი ნორმალურია, ტესტირება უნდა განმეორდეს მინიმუმ 3 წლიანი ინტერვალით; გლუკოზის შედეგებისა და რისკის სტატუსის საფუძველზე, განმეორებითი ტესტირება შესაძლოა განხორციელდეს უფრო მოკლე ინტერვალითაც.	III C
R4 დიაბეტის ან პრედიაბეტის სკრინინგისთვის რეკომენდებულია განისაზღვროს შემდეგი პარამეტრები: <ul style="list-style-type: none"> - უზმოდ პლაზმის გლუკოზა - ორალური გლუკოზისადმი ტოლერანტობის სტანდარტული ტესტი (ოგტტ - ანუ გლიკემიის განსაზღვრა ვენური სისხლის პლაზმაში უზმოდ და 75 გ გლუკოზის მიღებიდან 2 საათში). ოგტტ ტარდება იმ შემთხვევაში, თუ სახეზეა უზმოდ გლიკემიის გაუარესების ნიშნები - უზმოდ პლაზმის გლუკოზა 5,6 – 6,9 მმოლ/ლ); - შემთხვევითი პლაზმის გლუკოზა (დღის განმავლობაში გაზომილი 	I A

<p>გლუკოზა, საკვების მიღებისგან დამოუკიდებლად) ;</p> <p>- გლიკოზირებული ჰემოგლობინის HbA_{1c} მაჩვენებელი</p>	
<p>R5 დიაგნოზის დადასტურების მიზნით, ნორმიდან გადახრის შემთხვევაში საჭიროა განმეორებითი ტესტირება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა სახეზეა მკაფიო კლინიკური დიაგნოზი და ჰიპერგლიკემიის თვალსაჩინოდ გამოხატული ნიშნები.</p>	I A
<p>R6 თუ შდ ლაბორატორიული სკრინინგისას, ტესტის შედეგები მოსაზღვრე ნიშნულზეა, (უზმოდ პლაზმის გლუკოზა 7,0 მმოლ/ლ-მდე, HbA_{1c} - 7%-მდე, ან 2 სთ-იანი გლუკოზა 11,0 მმოლ/ლ-მდე), რეკომენდებულია პაციენტზე დაწესდეს მონიტორინგი და ტესტირება გამეორდეს 3-6 თვეში (დიაბეტის სკრინინგისა და დიაგნოსტიკის კრიტერიუმები იხილეთ ცხრილი 2-ში).</p>	I A
<p>ცხრილი N 1. დიაბეტზე ან პრედიაბეტზე ტესტირების კრიტერიუმები ასიმპტომურ მოზრდილ პაციენტებში</p>	
<p>1. ტესტირება რეკომენდებულია ჭარბი წონის ან მსუქან მოზრდილ პაციენტებში (სმი\geq25კგ/მ² ან \geq23კგ/მ² სამხრეთ აზიის, ჩინეთის, იაპონიის მოსახლეობაში), ვისაც აღენიშნება ჩამოთვლილიდან ერთი ან მეტი რისკ-ფაქტორი (I, A):</p> <ul style="list-style-type: none"> • დიაბეტი პირველი რიგის ნათესავში; • მაღალი რისკის რასობრივი/ეთნიკური კუთვნილება (მაგალითად, აფრო-ამერიკელი, ძირეული ამერიკელი, აზიელი ამერიკელი, წყნარი ოკეანის კუნძულების მცხოვრები); • გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ანამნეზი; • ჰიპერტენზია (\geq140/90 მმ ვწყ სვ ან ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე); • HDL ქოლესტეროლი <35 მგ/დლ (0.90 მმოლ/ლ) და/ან ტრიგლიცერიდები >250 მგ/დლ (2.82 მმოლ/ლ); • ქალები პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომით (II, B); • სხვა კლინიკური მდგომარეობა, რომელიც ასოცირებულია ინსულინრეზისტენტობასთან (მაგ.: მძიმე სიმსუქნე, acanthosis nigricans). (II, B) <p>2. პაციენტებს პრედიაბეტით ([HbA_{1c} \geq5.7% [39 მმოლ/მოლ], უზმოდ პლაზმის გლუკოზა 100–125 მგ/დლ (5.6–6.9 მმოლ/ლ)), IGT, ან IFG-თი, ტესტირება უნდა ჩაუტარდეთ ყოველწლიურად (IV, E).</p> <p>3. ანამნეზში (ორსულთა) გესტაციური დიაბეტის მქონე ქალებს ტესტირება უნდა ჩაუტარდეთ მთელი ცხოვრების განმავლობაში, მინიმუმ 3 წლიანი ინტერვალით (I, A).</p> <p>4. ყველა სხვა პაციენტისთვის ტესტირება უნდა დაიწყოს 45 წლის ასაკში (II, B).</p> <p>5. თუ შედეგი ნორმალურია, ტესტირება უნდა განმეორდეს მინიმუმ 3 წლიანი ინტერვალით, გლუკოზის შედეგებისა და რისკის სტატუსის საფუძველზე, განმეორებითი ტესტირება შესაძლოა განხორციელდეს უფრო მოკლე ინტერვალითაც. (III, C)</p>	

ცხრილი №2. დიაბეტის სკრინინგისა და დიაგნოსტიკის კრიტერიუმები		
	პრედიაბეტი	დიაბეტი
HbA _{1c}	5.7–6.4%*	≥6.5%†
FPG	100–125 მგ/დლ (5.6–6.9 მმოლ/ლ) *	≥126 მგ/დლ (7.0 მმოლ/ლ) †
OGTT	140–199 მგ/დლ (7.8–11.0 მმოლ/ლ) *	≥200 მგ/დლ (11.1 მმოლ/ლ) †
RPG		≥200 მგ/დლ (11.1 მმოლ/ლ) ‡

*სამივე ტესტის შემთხვევაში დიაბეტის განვითარების რისკი მკვეთრად მატულობს დიაპაზონის ზედა ზღვარზე.
 †თვალსაჩინო ჰიპერგლიკემიის არარსებობისას დიაგნოზი უნდა დადასტურდეს ნორმიდან გადახრილი ორი შედეგით, სისხლის იმავე ნიმუშიდან ან სხვა ნიმუშის გამოყენებით.
 ‡დიაგნოსტიკისთვის გამოიყენება მხოლოდ პაციენტებში ჰიპერგლიკემიის კლასიკური სიმპტომებით, ან მწვავე ჰიპერგლიკემიური მდგომარეობის დროს.
 RPG, პლაზმის გლუკოზის რანდომული ნიმუში; FPG - უზმოდ პლაზმის გლუკოზი OGTT - ორალური გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტი; HbA_{1c} - გლიკოზირებული ჰემოგლობინი

12.1 ტიპი 2 დიაბეტის პრევენცია ან გადავადება	რეკომენდაციის ხარისხი
R7 პაციენტებისთვის, რომელთაც გამოუვლინდათ პრედიაბეტი, რეკომენდებულია, სულ მცირე ყოველწლიური მონიტორინგი	IV E
R8 პაციენტებში პრედიაბეტით რეკომენდებულია ცხოვრების სტილის ცვლილებასთან დაკავშირებული ინტენსიური ჩარევა, რაც ნიშნავს სხეულის საწყისი მასის 7%-ით შემცირებას და საშუალო ინტენსივობის ფიზიკურ დატვირთვას, როგორცაა მაგალითად, ფეხით სწრაფი სიარული კვირაში 150 წუთის განმავლობაში.	I A
R9 პრედიაბეტის მდგომარეობაში მყოფი პაციენტებისთვის, რომელთაც აღენიშნებათ ჭარბი წონა ან სიმსუქნე, მნიშვნელოვანია საკვების დღიური კალორიაჟის შემცირება, რისთვისაც შესაძლებელია ხმელთაშუა ზღვის დიეტის ან დაბალკალორიული დაბალცხიმინი	III C

¹ უზმოდ გაუარესებული გლიკემია = უზმოდ პლაზმის გლუკოზი 100 –125 მგ/დლ და 75გ გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტიდან 2-სთ შემდეგ <140 მგ/დლ;

² გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დაქვეითება - პლაზმის გლუკოზის მომატებული დონე (≥140 და <200 მგ/დლ) 75გ სტანდარტული გლუკოზის მიღებიდან 2 სთ-ში, უზმოდ პლაზმაში გლუკოზის <126 მგ/დლ კონცენტრაციის ფონზე.

<p>დიეტის გამოყენება. ამასთან, გარკვეული საკვების მიღება ამცირებს დიაბეტის განვითარების რისკს, როგორცაა მაგალითად, თხილეული, კენკრა, ყავა და ჩაი^{6,7,8,9,10}; ამავე დროს ხელოვნურად დამტკბარი სასმელები და წითელი ხორცი ზრდის დიაბეტის განვითარების რისკს.¹¹</p>	
<p>R10 რეკომენდებულია მეტფორმინით მკურნალობა პრედიაბეტის მქონე პაციენტებში, განსაკუთრებით მათთვის, ვისი სმი ≥ 35კგ/მ², ასაკი <60 წელზე და ქალებისთვის ანამნეზში გესტაციური დიაბეტით.</p>	I A
<p>12.2 გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასება და პრევენცია</p>	
<p>R11 პრედიაბეტი და დიაბეტი ასოცირებულია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მომატებულ რისკთან, ამიტომ რეკომენდებულია გსდ მოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორების სკრინინგი და მკურნალობა.</p>	II B
<p>ჰიპერტენზია</p>	
<p>R12 ტიპი 2 დიაბეტის მქონე პაციენტებში თანმხლები ჰიპერტენზიით, სისტოლური წნევის სამიზნე დონე 130-დან 140მმ ვწყ სვ-მდეა, ხოლო დიასტოლურის - 80 მმ ვწყ სვ-ზე დაბლა. უფრო დაბალი სამიზნე დონის გათვალისწინება რეკომენდებულია ახალგაზრდა პაციენტებში ან მიკროვასკულური დაავადების (დიაბეტური რეტინო, ნეფრო- ან ნეიროპათიის) თანაარსებობისას.</p>	I A
<p>R13 რეკომენდებულია სუფრის მარილის შეზღუდვა, მაგალითად, საკვებზე მარილის დამატების მორიდება, რაც შესაძლებელია მაღალი არტერიული წნევის კონტროლის დამხმარე მეთოდს წარმოადგენდეს.</p>	II B
<p>R14 მაღალი არტერიული წნევის ($\geq 140/90$ მმ ვწყ სვ) მქონე პაციენტებს უნდა დაეწყოთ ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობა აგვ-ინჰიბიტორით ან არ-ბლოკერით;</p> <ul style="list-style-type: none"> - უმრავლეს პაციენტებში მკურნალობის დაწყება რეკომენდებულია ორი მედიკამენტის ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაციით (SPC), რათა გაუმჯობესდეს არტერიული წნევის სამიზნე მაჩვენებლების მიღწევს პროცესი და ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის ეფექტურობა. - ორი პრეპარატის სასურველი კომბინაციაა რენინ-ანგიოტენზინ სისტემის ბლოკერი (აგვ ან არბ) - კალციუმის არხების ბლოკერთან ან შარდმდენტთან. 	I A
<p>R15 აგვ-ინჰიბიტორი ან არ-ბლოკერი ასევე უნდა დაინიშნოს იმ</p>	II B

<p>შემთხვევაში, თუ პაციენტს აღენიშნება პერსისტიული მიკროალბუმინურია მაღალი არტერიული წნევის არარსებობის ფონზეც კი.</p>	
დისლიპიდემია	
<p>R16 პაციენტს უნდა მიეცეს კვებისა და ცხოვრების სტილის მოდიფიკაციის რეკომენდაცია, როგორცაა: წონის დაკლება ჩვენების შემთხვევაში, ხმელთაშუა ზღვის ან DASH დიეტა; ნაჯერი ცხიმის და ტრანს-ცხიმების შემცირება, საკვებში ომეგა-3 ცხიმოვანი მჟავების გაზრდა, მცენარეული ბოჭკოს, მცენარეული სტენოლების/სტეროლების (შედის მცენარეულ ზეთებში, მარცვლეულსა და თხილეულში) ჩართვა საკვებში, ფიზიკური აქტივობის გაზრდა, რამაც შეიძლება გააუმჯობესოს ლიპიდური პროფილი და შეამციროს ათეროსკლეროზული გსდ განვითარების რისკი.</p>	I A
<p>R17 პაციენტებში ტრიგლიცერიდების მომატებული დონით (≥ 150 მგ/დლ [1.7 მმოლ/ლ]) და/ან HDL-ქოლესტეროლის დაბალი დონით (< 40 მგ/დლ [1.0 მმოლ/ლ] მამაკაცებში, < 50 მგ/დლ [1.3 მმოლ/ლ] ქალებში), რეკომენდებულია ცხოვრების სტილის ჩარევის ინტენსივობის გაზრდა და გლიკემიის კონტროლის ოპტიმიზაცია.</p>	III C
<p>R18 ყველა პაციენტს ტიპი 2 დიაბეტით და გსდ დადგენილი დიაგნოზით ან ათეროსკლეროზული გსდ 10 წლიანი რისკით $> 20\%$-ით, არამედიკამენტურ თერაპიასთან ერთად უნდა დაენიშნოს სტატინით მკურნალობა (მეორეული პრევენცია). მკურნალობა შესაძლებელია დაიწყოს ატორვასტატინის ან როზუვასტატინის მაქსიმალური რეკომენდებული დოზებით, ან მოხდეს სტატინის დოზის თანდათანობით ტიტრაცია LDL ქოლესტეროლის < 70 მგ/დლ (1.8 მმოლ/ლ) სამიზნე დონის მისაღწევად.</p>	I A
<p>R19 ყველა პაციენტს ტიპი 2 დიაბეტით გსდ დიაგნოზის გარეშე, რომელთა ასაკიც ≥ 40 წელზე, ხოლო LDL ქოლესტეროლი > 100 მგ/დლ (2.6 მმოლ/ლ), უნდა დაეწყოს მკურნალობა სტატინით (პირველადი პრევენცია).</p>	III C
<p>R20 LDL-ქოლესტეროლის ალტერნატივის სახით დისლიპიდემიის მკურნალობის სამიზნედ შესაძლებელია non-HDL-ქოლესტეროლის გამოყენება¹². მრავალი გაიდლაინი რეკომენდაციას უწევს ამ მაჩვენებლის გამოყენებას, რადგანაც:</p>	III C

<ul style="list-style-type: none"> - non-HDL-ქოლესტეროლი მოიცავს ყველა ათეროგენულ ლიპოპროტეინს, როგორცაა ქილომიკრონები, ძალიან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები (VLDL), LDL, საშუალო სიმკვრივის ლიპოპროტეინები (IDL) და მათი ტრიგლიცერიდებით მდიდარი ნაწილაკები. - non-HDL-C ადვილად გამოითვლება ლიპიდური პროფილიდან (non-HDL-C = საერთო ქოლესტეროლს მინუს HDL-C), შესაბამისად, არ მოითხოვს დამატებით ხარჯებს, ასევე მისი განსაზღვრა არ მოითხოვს უზმო მდგომარეობას განსხვავებით LDL-ქოლესტეროლისგან. - non-HDL ქოლესტეროლის მომატებული დონე LDL-ქოლესტეროლის ნორმალურ დონესთან კომბინაციაში საშუალებას იძლევა დამატებითი ფინანსური ხარჯის გარეშე გამოვყოთ ის პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ LDL მცირე სიმკვრივის ნაწილაკების რაოდენობის და აპო-B კონცენტრაციის მომატება. - non-HDL-ქოლესტეროლის მკურნალობის სამიზნე 30 მგ/დლ-ით (0,8 მმოლ/ლ-ით) აღემატება LDL-ქოლესტეროლის მკურნალობის სამიზნეს. მაგალითად, თუ LDL-ქოლესტეროლის მკურნალობის სამიზნე <70 მგ/დლ (1,8 მმოლ/ლ), მაშინ non-HDL-ქოლესტეროლის მკურნალობის სამიზნე იქნება <100 მგ/დლ (2,6 მმოლ/ლ) პაციენტებში მაღალი გსდ რისკით და ტრიგლიცერიდების >200 მგ/დლ მაჩვენებლით¹³. 	
<p>R21 დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებში ზოგადად მკურნალობის პირველადი სამიზნის სახით რეკომენდებულია LDL-ქოლესტეროლის <2.0 მმოლ/ლ-მდე ან საწყისი მაჩვენებლიდან >50%-ით შემცირება. ალტერნატიული სამიზნე შესაძლებელია იყოს non-HDL ქოლესტეროლი <2.6 მმოლ/ლ¹⁴.</p>	III C
<p>R22 თუ ოჯახის ექიმი გადაწყვეტს, რომ პაციენტს ესაჭიროება სტატინებით თერაპია, ეს მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს მთელი ცხოვრების მანძილზე.</p>	IV E
<p>R23 პაციენტებს, რომელთაც ცხოვრების სტილის ცვლილებისა და გაუმჯობესებული გლიკემიის კონტროლის მიუხედავად, აღენიშნებათ ტრიგლიცერიდების მომატებული დონე >500-დან 1000 მგ/დლ-მდე (5.7-11.4 მმოლ/ლ), მწვავე პანკრეატიტის პრევენციის მიზნით, უნდა დაეწყოს მკურნალობა ფიბრატით.</p>	IV E
<p>R24 მოზრდილ პაციენტებში, რომლებიც არ ღებულობენ სტატინებს ან ლიპიდ-დამაქვითებელ მედიკამენტებს, მიზანშეწონილია ლიპიდური პროფილის გამოკვლევა დიაბეტის დიაგნოზის დასმისას, საწყისი სამედიცინო შეფასების დროს და შემდეგ 5 წელიწადში ერთხელ, თუ პაციენტი 40 წლამდეა, ან უფრო ხშირი ინტერვალით,</p>	IV E

ჩვენების შემთხვევაში.	
<p>R25 რეკომენდებულია ლიპიდური პროფილის გამოკვლევა სტატინებით ან სხვა ლიპიდ-დამაქვეითებელი თერაპიის დაწყებამდე, სასტარტო ანათვალის დასაფიქსირებლად და თერაპიის დაწყებიდან 4-12 კვირაში, ჰიპოლიპიდემიური აგენტის დოზის კორექციისთვის; მომდევნო მონიტორირება შესაძლოა დაიგეგმოს ყოველწლიურად, ლიპიდური ცვლის მართვის ლაბორატორიული მეთვალყურეობისა და მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყოლობის შეფასების მიზნით.</p>	IV E
ანტიაგრეგანტული თერაპია	
<p>R26 ასპირინით მკურნალობა (75–162 მგ/დღეში) რეკომენდებულია დიაბეტის დიაგნოზის მქონე პაციენტებთან მეორეული პრევენციის სახით, ანამნეზში ათეროსკლეროზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დროს.</p>	I A
<p>R27 პაციენტებში ათეროსკლეროზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადების ანამნეზით და ასპირინისადმი დოკუმენტირებული ალერგიით, რეკომენდებულია დღეში 75 მგ კლოპიდოგრელის გამოყენება.</p>	II B
<p>R28 ორმაგი ანტიაგრეგანტული თერაპია (დაბალი დოზით ასპირინით და P2Y12 ინჰიბიტორით-კლოპიდოგრელით) მიზანშეწონილია მწვავე კორონარული სინდრომის შემდეგ 1 წლის მანძილზე და შესაძლოა, სასარგებლო იყოს ამ პერიოდის გასვლის შემდეგაც.</p>	II B
<p>R29 ასპირინით მკურნალობა (75-162 მგ/დღეში) შესაძლოა, გათვალისწინებული იქნას, როგორც პირველადი პრევენციის სტრატეგია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მომატებული რისკის მქონე დიაბეტიან პაციენტებში, მათთან მკურნალობის სარგებელისა და სისხლდენის გაზრდილი რისკის საკითხების განხილვის შემდეგ.</p>	III C
12.3 შდ დიაგნოზის მქონე პაციენტების სრულყოფილი კლინიკური შეფასება და კომორბიდული მდგომარეობების დადგენა	
<p>R30 საწყისი ვიზიტის დროს უნდა ჩატარდეს სრულყოფილი სამედიცინო შეფასება, რომლის მიზანია:</p> <ul style="list-style-type: none"> - შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზის დადასტურება და დაავადების კლასიფიცირება; - დიაბეტის გართულებებისა და პოტენციური კომორბიდული მდგომარეობების შეფასება; 	II B

<ul style="list-style-type: none"> - პაციენტებში უკვე დადგენილი დიაგნოზით მკურნალობისა და რისკ-ფაქტორების კონტროლის ისტორიის გადახედვა; - პაციენტის ჩართვა დიაბეტის მართვის გეგმაში; - უწყვეტი მეთვალყურეობის გეგმის შემუშავება. 	
<p>R31 მეთვალყურეობის ვიზიტი უნდა მოიცავდეს საწყისი სრულყოფილი სამედიცინო შეფასების კომპონენტების უმრავლესობას, მათ შორის: განახლებულ ანამნეზს, ინფორმაციას მედიკამენტების მიღების ჩვევებსა და აუტანლობაზე/გვერდით ეფექტებზე, ფიზიკურ გასინჯვას, ლაბორატორიულ კვლევებს HbA_{1c} და მეტაბოლური სამიზნეების (LDL-C<2 მმოლ/ლ, non-HDL-C<2,6 მმოლ/ლ, სისტოლური წნევა < 130 მმ.ვწყ.სვ, დიასტოლური წნევა <80 მმ.ვწყ.სვ) მიღწევის შესაფასებლად, გართულებების რისკის შეფასებას, დიაბეტის თვით-მართვის ჩვევებს, დიეტას, ფსიქოსოციალურ ანამნეზს, რეფერალის, იმუნიზაციის ან სხვა რუტინული სკრინინგული პროცედურების ჩატარების საჭიროებას</p>	II B
<p>R32 საწყის და მომდევნო ვიზიტებზე აუცილებელია დიაბეტის მწვავე და ქრონიკული გართულებების რისკის შეფასება და მკურნალობის დაგეგმვა.</p>	II B
<p>R33 ინდივიდუალური სამიზნეების დადგენა გლიკემიის, სისხლის წნევის, ლიპიდების კონტროლისთვის და ანტიდიაბეტური, ანტიჰიპერტენზიული ან ჰიპოლიპიდემიური მკურნალობის ინტენსივობის შერჩევით, უნდა მოხდეს ათეროსკლეროზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადების და გულის უკმარისობის რისკის, თირკმლების ქრონიკული დაავადების სტადიის და მკურნალობასთან ასოცირებული ჰიპოგლიკემიის ისტორიის შეფასების საფუძველზე.</p>	II B
<p>R34 ტიპი 1 შდ დიაგნოზის დადგენიდან მოკლე პერიოდში გასათვალისწინებელია სკრინინგი აუტოიმუნურ თიროიდულ დაავადებასა და ცელიაკიაზე.</p>	II B
<p>R35 შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზის მქონე პაციენტებს უნდა ერჩიოთ მათი ასაკისა და სქესისთვის რეკომენდებული კიბოს სკრინინგის პროცედურების ჩატარება და კიბოს მოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორების (სიმსუქნე, დაბალი ფიზიკური აქტიურობა, თამბაქოს წევა) შემცირება, რადგანაც დიაბეტი ასოცირებულია ღვიძლის, პანკრეასის, ენდომეტრიუმის, კოლინჯის/სწორი ნაწლავის, სარძევე ჯირკვლისა და შარდის ბუშტის კიბოს მომატებულ რისკთან.</p>	IV E

<p>R36 კოგნიტიური დარღვევების/დემენციის ანამნეზის შემთხვევაში არ არის რეკომენდებული გლუკოზის ინტენსიური კონტროლი, რამაც შესაძლოა გააუარესოს აღნიშნული მდგომარეობა და მკურნალობა უნდა შეირჩეს იმგვარად, რომ თავიდან იქნას აცილებული კლინიკურად მნიშვნელოვანი ჰიპოგლიკემია.</p>	<p>II B</p>
<p>R37 დიაბეტი ზრდის ისეთი დაავადებების რისკს, როგორცაა არა-ალკოჰოლური ცხიმოვანი ჰეპატოზი, ჰეპატოცელულარული კარცინომა, სმენის დარღვევა, ფსიქოსოციალური/ემოციური დარღვევები, ბარძაყის ძვლის მოტეხილობა, ტესტოსტერონის დონის დაქვეითება მამაკაცებში, ძილის ობსტრუქციული აპნოე, პერიოდონტოზი. შესაბამისად, სრულყოფილი სამედიცინო გასინჯვისას აუცილებელია ამ დაავადებების რისკების გათვალისწინება.</p>	<p>IV E</p>
<p>12.4 ცხოვრების სტილის ცვლილებასთან დაკავშირებული ჩარევები</p>	
<p>R38 ცხოვრების სტილის მართვა დიაბეტზე მეთვალყურეობის ფუნდამენტური ასპექტია და მოიცავს განათლებას და დახმარებას დიაბეტის თვითმართვაში, სამედიცინო ნუტრიციულ თერაპიას, ადეკვატურ ფიზიკურ აქტივობას, კონსულტირებას თამბაქოს მწველოების შეწყვეტაზე და ფსიქოსოციალურ მხარდაჭერას.</p>	<p>I A</p>
<p>R39 პაციენტმა და ექიმმა ერთობლივად უნდა დაგეგმონ ცხოვრების სტილის ოპტიმიზაცია, დაწყებული ზოგადი, პირველადი ვიზიტიდან - მომდევნო სამეთვალყურეო ვიზიტების ჩათვლით.</p>	<p>III C</p>
<p>თვითმართვის საგანმანათლებლო პროგრამა</p>	
<p>R40 დიაბეტით დაავადებული ყველა პაციენტი უნდა ჩაერთოს თვით-მართვის საგანმანათლებლო პროგრამაში, რათა გაიუმჯობესოს დიაბეტის თვით-მართვისთვის აუცილებელი ცოდნა, უნარ-ჩვევები და შესაძლებლობები. დიაბეტის თვით-მართვის საგანმანათლებლო პროგრამა ასევე რეკომენდებულია მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის აუცილებელი უნარებისა და ქცევების განვითარებისა და შენარჩუნებისთვის.</p>	<p>II B</p>
<p>R41 თვით-მართვის საგანმანათლებლო პროგრამის საჭიროების შეფასება უნდა განხორციელდეს შემდეგ ოთხ კრიტიკულ პერიოდში: დიაგნოზის დასმისას, წელიწადში ერთხელ, გართულებების განვითარებისას და მეთვალყურეობის ცვლილებისას.</p>	<p>IV E</p>
<p>R42 თვით-მართვის საგანმანათლებლო პროგრამა უნდა იყოს პაციენტზე ორიენტირებული, შესაძლებელია განხორციელდეს</p>	<p>I A</p>

ინდივიდუალურად, პაციენტთა ჯგუფში ან ციფრული ტექნოლოგიების მეშვეობით და უნდა ეცნობოს დიაბეტზე ზრუნვის განმახორციელებელი გუნდის ყველა წევრს.	
კვებითი გეგმა, მაკრონუტრიენტების გადანაწილება და საკვების ულუფა	
R43 დიაბეტის დიაგნოზის მქონე თითოეული პაციენტი აქტიურად უნდა ჩაერთოს კვების ინდივიდუალური გეგმის შემუშავებაში. ყველა პაციენტს შესთავაზეთ რეფერალი დიეტოლოგთან ინდივიდუალური სამედიცინო ნუტრიციული თერაპიის შერჩევითვის.	IV E
R44 არსებული მტკიცებულებები გვიჩვენებს, რომ არ არსებობს ნახშირწყლებიდან, ცილებიდან და ცხიმებიდან მიღებული კალორიების იდეალური პროპორცია დიაბეტით დაავადებული ყველა პაციენტისთვის. ამიტომ მაკრონუტრიენტების განაწილება უნდა ეფუძნებოდეს არსებული კვებითი ჩვევის, პირადი თავისებურებების (მაგალითად, ტრადიციის, კულტურის, რელიგიის, ჯანმრთელობაზე წარმოდგენების და მიზნების, ეკონომიკური ფაქტორების) და მეტაბოლური სამიზნეების შეფასებას.	III C
R45 ხმელთაშუა ზღვის, DASH-დიეტა და უპირატესად მცენარეული კვება, ჯანსაღი საკვების მაგალითებია და კვლევებში დადებითი შედეგი აჩვენა შაქრიანი დიაბეტის მართვისას. დამატებით, კვლევები მიუთითებს რომ დაბალ-ნახშირწყლოვანი კვებითი გეგმა აუმჯობესებს გლიკემიას და ამცირებს ანტიდიაბეტური მედიკამენტების საჭიროებას ტიპი 2 შდ დიაგნოზის მქონე პაციენტებში; რაც შეეხება შდ ტ1 დიაგნოზს, საკმარისი მტკიცებულებები რომელიმე კვებითი გეგმის უპირატესობის შესახებ არ მოიპოვება.	III C
R46 საკვების ულუფის კონტროლისა და ჯანსაღი საკვების შერჩევის მიზნით რეკომენდებულია დიაბეტური თეფშის მეთოდის გამოყენება. აღნიშნული მეთოდი მისაღებია შდ ტ2 მქონე პაციენტებისთვის, რომლებიც არ იმყოფებიან ინსულინოთერაპიაზე. ასევე არ არის მიზანშეწონილი მისი გამოყენება ჯანმრთელობის შესახებ განათლების დაბალი დონის, ხანდაზმული ასაკისა და ჰიპოგლიკემიის რისკის მქონე პაციენტებისათვის. ეს ვიზუალური ინსტრუქცია პაციენტს ასწავლის, როგორ აკონტროლოს კალორიები (უფრო მცირე ზომის თეფშის დემონსტრირებით), ნახშირწყლები (მათი რაოდენობის შემცირებით თეფშის ერთ მეოთხედ ნაწილამდე) და ხაზს უსვამს დაბალნახშირწყლოვანი (ან უსახამებლო) ბოსტნეულის უპირატესობას. ნახშირწყლების დათვლასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები იხილეთ დანართ N2-ში	IV E
ალკოჰოლი	
R47 ალკოჰოლთან მიმართებაში დიაბეტიანი პაციენტებისთვის რეკომენდებულია ისეთივე მითითებების შესრულება, როგორც	III C

<p>დიაბეტის არარსებობის შემთხვევაში, კერძოდ, ქალებისთვის არა უმეტეს ერთი სასმისისა დღეში და მამაკაცებისთვის - არაუმეტეს 2 სასმისისა დღეში³.</p>	
<p>თამბაქო</p>	
<p>R48 ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს კონსულტირება სიგარეტის მოწვევის ან თამბაქოს ნებისმიერი სხვა პროდუქტის მოხმარების თავიდან არიდების შესახებ.</p>	<p>I A</p>
<p>R49 კონსულტირება თამბაქოს მწველობის შეწყვეტის შესახებ და თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის სხვა ფორმები უნდა იყოს შაქრიან დიაბეტზე მეთვალყურეობის რუტინული შემადგენელი ნაწილი.</p>	<p>I A</p>
<p>ხელოვნური დამატკობლები</p>	
<p>R50 შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული ზოგიერთი პაციენტისთვის, ვისაც უჭირს ტკბილი საკვების გარეშე, მისაღები ალტერნატივის სახით შესაძლებელია ზომიერი ოდენობით არანუტრიციული დამატკობლების გამოყენება (რომლებიც არ შეიცავენ ან მცირე რაოდენობით შეიცავენ კალორიებს).</p>	<p>III C</p>
<p>R51 ზოგადად პაციენტებს უნდა ერჩიოთ როგორც შაქრის, ისე არანუტრიციული დამატკობლების შემცველი სასმელების რაოდენობის შემცირება და ხაზი გაესვას წყლის ადეკვატური რაოდენობით მიღების მნიშვნელობას.</p>	<p>III C</p>
<p>ფიზიკური აქტივობა</p>	
<p>R52 შდ ტ1 და შდ ტ2 დიაბეტის მქონე მოზრდილი პაციენტების უმრავლესობისთვის რეკომენდებულია კვირაში 150 წთ ან მეტი ზომიერიდან ინტენსიურამდე აერობული ფიზიკური აქტივობა, სულ მცირე, კვირის 3 დღე მაინც და არაუმეტეს 2 თანმიმდევრული დღისა ფიზიკური აქტივობის გარეშე. ნაკლები ხანგრძლივობის (მინიმუმ 75 წთ/კვირაში) ინტენსიური ან ხანგამოშვებით ვარჯიში შესაძლოა საკმარისი იყოს ახალგაზრდა ან კარგ ფიზიკურ ფორმაში მყოფი პაციენტებისთვის.</p>	<p>III C</p>
<p>R53 შდ ტ1 და შდ ტ2 დიაბეტის მქონე მოზრდილი პაციენტებისთვის რეკომენდებულია, კვირაში 2-3 არათანმიმდევრული დღე დაიტვირთოს ფიტნეს ვარჯიშებით.</p>	<p>II B</p>
<p>R54 ყველა მოზრდილმა პაციენტმა და განსაკუთრებით, შდ ტ2-ით დაავადებულებმა, უმჯობესია, უმოძრაობის პერიოდი შეამცირონ მინიმუმამდე, რეკომენდებულია 30 წუთში ერთხელ, მინიმალური ფიზიკური აქტივობა მაინც, სისხლში გლუკოზის კონტროლის გასაუმჯობესების მიზნით.</p>	<p>II B</p>

³ ერთი სასმისი=350მლ ლუდი, 150მლ ღვინო, 45 გრამი არაყი, ვისკი, ბრენდი&კონიაკი.

R55	წონასწორობის პრობლემის დასაძლევად ვარჯიშები რეკომენდებულია უფრო ხანდაზმული პაციენტებისთვის კვირაში 2-3 დღე.	III C
R56	პროლიფერაციული დიაბეტური რეტინოპათიის ან მძიმე არაპროლიფერაციული დიაბეტური რეტინოპათიის შემთხვევაში ინტენსიური ვარჯიში ან ფიტნეს დატვირთვები წინააღმდეგაწინააღმდეგაა მინისებრ სხეულში სისხლჩაქცევისა და ბადურის აშრეების რისკის გამო. ასეთ შემთხვევებში ფიზიკური აქტივობის რეჟიმის შერჩევამდე, რეკომენდებულია კონსულტაცია ოფთალმოლოგთან.	III C
R57	ფიზიკური აქტივობის ფონზე, შესაძლებელია შარდში ალბუმინის ექსკრეციის გაზრდა, თუმცა არ არსებობს მტკიცებულებები იმის შესახებ, რომ ინტენსიურმა ვარჯიშმა შესაძლოა ხელი შეუწყოს დიაბეტური ნეფროპათიის პროგრესირებას და შესაბამისად, ამ დროს სპეციფიკური ვარჯიშის შერჩევის საჭიროება არ არის.	IV E
R58	აუცილებელია პაციენტის შეფასება დიაბეტურ ნეიროპათიაზე, რადგანაც ამ დროს კიდურებში ტკვილის მგრძნობელობის დაქვეითება და ტკვილის აღქმის ზღურბლის გაზრდა ხელს უწყობს ვარჯიშის გარკვეული ტიპების შემთხვევაში კანის დაზიანებას, ინფექციის და შარკოს სახსრების (დიაბეტური ოსტეოართროპათია ტერფის დეფორმაციით, სპონტანური მოტეხილობებითა და ამოვარდნილობებით) განვითარებას. თუმცა, კარგად მორგებული ფეხსაცმლით ზომიერი ინტენსივობის ფეხით სიარულისას რისკი არ მატულობს.	IV E
სიმსუქნის მართვა		
R59	არსებობს მყარი და თანმიმდევრული მტკიცებულებები იმის შესახებ, რომ სიმსუქნის მართვა სასარგებლოა შდ ტ2-ით დაავადებულ პაციენტებში. შდ ტ2-ის დროს, პაციენტებში ჭარბი წონით ან სიმსუქნით, წონის ზომიერი და გრძელვადიანი დაკლება აუმჯობესებს გლიკემიის კონტროლს და ამცირებს ანტიდიაბეტური მედიკამენტების საჭიროებას.	I A
R60	პაციენტის ყოველი ვიზიტის დროს რეკომენდებულია სმი-ს გამოთვლა და დოკუმენტირება სამედიცინო ბარათში. სხეულის წონის კლასიფიკაცია სმი-ს საფუძველზე იხილეთ ცხრილი 3-ში.	I A
R61	შეაფასეთ აბდომინალური/ცენტრალური სიმსუქნე წელის გარშემოწერილობის საფუძველზე (იხილეთ ცხრილი 4).	I A
R62	შდ ტ2 მქონე პაციენტებს ჭარბი წონით ან სიმსუქნით, რომლებიც მზად არიან წონის დაკლებისთვის, უნდა დაენიშნოთ დიეტა, ფიზიკური აქტივობა და ქცევითი თერაპია, წონის >5% შემცირებისა და შენარჩუნების მიზნით.	I A
R63	ამგვარი ჩარევა უნდა იყოს ინტენსიური (≥ 16 კონსულტაციაზე 6 თვეში) და ფოკუსირებული დიეტაზე, ფიზიკურ აქტივობასა და ქცევით სტრატეგიაზე, 500-750 კკალ/დღეში დეფიციტის მისაღწევად.	I A

<p>R64 დიეტის შერჩევა უნდა მოხდეს ინდივიდუალურად, რადგანაც კვების გეგმა, რომელიც ემყარება ცილის, ნახშირწყლისა და ცხიმის სხვადასხვა შემცველობას, მაგრამ ერთნაირად ზღუდავს კალორაჟს, თანაბრად ეფექტურია წონის დაკლების მიზნით.</p>	<p>I A</p>
<p>R65 პაციენტებს, რომლებიც მიაღწევნენ წონის დაკლების მოკლევადიან მიზანს, უნდა დაენიშნოთ გრძელვადიანი (≥ 1 წელზე) წონის შემანარჩუნებელი ყოვლისმომცველი პროგრამა. ამგვარ პროგრამაში რეკომენდებულია, სულ მცირე, ყოველთვიური ვიზიტი და წონის რეგულარული (ყოველკვირეული ან უფრო ხშირი) მონიტორინგის წახალისება, და/ან თვით-მონიტორინგის სხვა სტრატეგიების გამოყენება, როგორცაა, მაგალითად, საკვების კალორაჟის, ნაბიჯების თვლა, ფიზიკური აქტივობის გაზრდა (200-300 წთ/კვირაში) და ა. შ.</p>	<p>I A</p>
<p>R66 $>5\%$ წონის დაკლების მისაღწევად, მოკლევადიანი (3 თვიანი) ინტერვენციები, რომელთა დროსაც გამოიყენება ძალიან დაბალკალორიული დიეტა (≤ 800 კკალ/დღეში), შესაძლებელია დაენიშნოს სიფრთხილით შერჩეულ პაციენტებს, ტრენირებული პრაქტიკოსის მიერ, სამედიცინო დაწესებულებაში, მკაცრი სამედიცინო მეთვალყურეობის პირობებში. წონის დაკლების შენარჩუნების მიზნით, ამგვარი პროგრამები უნდა მოცავდეს წონის შენარჩუნებაზე ორიენტირებულ ზოგად კონსულტაციებს.</p>	<p>II B</p>
<p>R67 შდ ტ2-ის მქონე ჭარბწონიან ან მსუქან პაციენტებში ანტიდიაბეტური მედიკამენტების შერჩევასა გაითვალისწინეთ მათი ზემოქმედება წონაზე.</p>	<p>IV E</p>
<p>R68 შემდგომდაგვარად შეამცირეთ თანმხლები ავადმყოფობების სამართავი მედიკამენტების რაოდენობა, რომლებიც ასოცირებულია წონის მომატებასთან.</p>	<p>IV E</p>
<p>R69 შდ ტ2-ის მქონე პაციენტებისთვის, რომელთა სმი≥ 27 კგ/მ², დიეტასთან, ფიზიკურ აქტივობასთან და ქცევით კონსულტირებასთან ერთად, ეფექტურია წონის შემამცირებელი მედიკამენტური თერაპია.</p>	<p>I A</p>
<p>R70 აუცილებელია ამგვარი მედიკამენტების რისკისა და სარგებელის ბალანსის შეფასება.</p>	<p>I A</p>
<p>R71 თუ წონის დამაქვეითებელი მედიკამენტების მიღებიდან 3 თვის შემდეგ პაციენტის წონაში კლება $< 5\%$, ან სახეზეა უსაფრთხოებასთან და აუტანლობასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი პრობლემები, მედიკამენტის მიღება უნდა შეწყდეს და განხილულ იქნას ალტერნატიული მედიკამენტი ან სამკურნალო მიდგომა.</p>	<p>I A</p>
<p>R72 შდ ტ2 - ით დაავადებულ პაციენტებში, რომელთა სმი≥ 40 კგ/მ² (37.5 კგ/მ² სამხრეთ აზიის, ჩინეთის, იაპონიის მოსახლეობაში) გაითვალისწინეთ ბარიატრიული ქირურგიის შესაძლებლობა და გადაამისამართეთ პაციენტი მულტიდისციპლინური ბარიატრიული გუნდის მეთვალყურეობის მიზნით.</p>	<p>I A</p>

R73 თუ სმი 30-34.9 კგ/მ² (27.5 – 32.4 კგ/მ² სამხრეთ აზიის, ჩინეთის, იაპონიის მოსახლეობაში) მიაწოდეთ ინფორმაცია შდ ტ2 მქონე პაციენტებს, ბარიატრიული ქირურგიის შესაძლებლობის შესახებ, როდესაც სტანდარტული მკურნალობის მიმართ მეტაბოლური მდგომარეობის პასუხი არაადამაკმაყოფილებელია.

ცხრილი 3. წონის კლასიფიკაცია სმი-ს მაჩვენებლების საფუძველზე

კლასიფიკაცია	სმი კატეგორია (კგ.მ ²)	ჯანმრთელობის პრობლემების განვითარების რისკი
ნორმაზე დაბალი	<18.5	მომატებული
ნორმალური წონა	18.5–24.9	მცირე
ჭარბი წონა	25.0–29.9	მომატებული
სიმსუქნე	≥30.0	
I ხარისხი	30.0–34.9	მაღალი
II ხარისხი	35.0–39.9	ძალიან მაღალი
III ხარისხი	≥40.0	უკიდურესად მაღალი

ცხრილი 4. წელის გარშემოწერილობა სპეციფიკური ეთნოსის გათვალისწინებით

ეთნიკური ჯგუფი	ცენტრალური/აზდომინალური სიმსუქნე	
	მამაკაცი	ქალი
ევროპული	≥94 სმ	≥80 სმ
სამხრეთ აზია, ჩინეთი, იაპონია	≥90 სმ	≥80 სმ

ფსიქო-სოციალური დახმარება	რეკომენდაციის ხარისხი
R74 პაციენტზე ორიენტირებული ფსიქო-სოციალური დახმარება, რომლის მიზანია ჯანმრთელობის გამოსავლების და ცხოვრების ხარისხის ოპტიმიზაცია, რეკომენდებულია დიაბეტით დაავადებული ყველა პირისთვის.	I A
R75 ფსიქო-სოციალური სკრინინგი და მეთვალყურეობა აფასებს პაციენტის ინფორმირებულობას შდ შესახებ, განწყობას, მიიღოს სამედიცინო დახმარება სპეცილიზირებულ დაწესებულებაში, ინფორმაციას მისი ცხოვრების ხარისხზე, რესურსების ხელმისაწვდომობას (ფინანსურს, სოციალურ და ემოციურს), ფსიქიატრიულ ანამნეზს.	IV E
R76 ექიმთან პირველი ვიზიტისა და მომდევნო ვიზიტებისას, დაავადების მართვის პერიოდში, რეკომენდებულია სპეციალურად შემუშავებული,	II B

<p>სტანდარტული კითხვარებით შეფასდეს დიაბეტით გამოწვეული დისტრესის, დეპრესიის ან შფოთვის სიმპტომები, კვებითი დარღვევები და ინტელექტუალური შესაძლებლობები. ამგვარ შეფასებაში რეკომენდებულია პაციენტის ოჯახის წევრების ან მომვლელის ჩართულობა.</p>	
<p>R77 გაითვალისწინეთ ხანდაზმული პაციენტების (ასაკი ≥ 65 წელზე) სკრინინგი კოგნიტურ დარღვევებსა და დეპრესიაზე.</p>	II B
<p>R78 რეკომენდებულია პაციენტის რუტინული მონიტორინგი დიაბეტთან დაკავშირებული დისტრესის გამო, განსაკუთრებით, როცა მკურნალობის სამიზნეების მიღწევა ვერ ხერხდება, ან როცა ვითარდება დიაბეტის გართულებები.</p>	II B
<p>R79 გაითვალისწინეთ პაციენტის რეფერალი მენტალური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან, თუ სახეზეა დიაბეტთან დაკავშირებული დისტრესი, დიაბეტის მართვის გაძნელება, დეპრესია, შფოთვა, კვებითი დარღვევები და კოგნიტური დისფუნქცია.</p>	III C
<p>12.5 <i>გლიკემიის სამიზნეები</i></p>	
<p>R80 გლიკემიის ოპტიმალური კონტროლი დიაბეტის მართვის ქვაკუთხედაა:</p> <ul style="list-style-type: none"> - პლაზმის გლუკოზის როგორც უზმო, ისე პოსტპრანდიალური მაჩვენებელი კორელირებს გართულებების რისკთან და კავშირშია გლიკოზირებული ჰემოგლობინის (HbA_{1c}) დონესთან. - რეკომენდებულია გლიკემიის ინდივიდუალური სამიზნეების დასახვა, რაც უნდა ემყარებოდეს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ფუნქციურ დამოკიდებულებას და სიცოცხლის მოსალოდნელ ხანგრძლივობას. 	II B
<p>R81 არაორსული მოზრდილი პაციენტების უმრავლესობაში HbA_{1c} ზოგადი სამიზნე <7% (53 მმოლ/მოლ).</p>	I A
<p>R82 შესაძლებელია გაითვალისწინოთ HbA_{1c} უფრო მკაცრი მონიტორინგი და დაბალი სამიზნე (<6.5% [48 მმოლ/მოლ]) ცალკეულ პაციენტებში, თუ აღნიშნულის მიღწევა შესაძლებელია კლინიკურად მნიშვნელოვანი ჰიპოგლიკემიის ან მკურნალობის სხვა არასასურველი ეფექტების (მაგ.: პოლიფარმაციის) გარეშე. ასეთ პაციენტებს მიეკუთვნებიან პირები, ვისაც აღენიშნება ახლად დიაგნოსტირებული, კვების მოდიფიკაციით, ან მეტფორმინით მართვადი შდ ტ2 და რომლებსაც არ აქვთ გულ-სისხლძარღვთა გართულებების მაღალი რისკი.</p>	III C

<p>R83 HbA_{1c} ნაკლებად მკაცრი სამიზნე (<8% [64 მმოლ/მოლ]) შესაძლოა მისაღები იყოს პაციენტებისთვის III დონის ჰიპოგლიკემიის (მენტალური და/ან ფსიქიკური სტატუსის დარღვევა, რომელიც საჭიროებს მეორე პირის დახმარებას) მომატებული რისკით. ნაკლებად მკაცრი სამიზნე, დასაშვებია, პროგრესირებადი მიკრო- და მაკროვასკულური გართულებების, მრვალობითი თანმხლები ავადმყოფობების ან დიაბეტის ხანგრძლივი ისტორიის დროს, როდესაც სამკურნალო მიზნების მიღწევა გართულებულია, გლუკოზის სათანადო მონიტორინგის არაეფექტურობისა და გლუკოზის დამაქვეითებელი რამდენიმე რიგის მედიკამენტის, მათ შორის, ინსულინის გამოყენების მიუხედავად, (იხილეთ სურათი 1).</p>	<p>II B</p>
<p>R84 HbA_{1c} ≤7.0% მიღწევის მიზნით რეკომენდებულია პლაზმის გლუკოზის შემდეგი სამიზნეების დასახვა:</p> <ul style="list-style-type: none"> - უზმოდ პლაზმის გლუკოზის სამიზნე 4.0-დან 7.0 მმოლ/ლ-მდე და 2 საათიანი პოსტპრანდიალური პლაზმის გლუკოზა 5.0–10.0 მმოლ/ლ. - თუ HbA_{1c} ≤7.0% სამიზნის მიღწევა ვერ ხერხდება უზმოდ პლაზმის გლუკოზის 4.0-დან 7.0 მმოლ/ლ-მდე და 2 საათიანი პოსტპრანდიალური პლაზმის გლუკოზის 5.0–10.0 მმოლ/ლ-ის ფონზე, რეკომენდებულია უზმოდ პლაზმის გლუკოზის 4.0-დან 5.5 მმოლ/ლ-მდე და/ან პოსტპრანდიალური გლუკოზის 5.0–8.0 მმოლ/ლ-მდე შემდგომი დაქვეითება, თუმცა აუცილებელია ჰიპოგლიკემიის რისკის გათვალისწინება. 	<p>II B</p>
<p>R85 I დონის ჰიპოგლიკემია განისაზღვრება, როგორც გლუკოზის კონცენტრაცია <70 მგ/დლ (3.9 მმოლ/ლ). II დონის ჰიპოგლიკემია განისაზღვრება, როგორც გლუკოზის კონცენტრაცია <54 მგ/დლ (3.0 მმოლ/ლ), როდესაც უკვე იწყება ნეიროგლიკოპენიური სიმპტომების განვითარება და მოითხოვს დაუყოვნებელ ჩარევას ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობის აღკვეთის მიზნით. III დონის ჰიპოგლიკემია წარმოადგენს მძიმე მოვლენას, რომელიც ხასიათდება მენტალური სტატუსის და/ან ფიზიკური ფუნქციის დარღვევით, რასაც ესაჭიროება გარეშე პირის დახმარება მდგომარეობიდან გამოსვლის მიზნით.</p>	
<p>R86 ჰიპოგლიკემიის რისკის მქონე პირებს ყოველ ვიზიტზე გამოკითხეთ სიმპტომური და ასიმპტომური ჰიპოგლიკემიის ეპიზოდების შესახებ.</p>	<p>III C</p>
<p>R87 შენარჩუნებული ცნობიერების პირობებში, თუ სისხლში გლუკოზის</p>	<p>IV E</p>

<p>კონცენტრაცია <70 მგ/დლ (3.9 მმოლ/ლ), უპირატეს მკურნალობად ითვლება პერორალურად 15–20გ გლუკოზა, თუმცა, შესაძლებელია ნებისმიერი ნახშირწყლის გამოყენება, რომელიც შეიცავს გლუკოზას. თუ გლუკოზის მიღებიდან 15 წუთში გლუკომეტრი კვლავ ჰიპოგლიკემიას აჩვენებს, მკურნალობა უნდა გამეორდეს. როგორც კი გლუკომეტრის მაჩვენებელი დაუბრუნდება ნორმას, პაციენტმა უნდა მიიღოს საკვები, რათა თავიდან იქნას აცილებული ჰიპოგლიკემიის რეციდივი.</p>	
<p>R88 გლუკაგონი უნდა გაუკეთდეს ყველა პაციენტს II დონის ჰიპოგლიკემიის მომატებული რისკით, როდესაც სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია <54 მგ/დლ (3.0 მმოლ/ლ), შესაბამისად, რეკომენდებულია გლუკაგონი ხელმისაწვდომი იყოს არა მარტო სამედიცინო პერსონალისთვის, არამედ პაციენტის მომვლელისთვის/ოჯახის წევრისთვის.</p>	IV E
<p>R89 ჰიპოგლიკემიის გაუცნობიერებლობა ან მე-3 დონის ჰიპოგლიკემიის ერთი და მეტი ეპიზოდი უნდა გახდეს მკურნალობის რეჟიმის გადახედვის საფუძველი.</p>	IV E
<p>R90 ინსულინის მომხმარებელ პაციენტებს ჰიპოგლიკემიის გაუცნობიერებლობის ან II დონის ჰიპოგლიკემიის ერთი ეპიზოდის შემთხვევაში, სულ მცირე, რამდენიმე კვირის მანძილზე უნდა ერჩიოთ გლიკემიის კონტროლის სამიზნეების აწევა ჰიპოგლიკემიის თავიდან ასაცილებლად, რათა ნაწილობრივ მაინც გამოსწორდეს ჰიპოგლიკემიის სიმპტომების ამოცნობა და შემცირდეს განმეორებითი ეპიზოდის რისკი.</p>	I A
<p>R91 კოგნიტური ფუნქციის ან აზროვნების დარღვევის შემთხვევაში რეკომენდებულია კოგნიტური ფუნქციის მიმდინარე შეფასება ჰიპოგლიკემიის მიმართ განსაკუთრებული ყურადღების ფონზე.</p>	II B
<p>R92 გლუკოზის თვით-მონიტორინგი აუცილებელია პაციენტებისთვის, რომლებიც იმყოფებიან ინსულინოთერაპიაზე.</p> <p>გლუკოზის მონიტორინგი სასარგებლოა, როდესაც საჭიროა მკურნალობის შერჩევა/მორგება, პაციენტს უვითარდება მწვავე თანმხლები დაავადება ან აუცილებელია პაციენტის ინფორმირება თვითმართვასთან დაკავშირებით (გლიკემიის კონტროლის სამიზნეები შეჯამებული სახით წარმოდგენილია ცხრილი №5-ში).</p>	IV E

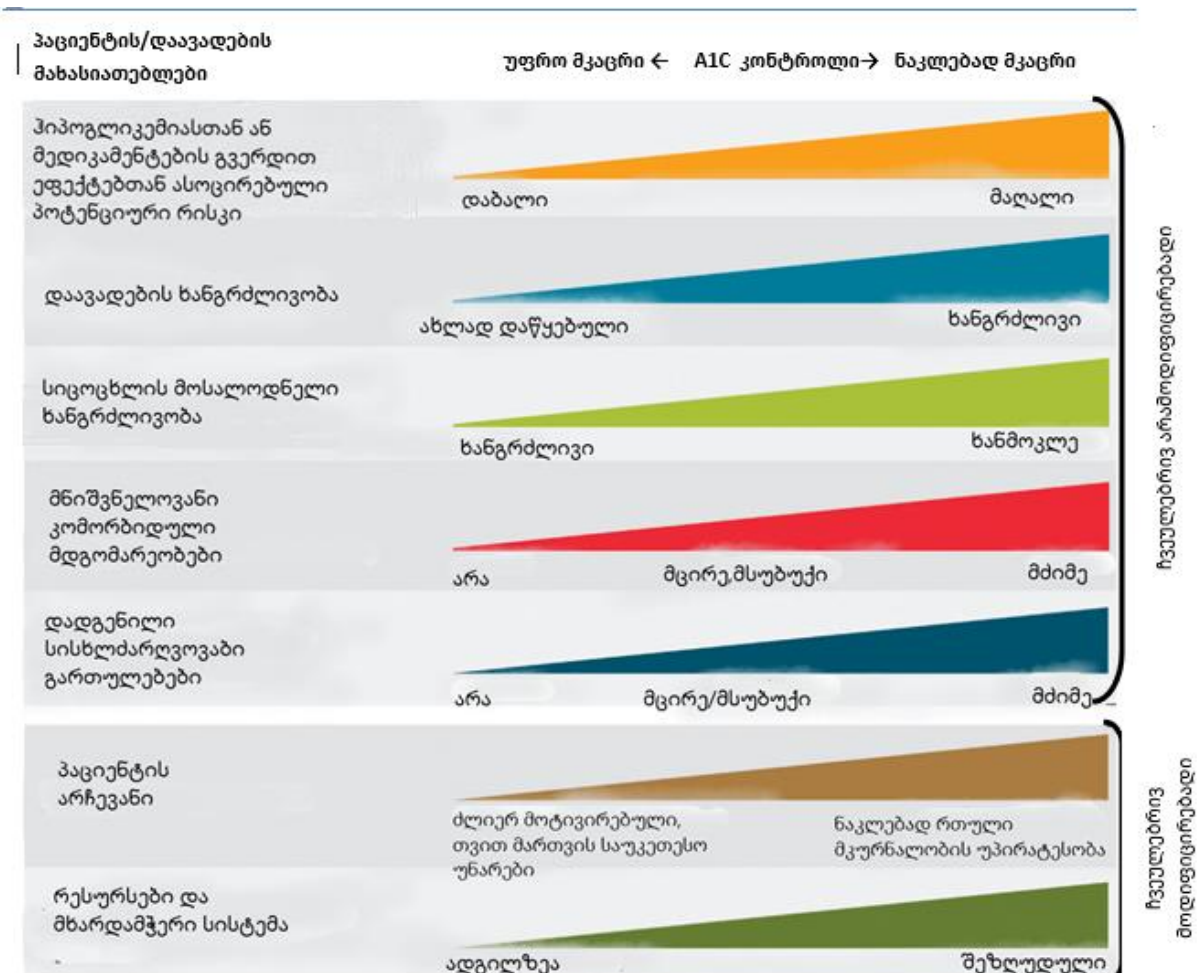
ცხრილი №5. გლიკემიის კონტროლის რეკომენდაციების შეჯამება არაორსული დიაბეტის მკურნალობის უმრავლესობისთვის

HbA _{1c}	<7.0% (53 მმოლ/მოლ)*
პრეპრანდიალური კაპილარული პლაზმის გლუკოზა	80–130 მგ/დლ* (4.4–7.2 მმოლ/ლ)
პიკური პოსტპრანდიალური პლაზმის გლუკოზა†	<180 მგ/დლ* (10.0 მმოლ/ლ)

*ინდივიდუალურ პაციენტთან მიმართებაში გლიკემიის სამიზნეები შესაძლებელია იყოს მეტად ან ნაკლებად მკაცრი. სამიზნეების შერჩევა უნდა მოხდეს დიაბეტის ხანგრძლივობის, ასაკის/სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის, კომორბიდული მდგომარეობების, დადგენილი გსდ დაავადების ან პროგრესული მიკროვასკულური გართულებების, ჰიპოგლიკემიის რისკის გაცნობიერების და ცალკეული პაციენტის თავისებურებების გათვალისწინებით

†პოსტპრანდიალური გლუკოზის დასახვა სამიზნედ შესაძლებელია, თუ HbA_{1c} სამიზნის მიღწევა ვერ ხერხდება პრეპრანდიალური გლუკოზის სამიზნეების მიღწევის მიუხედავად. პოსტპრანდიალური გლუკოზის განსაზღვრა უნდა მოხდეს პაციენტის მიერ საკვების მიღების დაწყებიდან 2 სთ-ში, როცა ზოგადად გლუკოზის კონცენტრაცია აღწევს პიკს შდ მქონე პაციენტებში.

სურათი 1. გლიკემიის სამიზნეების მიმართ ინდივიდუალური მიდგომა



სურათი 1. სურათზე მითითებულია პაციენტის და დაავადების ფაქტორები, რომელთა საფუძველზეც განისაზღვრება HbA_{1c} -ს ოპტიმალური სამიზნეები. მარცხენა მხარეს მითითებული მახასიათებლები და კატეგორიები უფრო მკაცრი მონიტორინგის და HbA_{1c} -ს მეტად დაქვეითების საშუალებას იძლევა; მარჯვენა მხარეს მითითებულ კატეგორიაში რეკომენდებულია ნაკლებად მკაცრი მონიტორინგი და HbA_{1c} -ს უფრო მაღალი სამიზნე. HbA_{1c} 7% = 53 მმოლ/მოლ.

12.6 დიაბეტის მედიკამენტური თერაპია	რეკომენდაციის ხარისხი
<p>R93 ტიპი 1 დიაბეტით დაავადებულ პაციენტთა უმრავლესობას მკურნალობა უნდა უტარდებოდეს პრანდიალური (<i>კვების წინ ან კვების დროს</i>) ინსულინის მრავალჯერადი დღიური ინექციებით და ბაზალური ინსულინით, ან ინსულინის უწყვეტი კანქვეშა ინფუზიით.</p>	I A
<p>R94 ჰიპოგლიკემიის რისკის შემცირების მიზნით, ტიპი 1 დიაბეტის მქონე პაციენტთა უმრავლესობისთვის, რეკომენდებულია ხანმოკლე მოქმედების ინსულინის ანალოგების გამოყენება (ბაზალურ ინსულინთან ერთად).</p>	I A
<p>R95 აუცილებელია ტიპი 1 დიაბეტით დაავადებული პაციენტებისათვის ინფორმაციის მიწოდება, რომ მიღებული ნახშირწყლოვანი საკვები უნდა შეესატყვისებოდეს ინსულინის დოზას; ინსულინის დოზის მორგებისას, ასევე აქცენტირდება კვებამდე გლუკოზის დონე სისხლში და მომდევნო ფიზიკური აქტივობა.</p>	I A
<p>R96 ინსულინის დოზის შერჩევა ზოგადად წარმოებს სხეულის მასის მიხედვით და სტანდარტულად მერყეობს 0,4-დან 1.0 ერთ/კგ-მდე დღეში. უფრო მაღალი დოზების საჭიროება დგება პუბერტატულ პერიოდში, ორსულობასა და თანდართული ავადმყოფობის დროს.</p>	IV E
<p>R97 ზოგადად, ინსულინის დოზის კორექტირების საჭიროების შემთხვევაში, რეკომენდებულია ერთ ჯერზე დოზა შეიცვალოს 10%-ით და 3 დღის შემდეგ შეფასდეს ეფექტი, შემდგომი ცვლილების განხორციელებამდე. რეგულარული ინსულინის დოზის უფრო ხშირი კორექტირების საჭიროება დგება იმ შემთხვევაში, როცა სახეზეა ჰიპოგლიკემიის რისკი.</p>	II B
<p>R98 ინსულინის საფეხურებრივი დანიშვნა და ტიტრაცია კრიტიკულად მნიშვნელოვანია გლიკემიური კონტროლის გაუმჯობესებისა და დიაბეტთან დაკავშირებული გართულებების პრევენციის მიზნით. ტიპიურ შემთხვევებში, თუ გლიკემიის სამიზნე მაჩვენებლების მიღწევა ვერ ხერხდება, ინსულინის დოზის ცვლილება ხდება 2-3 ერთეულით 3-7 დღეში ერთხელ.</p>	II B

<p>ინსულინოთერაპიის ტიტრაციისა და მეთვალყურეობის მიზნით, რეკომენდებულია, პაციენტის მდგომარეობის პერიოდული შეფასება, მაქსიმუმ 3-4 თვიანი ინტერვალებით. არსებული მტკიცებულებები მეტყველებს იმის სასარგებლოდ, რომ ინსულინის ტიტრაციის პერიოდში კლინიცისტთან კონტაქტის სიხშირე მნიშვნელოვანწილად მოქმედებს HbA_{1c} მაჩვენებლის კონტროლის გაუმჯობესებაზე^{15, 16}</p>	
<p>R99 მეტაბოლურად სტაბილურ ტიპი 1 შდ დაავადებულ პაციენტებში ინსულინის სტანდარტული საწყისი დოზა შეადგენს 0.5 ერთ/კგ დღეში, რომლის ნახევარიც გადანაწილდება დღის განმავლობაში და ინიშნება კვების წინ, 30 წთ-ით ადრე, ხანმოკლე მოქმედების, ანუ ე.წ. ჩვეულებრივი ინსულინის სახით. ხანმოკლე ინსულინის ეფექტის შესაფასებლად ვიკვლევთ შესაბამისი კვების შემდგომ გლიკემიას. ინსულინის დღიური ულუფის მეორე ნახევარი ინიშნება, გახანგრძლივებული მოქმედების, ანუ ე.წ. ბაზალური ინსულინის სახით. მისი მოქმედებით ხდება კვებებს შორის ინტერვალებში და ღამის საათებში გლუკოზის სამიზნე დონის შენარჩუნება.</p>	IV E
<p>R100 ინსულინის დოზის შერჩევის ან ცვლილების მიზნით, მიზანშეწონილია პაციენტი გაიგზავნოს საკოსულტაციოდ ენდოკრინოლოგთან.</p>	IV E
<p>12.7 შდ ტ2 მედიკამენტური მკურნალობა</p>	
<p>R101 მედიკამენტური თერაპიის დაწყებისას გასათვალისწინებელია შემდეგი საკითხები:</p> <ul style="list-style-type: none"> × პაციენტთა უმრავლესობაში, რომელთა HbA_{1c} მაჩვენებელი აღემატება სამიზნე დონეს (კერძოდ, >7.5 – 8%), ფარმაკოლოგიური თერაპიის დაწყება ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებასთან ერთად, რეკომენდებულია დიაგნოზის დასმისთანავე. თუმცა, თუ პაციენტის ჰიპერგლიკემია აშკარად უკავშირდება მოდიფიცირებად რისკფაქტორებს და ის მოტივირებულია ამ ფაქტორების ცვლილებისთვის (მაგალითად, შაქრით დამტკბარი სასმელების მოხმარების შემცირების მოტივაცია და სურვილი), ფარმაკოლოგიური მკურნალობის დაწყებამდე საჭიროა ვცადოთ ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება 3 თვის განმავლობაში. × ძლიერ მოტივირებულ პაციენტებში, რომელთა HbA_{1c} მაჩვენებელი უახლოვდება სამიზნეს (კერძოდ, <7.5%), ფარმაკოლოგიური მკურნალობის დაწყებამდე მიზანშეწონილია ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებასთან დაკავშირებული ჩარევები 3-6 თვის განმავლობაში. 	UpTo date 2023
<p>R102 შდ ტ2-ის მკურნალობისთვის პირველი რიგის არჩევის პრეპარატი არის</p>	I A

მეთფორმინი.	
<p>R103 რეკომენდებულია მეთფორმინით მკურნალობა დაიწყოს 500 მგ-ით დღეში ერთხელ საღამოს კვების დროს ან უშუალოდ კვების შემდგომ და კარგი ამტანობის შემთხვევაში დაემატოს 500მგ საუზმის დროს ან უშუალოდ საუზმის შემდგომ. საჭიროების და ამტანობის გათვალისწინებით დოზის გაზრდა შესაძლებელია თანდათანობით (500 მგ-ით ყოველ 2-3 კვირაში), მაქსიმუმ 2000მგ-მდე დღეში.</p>	UpTo date 2023
<p>R104 მკურნალობის დაწყების შემდეგ მეთფორმინით მკურნალობა საჭიროა ხანგრძლივად, თუ მის მიმართ ამტანობა დამაკმაყოფილებელია და არ აღინიშნება უკუჩვენება; საჭიროების შემთხვევაში, სხვა მედიკამენტი, მათ შორის ინსულინიც, უნდა დაემატოს მეთფორმინს.</p>	I A
<p>R105 მეთფორმინის ხანგრძლივი გამოყენება შესაძლოა ასოცირებული იყოს B12 ვიტამინის დეფიციტთან, შესაბამისად მეთფორმინით მკურნალობის პერიოდში რეკომენდებულია გაითვალისწინოთ B12 კონცენტრაციის გაზომვა, განსაკუთრებით, ანემიის ან პერიფერიული ნეიროპათიის დროს.</p>	II B
<p>R106 მეთფორმინი უკუნაჩვენებია პაციენტებში ლაქტაციდოზის ხელშემწყობი რისკფაქტორებით, როგორცაა:</p> <ul style="list-style-type: none"> × თირკმლის ფუნქციის დაქვეითება (eGFR <30 მლ/წთ/1.73მ²) × ღვიძლის აქტიური ან პროგრესირებადი დაავადება × ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარება × არასტაბილური ან მწვავე გულის უკმარისობა ჰიპოპერფუზიის რისკით × ანამნეზში რძემჟავა აციდოზი მეთფორმინით თერაპიის ფონზე × ქსოვილების პერფუზიის დაქვეითება ან ჰემოდინამიკური არასტაბილობა ინფექციის ან სხვა მიზეზების ფონზე. 	UpTo date 2023
<p>R107 ინსულინის ადრეული დანიშვნის განხილვა რეკომენდებულია კატაბოლური პროცესების ნიშნების (წონაში კლების), ჰიპერგლიკემიის სიმპტომების, ძალიან მაღალი HbA_{1c} მაჩვენებლის (>10% [86 მმოლ/მოლ]) ან სისხლში გლუკოზის ძალზედ მომატებული კონცენტრაციის (≥300 მგ/დლ [16.7 მმოლ/ლ]) შემთხვევაში.</p>	IV E
<p>R108 გაითვალისწინეთ ორმაგი თერაპიის დაწყება პაციენტებში ახლად დიაგნოსტირებული შდ ტ2-ით, რომელთა HbA_{1c} ≥1.5%-ით (12.5 მმოლ/მოლ-ით) აღემატება მათ ინდივიდუალურ სამიზნე დონეს.</p>	IV E
<p>R109 უპირატესი კომბინაციის სახით, რეკომენდებულია, მეთფორმინს დაემატოს სულფანილზარდოვანა (გლიბენკლამიდი/გლიბურიდის გარდა), დიპეპტიდილ პეპტიდაზა-4-ს (DPP4) ინჰიბიტორი (მაგალითად, სიტაგლიპტინი) ან ნატრიუმ-გლუკოზის კოტრანსპორტერ 2-ის (SGLT2)</p>	I A

ინჰიბიტორი (მაგალითად, დაპაგლიფლოზინი).	
<p>R110 ფარმაკოლოგიური აგენტის შერჩევასა გამოიყენეთ პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა. კერძოდ, აუცილებელია თანმხლები ავადმყოფობების (გსდ, გულის უკმარისობა, თქდ), ჰიპოგლიკემიის რისკის, სხეულის წონაზე ზეგავლენის, ფასის, გვერდითი ეფექტების რისკის და პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინება.</p>	IV E
<p>R111 პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებით, განსაკუთრებით HbA_{1c} მაღალი მაჩვენებლის ან წონაში დაკლების სურვილის დროს, ანტიჰიპერგლიკემიური პრეპარატების შერჩევასა უპირატესობა ენიჭება GLP-1 რეცეპტორების აგონისტებს: ლირაგლუტიდს, სემაგლუტიდს ან დულაგლუტიდს. კარდიოვასკულური სარგებელის მქონე SGLT2 ინჰიბიტორები (ემპაგლიფლოზინი, დაპაგლიფლოზინი ან კანაგლიფლოზინი) მკურნალობის კარგი ალტერნატივებია, განსაკუთრებით, თანმხლები თქდ და/ან გულის უკმარისობის დროს.</p>	I A
<p>R112 გულის უკმარისობა (გუ) და/ან დიაბეტური თირკმლების დაავადება (დთდ) – პაციენტებში გუ ან დთდ-ით (ალბუმინურია: ალბუმინის ექსკრეცია შარდში >200 მგ/დღეში და eGFR <60, მაგრამ ≥20 მლ/წთ/1.73 მ²) რეკომენდებულია SGLT2 ინჰიბიტორი (ემპაგლიფლოზინი, კანაგლიფლოზინი, დაპაგლიფლოზინი). კლებადი eGFR-ის ფონზე SGLT2 ინჰიბიტორებით მკურნალობის უმთავრესი საფუძველია დიაბეტური თირკმლის დაავადების პროგრესირების შენელება.</p> <p>მე-4 სტადიის თირკმლის ქრონიკული დაავადების თანაარსებობისას, რომელსაც არ ესაჭიროება დიალიზი (მაგ.: eGFR<30მლ/წთ/1.73მ²), ჰიპერგლიკემიის სამკურნალოდ უპირატესობა ენიჭება GLP-1 რეცეპტორების აგონისტის ან ინსულინის ფრთხილ გამოყენებას.</p>	UpToDate ate 2023
<p>R113 პაციენტთა უმრავლესობაში, რომელთაც ესაჭიროებათ საინექციო მედიკამენტი გლუკოზის დამაქვეითებელი დამატებითი ეფექტით, საწყის ეტაპზე ინსულინთან შედარებით უპირატესობა ენიჭება GLP-1 რეცეპტორის აგონისტს (მაგალითად, ლირაგლუტიდს) .</p>	II B
<p>R114 პაციენტები გსდ ან თირკმლების დაავადების გარეშე — ასეთ პაციენტებში, რომლებიც ვერ იტანენ მეთფორმინს, ალტერნატიული ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტის შერჩევა უნდა განხორციელდეს ეფექტურობის, თანმხლები ავადმყოფობების, პაციენტის უპირატესი არჩევანისა და ფასის გათვალისწინებით. მაგალითად:</p> <p>× HbA_{1c} >9 % (>74.9 მმოლ/მოლ) – პაციენტებში, რომელთა HbA_{1c} მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად აღემატება სამიზნეს (მაგ.: 9-10% [>74.9 - 85.8 მმოლ/მოლ]),</p>	UpToDate ate 2023

<p>საწყისი თერაპიის მიზნით რეკომენდებულია ინსულინი ან GLP-1 რეცეპტორების აგონისტი.</p> <p>× HbA_{1c} ≤9 % – პაციენტებში, რომელთა HbA_{1c} მაჩვენებელი ≤9 %, სამკურნალო ალტერნატივები (ინსულინის და GLP-1 რეცეპტორების აგონისტის გარდა) მოიცავს სულფონილმარდოვანას, SGLT2 ინჰიბიტორებს, DPP-4 ინჰიბიტორებს, რეპაგლინიდს ან პიოგლიტაზონს. ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან თითოეულს გააჩნია ინდივიდუალური უპირატესობები, სარგებელი და რისკი.</p>	
<p>R115 წონის მართვა – თუ პაციენტისთვის პრიორიტეტულია წონის მართვა, გლიკემიის მკურნალობის მიზნით უპირატესობა უნდა მიენიჭოს GLP-1 რეცეპტორების აგონისტს ან SGLT2 ინჰიბიტორს.</p>	UpToDate 2023
<p>R116 პრეპარატის ფასი – თუ პრეპარატის ფასი ძირითადი პრობლემაა, მკურნალობისთვის მიზანშეწონილია ხანმოკლე ან საშუალო ხანგრძლივობის სულფონილმარდოვანას პრეპარატების, მაგალითად, გლიპიზიდის ან გლიმეპირიდის გამოყენება. ამ დროს გასათვალისწინებელია ჰიპოგლიკემიისა და წონაში მატების რისკი. მეთფორმინისა და სულფონილმარდოვანას წინააღმდეგევენების შემთხვევაში, შესაძლებელია პიოგლიტაზონით მკურნალობის გათვალისწინება, რომელიც ასევე მიეკუთვნება შედარებით დაბალი ფასის მქონე მედიკამენტებს. თუმცა, წონაში მატების, გულის უკმარისობის, მოტეხილობის და შარდის ბუშტის კიბოს პოტენციური რისკი, რომელიც ახლავს პიოგლიტაზონს, ბადებს კითხვას რისკი-სარგებელის ბალანსთან დაკავშირებით.</p>	UpToDate 2023
<p>R117 პაციენტებში, რომელთა მკურნალობა იწყება სულფონილმარდოვანათი, მედიკამენტურ მკურნალობამდე რეკომენდებულია ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებასთან დაკავშირებული ჩარევების დაწყება, რადგანაც წონაში მატება, რომელიც ახლავს ამ ჯგუფის პრეპარატებს, ნაკლებად გამოვლინდება, თუ პაციენტი ახორციელებს ძალისხმევას ცხოვრების სტილის ცვლილების მიმართულებით.</p>	UpToDate 2023
<p>R118 ჰიპოგლიკემიის რისკი – თუ მკურნალობისას პირველი რიგის პრიორიტეტია ჰიპოგლიკემიის პრევენცია (მაგალითად, სახიფათო სამუშაოს დროს), საუკეთესო ალტერნატივებია GLP-1 რეცეპტორების აგონისტი, SGLT2 ინჰიბიტორი, DPP-4 ინჰიბიტორი ან პიოგლიტაზონი, რადგანაც ამ პრეპარატებს ნაკლებად ახასიათებთ ჰიპოგლიკემიის რისკი.</p>	UpToDate 2023
<p>R119 კეტონურია და/ან წონაში კლება – სიმპტომურ პაციენტებში (მაგალითად წონაში კლებით) ან კეტონურიით მძიმე ჰიპერგლიკემიის ფონზე, საწყისი მკურნალობისთვის ნაჩვენებია ინსულინოთერაპია. ინსულინოთერაპია ასევე უნდა დაიწყოს ნებისმიერ შემთხვევაში, როდესაც ჯერ არ არის დაზუსტებული, მაგრამ არსებობს ალბათობა, რომ პაციენტს აქვს არადიაგნოსტირებული ტიპი 1 შდ.</p>	UpToDate 2023
<p>R120 კეტონურიის და წონაში კლების არარსებობა – პაციენტებში მძიმე ჰიპერგლიკემიით (პლაზმის გლუკოზა უზმოდ >250 მგ/დლ [13.9 მმოლ/ლ], შემთხვევითი გლუკოზა >300 მგ/დლ [16.7 მმოლ/ლ], HbA_{1c} >9% [74.9</p>	UpToDate

მმოლ/მოლ]), მაგრამ კეტონური ან წონაში სპონტანური კლების გარეშე, თუ გამორიცხულია შდ ტიპი 1, შესაძლებელია მკურნალობა ინსულინით ან GLP-1 რეცეპტორების აგონისტით (მეთფორმინთან ერთად ან მის გარეშე, უკუჩვენებებისა და ტოლერანტობის გათვალისწინებით).	2023
R121 შდ ტ2 მქონე პაციენტებში, რომელთა შემთხვევაშიც არსებული შაქრისდამწვევი პრეპარატების გამოყენებისას ვერ ხერხდება მკურნალობის სამიზნეების მიღწევა, არ გადადოთ მკურნალობის ინტენსივობის გაზრდა.	II B
R122 რეგულარულად (3-6 თვეში ერთხელ) გადახედეთ მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმს და საჭიროების შემთხვევაში გაითვალისწინეთ პაციენტთან დაკავშირებული ახალი გარემოებები (ძირითადი ანტიდიაბეტური მედიკამენტების რისკი და სარგებელი შეჯამებულია ცხრილი 6-ში და ცხრილი 6.1-ში).	IV E
12.8 ქრონიკული გართულებების სკრინინგი და მართვა	
რეტინოპათია	
R123 მოზრდილ პაციენტებს შდ ტ1-ით, სრული ოფთალმოლოგიური გამოკვლევა ოფთალმოლოგის მიერ გაფართოებული გუგით უნდა ჩატარდეს დიაბეტის დაწყებიდან 5 წლის შემდეგ.	II B
R124 პაციენტებს შდ ტ2-ით, სრული ოფთალმოლოგიური გამოკვლევა ოფთალმოლოგის მიერ გაფართოებული გუგით უნდა ჩატარდეს დიაბეტის დიაგნოზის დადგენისთანავე.	II B
R125 თუ თვალის ერთი ან მეტი ყოველწლიური გამოკვლევით არ დგინდება რეტინოპათია, ხოლო გლიკემია კარგად კონტროლირებადია, შესაძლებელია შემდგომი გამოკვლევის პერიოდულობა განისაზღვროს 1-2 წლიანი ინტერვალით. თუ სახეზეა დიაბეტური რეტინოპათიის ნებისმიერი ხარისხი, თვალის სრულყოფილი გამოკვლევა ოფთალმოლოგის მიერ გაფართოებული გუგით, აუცილებელია ჩატარდეს სულ მცირე, წელიწადში ერთხელ. თუ რეტინოპათია პროგრესირებს ან მხედველობა უარესდება, ოფთალმოლოგიური კვლევა უნდა ჩატარდეს უფრო ხშირად.	II B
R126 შდ ტ1 ან შდ ტ2 დიაბეტის მქონე ქალებს, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას ან არიან ორსულად, უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია დიაბეტური რეტინოპათიის განვითარების და/ან პროგრესირების რისკის შესახებ.	II B
R127 პაციენტებში შდ ტ1 და შდ ტ2 დროს, ოფთალმოლოგიური გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს ორსულობამდე ან ორსულობის პირველ ტრიმესტრში, ხოლო შემდგომ განხორციელდეს მონიტორინგი ყოველ ტრიმესტრში და	II B

მშობიარობის შემდგომ 1 წლის მანძილზე, რეტინოპათიის ხარისხის მიხედვით.	
R128 ნებისმიერი პაციენტი მაკულარული შეშუპებით, მძიმე არაპროლიფერაციული დიაბეტური რეტინოპათიით, ან ნებისმიერი პროლიფერაციული დიაბეტური რეტინოპათიით, უნდა დაუყოვნებლად გადამისამართებულ იქნას ოფთალმოლოგთან, რომელსაც გააჩნია დიაბეტური რეტინოპათიის მართვის გამოცდილება	I A
R129 რეტინოპათიის არსებობა არ წარმოადგენს კარდიოპროტექციის მიზნით ასპირინით მკურნალობის უკუჩვენებას, რადგანაც ასპირინი არ ზრდის ბადურაში სისხლჩაქცევის რისკს.	I A
ნეიროპათია და ტერფების მოვლა	
R130 ყველა პაციენტი უნდა შეფასდეს დიაბეტური პერიფერიული ნეიროპათიის არსებობაზე შდ ტ2 დიაგნოზის დადგენისთანავე და შდ ტ1 დიაგნოზის დასმიდან 5 წელიწადში, ხოლო შემდეგ სულ მცირე, წელიწადში ერთხელ.	II B
R131 დისტალური სიმეტრიული ნეიროპათიის შეფასება უნდა მოიცავდეს დეტალურ ანამნეზს, ტემპერატურული და ტკივილის მგრძნობელობის გამოკვლევას, ასევე ვიზრაციული მგრძნობელობის შემოწმებას 128 ჰც სიხშირის კამერტონის გამოყენებით.	II B
R132 პაციენტებში მიკროვასკულური გართულებებით უნდა შეფასდეს ავტონომიური ნეიროპათიის სიმპტომები და ნიშნები.	IV E
R133 გლუკოზის კონტროლის ოპტიმიზაცია აუცილებელია დიაბეტური ნეიროპათიის პრევენციის ან მისი გადავადების მიზნით შდ ტ1-ის დროს, ხოლო პროგრესირების შენელების მიზნით - შდ ტ2-ით დაავადებულ პირებში.	I A II B
R134 შეაფასეთ და უმკურნალეთ პაციენტებს დიაბეტურ პერიფერიულ ნეიროპათიასთან დაკავშირებული ტკივილის, ავტონომიური ნეიროპათიის სიმპტომების შემცირებისა და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით.	II B IV E
R135 დიაბეტური ნეიროპათიული ტკივილის საწყისი ფარმაკოლოგიური მკურნალობის მიზნით რეკომენდებულია პრეგაბალინის, დულოქსეტინის ან გაბაპენტინის გამოყენება.	I A
R136 დიაბეტური პერიფერიული ნეიროპათიის შემთხვევათა დაახლოებით 50% შესაძლოა იყოს ასიმპტომური. თუ არ მოხდა ტერფის პრობლემების იდენტიფიცირება და პრევენციული ზომების დანერგვა, კიდურების მგრძნობელობის დაქვეითების გამო პაციენტები აღმოჩნდებიან დაზიანების	IV E

მაღალი რისკის ქვეშ.	
R137 ტერფების სრულყოფილი შეფასება უნდა ჩატარდეს სულ მცირე, ყოველწლიურად, წყლულისა და ამპუტაციის რისკის ფაქტორების დადგენის მიზნით.	II B
R138 პაციენტებს მგრძობელობის დაკარგვის, დაწყლულების ან წარსულში ამპუტაციის ისტორიით, ტერფების გამოკვლევა უნდა ჩატარდეთ ყოველ ვიზიტზე.	III C
R139 ინფორმაცია უნდა შეგროვდეს დაწყლულების, ამპუტაციის, შარკოს ტერფის, ანგიოპლასტიკის ან სისხლძარღვოვანი ქირურგიული ჩარევის, თამბაქოს მწვევლობის სტატუსის, რეტინოპათიის, თირკმლის დაავადების შესახებ და შეფასდეს ნეიროპათიის (ტკივილი, წვა, დაბუჟება) და სისხლძარღვოვანი დაავადების (ფეხების დაღლა, კოჭლობა) არსებული სიმპტომები.	II B
R140 ობიექტური გასინჯვა უნდა მოიცავდეს კანის დათვალიერებას, ტერფების დეფორმაციის შეფასებას, ნევროლოგიურ გასინჯვას (ტკივილის, ტემპერატურული, ვიბრაციული მგრძობელობის გამოკვლევა) და სისხლძარღვების შეფასებას, მათ შორის, პულსაციის შემოწმებას ქვემო კიდურებსა და ტერფებზე.	II B
R141 პაციენტები კოჭლობის სიმპტომებით, ან ტერფზურგის არტერიაზე პულსაციის შესუსტებით/არარსებობით, უნდა გაიგზავნონ ანგიოლოგთან მხარ-გოჯის ინდექსისა და შემდგომი სისხლძარღვოვანი შეფასებისთვის საჭიროების შემთხვევაში.	III C
R142 ტერფზე წყლულების ან მაღალი რისკის ტერფის შემთხვევაში პაციენტს ესაჭიროება მულტიდისციპლინური მიდგომა (მაგალითად, პაციენტებს დიალიზზე შარკოს ტერფით, წყლულის ან ამპუტაციის ისტორიით).	II B
R143 თამბაქოს მწვევლები, აგრეთვე პაციენტები წარსულში ქვემო კიდურების გართულებებით, მგრძობელობის დაკარგვით, ტერფის დეფორმაციით ან პერიფერიული არტერიების დაავადებით, რეკომენდებულია გაიგზავნონ ტრენირებულ სპეციალისტთან (ექიმი/ექთანი სპეციალური ინტერესით ტერფის საკითხებში/ანგიოლოგი/ქირურგი) მიმდინარე პრევენციული მეთვალყურეობისთვის.	III C
R144 შდ დიაგნოზის მქონე ყველა პაციენტს უნდა ჩატარდეს საინფორმაციო მოკლე კურსი ტერფების მოვლის ზოგადი საკითხების შესახებ.	II B
R145 სპეციალური თერაპიული ფეხსაცმლის გამოყენება რეკომენდებულია	II B

<p>მაღალი რისკის პაციენტებისთვის, მათ შორის მძიმე ნეიროპათიით, ტერფის დეფორმაციებით ან ამპუტაციის ისტორიით.</p>	
<p>ნეფროპათია</p>	
<p>R146 რეკომენდებულია შარდში ალბუმინის (მაგალითად ალბუმინ/კრეატინინის შეფარდება შარდის წვეთში) და eGFR-ის შეფასება ტიპი 1 დიაბეტის მქონე პაციენტებში დიაგნოზის დასმიდან ≥ 5 წელიწადში და ტიპი 2 დიაბეტით დაავადებულ ყველა პაციენტში დიაბეტის დიაგნოზის დადასტურებისას და შემდგომ, სულ მცირე, წელიწადში ერთხელ.</p>	<p>II B</p>
<p>R147 გლუკოზის კონტროლის ოპტიმიზაცია (იხილეთ გლიკემიის სამიზნეები ცხრილი №5) რეკომენდებულია თქდ-ს რისკის შემცირების ან პროგრესირების შენელების მიზნით.</p>	<p>I A</p>
<p>R148 შდ ტ2 და თქდ-ს შემთხვევაში რეკომენდებულია SGLT2 ინჰიბიტორის (დაპაგლიფლოზინის) ან GLP-1 რეცეპტორების აგონისტის (ლირაგლუტიდის) გამოყენება, რომელთაც გამოავლინეს თქდ პროგრესირების, გულ-სისხლძარღვთა შემთხვევის, ან ორივეს რისკის შემცირების პოტენციალი (იხილეთ ცხრილი 6).</p>	<p>I A</p>
<p>R149 რეკომენდებულია არტერიული წნევის მართვის ოპტიმიზაცია (სამიზნე სისტოლური < 130 მმ ვწყ სვ, დიასტოლური < 80 მმ ვწყ სვ) თქდ-ს რისკის შემცირების ან პროგრესირების შენელების მიზნით.</p>	<p>I A</p>
<p>R150 დიალიზზე არმყოფი თქდ-ს მქონე პაციენტებისთვის საკვებში ცილის შემცველობა უნდა იყოს დაახლოებით 0.8 გ/კვ დღეში. დიალიზზე მყოფი პაციენტებისათვის ცილის რეკომენდებული დღიური რაოდენობა უფრო მეტია.</p>	<p>I A</p>
<p>R151 არაორსული პაციენტებისთვის, დიაბეტითა და ჰიპერტენზიით რეკომენდებულია აგფ-ინჰიბიტორი ან არ ბლოკერი, როგორც ზომიერად მომატებული ალბუმინ/კრეატინინის შეფარდების (30–299 მგ/გ კრეატინინზე), ასევე განსაკუთრებით ≥ 300 მგ/გ ალბუმინ/კრეატინინს შეფარდების და/ან eGFR < 60 მლ/წთ/1.73 m²-ის დროს.</p>	<p>I A</p>
<p>R152 აგფ-ინჰიბიტორის, არ-მაბლოკირებელი მედიკამენტის ან დიურეტიკის გამოყენებისას რეკომენდებულია კრეატინინისა და კალიუმის პერიოდული მონიტორირება.</p>	<p>II B</p>
<p>R153 დიაბეტური ნეფროპათიის პირველადი პრევენციის მიზნით არ არის რეკომენდებული აგფ-ინჰიბიტორის ან არ-ბლოკერის გამოყენება, თუ პაციენტს აქვს ნორმალური არტერიული წნევა, ნორმალური ალბუმინ/კრეატინინის</p>	<p>II B</p>

შეფარდება შარდში (<30 მგ/გ კრეატინინზე) და ნორმალური eGFR.	IV E
R154 როდესაც eGFR <60 მლ/წთ/1.73 მ ² , შეაფასეთ და მართეთ თქვენს პოტენციური გართულებები.	I A
R155 თუ eGFR <15 მლ/წთ/1.73 მ ² , პაციენტი უნდა გაიგზავნოს თირკმლის ტრანსპლანტაციის საკითხის განსახილველად.	I A
R156 პაციენტებში თირკმელების ქრონიკული დაავადებით და ალბუმინურიით, რომელთაც აღენიშნებათ გულ-სისხლძარღვთა შემთხვევის ან თირკმელების ქრონიკული დაავადების პროგრესირების მაღალი რისკი, მინერალკორტიკოიდების რეცეპტორების არასტეროიდულმა ანტაგონისტმა ფინერენონმა კლინიკურ კვლევებში გამოავლინა ეფექტურობა და ამდენად, რეკომენდებულია თირკმელების დაავადების პროგრესირებისა და გულ-სისხლძარღვთა შემთხვევების რისკის შემცირების მიზნით. ¹⁷	I A
12.9 ხანდაზმული პაციენტები	
R157 სხვა მხრივ ჯანმრთელ ხანდაზმულ პაციენტებში შდ ტ2 დროს რეკომენდებულია გლუკოზის კონტროლის იგივე სამიზნე დონეების დასახვა, როგორც ახალგაზრდა მოზრდილებში (იხილეთ ცხილი №5).	III C
R158 ჩაატარეთ სკრინინგი ფუნქციური შესაძლებლობების და დაუძლურების შესაფასებლად და უძლურობის შემთხვევაში გაითვალისწინეთ გლუკოზის კონტროლის უფრო მაღალი სამიზნეები (HbA _{1c} <8% [64მმოლ/მოლ]).	III C
R159 მოერიდეთ ჰიპოგლიკემიის რისკის შემცველი დიაბეტის საწინააღმდეგო მედიკამენტების დანიშვნას (მაგალითად, გლიბენკლამიდი, გლიბურიდი).	II B
R160 პალიატიური მოვლის დროს მკურნალობის მიზანი უნდა იყოს ჰიპო- და ჰიპერგლიკემიის სიმპტომების და ნიშნების პრევენცია.	IV E
12.10 რეფერალი	
R161 პაციენტის გადამისამართება ენდოკრინოლოგთან რეკომენდებულია არადაამაკმაყოფილებელი მეტაბოლური კონტროლის, მრავლობითი თანმხლები ავადმყოფობების, კომპლექსური მკურნალობის საჭიროების, მკურნალობის სამიზნეების შეცვლის დროს, როცა პაციენტს ესაჭიროება სამზე მეტი ანტიდიაბეტური მედიკამენტი, ინსულინის ჩათვლით.	IV E
R162 ენდოკრინოლოგთან უნდა გაიგზავნოს პაციენტები ჰიპოგლიკემიის ხშირი ეპიზოდებით, პაციენტები, რომელთაც განუვითარდათ დიაბეტური	

<p>კეტოაციდოზი ან რეფრაქტერული ჰიპერგლიკემია მეტაბოლურ დარღვევებთან ერთად.</p>	
<p>R163 ვიზიტი ენდოკრინოლოგთან საჭიროა შდ ტ2 დაწყებისას ახალგაზრდა ასაკში ოჯახური ანამნეზის არსებობის ფონზე (MODY)⁴, ორალური ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტური მკურნალობის წარუმატებლობისას დიაბეტის შედარებით ხანმოკლე ანამნეზის დროს (LADA)⁵ ან ატიპიური ნიშნების დროს, რაც შესაძლოა მიუთითებდეს სხვა ენდოკრინოპათიის არსებობაზე (მაგ.: კუმინგის სინდრომი, კონის სინდრომი, ფეოქრომოციტომა ან აკრომეგალია).</p>	IV E
<p>R164 ოფთალმოლოგთან გადამისამართება რეკომენდებულია რეტინოპათიაზე სკრინინგის და რეგულარული შეფასების მიზნით.</p>	IV E
<p>R165 დაიგეგმოს ნეფროლოგთან ვიზიტი მე-4 ან მე-5 სტადიის თქდ-ს (eGFR <30 მლ/წთ/1.73 მ2) ან აუხსნელი მძიმე პროტეინურიის შემთხვევაში ჰემატურიით ან ჰემატურიის გარეშე, რეტინოპათიის არარსებობისას ან დაავადების ხანმოკლე მიმდინარეობის ფონზე (მაგ. თირკმლის დაავადების სხვა მიზეზები) ან eGFR-ის სწრაფი კლების შემთხვევაში.</p>	III C
<p>R166 ხანგამოშვებითი კოჭლოზის შემთხვევაში პაციენტი უნდა გაიგზავნოს ანგიოქირურგთან.</p>	IV E
<p>R167 დიაბეტური ტერფის წყლულების შემთხვევაში პაციენტი უნდა გაიგზავნოს ტრენირებულ ტერფის სპეციალისტთან/ანგიოლოგთან/ქირურგთან ამპუტაციის რისკის შემცირებისა და ფუნქციური შესაძლებლობების ხანმოკლე პერიოდში აღდგენის მიზნით.</p>	IV E
<p>R168 რეპროდუქციული ასაკის ქალები, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას ან არიან ორსულად, საჭიროებენ მართვას გინეკოლოგისა და ენდოკრინოლოგის ერთობლივი ჩართულობით დედის მდგომარეობის გაუარესების და ნაყოფის მოცილების რისკის შესამცირებლად.</p> <p>გლიკემიის რეგულარული მეთვალყურეობის პერიოდულობა იხილეთ ცხრილი 7-ში. დიაბეტის მართვისას პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმების მიერ რეკომენდებულია ქრონიკული დაავადების მეთვალყურეობის ფურცლის, ე.წ. „ფლოუშიტის“ გამოყენება, რომელიც უნდა წარმოადგენდეს</p>	IV E

⁴ Maturity onset diabetes of the young (MODY) –ახალგაზრდათა დიაბეტი ზრდასრულ ასაკში

⁵ Latent autoimmune diabetes in adults (LADA) - ლატენტური აუტოიმუნური დიაბეტი ზრდასრულებში

სამედიცინო ისტორიის განუყოფელ ნაწილს (იხილეთ დანართი №1).	
<i>ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები</i>	
<p>R169 ჰოსპიტალიზაციის შესაძლო კრიტერიუმებია:</p> <ul style="list-style-type: none"> × სიცოცხლისთვის საშიში დიაბეტის მეტაბოლური გართულებები; × ახლად დიაგნოსტირებული დიაბეტი ბავშვებსა და მოზარდებში; × მეტაბოლური კონტროლის მნიშვნელოვანი წარუმატებლობა, რის ფონზეც დგება პაციენტის მჭიდრო მონიტორინგის საჭიროება, პრობლემის ეტიოლოგიის დადგენისა და თერაპიის შესაბამისი მოდიფიცირების მიზნით; × დიაბეტის მძიმე ქრონიკული გართულებები, რაც მოითხოვს ინტენსიურ მკურნალობას, ან სხვა მძიმე დაავადებები, რომლებიც მნიშვნელოვნად მოქმედებენ დიაბეტის კონტროლზე ან მათი მიმდინარეობა რთულდება დიაბეტის ფონზე; × არაკონტროლირებული ან ახლად დიაგნოსტირებული ინსულინდამოკიდებული დიაბეტი ორსულობის დროს; × ინსულინის ტუმბოთი ან სხვა ინტენსიური ინსულინოთერაპიის რეჟიმის შერჩევის საჭიროება. 	
<i>დიაბეტური კეტოაციდოზი და ჰიპეროსმოლარული ჰიპერგლიკემიური სტატუსი</i>	
<p>R170 გაითვალისწინეთ, რომ დიაბეტური კეტოაციდოზი (დკა) ვითარდება შედარებით სწრაფად, 24 საათში ან ზოგჯერ ოდნავ უფრო გვიან, ამის საპირისპიროდ, ჰიპეროსმოლარული ჰიპერგლიკემიური სტატუსი (ჰჰს) ვითარდება უფრო ფარულად, პოლიურიით, პოლიდიფსიითა და წონაში კლებით, რაც ხშირად ჰოსპიტალიზაციამდე რამდენიმე დღის მანძილზე გრძელდება.</p> <p>ჰიპერგლიკემიის პროგრესირებასთან ერთად ადგილი აქვს ნევროლოგიური სიმპტომების განვითარებას, როგორცაა ლეტარგია, ფოკალური ნიშნები, აბნეულობა, რაც მოგვიანებით სტადიაზე შესაძლოა კომაში გადაიზარდოს. ნევროლოგიური სიმპტომები უფრო ხშირია ჰჰს-ს დროს, ხოლო ჰიპერვენტილაცია და მუცლის ტკივილი დამახასიათებელია დკა-სთვის.</p>	
<p>R171 ლაბორატორიული მონაცემებიდან აღსანიშნავია ჰიპერგლიკემია და კეტონურია, აგრეთვე ანიონური დეფიციტი და მეტაბოლური აციდოზი დკა-ს დროს, ხოლო ჰჰს-ს დამახასიათებელია ძალზედ მაღალი ჰიპერგლიკემია და პლაზმის ჰიპეროსმოლარობა.</p>	
<p>R172 დიაბეტურ კეტოაციდოზსა და ჰიპეროსმოლარულ ჰიპერგლიკემიურ სტატუსზე ექვის შემთხვევაში სასწრაფოდ მოახდინეთ პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.</p> <p>ჰოსპიტალში მკურნალობა ტარდება სითხეების გადასხმით, ანიონური სხვაობისა და მეტაბოლური აციდოზის კორექციისკენ მიმართული ღონისძიებებით და ინსულინოთერაპიით.</p>	
<p>R173 დიაბეტურ კეტოაციდოზისა და ჰიპეროსმოლარული ჰიპერგლიკემიური</p>	

<p>სტატუსის განვითარება მიგვანიშნებს, რომ პაციენტს ესაჭიროება შემდგომი მეთვალყურეობის ინტენსივობის გაზრდა, მედიკამენტური და არაფარმაკოლოგიური მართვის გადახედვა და კორექცია, მაპროვოცირებელი ფაქტორების და თანმხლები ავადმყოფობების მკურნალობა.</p>	
<p><i>პაციენტზე მეთვალყურეობა ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ</i></p>	
<p>R174 იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი გამოეწერა საავადმყოფოდან დიაბეტურ გადაუდებელ მდგომარეობასთან, ან დიაბეტით გამოწვეულ გართულებასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ, მეთვალყურეობის ვიზიტის განხორციელება რეკომენდებულია გაწერიდან 2 კვირის ვადაში (თუ შესაძლებელია და თუ პჯდ პროვაიდერს აქვს ინფორმაცია პაციენტის ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებით).</p>	
<p>R175 მეთვალყურეობის ვიზიტზე პაციენტთან ერთად უნდა მოხდეს შემდეგი საკითხების განხილვა: ძირითადი დიაგნოზი და თანმხლები პრობლემები, კლინიკური სტატუსი, მკურნალობის გეგმა და სამიზნეები, დანიშნული მედიკამენტები და განსხვავება ჰოსპიტალიზაციამდელი დანიშნულებისგან, საჭირო ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები, შემდგომი მეთვალყურეობის სიხშირე.</p>	
<p>R176 აუცილებელია პოტენციური გამომწვევი მიზეზის და სამიზნე ორგანოების დაზიანების სრულყოფილი შეფასება დიაბეტური გადაუდებელი მდგომარეობის რეციდივის პრევენციის მიზნით. დიაბეტის საწინააღმდეგო მედიკამენტური თერაპიის კორექტირება და გამარტივება, ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებასთან დაკავშირებული რჩევების პარალელურად, ხელს შეუწყობს მკურნალობაზე დამყოლობისა და გლიკემიის გრძელვადიანი კონტროლის გაუმჯობესებას.</p>	
<p>R177 რეკომენდებულია რეგულარული და ხშირი (თვეში ერთხელ) მეთვალყურეობა სამიზნე HbA_{1c} და იდეალურ შემთხვევაში, სამიზნე ორგანოების დაზიანების პროგრესის შეჩერების მიღწევამდე. საკითხების ჩამონათვალი, რომელთა განხილვაც რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტზე მითითებულია დანართ N3-ში.</p>	
<p><i>იმუნიზაცია</i></p>	
<p>R178 ყველა დიაბეტიან პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია ყოველწლიურად.</p>	<p>III C</p>
<p>R179 დიაბეტით დაავადებულ მოზრდილ პაციენტებს სიცოცხლის განმავლობაში, სულ მცირე, ერთხელ მაინც უნდა ჩაუტარდეთ ანტიპნევმოკოკური ვაქცინაცია. ერთჯერადი რევაქცინაცია რეკომენდებულია >64 წელზე ასაკის პირთათვის, რომელთაც იმუნიზაცია ჩატარებული აქვთ 65 წელზე ნაკლებ ასაკში და მას შემდეგ გასულია >5 წელზე პერიოდი. განმეორებითი ვაქცინაციის სხვა ჩვენებებს მიეკუთვნება ნეფროზული სინდრომი, თირკმლის ქრონიკული</p>	<p>III C</p>

დაავადება და სხვა იმუნიკომპრომეტირებული მდგომარეობები, როგორცაა, მაგალითად, ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შემდგომი პერიოდი.	
--	--

ცხრილი 6. ძირითადი ანტიდიაბეტური მედიკამენტების (ინსულინის გარდა) რისკი და სარგებელი

	მეთფორმინი	სულფონილმარდოვანა	გლინიდები	პიოგლიტაზონი	ალფა-გლუკოზიდაზას ინჰიბიტორები	DPP4 ინჰიბიტორები	GLP1 რეცეპტორების აგონისტები	SGLT2 ინჰიბიტორები
ჰიპოგლიკემია	ნეიტრალური	ზომიერი/ძლიერი	ზომიერი	ნეიტრალური	ნეიტრალური	ნეიტრალური	ნეიტრალური	ნეიტრალური
წონა	მცირედი კლება	მატება	მატება	მატება	ნეიტრალური	ნეიტრალური	დაკლება	დაკლება
თქდ, 3A, 3B სტადია	შეამცირეთ დოზა 3A სტადიაზე უკუნაჩვენებია 3B სტადიაზე	სიფრთხილით - ჰიპოგლ.მომტებული რისკი	სიფრთხილით - ჰიპოგლ, მომტებული რისკი	ნეიტრალური	ნეიტრალური	ნეიტრალური, მაგრამ დოზა უნდა შემცირდეს, გარდა ლინაგლიპტინისა	სიფრთხილ ექსენატიდ ER-ის შემთხვევაში	უკუნაჩვენებია 3B სტადიის დროს
თქდ სტადია 4, 5	უკუნაჩვენებია	უკუნაჩვენებია გლიპიზიდის და გლიკლაზიდის გარდა	უკუნაჩვენებია		უკუნაჩვენებია		უკუნაჩვენებია	უკუნაჩვენებია
კუჭ-ნაწლავის მხრივ გვერდითი ეფექტები	ზომიერი	ნეიტრალური	ნეიტრალური	ნეიტრალური	ზომიერი	ნეიტრალური	ზომიერი	ნეიტრალური
სხვა გვერდითი ეფექტები				შეშუპება და ძვლების მოტეხილობა		პანკრეატიტი გულის უკმარისობა (არ არის მედიკამენტის კლასის ეფექტი)		გენიტალური სოკოვანი ინფექცია, მოტეხილობები, ამპუტაციის რისკის ზრდა (მოტეხილობა და ამპუტაცია შესაძლოა არ იყოს კლასის ეფექტი)
მნიშვნელოვანი გს შემთხვევა	სასარგებლო	ნეიტრალური	ნეიტრალური	ნეიტრალური	ნეიტრალური	ნეიტრალური	სასარგებლო*	სასარგებლო*
გულის უკმარისობა	ნეიტრალური	ნეიტრალური	ნეიტრალური	მომატებული რისკი	ნეიტრალური	ნეიტრალური	ნეიტრალური	სასარგებლო**
<p>თქდ - თირკმლების ქრონიკული დაავადება; გს - გულ-სისხლძარღვთა;</p> <p>* რანდომიზებულ კვლევაში გამოვლინდა რისკის შემცირება ლირაგლუტიდის, სემაგლუტიდის, ემპაგლიფლოზინის და კანაგლიფლოზინის შეთხვევაში.</p> <p>** რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევაში გამოვლინდა რისკის შემცირება ემპაგლიფლოზინის და კანაგლიფლოზინის შემთხვევაში.</p>								

ცხრილი 6.1. გლუკოზის დამაქვეითებელი ჩარევების შეჯამება

ჩარევა	HbA _{1c} -ს მოსალოდნელი შემცირება მონოთერაპიით (%)	უპირატესობები	ნაკლი
საწყისი თერაპია			
ცხოვრების სტილის ცვლილება წონის შემცირებისა და ფიზიკური აქტივობის გაზრდის მიზნით	1.0 -2.0	მრავალმხრივი	უმრავლესობისთვის არასაკმარისია პირველი წლის განმავლობაში, წონის არასაკმარისი კლებისა და ხელახალი მატების გამო
მეთფორმინი	1.0 -2.0	წონის კუთხით ნეიტრალური	გვერდითი ეფექტები კუჭ-ნაწლავის მხრივ, უკუნაჩვენებია თირკმლის უკმარისობის დროს (eGFR <30 მლ/წთ/1.73 მ ²)*
დამატებითი თერაპია			
ინსულინი (ჩვეულებრივ, დასაწყისში დღეში ერთჯერადი ინექცია საშუალო ან გახანგრძლივებული მოქმედების ინსულინით)	1.5 - 3.5	დოზირება ლიმიტირებული არ არის, სწრაფი ეფექტი, აუმჯობესებს ლიპიდურ სპექტრს	დღეში 1-4 ინექციის, მონიტორინგის საჭიროება, წონაში მატება, ჰიპოგლიკემია, ანალოგების სიძვირე
სულფონილმარდოვანა (უპირატესია ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატები)	1.0 - 2.0	სწრაფი ეფექტი	წონის მატება, ჰიპოგლიკემია (განსაკუთრებით, გლიბენკლამიდის და ქლორპროპამიდის შემთხვევაში)
GLP-1 რეცეპტორების აგონისტი (ყოველდღიური ან კვირაში ერთხელ ინექცია)	0.5 - 1.5	წონის დაკლება, გულ-სისხლძარღვთა გართულებების შემცირება (ლირაგლუტიდი, სემაგლუტიდი, დულაგლუტიდი) პაციენტებში დადგენილი გსდ-ით და პოტენციურად გსდ მაღალი რისკის მქონე პაციენტებში	ინექციების საჭიროება, კუჭ-ნაწლავის მხრივ გვერდითი ეფექტები, სიძვირე
თიაზოლიდინდიონები	0.5 -1.4	ლიპიდური სპექტრის გაუმჯობესება (პიოგლიტაზონი), მიოკარდიუმის ინფარქტის რისკის შემცირების პოტენციალი (პიოგლიტაზონი)	სითხის შეკავება, გუ, წონაში მატება, მოტეხილობა, მიოკარდიუმის ინფარქტის (როსიგლიტაზონი) და შარდის ბუშტის კიბოს რისკის პოტენციური მატება (პიოგლიტაზონი)
გლინიდები	0.5 - 1.5 ^A	სწრაფი ეფექტი	წონაში მატება, დღეში 3-ჯერ მიღების საჭიროება, ჰიპოგლიკემია
SGLT2 ინჰიბიტორი	0.5 - 0.7	წონაში დაკლება, სისტოლური წნევის დაქვეითება, კარდიოვასკულური სიკვდილიანობის შემცირება პაციენტებში დადგენილი გსდ-ით, გამოსავლების გაუმჯობესება პაციენტებში ნეფროპათიით	ვულვოვაგინური კანდიდოზი, საშარდე ტრაქტის ინფექციები, მოტეხილობა, ქვემო კიდურის ამპუტაციის რისკი, დიაბეტური კეტოაციდოზი
DPP-4 ინჰიბიტორი	0.5- 0.8	წონაზე ნეიტრალური მოქმედება	გუ-ის რისკის შესაძლო მატება საქსაგლიპტინის შემთხვევაში, სიძვირე

ალფა-გლუკოზიდაზას ინჰიბიტორი	0.5- 0.8	წონაზე ნეიტრალური მოქმედება	ხშირი გვერდითი ეფექტები კუჭ-ნაწლავის მხრივ, დღეში სამჯერ მიღების საჭიროება
პრამლინტიდი	0.5 - 1.0	წონაში დაკლება	დღეში 3 ინექციის საჭიროება, ხშირი გვერდითი ეფექტები კუჭ-ნაწლავის მხრივ, არ არის დადგენილი გრძელვადიანი უსაფრთხოება, სიძვირე

ცხრილი №7. გლიკემიის მეთვალყურეობის კითხვარი

კრიტერიუმი	პერიოდულობა
სამედიცინო ისტორია	
დიაბეტის სიმპტომები, ჰიპოგლიკემიის ეპიზოდები	ყოველ ვიზიტზე
კვების თავისებურებები, წონის ცვლილება	ყოველ ვიზიტზე
პაციენტის მიერ დაავადებასთან გამკლავების შესაძლებლობა, მისი რწმენა, მოლოდინი	ყოველ ვიზიტზე
მიმდინარე მედიკამენტური მკურნალობა, გლუკოზის თვითმონიტორინგის საშუალება	ყოველ ვიზიტზე
ფიზიკური აქტივობა	ყოველ ვიზიტზე
მწვავე გართულებები, მაგალითად კეტოაციდოზი ან ჰიპოგლიკემია	ყოველ ვიზიტზე
ინფექციური გართულებების არსებობა, კერძოდ, კანის, შარდ-სასქესო ტრაქტის და სხვა	ყოველ ვიზიტზე
დიაბეტთან ასოცირებული თანმხლები პათოლოგიების სიმპტომები და მკურნალობის ისტორია (თვალების, თირკმლების, ნერვების, შარდ-სასქესო სისტემის, კუჭ-ნაწლავის, გულის, პერიფერიულ სისხლძარღვთა, ტერფების, ცერებროვასკულური გართულებების პრობლემები)	ყოველ ვიზიტზე
გლუკოზის კონცენტრაციაზე მოქმედი სხვა მედიკამენტების მიღება	ყოველ ვიზიტზე
ქცევითი რისკ ფაქტორები: თამბაქო, ალკოჰოლი, მედიკამენტებზე დამოკიდებულება	ყოველ ვიზიტზე
კონტრაცეპცია, სქესობრივი და რეპროდუქციული ისტორია	ყოველ ვიზიტზე
საექიმო გასინჯვა	
წონის, სიმაღლის გაზომვა და სმი-ს გამოთვლა, წელის გარშემოწერილობის გაზომვა	წელიწადში ერთხელ (უფრო ხშირად, თუ პაციენტი ცდილობს წონაში დაკლებას)
სისხლის წნევის გაზომვა, მათ შორის, ორთოსტატული ჰიპოტენზიის გამოსავლენად	წელიწადში ერთხელ
ფუნდოსკოპიური გამოკვლევა	დიაგნოზის დასმისთანავე ტიპი 2 დიაბეტის დროს, >5 წელზე ხანგრძლივობისას ტიპი 1 დიაბეტის დროს და შემდეგ წელიწადში ერთხელ ან უფრო ხშირად დიაბეტური რეტინოპათიის ხარისხის მიხედვით

პულსაციის შემოწმება ქვემო კიდურებზე	წელიწადში ერთხელ (უფრო ხშირად ვასკულური გართულებებისას)
მხარ-გოჯის ინდექსის (ABI) გამოკვლევა	ტერფის არტერიაზე პულსაციის შესუსტებისას/არარსებობისას ან ხანგამოშვებითი კოჰლობის დროს - საჭიროებისამებრ
სახსრების დეფორმაციის შემოწმება	წელიწადში ერთხელ
ტერფის პრობლემების შეფასება	ყოველ ვიზიტზე
კანის ინსპექცია, განსაკუთრებით ინსულინის საინექციო ადგილების დათვალიერება	ყოველ ვიზიტზე
ნევროლოგიური გასინჯვა	წელიწადში ერთხელ თუ არ არის სპეციფიკური ჩვენება
ლაბორატორიული გამოკვლევები	
HbA _{1c}	წელიწადში ორჯერ კარგად კონტროლირებული დიაბეტის დროს; 3-4 თვეში ერთხელ გლიკემიის სამიზნეების მიღწევის სირთულისას
გლუკოზა სისხლში უზმოდ/პოსტპრანდიალური	ყოველ ვიზიტზე
ლიპიდური პროფილი უზმოდ, საერთო ქოლესტეროლის, HDL ქოლესტეროლის, ტრიგლიცერიდების და LDL ქოლესტეროლის ჩათვლით	დიაგნოზის დასმისას, საწყისი სამედიცინო შეფასების დროს და შემდეგ 5 წელიწადში ერთხელ, თუ პაციენტი 40 წლამდეა და არ არის გსდ მაღალი რისკი, ან უფრო ხშირად ჩვენების შემთხვევაში, ყოველწლიურად სტატინებით თერაპიის ფონზე
მიკროალბუმინურიაზე ტესტირება	წელიწადში ერთხელ
კრეატინინის სისხლის შრატში	წელიწადში ერთხელ
შარდის ალბუმინ/კრეატინინის შეფარდება (ACR)	წელიწადში ერთხელ
eGFR-ის შეფასება	წელიწადში ერთხელ
ელექტროკარდიოგრამა	წელიწადში ერთხელ
შარდის ანალიზი კეტონებზე, ცილაზე, ნალექის გამოკვლევა.	წელიწადში ერთხელ
რეფერალი	
ოფთალმოლოგი	წელიწადში ერთხელ დიაბეტური რეტინოპათიის სკრინინგი ან საჭიროებისამებრ
ოჯახის დაგეგმვა რეპროდუქციული ასაკის ქალებში	საჭიროებისამებრ
სამედიცინო ნუტრიციული თერაპია	საჭიროებისამებრ
დიაბეტის სკოლა	საჭიროებისამებრ

ქცევითი ცვლილების მართვის სპეციალისტი	საჭიროებისამებრ
ტერფის სპეციალისტი	საჭიროებისამებრ
სხვა სპეციალისტები საჭიროებისამებრ	საჭიროებისამებრ

13 აუდიტის კრიტერიუმები

სტრუქტურის აუდიტი

1. აქვს თუ არა დაწესებულებას შაქრიანი დიაბეტის მართვის პროტოკოლი პირველად ჯანდაცვაში;
2. აქვთ თუ არა ოჯახის ექიმებსა და ექთნებს ჩატარებული სწავლება პროტოკოლის პრაქტიკული გამოყენების შესახებ
3. გააჩნია თუ არა დაწესებულებას შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტების სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაფასებელი მონაცემების შეგროვების ინსტრუმენტი (ელექტრონული სამედიცინო ისტორია, ფლოუშიტი, დაავადების რეესტრი)

პროცესის აუდიტი

1. კლინიკაში მომართული >45 წელზე პაციენტების რაოდენობა, რომელთაც ბოლო 3 წლის მანძილზე გაეზომათ გლუკოზა სისხლში დიაბეტზე სკრინინგის მიზნით;
2. ჰიპერტენზიით დაავადებულ პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც გასული წლის მანძილზე გაეზომათ სისხლში გლუკოზის დონე
3. პაციენტების რაოდენობა ათეროსკლეროზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებით, რომელთაც გასული წლის მანძილზე გაეზომათ სისხლში გლუკოზის დონე
4. პაციენტების რაოდენობა პრედიაბეტით, რომელთაც გასული წლის მანძილზე გაეზომათ სისხლში გლუკოზის დონე
5. პაციენტთა რაოდენობა დიაბეტის დადასტურებული დიაგნოზით გასული წლის მანძილზე, რომელთაც დიაგნოზის დადასტურების მიზნით ჩაუტარდათ სრულყოფილი ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული შეფასება:
 - ა) გლუკოზა სისხლში უზმოდ და ჭამიდან 2სთ-ში;
 - ბ) გლიკოზირებული ჰემოგლობინი HbA_{1c};
 - გ) უზმოდ ლიპიდური პროფილი: TC, HDL-C, LDL-C, TG;
 - დ) კრეატინინი სისხლის შრატში;
 - ე) შარდის ნალექი, კეტონები, ცილა;
 - ვ) შარდის ალბუმინ/კრეატინინის შეფარდება (ACR);
 - ზ) გლომერულური ფილტრაციის სიჩქარე (eGFR);

- თ) ფუნდოსკოპია;
 - ი) ტერფების შეფასება და ნევროლოგიური გასინჯვა.
6. შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რაოდენობა რომელთაც წლის განმავლობაში ერთხელ მაინც ჩაუტარდათ ქცევითი რისკ-ფაქტორების შეფასება:
- ა) სმი/წელის გარშემოწერილობა;
 - ბ) ფიზიკური აქტივობა;
 - გ) დიეტა/სუფრის მარილი/ალკოჰოლი;
 - დ) თამბაქოს მწვევლობა.
7. პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც წლის მანძილზე ჩაუტარდათ კონსულტირება ქცევითი რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირების შესახებ;
8. დიაბეტით დაავადებულ პაციენტთა წილი, რომელთაც გასული წლის მანძილზე ერთხელ მაინც გაეზომათ არტერიული წნევა
9. დიაბეტით დაავადებულ პაციენტთა წილი, რომელთაც გასული წლის მანძილზე შეუფასდათ:
- ა) გლუკოზა სისხლში უზმოდ და კვებიდან 2სთ-ში;
 - ბ) გლიკოზირებული ჰემოგლობინი HbA_{1c};
 - გ) უზმოდ ლიპიდური პროფილი: TC, HDL-C, LDL-C, TG;
 - დ) კრეატინინი სისხლის შრატში;
 - ე) შარდის ნალექი, კეტონები, ცილა;
 - ვ) შარდის ალბუმინ/კრეატინინის შეფარდება (ACR);
 - ზ) გლომერულური ფილტრაციის სიჩქარე (eGFR);
 - თ) ფუნდოსკოპია;
 - ი) ტერფის პრობლემები.
10. შდ ტ1 დაავადებულ პაციენტთა რაოდენობა რომლებიც გასული წლის მანძილზე მკურნალობის შერჩევის მიზნით გაიგზავნენ ენდოკრინოლოგთან;
11. პაციენტთა რაოდენობა დიაბეტური ნეფროპათიით რომელთაც უკუჩვენების არარსებობის შემთხვევაში დაენიშნათ აგფ-ინჰიბიტორი ან არ-მაბლოკირებელი საშუალება.
12. პაციენტთა რაოდენობა თანმხლები გსდ-ით, რომლებიც იღებენ სტატინს ლიპიდური ცვლის კორექციისა და მართვისთვის
13. პაციენტთა რაოდენობა გსდ გართულებების მაღალი რისკით, რომელთაც დანიშნული აქვთ ანტიაგრეგანტული თერაპია ასპირინით.

გამოსავლის აუდიტი

1. პაციენტთა რაოდენობა სადაც წლის მანძილზე მიღწეულია გლიკემიის სამიზნეების კონტროლი: გლიკოზირებული ჰემოგლობინი $\leq 7\%$ (53მმოლ/მოლ) გლუკოზა პლაზმაში უზმოდ - 4-7მმოლ/ლ, გლუკოზა პლაზმაში საკვების მიღებიდან 2სთ-ში - 5-10მმოლ/ლ.
2. პაციენტთა რაოდენობა რომელთაც გასული წლის მანძილზე განუვითარდათ ჰიპოგლიკემიური ეპიზოდი.
3. ცალკეული ქრონიკული გართულებების პროცენტული რაოდენობა გასული წლის მანძილზე:
 - დიაბეტური რეტინოპათია;
 - ნეფროპათია;
 - დიაბეტური ტერფი;
 - ამპუტაცია.

14 პროტოკოლის გადახედვის ვადები

სასურველია პროტოკოლი გადაიხედოს და შეივსოს გამოყენებული წყაროების განახლების შემთხვევაში, ახალი მტკიცებულებების გათვალისწინებით.

15 პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი იხილეთ ცხრილში.

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, ინდივიდუალური მართვის გეგმის შემუშავება, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება, მიმდინარე მეთვალყურეობა, დოკუმენტაციის წარმოება	სავალდებულო
ექთანი	პაციენტის ანთროპომეტრიული პარამეტრების გაზომვა/დოკუმენტირება. პაციენტის	სავალდებულო

	განათლება ქცევითი რისკფაქტორების, მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმის, გვერდითი ეფექტების, გართულებების რისკის შესახებ, ტერფის პრობლემების შეფასება, პრევენცია, პაციენტის განათლება ტერფების მოვლაზე, საექთნო დოკუმენტაციის წარმოება	
ენდოკრინოლოგი	პაციენტის მართვა შდ ტ1 დიაბეტის, არადამაკმაყოფილებელი მეტაბოლური კონტროლის, მრავლობითი კომორბიდული პათოლოგიების, კომპლექსური მკურნალობის საჭიროების, მკურნალობის სამიზნეების შეცვლის დროს, როცა პაციენტს ესაჭიროება სამზე მეტი ანტიდიაბეტური მედიკამენტი, ინსულინის ჩათვლით. შდ ტ2 ახალგაზრდა ასაკში, ორალური ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტური მკურნალობის სწრაფი წარუმატებლობის ან ატიპიური ნიშნების შემთხვევაში, რაც სხვა ენდოკრინოპათიაზე მიუთითებს (მაგ.: კუშინგის სინდრომი, კონის სინდრომი, ფეოქრომოციტომა ან აკრომეგალია).	სავალდებულო
ტერფების ტრენირებული სპეციალისტი/ანგიოლოგი/ქირურგი	ტერფის პრობლემების შეფასება, ამპუტაციის რისკის შეფასება, შესაბამისი მკურნალობა, ქირურგიული ჩარევის ჩათვლით	სასურველი
დიეტოლოგი/ენდოკრინოლოგი გამოცდილებით ნუტრიციული თერაპიის საკითხებში	ინდივიდუალური სამედიცინო ნუტრიციული თერაპიის შერჩევა	სასურველი
ოფთალმოლოგი	დიაბეტური რეტინოპათიის სკრინინგი,	სავალდებულო

	შეფასება და მართვა	
რეგისტრატორი	პაციენტის გამოძახება, ჩაწერის სისტემის ფუნქციონირების უზრუნველყოფა	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები		
ეკბ, ოფთალმოსკოპი, ლაბორატორიული კვლევების უზრუნველყოფა (გლიკოზირებული ჰემოგლობინი HbA _{1c} , გლუკოზა სისხლში, შარდის საერთო ანალიზი, მიკროალბუმინურია, კრეატინინი, ლიპიდური სპექტრი, TSH, და სხვ)	პროტოკოლით მოცული ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების განხორციელება პაციენტის შეფასებისა და მეთვალყურეობის მიზნით	სავალდებულო
წნევის გასაზომი მანჟეტი მხრისა და წვივისთვის და დოპლერის აპარატი ABI - მხარ-გოჯის ინდექსის განსაზღვრისთვის	პერიფერიული არტერიების დაავადების შეფასება	სასურველი
პაციენტის ელექტრონული საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება გლიკემიის სამიზნეებზე, ანტიდიაბეტური მედიკამენტური მკურნალობის სქემასა და გვერდით ეფექტებზე, ქცევითი რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირებისა და დიეტური რეკომენდაციების დაცვის მნიშვნელობის შესახებ	სასურველი

16 სამუშაო ჯგუფი:

პროტოკოლი შემუშავებულია მულტიდისციპლინური სამუშაო ჯგუფის მიერ:

მარინა შიხაშვილი - პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტი საქართველოში, ჩეხეთის კარიტასი საქართველოში, პროექტის წამყვანი კლინიკური ექსპერტი

ნატო შენგელია - პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტი საქართველოში, ჩეხეთის კარიტასი საქართველოში, პროექტის კლინიკური ექსპერტი

ირინა ქაროსანიძე - საქართველოს საოჯახო მედიცინის ასოციაციის პრეზიდენტი

გივი ჯავაშვილი - საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის პრეზიდენტი

ნინო დოლიძე - ენდოკრინოლოგი, მედიცინის დოქტორი.

რეგენზენტები:

დავით მეტრეველი - აკადემიკოს ვაჟა ივერიელის სახელობის საქართველოს ენდოკრინოლოგთა საზოგადოების თავმჯდომარე, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ენდოკრინოლოგიის დეპარტამენტის პროფესორი-ემერიტუსი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტი ენდოკრინოლოგი

საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ოჯახის ექიმთა ჯგუფი

პაციენტის გვარი, სახელი		ანამნეზი		
სქესი <input type="checkbox"/> მდ <input type="checkbox"/> მამრ		<input type="checkbox"/> ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება	<input type="checkbox"/> გულის უკმარისობა	<input type="checkbox"/> კარდიომიოპათია
დიაბეტი <input type="checkbox"/> ტ 1 <input type="checkbox"/> ტ 2		<input type="checkbox"/> მწეველი	<input type="checkbox"/> მოციმციმე არითმია	<input type="checkbox"/> გულის სარქველვანი დ-ბა
ასაკი დიაგნოზის დასმისას		<input type="checkbox"/> წამლებზე დამოკიდებულება	<input type="checkbox"/> ავთვისებიანი სიმსივნე	<input type="checkbox"/> ღვიძლის დისფუნქცია
		<input type="checkbox"/> სიმსუქნე	<input type="checkbox"/> ფილტვის ქრ. დ-ბა	<input type="checkbox"/> თირკმლის დაავადება
		<input type="checkbox"/> არტერიული ჰიპერტენზია	<input type="checkbox"/> დისლიპიდემია	<input type="checkbox"/> დეპრესია
		<input type="checkbox"/> ინსულტი/ტიშ	<input type="checkbox"/> პერიფ. არტ. დ-ბა	
			<input type="checkbox"/> ართრიტი	
მეთვალყურეობის ამოცანები				
			თარიღი	
			ახალი მონაცემი	
რისკ-ფაქტორები და ყო-მორბილული მდგომარეობები <input type="checkbox"/> სიმსუქნე (სმო-ს და	წონა (კგ)			
	სმი (ნორმა: 18,5-24,9 ჭარბი წონა: 25-30 სიმსუქნე: ≥ 30) სამიზნე (კგ/მ2)			
	წელის გარშემოწერილობა (მამაკაცი (სმ): ევროპული - ≤ 94 აზიური - ≤ 90 ქალი (სმ): ევროპული - ≤ 80 ; აზიური - ≤ 80)			

		ვიზიტები		
გლიკემიის და წნევის კონტროლი	ა/წ (სამიზნე წნევა $\leq 130/80$)			
	ბოლო HbA1C (სამიზნე $\leq 7\%$)			
<input type="checkbox"/> ნეფროპათიაზე ყოველწლიურად /ან ჩვენების მიხედვით	<input type="checkbox"/> გლუკოზა სისხლში უზმოდ (სამიზნე 4-7 მმოლ/ლ)			
	<input type="checkbox"/> გლუკოზა სისხლში ჭამის შემდეგ (სამიზნე 5 - 10მმოლ/ლ)			
	ალბუმინი შარდში (< 300 მგ/დლ)			
	კრეტინინი (მამაკაცი - 0.6-1.2მგ/დლ, ქალი - 0.5-1.1მგ/დლ)			
ლიპიდური პროფილი	ალბუმინ/კრეტინინი (ACR) (სამიზნე: მამაკაცები $< 2,0$; ქალები $< 2,8$)			
	GFR (სამიზნე > 60)			
	LDL-C (< 2.0 მმოლ/ლ)			
	HDL-C (≥ 1 მმოლ/ლ)			
	TC (< 5.2 მმოლ/ლ)			
	TG ($< 1,7$ მმოლ/ლ)			
რეგულარული მეთვალყურეობა	Non-HDL-C (< 2.6 მმოლ/ლ)			
	ნეიროპათია (შეამოწმეთ ტერფების დაზიანება და მგრძობელობა, შეამოწმეთ ტკივილი, ერექტილური დისფუნქცია და კუჭ-ნაწლავის სიმპტომები)			
		რეტინოპათია (თვალების ყოველწლიური გამოკვლევა)		

	<p>სხვა შენიშვნები: ხშირად თანაარსებული მდგომარეობები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • კატარაქტა • კარპალური არხის სინდრომი • კბილების პრობლემები <p>ვაქცინაცია</p> <p>ყოველწლიურად გრიპი</p> <p>პნევმონია</p> <p>შენიშვნა (მაგ. ჰიპოგლიკემია, სამიზნეები, კლინიკური სტატუსი)</p>	
<p>მედიკამენტური მკურნალობა</p>	<p>დიაბეტის სამკურნალო მედიკამენტები:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ბიგუანიდი <input type="checkbox"/> სულფონილმარდოვანა <input type="checkbox"/> GLP-1 აგონისტი <input type="checkbox"/> DPP-4 ინჰიბიტორი <input type="checkbox"/> ინსულინი <input type="checkbox"/> სხვა <p>ალერგია, გვერდითი ეფექტები, უკუჩვენებები</p> <p>გაითვალისწინეთ მცირე დოზით ასპირინი და აგფ-ინჰიბიტორები/არ-ბლოკერები ჩვენების მიხედვით</p>	
<p>თვით-მართვა (განიხილეთ პაციენტთან)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> გაგზავნა დიაბეტის სკოლაში <input type="checkbox"/> წონის მართვა <ul style="list-style-type: none"> • დიეტა/კვება • ვარჯიში 2,5 სთ კვირაში <input type="checkbox"/> თამბაქოს მოწევის მიტოვება <input type="checkbox"/> გლუკომეტრისა და ლაბორატორიული მაჩვენებლების შედარება <ul style="list-style-type: none"> • 20%-ის ფარგლებში <input type="checkbox"/> მართვისა და მეთვალყურეობის გეგმა 	
<p>შეხსენება: სისხლში გლუკოზის მონიტორინგი - სამიზნე უზმოდ 4-7 მმოლ/ლ; კვებიდან 2 სთ-ში 5-10 მმოლ/ლ</p>		

დანართი N2. ნახშირწყლების რაოდენობის დათვლა¹⁸

საფეხური 1: სამიზნის გაცნობიერება
ნახშირწყლების დაახლოებით ერთნაირი რაოდენობის მოხმარება ყოველდღიურად, ძირითადი კვებისა და წახემსების დროს, ხელს უშლის გლუკოზის დონის არასასურველად ფართო ფარგლებში მერყეობას.
რეკომენდებულია ნახშირწყლების ზომიერი მოხმარება სისხლში გლუკოზის დონის მომატებისგან თავის დაზღვევის მიზნით. არ არის მიზანშეწონილი ნახშირწყლების სრული ამოღება საკვები რაციონიდან, რადგანაც მათი გარკვეული რაოდენობა ყოველდღიურად აუცილებელია ორგანიზმისთვის.
საფეხური 2: მოხმარების და სისხლში გლუკოზის მონიტორინგი
ყოველდღიურად მიღებული ნახშირწყლების და სისხლში გლუკოზის მაჩვენებლების ჩანაწერების წარმოება საშუალებას იძლევა განისაზღვროს კონკრეტული პროდუქტის ზემოქმედება გლიკემიაზე.
საკვების წონა-ზომის შეფასება თავიდან გვეხმარება იმის გარკვევაში, როგორ გამოიყურება ძირითადი საკვები პროდუქტების ერთი ულუფა.
საფეხური 3: ნახშირწყლების რაოდენობის დათვლის მეთოდები
ნახშირწყლების რაოდენობის დასათვლელად გამოიყენება ორი მეთოდი, პაციენტს შეუძლია ორივე მეთოდის კომბინირებული გამოყენება
საკვები პროდუქტების ეტიკეტის წაკითხვა: ეტიკეტზე მითითებულია ინფორმაცია ნახშირწყლების საერთო რაოდენობის შესახებ გრამებში. ეტიკეტზე ჩვეულებრივ, განთავსებულია ულუფის სტანდარტული ზომის ნუტრიციული ინფორმაცია, ხოლო თუ ულუფა ზომიერად განსხვავდება, აუცილებელია ნახშირწყლების შესახებ ინფორმაციის შესაბამისი კორექტირება.
რეკომენდებულია ჩანაცვლების სისტემის გამოყენება: ნახშირწყლების შემცველობა შეიძლება შეფასდეს პროდუქტების ცალკეული ჯგუფების მიხედვით, რომელთა კონკრეტული ულუფაც შეიცავს სტანდარტულ რაოდენობას. მაგალითად, პურელის/სახამებლის, ხილის ან რძის პროდუქტების ერთი ულუფა შეიცავს 12-დან 15 გრამამდე ნახშირწყალს. ბოსტნეულის უმეტესობა არ შეიცავს ნახშირწყლების მნიშვნელოვან რაოდენობას და არ ესაჭიროება დათვლა, თუმცა არის გარკვეული გამონაკლისებიც (მაგალითად, სიმინდი, კარტოფილი).

დანართი N3. საკითხების ჩამონათვალი, რომელთა განხილვაც რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტზე

ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტზე განსახილველი საკითხების ჩამონათვალი ^f
* ჰოსპიტალიზაციის განმახორციელებელი დაწესებულება და გაწერის დოკუმენტაცია (ფორმა NIV-100/ა)
* ძირითადი პრობლემა, რის გამოც განხორციელდა ჰოსპიტალიზაცია
* ჰოსპიტალში ჩატარებული გამოკვლევების შედეგები
* ძირითადი და თანმხლები დიაგნოზები
* ჰოსპიტალური მკურნალობის მიმოხილვა
* კლინიკური სტატუსი გაწერისას, ფუნქციური და კოგნიტური სტატუსის ჩათვლით
* მეთვალყურეობის რეკომენდაციები
გაწერისას დანიშნული მედიკამენტები:
* მედიკამენტების მიღების სქემა
* შედარება ჰოსპიტალიზაციამდელ დანიშნულებასთან (ახალი მედიკამენტი, დოზირების/სიხშირის ცვლილება და ა. შ.)
* ჩასატარებელი ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩამონათვალი
* რომელიმე ვიწრო სპეციალისტის კონსულტაციის საჭიროება
* პაციენტის განათლება მოსალოდნელი პრობლემებისა და შესაბამისი ქმედების შესახებ
* საკონტაქტო პირი, ვისაც შეიძლება დაუკავშირდეს საჭიროების შემთხვევაში

გამოყენებული ლიტერატურა

¹ Standards of Medical Care in Diabetes, 2023.
<https://diabetesjournals.org/clinical/article/40/1/10/139035/Standards-of-Medical-Care-in-Diabetes-2022>

² Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults, 2023:
<https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of->

^f ადაპტირებულია: Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E, et al. Transition of care for hospitalized elderly patients: Development of a discharge checklist for hospitalists. *J Hosp Med* 2006; 1:354.

[diabetes-mellitus-in-adults?search=diabetes%20type%20%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#](#)

³ IDF Clinical Practice Recommendations for managing Type 2 Diabetes in Primary Care; International Diabetes Federation - 2017

⁴ Standards of Medical Care in Diabetes—Abridged for Primary Care Providers; American Diabetes Association-2019

⁵ Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings, 2010:

https://www.who.int/nmh/publications/essential_ncd_interventions_lr_settings.pdf

⁶ Afshin A, Micha R, Khatibzadeh S, Mozaffarian D . Consumption of nuts and legumes and risk of incident ischemic heart disease, stroke, and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2014;**100**:278–288

⁷ Mursu J, Virtanen JK, Tuomainen T-P, Nurmi T, Voutilainen S. Intake of fruit, berries, and vegetables and risk of type 2 diabetes in Finnish men: the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. *Am J Clin Nutr* 2014;**99**:328–333

⁸ Chen M, Sun Q, Giovannucci E, et al. Dairy consumption and risk of type 2 diabetes: 3 cohorts of US adults and an updated meta-analysis. *BMC Med* 2014;**12**:215

⁹ Dehghan M, Mente A, Rangarajan S, et al.; Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study investigators . Association of dairy intake with cardiovascular disease and mortality in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study.

¹⁰ Mozaffarian D. Dietary and policy priorities for cardiovascular disease, diabetes, and obesity: a comprehensive review. *Circulation* 2016;**133**:187–225

¹¹ Ley SH, Hamdy O, Mohan V, Hu FB.. Prevention and management of type 2 diabetes: dietary components and nutritional strategies. *Lancet* 2014;**383**:1999–2007

¹² Evidence for changing lipid management strategy to focus on non-high density lipoprotein cholesterol; *Lipids Health Dis.* 2019; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6554877/>

¹³ Non-HDL Cholesterol as a Metric of Good Quality of Care - Opportunities and Challenges; **Tex Heart Inst J.** 2011; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3066801/>

¹⁴ Dyslipidemia - Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee, 2018:

<https://guidelines.diabetes.ca/cpg/chapter25#sec5>

¹⁵ Swinnen SG, Devries JH. Contact frequency determines outcome of basal insulin initiation trials in type 2 diabetes. *Diabetologia.* 2009;**52**(11):2324–2327.

¹⁶ Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet.* 1998;**352**(9131):837–853.

¹⁷ *Diabetes Care* 2023;**46**(Supplement_1):S191–S202 <https://doi.org/10.2337/dc23-S011>

¹⁸ 2023 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.