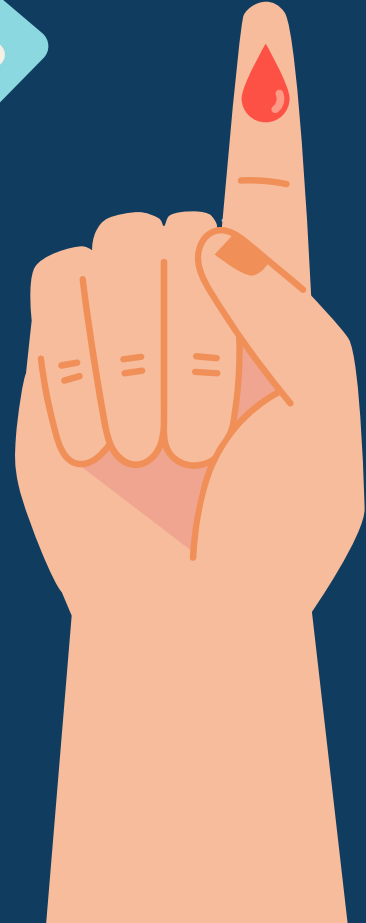




გადაუდებელი
 დიაბეტური
 მდგომარეობების
 მართვა



ჰოსპიტალიზაცია და ჰოსპიტალიზაციის
 შემდგომი მეთვალყურეობა





დიაბეტით დაავადებული პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შესაძლო კრიტერიუმები



1. სიცოცხლისთვის საშიში დიაბეტის მეტაბოლური გართულებები;
2. ახლად დიაგნოსტირებული დიაბეტი ბავშვებსა და მოზარდებში;
3. მეტაბოლური კონტროლის მნიშვნელოვანი წარუმატებლობა, რის ფონზეც დგება პაციენტის მჭიდრო მონიტორინგის საჭიროება, პრობლემის ეტიოლოგიის დადგენისა და თერაპიის შესაბამისი მოდიფიცირების მიზნით;
4. დიაბეტის მძიმე ქრონიკული გართულებები, რაც მოითხოვს ინტენსიურ მკურნალობას, ან სხვა მძიმე დაავადებები, რომლებიც მნიშვნელოვნად მოქმედებენ დიაბეტის კონტროლზე ან მათი მიმდინარეობა რთულდება დიაბეტის ფონზე;
5. არაკონტროლირებული ან ახლად დიაგნოსტირებული ინსულინდამოკიდებული დიაბეტი ორსულობის დროს;
6. ინსულინის ტუმბოთი ან სხვა ინტენსიური ინსულინოთერაპიის რეჟიმის შერჩევის საჭიროება.





დიაბეტური
კეტოაციდოზი და
ჰიპეროსმოლარული
ჰიპერგლიკემიური
სტატუსი





- გაითვალისწინეთ, რომ დიაბეტური კეტოაციდოზი (დკა) ვითარდება სწრაფად, ჩვეულებრივ 24 საათში, ამის საპირისპიროდ, ჰიპეროსმოლარული ჰიპერგლიკემიური სტატუსი (ჰჰს) ვითარდება უფრო ფარულად, პოლიურიით, პოლიდიფსიითა და წონაში კლებით, რაც ხშირად ჰოსპიტალიზაციამდე რამდენიმე დღის მანძილზე გრძელდება.



- ჰიპერგლიკემიის პროგრესირებასთან ერთად ადგილი აქვს ნევროლოგიური სიმპტომების განვითარებას, როგორცაა ლეთარგია, ფოკალური ნიშნები, აბნეულობა, რაც მოგვიანებით სტადიაზე შესაძლოა კომაში გადაიზარდოს. ნევროლოგიური სიმპტომები უფრო ხშირია ჰჰს-ს დროს, ხოლო ჰიპერვენტილაცია და მუცლის ტკივილი დამახასიათებელია დკა-სთვის.



ლაბორატორიული მონაცემებიდან აღსანიშნავია



- ჰიპერგლიკემია და კეტონურია
- ანიონური დეფიციტი და მეტაბოლური აციდოზი დიაბეტური კეტოაციდოზის დროს
- ჰიპეროსმოლარული ჰიპერგლიკემიური სტატუსისთვის დამახასიათებელია ძალზედ მაღალი ჰიპერგლიკემია და პლაზმის ჰიპეროსმოლარობა.



რა უნდა მოვიმოქმედოთ

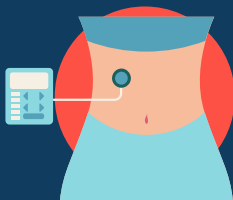


- დიაბეტურ კეტოაციდოზსა და ჰიპეროსმოლარულ ჰიპერგლიკემიურ სტატუსზე ეჭვის შემთხვევაში **სასწრაფოდ მოახდინეთ პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.**
- ჰოსპიტალში მკურნალობა ტარდება სითხეების გადასხმით, ანიონური სხვაობისა და მეტაბოლური აციდოზის კორექციისკენ მიმართული ღონისძიებებით და ინსულინოთერაპიით.





+ დიაბეტურ კეტოაციდოზისა და ჰიპეროსმოლარული ჰიპერგლიკემიური სტატუსის განვითარება მოითხოვს



მეთვალყურეობა

პაციენტზე შემდგომი მეთვალყურეობის ინტენსივობის გაზრდას

მართვა

მედიკამენტური და არაფარმაკოლოგიური მართვის გადახედვას და კორექციას

მაპროვოცირებელი ფაქტორები

მაპროვოცირებელი ფაქტორების და თანმხლები დაავადებების მკურნალობას.





პაციენტზე მეთვალყოფილება ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ





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).





ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტზე განსახილველი საკითხები



- 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.





ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტზე განსახილველი საკითხები



- აუცილებელია ჰოტენციური 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.





ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ მეთვალყურეობის საკითხები



- რეკომენდებულია რეგულარული და ხშირი (თვეში ერთხელ) მეთვალყურეობა სამიზნე HbA1C-ს და იდეალურ შემთხვევაში, სამიზნე ორგანოების დაზიანების პროგრესის შეჩერების მიღწევამდე.





ჰიპოგლიკემია დიაგნოსტიკა და მართვა



რა არის ჰიპოგლიკემია?



- დიაბეტით დაავადებულ პაციენტში ჰიპოგლიკემია განისაზღვრება, როგორც პლაზმის გლუკოზის არანორმალურად დაბალი დონე, რომელსაც შესაძლოა ახლდეს ან არ ახლდეს სიმპტომები, მაგრამ წარმოადგენს საფრთხეს ინდივიდისთვის.
- მიუხედავად იმისა, რომ გლიკემიის მაჩვენებლები, რომლებიც იწვევს სიმპტომებს, მერყეობს ინდივიდებს შორის, პროფესიული საზოგადოებები თანხმდებიან ზოგადად ჰიპოგლიკემიის სამი დონის არსებობაზე





ჰიპოგლიკემიის დონეები



I დონის ჰიპოგლიკემია

გლუკოზის კონცენტრაცია <70 მგ/დლ (3.9 მმოლ/ლ).



II დონის ჰიპოგლიკემია

გლუკოზის კონცენტრაცია <54 მგ/დლ (3.0მმოლ/ლ), როდესაც უკვე იწყება ნეიროგლიკოპენიური სიმპტომების განვითარება და მოითხოვს დაუყოვნებელ ჩარევას ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობის აღკვეთის მიზნით



III დონის ჰიპოგლიკემია

მძიმე მოვლენა, რომელიც ხასიათდება მენტალური სტატუსის და/ან ფიზიკური ფუნქციის დარღვევით, რასაც უსაჭიროება გარეშე პირის დახმარება მდგომარეობიდან გამოსვლის მიზნით.



+ ჰიპოგლიკემიის კლინიკური კლასიფიკაცია



დოკუმენტირებული სიმპტომური ჰიპოგლიკემია

+ ჰიპოგლიკემიის ტიპური
სიმპტომები დასტურდება
სისხლში გლუკოზის გაზომვით
<70 მგ/დლ (3.9 მმოლ/ლ)



სავარაუდო სიმპტომური ჰიპოგლიკემია

ჰიპოგლიკემიის ტიპური სიმპტომების
დროს არ ხდება სისხლში გლუკოზის
გაზომვა, მაგრამ მდგომარეობა
უმჯობესდება ჰიპოგლიკემიის
საწინააღმდეგო ჩარევით (მაგალითად,
ნახშირწყლების მიღებით)

ასიმპტომური ჰიპოგლიკემია

ჰიპოგლიკემიის ტიპური
სიმპტომები არ გვაქვს, მაგრამ
გაზომვით გლუკოზა სისხლში
<70 მგ/დლ (3.9 მმოლ/ლ).



ფსევდოჰიპოგლიკემია

პაციენტი დიაბეტით წარმოადგენს
ჰიპოგლიკემიისთვის
დამახასიათებელ სიმპტომებს,
მაგრამ გაზომვით სისხლში
გლუკოზა ≥ 70 მგ/დლ (3.9
მმოლ/ლ).





ჰიპოგლიკემიის მართვა



- შენარჩუნებული ცნობიერების პირობებში, თუ სისხლში გლუკოზის 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.



ჰიპოგლიკემიის მართვა



- 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.



ჰიპოგლიკემიის მართვა

- ჰიპოგლიკემიის გაუცნობიერებლობა ან მე-3 დონის ჰიპოგლიკემიის ერთი და მეტი ეპიზოდი უნდა გახდეს მკურნალობის რეჟიმის გადახედვის საფუძველი.



ჰიპოგლიკემიის მართვა

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.



+ ჰიპოგლიკემია და კოგნიტური ფუნქცია



- კოგნიტური ფუნქციის ან აზროვნების დარღვევის შემთხვევაში რეკომენდებულია კოგნიტური ფუნქციის მიმდინარე შეფასება ჰიპოგლიკემიის მიმართ
- განსაკუთრებული ყურადღების ფონზე.



+ ჰიპოგლიკემია და თვითმონიტორინგი



- გლუკოზის თვით-მონიტორინგი აუცილებელია პაციენტებისთვის, რომლებიც იმყოფებიან ინსულინოთერაპიაზე.

- გლუკოზის მონიტორინგი სასარგებლოა მკურნალობის შერჩევის/მორგების, მწვავე დაავადების დროს ან თვითმართვის საგანმანათლებლო საშუალების სახით.





მეთვალყურეობა



კრიტერიუმი

პერიოდულობა

სამედიცინო ისტორია

ღიაბეტის 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

ღიაბეტთან ასოცირებული კომორბიდული პათოლოგიების სიმპტომები და მკურნალობის ისტორია (თვალის, 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

ყოველ ვიზიტზე

დამოკიდებულება

კონტრაცეპცია, სქესობრივი და რეპროდუქციული ისტორია

ყოველ ვიზიტზე





მეთვალყურეობა



კრიტერიუმი	პერიოდულობა
ფიზიკური 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 გამოსვლენად	წელიწადში ერთხელ
ფუნდოსკოპიური გამოკვლევა	დიაგნოზის დასმისთანავე მე-2 ტიპის დიაბეტის დროს, >5 წელზე ხანგრძლივობისას I ტიპის დიაბეტის დროს და შემდეგ წელიწადში ერთხელ ან უფრო ხშირად დიაბეტური რეტინოპათიის ხარისხის მიხედვით
პულსაციის შემოწმება კიდურებზე	წელიწადში ერთხელ (უფრო ხშირად ვასკულური გართულებებისას)
მხარ-გოჯის ინდექსის (ABI) გამოკვლევა	ტერფის არტერიაზე პულსაციის შესუსტებისას/არარსებობისას ან ხანგამოშვებითი კოჭლობის 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





მეთვალყურეობა



კრიტერიუმი

პერიოდულობა

ლაბორატორიული გამოკვლევები

A1C	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 მათალი რისკი, ან უფრო ხშირად ჩვენების შემთხვევაში, ყოველწლიურად სტატინებით თერაპიის ფონზე
--	---

მიკროალბუმინურიაზე ტესტირება	წელიწადში ერთხელ
------------------------------	------------------

კრეატინინი სისხლის შრატში	წელიწადში ერთხელ
---------------------------	------------------

ალბუმინ/კრეატინინი (ACR)	წელიწადში ერთხელ
--------------------------	------------------

eGFR-ის შეფასება	წელიწადში ერთხელ
------------------	------------------

ელექტროკარდიოგრამა	წელიწადში ერთხელ
--------------------	------------------

შარდის ანალიზი კეტონებზე, ნალექზე, ცილაზე	წელიწადში ერთხელ
---	------------------





მეთვალყურეობა



კრიტერიუმი

პერიოდულობა

რეფერალი

ოფთალმოლოგი

წელიწადში ერთხელ დიაბეტური რეტინოპათიის

საჭიროებისამებრ

სკრინინგი ან საჭიროებისამებრ

ოჯახის დაგეგმვა

საჭიროებისამებრ

რეპროდუქციული ასაკის

ქალებში

სამედიცინო ნუტრიციული

საჭიროებისამებრ

თერაპია

დიაბეტის სკოლა

საჭიროებისამებრ

ქვევითი ცვლილების მართვის

საჭიროებისამებრ

სპეციალისტი

ტერფის სპეციალისტი

საჭიროებისამებრ

ოჯახის დაგეგმვა

საჭიროებისამებრ

რეპროდუქციული ასაკის

ქალებში

გმადლობთ!

