

# კლინიკური შემთხვევა

შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2

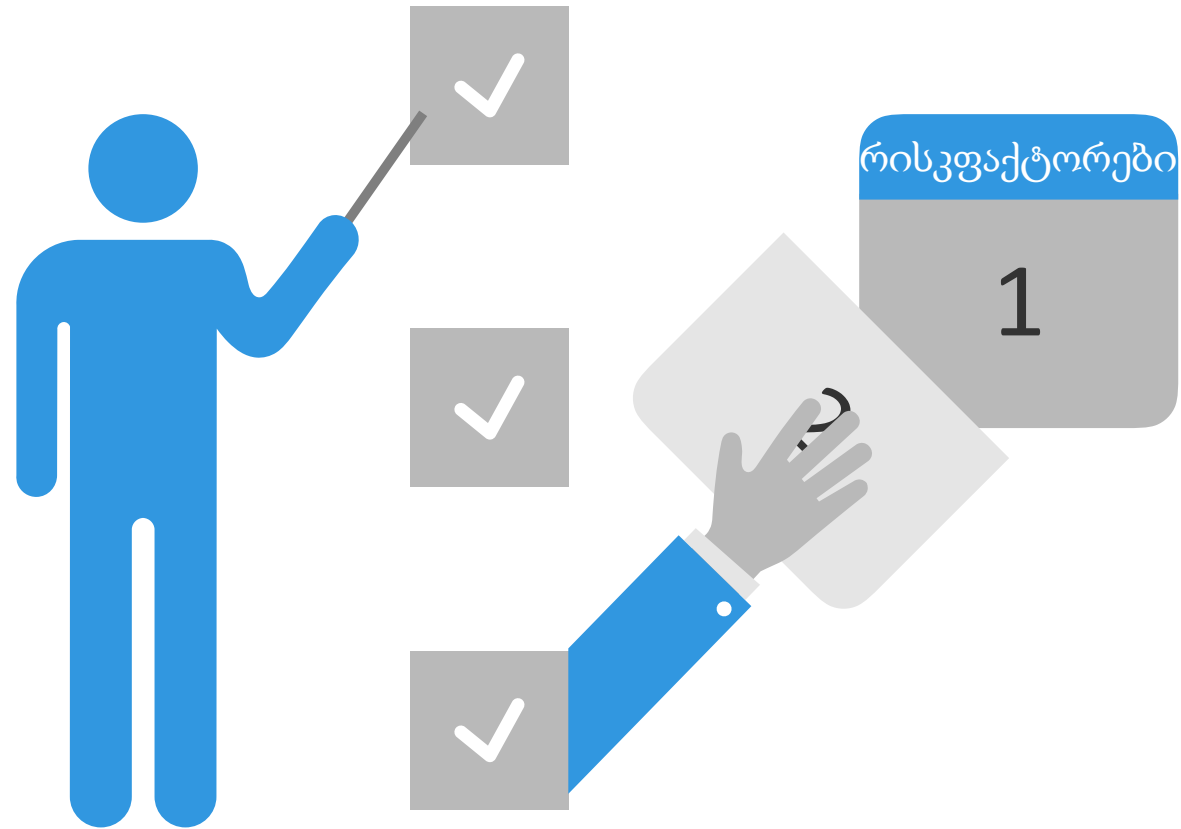
# კლინიკური შემთხვევა - 1

- გიორგი 48 წლის მამაკაცია, პჯდ ექიმს მიმართა ჰიპერტენზიის რუტინული მეთვალყურეობის მიზნით, რის გამოც მკურნალობს უკვე 8 წელია. ერთადერთი მედიკამენტი, რომელსაც ღებულობდა, არის ლიზინოპრილი 20მგ/დღეში.
- წნევის ბინაზე მონიტორინგის საშუალო მაჩვენებელი 128/82 მმ ვწყ სვ-ია.
- აღნიშნავს ჰიპერტენზიის, ტიპი 2 დიაბეტის და კორონარული არტერიების დაავადების ოჯახურ ანამნეზს.
- გასული წლის მანძილზე წონაში მოიმატა 10 კგ, ამასთანავე ეწევა ცხოვრების მჯდომარე სტილს ფიზიკური აქტივობის გარეშე. სხვა სიმპტომებს არ აღნიშნავს. პაციენტის სმი 34 კგ/მ<sup>2</sup>-ია, ხოლო სისხლის წნევა 125/80 მმ ვწყ სვ.

**კითხვა:** რა იქნება შემდგომი ნაბიჯი ამ პაციენტის მდგომარეობის მართვისას?

# ჯგუფური სამუშაო

აღწერეთ დიაბეტის სკრინინგის კრიტერიუმები



# დიაბეტის სკრინინგი

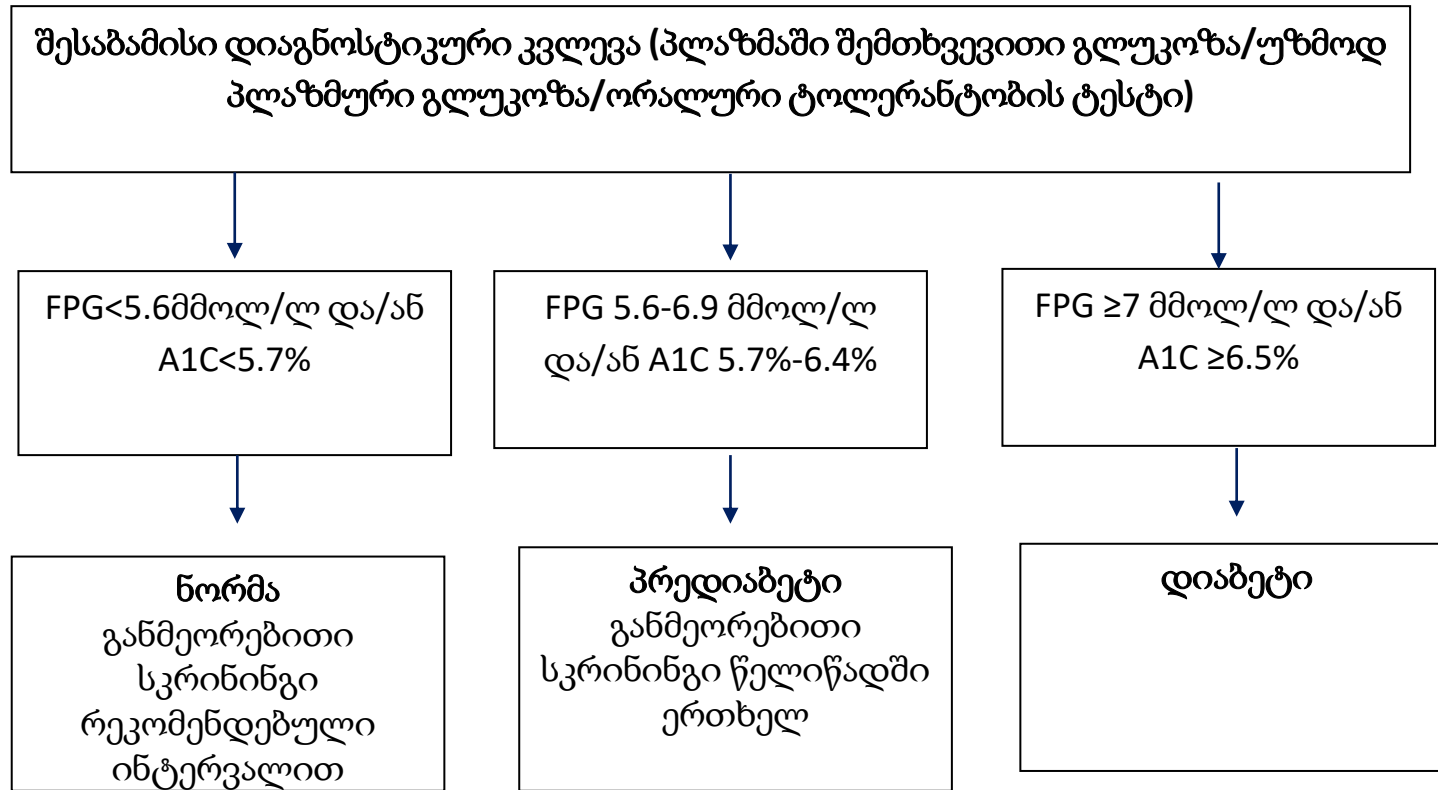
ჩაატარეთ ტესტირება 3 წელიწადში ერთხელ პაციენტებში  $\geq 40$  წელზე ან ჭარბი წონის/მსუქან მოზრდილ პაციენტებში (სმი  $\geq 25$  კგ/მ<sup>2</sup> ან  $\geq 23$  კგ/მ<sup>2</sup> აზიური წარმოშობის პირებში), ვისაც აღენიშნება ჩამოთვლილიდან ერთი ან მეტი რისკ-ფაქტორი:

- 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 ( $\geq 140/90$  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 პოლიციტური საკვერცხეების სინდრომით;
- სხვა კლინიკური მდგომარეობა, რომელიც ასოცირებულია ინსულინრეზისტენტობასთან (მაგ.: მძიმე სიმსუქნე, ჭარბი ცხიმის განაწილების თავისებურებები-ცენტრალური ან აბდომინალური სიმსუქნე, კერძოდ, წელის გარშემოწერილობა ევროპული: მამაკაცი  $\geq 94$  სმ, ქალი  $\geq 80$  სმ; სამხრეთ აზია, ჩინეთი, იაპონია: მამაკაცი  $\geq 90$  სმ, ქალი  $\geq 80$  სმ; მეტაბოლური სინდრომი\*, acanthosis nigricans).
- გესტაციური დიაბეტის ანამნეზი.

ჩაატარეთ ტესტირება ყოველწლიურად პაციენტებში:

- პრედიაბეტით: ([A1C  $\geq 5.7\%$  [39 მმოლ/მოლ], უზმოდ პლაზმის გლუკოზა (FPG) 100–125 მგ/დლ (5.6–6.9 მმოლ/ლ)),
- გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დარღვევით (IGT) - პლაზმის გლუკოზის მომატებული დონე ( $\geq 140$  და  $< 200$  მგ/დლ) 75გ სტანდარტული გლუკოზის მიღებიდან 2 სთ-ში, უზმოდ პლაზმაში გლუკოზის  $< 126$  მგ/დლ კონცენტრაციის ფონზე.
- უზმოდ გლიკემიის დარღვევით (IFG) - უზმოდ პლაზმის გლუკოზა 100–125 მგ/დლ და 75გ გლუკოზატოლერანტობის ტესტიდან 2-სთ შემდეგ  $< 140$  მგ/დლ.

# დიაბეტის დიაგნოსტიკა



# დიაბეტის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები

დიაბეტის სკრინინგისა და დიაგნოსტიკის კრიტერიუმები		
	პრედიაბეტი	დიაბეტი
<b>A1C</b>	5.7–6.4%*	≥6.5%†
<b>FPG</b>	100–125 მგ/დლ (5.6–6.9 მმოლ/ლ)*	≥126 მგ/დლ (7.0 მმოლ/ლ)†
<b>OGTT</b>	140–199 მგ/დლ (7.8–11.0 მმოლ/ლ)*	≥200 მგ/დლ (11.1 მმოლ/ლ)†
<b>RPG</b>		≥200 მგ/დლ (11.1 მმოლ/ლ)‡
<p>*სამივე ტესტისთვის რისკი უწყვეტია, და არაპროპორციულად მატულობს დიაპაზონის ზედა ზღვარზე.</p> <p>†თვალსაჩინო ჰიპერგლიკემიის არარსებობისას დიაგნოზი უნდა დადასტურდეს ნორმიდან გადახრილი ორი შედეგით, სისხლის იმავე ნიმუშიდან ან სხვა ნიმუშის გამოყენებით.</p> <p>‡დიაგნოსტიკისთვის გამოიყენება მხოლოდ პაციენტებში ჰიპერგლიკემიის კლასიკური სიმპტომებით, ან მწვავე ჰიპერგლიკემიური მდგომარეობის დროს.</p> <p><b>RPG</b> - პლაზმის გლუკოზის რანდომული ნიმუში; <b>FPG</b> - უზმოდ პლაზმის გლუკოზა; <b>OGTT</b> - ორალური გლუკოზა-ტოლერანტობის ტესტი; <b>A1C</b> - გლიკოზირებული ჰემოგლობინი</p>		

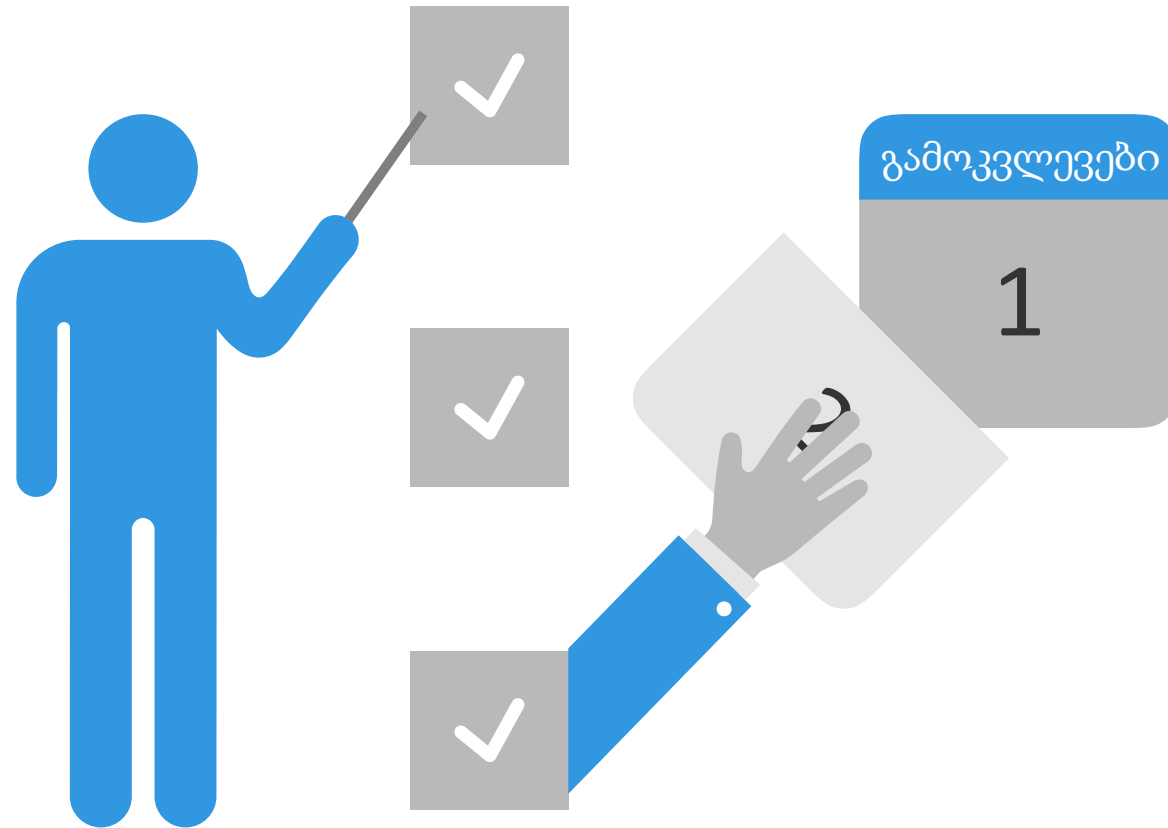
# კლინიკური შემთხვევა - 1

- გიორგის ჩაუტარდა უზმოდ პლაზმური გლუკოზის გამოკვლევა, რომლის მაჩვენებელიც აღმოჩნდა 138 მგ/დლ.

**კითხვა:** რა იქნება შემდგომი ნაბიჯი ამ პაციენტის მდგომარეობის მართვისას?

# ჯგუფური სამუშაო

აღწერეთ დიაბეტის საწყისი კვლევების და შეფასების ნაკრები





# დიაგნოზის დადასტურების შემდეგ:

დიაბეტი დადასტურდა?

საწყისი კვლევებისა და შეფასების ნაკრები

დიაგნოზის დადასტურების შემდეგ დაგეგმეთ პაციენტთან ვიზიტი საწყისი შეფასებისთვის, სადაც:

- ეცნობება საბოლოო დიაგნოზი და განემარტება დაავადების ბუნება;
- უტარდება შემდგომი შეფასება, მათ შორის:
  - რეტინოპათიის სკრინინგი შდ ტ2-ის შემთხვევაში დიაგნოზის დასმისთანავე, ხოლო შდ ტ1-ის დროს დიაგნოზის დასმიდან 5 წელიწადში;
  - ფსიქოლოგიური შეფასება;
  - გაგზავნა საგანმანათლებლო პროგრამაში;
  - კონსულტირება ფიზიკურ აქტივობასა და კვებაზე;
  - ტერფების დათვალიერება და დაწყლულების რისკის შეფასება;
  - ინსულინოთერაპიის პროგრამის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება;
  - განმეორებითი ვიზიტის დაგეგმვა ჩატარებული გამოკვლევების შედეგების და მკურნალობის მეთოდების ასახსნელად.

საწყისი კვლევების ძირითადი ნაკრები მოიცავს:

1. სისხლში გლუკოზის და გლიკოზირებული ჰემოგლობინის გაზომვას (HbA1c) -ოპტიმალური დონე 6.5%-სა და 7.5%-ს შორისაა
2. სისხლის წნევის გაზომვა - სამიზნე სისტოლური <130მმ ვწყ სვ, ხოლო დიასტოლური <80მმ ვწყ სვ
3. ქოლესტეროლი და ლიპიდური პროფილი - სამიზნე საერთო ქოლესტეროლი <5მმოლ/ლ, LDL-ქოლესტეროლი <2.0 მმოლ/ლ ან საწყისი მაჩვენებლიდან >50%-ით შემცირება. ალტერნატიული სამიზნე შესაძლებელია იყოს non-HDL ქოლესტეროლი <2.6 მმოლ/ლ
4. თირკმლის ფუნქცია (შარდში ალბუმინი) - <2.5მგ/მმოლ მამაკაცები, <3.5 მგ/მმოლ ქალებში
5. თირკმლის ფუნქცია (შრატის კრეატინინი) - თუ > 150 მიკრომოლ/ლ - მეტფორმინი უნდა შეწყდეს
6. აწონვა და სმი-ს შენარჩუნება 18.5 - 24.9 კგ/მ<sup>2</sup> - ის ფარგლებში
7. მწვევლობის სტატუსი - მწვევლობის შემოწნება ყოველწლიურად
8. თვალების გამოკვლევა - რეტინოპათიის სკრინინგი ყოველწლიურად
9. ტერფების გამოკვლევა - სკრინინგი ყოველწლიურად

# დიაგნოსტიკური ტესტების ძირითადი ნაკრები 18 წელს ზევით ყველა პაციენტისთვის დიაბეტის დიაგნოზით

