

კლინიკური პრაქტიკული
გაიდლაინი დიაბეტისა
და თქვენი ჰბ ან უფრო მძიმე
სტადიის მქონე
(გფს<45მლ/წთ)
პაციენტების მართვისთვის



Disclaimer:

This document is written on behalf of ERBP which is an official body of the ERA-EDTA (European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association) and is based on the official Publication in Nephrology, Dialysis and Transplantation. ERBP only takes full responsibility for the original full guideline in English as published in

http://ndt.oxfordjournals.org/content/30/suppl_2/ii1.full

სარჩევი

გაიდლაინზე მომუშავეთა ჯგუფი	4
შესაველი	5
თავი 1: შაქრიანი დიაბეტისა და თირკმლის ქრონიკული დავადების ტერმინალური სტადიის მქონე პაციენტებში თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის მოდალობის შერჩევასთან დაკავშირებული საკითხები	6
თავი 1.1 თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის რომელი მოდალობით, პერიტონეული თუ ჰემოდიალიზი, უნდა იქნას დაწყებული მკურნალობა შაქრიანი დიაბეტისა და თქვენი სტადიის მქონე პაციენტებში?	6
თავი 1.2 დაწყებულ უნდა იქნას თუ არა დიალიზი შაქრიანი დიაბეტისა და თქვენი სტადიის მქონე პაციენტებში უფრო ადრე, ე.ი. სიმპტომების გამოვლენამდე, ვიდრე იმ პაციენტებში, რომლებსაც არ აქვთ შაქრიანი დიაბეტი?	6
თავი 1.3 რომელი სისხლძარღვოვანი მიდგომის, ნატიური ფისტულა, პროთეზი თუ გვირგვინი კათეტერი, სასარგებლოდ უნდა გაკეთდეს პირველადი არჩევანი შაქრიანი დიაბეტისა და თქვენი სტადიის მქონე პაციენტებში?	7
თავი 1.4 კეთილსამიერა თუ არა თირკმლის ტრანსპლანტაცია დიაბეტისა და თქვენი სტადიის მქონე პაციენტებში?	7
თავი 2. შაქრიანი დიაბეტისა და თქვენი 3B ან უფრო მძიმე სტადიის მქონე პაციენტებში (გფს<45 მლ/წთ) გლიკემიის კონტროლთან დაკავშირებული საკითხები	8
თავი 2.1	
ა. დავისახით თუ არა მიზნად გლიკემიის მჭიდრო კონტროლით სისხლში HbA1C -ის დონის დაქვეითება დიაბეტისა და თქვენი 3B ან უფრო მძიმე სტადიის (გფს<45 მლ/წთ) მქონე პაციენტებში?	8
ბ. ეჩივება თუ არა მკურნალობის უფრო აგრესიულ სტრატეგიას (მრავალჯერადი ინექციები, კონტროლი და მეთვალყურეობა) უპირატესობა მკურნალობის დამოუკიდებელ რეჟიმთან შედარებით დიაბეტისა და თქვენი 3B ან უფრო მძიმე სტადიის (გფს<45 მლ/წთ) მქონე პაციენტებში?	8
თავი 2.2 არსებობს თუ არა გლიკემიის დონის საკონტროლოდ უკეთესი ალტერნატივა, ვიდრე HbA1C, შაქრიანი დიაბეტისა და თქვენი 3B ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ) სტადიის მქონე პაციენტებში?	8
თავი 2.3	
ა. მიენიჭოს თუ არა პერორალური მედიკამენტებიდან რომელიმეს უპირატესობა სიკვდილობის/გართულებების/გლიკემიის უკეთესი კონტროლის თვალსაზრისით შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 და თქვენი 3B, ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ) სტადიის მქონე პაციენტებში?	9
ბ. უკეთესია თუ არა პერორალური მედიკამენტების მაქსიმალური დოზით გამოყენება ადრეულ ეტაპზე ინსულინის დაწყება/დამატებასთან შედარებით შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 და თქვენი 3B, ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ), (მლ/წთ) სტადიის მქონე პაციენტებში?	9
თავი 3. გულ-სისხლძარღვთა გართულებების რისკის მართვა შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 და თქვენი 3 ან უფრო მძიმე სტადიის მქონე პაციენტებში.	10
თავი 3.1 მკურნალობის რა მეთოდს უნდა მიენიჭოს უპირატესობა , პერკუტანული კორონარული ინტერვენცია, აორტოკორონარულ შუნტირება თუ კონსერვატული მკურნალობა, შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 და თქვენი 3 ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ) სტადიის მქონე ან დიალიზის იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ კორონარული არტერიების დავადება?	10
თავი 3.2 დაინიშნოს თუ არა რასა ინჰიბიტორები კარდიოვასკულური გართულებების პრევენციის მიზნით დიაბეტისა და თქვენი 3B ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ/1.73მ2) სტადიის მქონე პაციენტებში ან დიალიზზე, თანმხლები კარდიული დავადების შემთხვევაში (გულის უკმარისობა, გულის იშემიური დავადება, ჰიპერტენზია)?	11
თავი 3.3 დიაბეტისა და თქვენი 3B ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ/1.73 მ2) სტადიის მქონე პაციენტებში ან დიალიზზე, დავინიშნოთ თუ არა ბეტა-ბლოკერები უეცარი კარდიული სიკვდილის პრევენციის მიზნით?	11
თავი 3.4 სამიხნე არტერიული წნევა დიაბეტისა და თქვენი 3B ან უფრო მძიმე სტადიის (გფს <45 მლ/წთ/1.73 მ2) მქონე პაციენტებში უფრო დაბალი უნდა იყოს, ვიდრე ჩვეულებრივ პოპულაციაში?	12
თავი 3.5 დაინიშნოს თუ არა ანტილიპიდური თერაპია დიაბეტისა და თქვენი 3B უფრო მძიმე სტადიის (გფს<45 მლ/წთ/1.73 მ2) მქონე ან დიალიზზე მყოფ პაციენტებში პირველადი პრევენციის მიზნით?	12
თავი 3.6	
ა. გაუწიოს თუ არა რეკომენდაცია ფიზიკურ აქტივობისა და ენერჯის ხარჯვის ზრდას დიაბეტისა და თქვენი 3B ან უფრო მძიმე სტადიის მქონე პაციენტებში?	13
ბ. გაუწიოს თუ არა რეკომენდაცია ფიზიკურ აქტივობისა და ენერჯის ხარჯვის შემცირებას დიაბეტისა და თქვენი 3B ან უფრო მძიმე (გფს <45 მლ/წთ/1.73 მ2) სტადიის მქონე პაციენტებში?	13
თავი 3.7 რეკომენდებულია თუ არა ანტიგრეგანტული თერაპია შაქრიანი დიაბეტისა და თქვენი 3 ან უფრო მძიმე (გფს <45 მლ/წთ/1.73 მ2) სტადიის მქონე პაციენტებში კარდიოვასკულური რისკის მიუხედავად?	13
ცხრილები	14
სურათები	16

გაიდლაინზე მომუშავეთა ჯგუფი

Henk Bilo

Consultant physician, Department of Internal Medicine, Isala Clinics, Zwolle, the Netherlands
University Medical Center, Groningen, the Netherlands

Luis Coentrão

Consultant nephrologist, Nephrology and Infectious Diseases Research and Development Group, INEB-(I35), University of Porto, Porto, Portugal

Cécile Couchoud

Epidemiologist, REIN registry, Agence de la biomédecine, Saint-Denis La Plaine, France

Adrian Covic

Consultant nephrologist, Clinic of Nephrology, C. I. Parhon University Hospital, Gr T. Popa, University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania

Johan De Sutter

Consultant cardiologist, Maria Middelaers Ziekenhuis, Ghent, Belgium

Christiane Drechsler

Consultant nephrologist, Division of Nephrology, University of Würzburg, Würzburg, Germany, Member of the ERBP Methods Support Team

Luigi Gnudi

Consultant endocrinologist, Unit for Metabolic Medicine, Department of Diabetes and Endocrinology, Cardiovascular Division, Guy's and St. Thomas Hospital, King's College London, London United Kingdom

David Goldsmith

Consultant nephrologist, Renal and Transplantation Department, Guy's Hospital, London, UK

James Heaf

Consultant nephrologist, Department of Nephrology B, Herlev Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Olof Heimbürger

Consultant nephrologist, Division of Renal Medicine, Department of Clinical Science, Karolinska Institutet, Huddinge University Hospital, Stockholm, Sweden

Kitty J. Jager

Epidemiologist, director of the ERA-EDTA registry, Department of Medical Informatics, Amsterdam Medical Center, Amsterdam, the Netherlands

Hakan Nacak

PhD-student, Department of Clinical Epidemiology, University Medical Centre, Leiden, the Netherlands

Maria José Soler

Consultant nephrologist, Department of Nephrology, Hospital del Mar, Barcelona, Spain, Institut Hospital del Mar of Medical Research (IMIM), Barcelona, Spain

Liesbeth Van Huffel

Resident endocrinologist, Endocrinology Division, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium.

Charlie Tomson

Consultant nephrologist, Newcastle upon Tyne Foundation Trust, Newcastle upon Tyne, United Kingdom

Steven Van Laecke

Consultant nephrologist, Renal Division, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium

Laurent Weekers

Consultant nephrologist, Service of Nephrology, Dialysis and Transplantation, Centre Hospitalier Universitaire, Liège, Belgium

Andrzej Wieçek

Consultant nephrologist, Department of Nephrology, Endocrinology, and Metabolic Diseases, Medical University of Silesia, Katowice, Poland

ERBP-ს მეთოდურ მხარდამჭერთა გუნდი

Davide Bolignano

Clinical researcher, Institute of Clinical Physiology, National Council of Research, Reggio Calabria-Italy

Maria Haller

Specialist registrar nephrology, KH Elisabethinen Linz, Linz, Austria

Evi Nagler

Consultant nephrologist, Renal Division, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium

Ionut Nistor

Consultant nephrologist, Gr. T. Popa University of Medicine and Pharmacy, Iasi, Romania

Sabine van der Veer

Implementation specialist, Centre for Health Informatics, University of Manchester, Manchester, United Kingdom

Wim Van Biesen

Chair of the guideline development group) Chair of ERBP Consultant nephrologist, Renal Division, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium

შესავალი

შაქრიანი დიაბეტის პრევალენტობის მატება დღეისათვის ჯანდაცვის სისტემის სწრაფად მზარდ პრობლემად განიხილება. გულ-სისხლძარღვთა გართულებების გარდა, შაქრიანი დიაბეტთან თირკმლის ქრონიკული დაავადებაც არის ასოცირებული. დიაბეტთან პაციენტებში თქდ შეიძლება იყოს ქვემარტივად დიაბეტური ნეფროპათიის შედეგი ან წარმოდგენდეს დიაბეტის სხვა გართულებების, როგორც არის პოლინეიროპათიული შარდის ბუშტის დისფუნქცია, საშარდე გზების მორეციდივე ინფექცია ან მაკროვასკულური ანგიოპათია, არაპირდაპირ შედეგს. ამასთანავე, არადიაბეტური მიზეზით გამოწვეული თქდ-ის მქონე პაციენტებს შეიძლება განუვითარდეთ ან უკვე ჰქონდეთ შაქრიანი დიაბეტი და ბოლოს, თქდ-ის მართვისას გამოყენებულმა მრავალმა მედიკამენტმა, როგორცაა კორტიკოსტეროიდები ან კალცინეერინის ინჰიბიტორები, შეიძლება გამოიწვიოს დიაბეტი.

შაქრიანი დიაბეტისა და თქდ-ის მჭიდრო ურთიერთგავლენის მიუხედავად, დიაბეტისა და თქდ 3ბ ან უფრო მძიმე სტადიის (გფს<45მლ/წთ) მქონე პაციენტების მართვა პრობლემატური რჩება. დიაბეტთან პაციენტებში ბევრი გზამკვლევი დოკუმენტია შექმნილი თქდ-ის პრევენციისა და პროგრესის შესაფერხებლად, უმრავლეს შემთხვევაში, როდესაც სახეზეა მიკრო- და მაკროალბუმინურია. თუმცა, არცერთი მათგანი არ არის უშუალოდ მიმართული თქდ 3ბ და უფრო მძიმე სტადიის (გფს<45მლ/წთ) მქონე პაციენტების სამართავად. არც კარგი დიზაინის პროსპექტული კვლევა არსებობს ამ პოპულაციაში, რადგან ბევრი მათგანი გამორიცხავს როგორც დიაბეტიანებს, ასევე თქდ 3ბ ან უფრო მძიმე სტადიის (გფს<45მლ/წთ) მქონე პაციენტებს, ან ორივეს ერთად. ყოველივე ეს ზღუდავს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომების შემუშავებას.

ამასთან ერთად, ამ სფეროში ახალი მიღწევების არსებობამ ERBP მრჩეველთა საბჭო მიიყვანა იმ გადაწყვეტილებამდე, რომ შაქრიანი დიაბეტით და თქდ 3ბ და უფრო მძიმე (გფს<45მლ/წთ) სტადიის მქონე პაციენტების მართვის გაიდლაინის შექმნა იქნებოდა საჭირო და დროული: 1. ნათელი შეგნება იმისა, რომ პაციენტის მოვლა უნდა ეყრდნობოდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მიდგომებს, რაც ზრდის ხარისხს, აუმჯობესებს უსაფრთხოებას და ამკვიდრებს სამედიცინო სერვისების განვითარებისა და ჯანდაცვის უზრუნველყოფის მკაფიო და გამჭვირვალე სტრუქტურას. 2. მკაცრი მეთოდოლოგიური მიდგომისა და შეფასების გარდა, ისეთი დოკუმენტით უზრუნველყოფა, რომელიც ფოკუსირებულია პაციენტისთვის მნიშვნელოვან გამოსავალზე და გამოსადეგია ექიმისათვის მის ყოველდღიურ პრაქტიკაში.

ვიმედოვნებთ, რომ წარმოდგენილი გაიდლაინი მოგეწონებათ და გამოგადგებათ ყოველდღიურ პრაქტიკაში შაქრიანი დიაბეტით და თქდ 3ბ ან უფრო მძიმე სტადიის მქონე პაციენტების სამართავად.

შენიშვნა:თარგმანი დამტკიცებულია ERBP-მიერ, როგორც ERA-EDTA ოფიციალური გაიდლაინი. მაგრამ ERBP -სრულ პასუხისმგებლობას იღებს მხოლოდ გაიდლაინის სრულყოფილ ინგლისურენოვან ვერსიაზე, გამოქვეყნებულს ჟურნალ Nephrol. Dial. Transplant-ში.
http://ndt.oxfordjournals.org/content/30/suppl_2/ii1.full

<http://european-renal-best-practice.org/>

თავი 1 : შაქრიანი დიაბეტისა და თირკმლის ქრონიკული დაავადების ტერმინალური სტადიის მქონე პაციენტებში თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის მოდალობის შერჩევასთან დაკავშირებული საკითხები

თავი 1.1 თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის რომელი მოდალობით, პერიტონეული თუ ჰემოდიალიზი, უნდა იქნას დაწყებული მკურნალობა შაქრიანი დიაბეტისა და თქვ 5 სტადიის მქონე პაციენტებში?

1.1.1 რეკომენდაციას ვიძლევი, შაქრიანი დიაბეტის და თქვ 5 სტადიის მქონე პაციენტებში თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის მოდალობის განმსაზღვრელი პირველ რიგში იყოს, პაციენტის საერთო მდგომარეობა, რადგან არ არსებობს რომელიმე მოდალობის უპირატესობის სარწმუნო მტკიცებულება (1C).

1.1.2. რეკომენდაციას ვიძლევი, პაციენტს მიეწოდოს ობიექტური ინფორმაცია მკურნალობის ყველა არსებული მეთოდის შესახებ (1A).

1.1.3. ჩვენ გთავაზობთ, ჰემოდიალიზის სასარგებლოდ გადაწყვეტილების მიღებისას, ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში, პაციენტებმა უპირატესობა მიანიჭონ მაღალი ნაკადის დიალიზატორებს დაბალთან შედარებით (2C).

1.1.4. ჩვენ გთავაზობთ ორ მეთოდს , ჰემოდიალიზსა და ჰემოდიაფილტრაციას, შორის არჩევანის გაკეთებისას დიაბეტის არსებობას არ ჰქონდეს ზეგავლენა (2B).

რჩევები კლინიკური პრაქტიკისათვის.

დარწმუნდით იმაში, რომ თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის ყველა მოდალობა (პერიტონეული დიალიზი, სადიალიზო ცენტრები, სახლის ჰემოდიალიზი, ღამის დიალიზი, ტრანსპლანტაციის სხვადასხვა მოდალობა) თანაბრად ხელმისაწვდომია ყველა პაციენტისთვის, რაც მათი თავისუფალი არჩევანის განუხრელი წინაპირობაა.

თავი 1.2 დაწყებულ უნდა იქნას თუ არა დიალიზი შაქრიანი დიაბეტისა და თქვ 5 სტადიის მქონე პაციენტებში უფრო ადრე, ე.ი. სიმპტომების გამოვლენამდე, ვიდრე იმ პაციენტებში, რომლებსაც არ აქვთ შაქრიანი დიაბეტი?

1.2.1 რეკომენდაციას ვიძლევი, რომ დიალიზის დაწყების კრიტერიუმები იყოს ერთი და იგივე როგორც დიაბეტის მქონე ასევე დიაბეტის არმქონე პაციენტებისთვის(1A).

რჩევები კლინიკური პრაქტიკისათვის

1. კლინიკურ პრაქტიკაში ხანდაზმული შაქრიანი დიაბეტის გართულებების (პოლინეიროპათიები, გასტროპარეზი და ურემიული გულისრევა) ურემიული გართულებებისგან გარჩევა შესაძლოა გარკვეულ სირთულეებთან იყოს დაკავშირებული.

2. ჰდ სასაგებლოდ გადაწყვეტილების მიღებისას, გასათვალისწინებელია და პაციენტთან მოსალაპარაკებელია სისხლმარღვოვანი მიდგომის შექმნის ოპტიმალური დრო, რასაც განსაზღვრავს შემდეგი ფაქტორები:

- ა. თირკმლის ფუნქციის გაუარესების სისწრაფე
- ბ. მოუფუნციონირე სისხლმარღვოვანი მიდგომის შექმნის ალბათობა
- გ. სიცოცხლის ხანგრძლივობის პროგნოზი.

თავი 1.3 რომელი სისხლძარღვოვანი მიდგომის, ნატიური ფისტულა, პროთეზი თუ გვირაბიანი კათეტერი, სასარგებლოდ უნდა გაკეთდეს პირველადი არჩევანი შაქრიანი დიაბეტისა და თქვენი სტადიის მქონე პაციენტებში?

1.3.1 რეკომენდაციას ვიძლევი, გონივრული ძალისხმევით თავიდან იქნას აცილებული გვირაბიანი კათეტერის გამოყენება დიაბეტისა და თქვენი 5 სტადიის მქონე პაციენტებში ჰემოდიალიზის, როგორც თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის, დასაწყებად (1C).

1.3.2 რეკომენდაციას ვიძლევი, პაციენტთან განხილულ იქნას სისხლძარღვოვანი მიდგომის ყველა ტიპის უპირატესობა, ნაკლოვანება და მოსალოდნელი გართულებები.

რჩევები კლინიკური პრაქტიკისათვის

ნატიური ფისტულის შექმნამდე უნდა შეფასდეს შემდეგი პუნქტები:

- პაციენტის სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა
- პაციენტის ცხოვრების ხარისხი
- ნატიური ფისტულის წარმატებით შექმნის ალბათობა ულტრაბგერისა და დოპლერის მონაცემებზე დაყრდნობით (სურ.2).

თავი 1.4 კეთილსაიმედოა თუ არა თირკმლის ტრანსპლანტაცია დიაბეტისა და თქვენი 5 სტადიის მქონე პაციენტებში?

1.4.1 რეკომენდაციას ვიძლევი, რომ ტრანსპლანტაციისთვის ვარგისიანი დიაბეტისა და თქვენი 4 ან 5 სტადიის მქონე პაციენტები ინფორმირებულ იქნან ტრანსპლანტაციის სხვადასხვა მეთოდისა და მათთვის მოსალოდნელი გამოსავლის შესახებ. ცხრ.5 (1D).

მხოლოდ შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 და თქვენი 5 სტადიით დაავადებულ პაციენტებთან მიმართებაში დავადგინეთ შემდეგი:

1.4.2 ჩვენ გთავაზობთ, პაციენტთა სიცოცხლისუნარიანობის გასაუმჯობესებლად ცოცხალი დონორისგან თირკმლის ტრანსპლანტაციას ან პანკრეას-თირკმლის კომბინირებულ ტრანსპლანტაციას (2C).

1.4.3 ჩვენ გთავაზობთ, პაციენტთა სიცოცხლისუნარიანობის გასაუმჯობესებლად თირკმლის ტრანსპლანტაციის შემდეგ არ გადაინერგოს პანკრეასის უჯრედები (2C).

1.4.4 ჩვენ გთავაზობთ, პაციენტთა სიცოცხლისუნარიანობის გასაუმჯობესებლად პანკრეასის ტრანსპლანტაციას თირკმლის ტრანსპლანტაციის შემდეგ (2C).

მხოლოდ შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 და თქვენი 5 სტადიის მქონე დაავადებულ პაციენტებთან მიმართებაში დავადგინეთ შემდეგი:

1.4.5 რეკომენდაციას არ ვიძლევი, პანკრეასის ან პანკრეას-თირკმლის კომბინირებულ ტრანსპლანტაციაზე (1D).

1.4.6 რეკომენდაციას ვიძლევი, რომ დიაბეტი, როგორც დამოუკიდებელი ფაქტორი, არ იქნას განხილული თირკმლის ტრანსპლანტაციის უკუჩვენებად, თუ სხვა მხრივ პაციენტი აკმაყოფილებს ტრანსპლანტაციაში ჩართვა-გამორიცხვის კრიტერიუმებს (1C).

რჩევები კლინიკური პრაქტიკისათვის

- ტიპი 1 დიაბეტის შემთხვევაში პანკრეას-თირკმლის კომბინირებული წარმატებული ტრანსპლანტაცია აუმჯობესებს ცხოვრების ხარისხს, ნიროპათიას, გლიკემიის კონტროლს და დიაბეტურ რეტინოპათიას.
- თირკმლისა და პანკრეასის ერთდროული გადანერგვა შესაძლოა დაკავშირებული იყოს მნიშვნელოვან პერიოპერაციულ გართულებებთან.

- პაციენტის ტრანსპლანტაციისთვის ვარგისიანობის შესაფასებლად იხელმძღვანელებთ თირკმლის გადანერგვისთვის დონორისა და რეციპიენტის შერჩევისა და პერიოპერაციული მენეჯმენტის ERBP გაიდლაინით.

თავი 2. შაქრიანი დიაბეტისა და თქდ 3ბ ან უფრო მძიმე სტადიის მქონე პაციენტებში(გფს<45 მლ/წთ) გლიკემიის კონტროლთან დაკავშირებული საკითხები

თავი 2.1

ა. დავისახოთ თუ არა მიზნად გლიკემიის მჭიდრო კონტროლით სისხლში HbA1C-ის დონის დაქვეითება დიაბეტისა და თქდ 3ბ ან უფრო მძიმე სტადიის(გფს<45 მლ/წთ)მქონე პაციენტებში?

ბ. ენიჭება თუ არა მკურნალობის უფრო აგრესიულ სტრატეგიას (მრავალჯერადი ინექციები, კონტროლი და მეთვალყურეობა) უპირატესობა მკურნალობის დამზოგველ რეჟიმთან შედარებით დიაბეტისა და თქდ 3ბ ან უფრო მძიმე სტადიის(გფს<45 მლ/წთ) მქონე პაციენტებში?

- 2.1.1 რეკომენდაციას ვიძლევი, გლიკემიის მჭიდრო კონტროლის წინააღმდეგ, თუ ის მძიმე ჰიპოგლიკემიის ეპიზოდების წყაროა (1B).
- 2.1.2 რეკომენდაციას ვიძლევი, გაძლიერდეს გლიკემიის მჭიდრო კონტროლი HbA1C დონის დასაქვეითებლად, თუ სისხლში HbA1C დონე >8.5%(69 მმოლ/მოლ) (1C).
- 2.1.3 რეკომენდაციას ვიძლევი, გაძლიერდეს გლიკემიის მჭიდრო კონტროლი HbA1C დონის დასაქვეითებლად 4 ცხრილში მოყვანილი ყველა მდგომარეობის შესაბამისად (2D).
- 2.1.4 რეკომენდაციას ვიძლევი, განხორციელდეს გლიკემიის ხშირი თვითკონტროლი მხოლოდ იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ჰიპოგლიკემიის განვითარების მაღალი რისკი(2D).

რჩევები კლინიკური პრაქტიკისათვის.

- ჰიპოგლიკემიის სიმძიმე ფასდება როგორც „საშუალო“, თუ ის შექცევადია თვით-მკურნალობით და ფასდება როგორც „მძიმე“, პროფესიული ჩარევის აუცილებლობისას.
- უმნიშვნელოვანესი საკითხია ჰიპოგლიკემიის ეპიზოდების თავიდან აცილება.
- ჰიპოგლიკემიის საშუალო და მაღალი რისკის მქონე პაციენტები სისხლში გლუკოზის დონის რეგულარული მონიტორინგის მიზნით უნდა აღიჭურვონ სათანადო ხელსაწყოებით.
- ჰიპოგლიკემიის დაბალი, საშუალო და მაღალი რისკის მქონე პაციენტის მდგომარეობები მოცემულია სურ. N 5.

თავი 2.2 არსებობს თუ არა გლიკემიის დონის საკონტროლოდ უკეთესი ალტერნატივა, ვიდრე HbA1C შაქრიანი დიაბეტისა და თქდ 3ბ ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ) სტადიის მქონე პაციენტებში?

- 2.2.1 რეკომენდაციას ვიძლევი, შაქრიანი დიაბეტისა და თქდ 3ბ ან უფრო მძიმე(გფს<45 მლ/წთ/1.72მ2)სტადიის მქონე პაციენტებში გლიკემიის დონის ხანგრძლივი მაჩვენებლის შესაფასებლად სისხლში რუტინულად განისაზღვროს HbA1C დონე(1C).

რჩევები კლინიკური პრაქტიკისათვის

- სისხლში გლუკოზის უწყვეტი საზომი ხელსაწყოების გამოყენება განიხილება მაღალი რისკის მქონე იმ პაციენტებში, ვისთანაც გლუკოზის მჭიდრო კონტროლი შედეგანია.
- თქვ 3ბ ან უფრო მძიმე სტადიის მქონე (გვს<45 მლ/წთ) და არ მქონე პაციენტებში გლიკოლიზებული ჰემოგლობინისა და ხანგრძლივი გლიკემიის დონის მარკერები შესაძლოა განსხვავდებოდნენ ერთმანეთისგან, როგორც მათი აბსოლუტური მაჩვენებლის მიხედვით, ასევე მსგავსების მრუდის დამრეცის მიხედვით.
- ფაქტორები, რომლებიც პოტენციურად იძლევიან HbA1C მოსალოდნელთან შედარებით დაბალ მაჩვენებელს:
 - სისხლის წითელი უჯრედების სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემცირება.
 - სისხლის წითელი უჯრედების წარმოქმნის გაძლიერება (რკინის და RhuEpo-ით სტიმულაცია.)
- ფაქტორები, რომლებიც პოტენციურად იძლევიან HbA1C მოსალოდნელთან შედარებით მაღალ მაჩვენებელს:
 - ურემიული ტოქსინების დაგროვება.

თავი 2.3

ა. მიენიჭოს თუ არა პერორალური მედიკამენტებიდან რომელიმეს უპირატესობა სიკვდილობის/გართულებების/გლიკემიის უკეთესი კონტროლის თვალსაზრისით შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 და თქვ 3ბ, ან უფრო მძიმე(გვს<45 მლ/წთ), სტადიის მქონე პაციენტებში?
ბ. უკეთესია თუ არა პერორალური მედიკამენტების მაქსიმალური დოზით გამოყენება ადრეულ ეტაპზე ინსულინის დაწყება/ დამატებასთან შედარებით შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 და თქვ 3 ან უფრო მძიმე(გვს<45 მლ/წთ/1.73მ2)სტადიის მქონე პაციენტებში?

2.3.1 კომენდაციას ვიძლევი, იმ შემთხვევაში, როდესაც ცხოვრების წესის შეცვლა არ არის საკმარისი HbA1C სასურველი მაჩვენებლის მისაღწევად, დაწყებულ იქნას მკურნალობა მეტფორმინით, როგორც პირველი რიგის მედიკამენტით, თირკმლის ფუნქციასთან ადაპტირებული დოზით. სურ.4 (1B).

2.3.2 რეკომენდაციას ვიძლევი, დაემატოს ჰიპოგლიკემიის დაბალი რისკის მქონე მედიკამენტები (სურ. 5,6, და 7) დამატებითი საშუალების სახით, თუ გლიკემიის კონტროლი გაუმჯობესდება სურ. 4-ს მიხედვით(1B).

2.3.3 რეკომენდაციას ვიძლევი, პაციენტებს გაეწიოთ ინსტრუქტაჟი მეტფორმინის დროებითი შეჩერების შესახებ, როდესაც მოსალოდნელია დეჰიდრატაცია, იგეგმება გამოკვლევა კონტრასტის გამოყენებით ან მაღალი თირკმლის მწვავე დაზიანების განვითარების რისკი (1C).

რჩევები კლინიკური პრაქტიკისათვის

- პაციენტთა ინსტრუქტაჟი მეტფორმინის დროებითი შეჩერების შესახებ მოხდეს სამახსოვრო ბარათების (ფლაერების) დარიგებით.
- ჰიპოგლიკემიის დაბალი, საშუალო და მაღალი რისკის შემცველი მდგომარეობები მოყვანილია სურ. 5.
- მეტფორმინით მკურნალობაზე მყოფ შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 და თქვ 3 ან უფრო მძიმე (გვს<45 მლ/წთ/1.73მ2) სტადიის მქონე პაციენტებში მეტფორმინის შეჩერების საკითხს, კონტრასტის შეყვანამდე 48 სთ ადრე და კონტრასტის შეყვანის შემდეგ, წყვეტს მკურნალთა ექიმი. მან უნდა შეაფასოს რისკები, როგორცაა

კონტრასტ ნეფროპათიის განვითარების ალბათობა (კონტრასტის ტიპი და რაოდენობა, კონტრასტის შეყვანის გზა: ინტრავენური ინტრარტერიული შედარებით); ასევე სხვა თანმხლები ფაქტორების არსებობა, რომლებსაც შეუძლიათ გამოიწვიონ თირკმლის ფუნქციის უეცარი გაუარესება (დეჰიდრატაცია, აასს და რაას ინჰიბიტორების გამოყენება) და ყოველივე ეს შეადაროს იმ პოტენციურ ზიანს, რომელიც შეიძლება მოჰყვეს წამლის შეჩერებას (ეს ზიანი უნდა იყოს დაბალი ხანმოკლე დროით შეჩერების პერიოდში).

- გლიკემიის დამაქვეითებელი მედიკამენტების სხვადასხვა კლირენსის გამო, ერთი აზის სახით წარმოდგენილმა კომბინირებულმა პრეპარატმა შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 და თქდ 3 ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ) სტადიის მქონე პაციენტებში შეიძლება გამოიწვიოს შემადგენლობაში შემავალი ერთ-ერთი წამლის დოზის გადაჭარბება.

თავი 3. გულ-სისხლძარღვთა გართულებების რისკის მართვა შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 და თქდ 3 ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ/1.73 მ2) სტადიის მქონე პაციენტებში.

თავი 3.1 მკურნალობის რა მეთოდს უნდა მიენიჭოს უპირატესობა, პერკუტანულ კორონარულ ინტერვენცია, აორტოკორონარული შუნტირება თუ კონსერვატიული მკურნალობა, შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 და თქდ 3 ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ) სტადიის მქონე ან დიალიზის იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ კორონარული არტერიების დაავადება?

3.1.1 რეკომენდაციას ვიძლევი, არ გადაიდოს კორონარული ანგიოგრაფია დიაბეტიკთა და თქდ 3 ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ) სტადიის მქონე იმ პაციენტებში, ვისთანაც ეს ნაჩვენებია, მხოლოდ კონტრასტ-ინდუცირებული თირკმლის ფუნქციის გაუარესების თავიდან აცილების გამო (1D).

3.1.2 რეკომენდაციას ვიძლევი, უპირატესობა მიენიჭოს მედიკამენტურ თერაპიას შაქრიანი დიაბეტისა და თქდ 3-5 სტადიის მქონე იმ პაციენტებში, ვისთანაც კორონარული არტერიების დაავადება სტაბილურია და ადგილი არ აქვს მიოკარდიუმის დიდი ზომის იშემიას ან მარცხენა და პროქსიმალურად გამოხატულ LAD დაზიანებას(1C).

3.1.3 რეკომენდაციას ვიძლევი, რევასკულიზაციის საკითხის განხილვისას რამდენიმე სისხლძარღვის ერთდროული ან კომპლექსური დაზიანების დროს(SYNTAX score 3.1.3 >22) უპირატესობა მიენიჭოს აორტოკორონარულ შუნტირებას პერკუტანულ კორონარულ ინტერვენციასთან (ანგიოპლასტიკა-სტენტირებასთან) შედარებით. (1C).

3.1.4 რეკომენდაციას ვიძლევი, შაქრიანი დიაბეტით და თქდ 3-5 და უფრო მძიმე სტადიის მქონე პაციენტებში (გფს<45 მლ/წთ) მწვავე კორონარული მოვლენის მკურნალობა არ განსხვავდებოდეს თქდ 3-5 ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ) სტადიის მქონე არა დიაბეტიკებისგან ან დიაბეტის მქონე პაციენტებისგან, რომელთაც არ აქვთ თქდ.

რჩევები კლინიკური პრაქტიკისათვის

სტაბილური კორონარული არტერიების დაავადების მქონე პაციენტებისთვის:

- უპირატესობა მიენიჭოს ოპტიმალურ მედიკამენტურ თერაპიას.
- მიოკარდიუმის დიდის ზომის იშემიის ან მარცხენა და პროქსიმალურად გამოხატულ LAD დაზიანების ნიშნების არსებობის შემთხვევაში აორტოკორონარულ შუნტირება წარმოადგენდეს მკურნალობის ოპტიმალურ მეთოდს.

ST -ელევაციით მიმდინარე მოკარდიუმის ინფარქტის მქონე პაციენტებში, რეკომენდებულია პირველადად პერკუტანული კორონარული ინტერვენცია ფიზიოლოგიური შედარებით, თუ მისი ჩატარება შესაძლებელია რეკომენდებულ ვადებში.

ST -ელევაციის გარეშე მიმდინარე მოკარდიუმის ინფარქტის დროს

- ძირითადი სისხლძარღვის ან რამდენიმე სისხლძარღვის დაზიანების დროს აორტოკორონარული შუნტირება უკეთეს გამოსავალს იძლევა(სიკვდილობა, MACE) ვიდრე პერკუტანული კორონარული ინტერვენცია.
- ფარმაკოლოგიური მკურნალობა , მათ შორის ანტითრომბული თერაპია, ადაპტირებული უნდა იყოს თირკმლის ფუნქციასთან.

თავი 3.2 დაინიშნოს თუ არა რაას ინჰიბიტორები კარდიოვასკულური გართულებების პრევენციის მიზნით დიაბეტისა და თქდ 3ბ ან უფრო მძიმე (გვს<45 მლ/წთ/1.73 მ2) სტადიის მქონე პაციენტებში ან პაციენტებში დიალიზზე თანმხლები კარდიული დაავადების შემთხვევაში (გულის უკმარისობა, გულის იშემიური დაავადება, ჰიპერტენზია)?

3.2.1 რეკომენდაციას ვიძლევი, თქდ 3 ბ ან უფრო მძიმე სტადიის (გვს<45 მლ/წთ/1.73 მ2) ან დიალიზზე და შაქრიანი დიაბეტის მქონე მოზრდილებში კარდიული ჩვენების შემთხვევაში (გულის უკმარისობა, გულის იშემიური დაავადება, ჰიპერტენზია) დაინიშნოს აფ-ინჰიბიტორის მაქსიმალური დასაშვები დოზა(1B).

3.2.2 ჩვენ მიგვაჩნია, რომ არასაკმარისია მტკიცებულება ანგიოტენზინ-რეცეპტორის ბლოკერით თერაპიის დასაწყებად თქდ 3 ბ ან უფრო მძიმე სტადიის (გვს<45 მლ/წთ/1.73 მ2) ან დიალიზზე და დიაბეტის მქონე პაციენტებში, რომლებთანაც არის კარდიული ჩვენება (გულის უკმარისობა, გულის იშემიური დაავადება), მაგრამ აქვთ აუტანლობა აფ-ინჰიბიტორის მიმართ (2B).

3.2.3 რეკომენდაციას ვიძლევი, არ მოხდეს რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის მახლოვირებული მედიკამენტების კომბინაცია. (აფ-ინჰიბიტორი, არ-ბლოკერი ან რენინის პირდაპირი ინჰიბიტორები)(1A).

რჩევები კლინიკური პრაქტიკისათვის

არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულება რაას ინჰიბიტორების შეჩერება-არშეჩერების შესახებ 5 სტადიისკენ პროგრესირებადი თქდ დროს. თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის გადავადების მიზნით რაას ინჰიბიტორების შეჩერების მცდელობა განხილულ უნდა იქნას პაციენტთან ერთად.

თავი 3.3 დიაბეტის და თქდ 3ბ ან უფრო მძიმე (გვს<45 მლ/წთ/1.73 მ2) სტადიის მქონე პაციენტებში ან დიალიზზე, დავნიშნოთ თუ არა ბეტა-ბლოკერები უეცარი კარდიული სიკვდილის პრევენციის მიზნით?

3.3.1 ჩვენ გთავაზობთ პირველადი პრევენციის მიზნით სელექტიური ბეტა-ბლოკერებით თერაპიის დაწყებას შაქრიანი დიაბეტითა და თქდ 3ბ ან უფრო მძიმე სტადიის მქონე პაციენტებში, მკურნალობის გაგრძელებას მედიკამენტის ამტანობის შემთხვევაში(2C).

3.3.2 ჩვენ გთავაზობთ, უპირატესობა მიენიჭოს ლიპოფილურ ბეტა-ბლოკერებს ჰიდროფილურთან შედარებით დიაბეტის და თქდ 3 ბ ან უფრო მძიმე სტადიის (გვს<45 მლ/წთ/1.73 მ2) მქონე პაციენტებში.(2C).

თავი 3.4 სამიზნე არტერიული წნევა დიაბეტისა და თქდ 3ბ ან უფრო მძიმე სტადიის (გფს <45 მლ/წთ/1.73 მ2) მქონე პაციენტებში უფრო დაბალი უნდა იყოს, ვიდრე ჩვეულებრივ პოპულაციაში?

3.4.1 ჩვენ გთავაზობთ, დიაბეტისა და თქდ 3ბ ან უფრო მძიმე სტადიის მქონე (გფს<45 მლ/წთ/1.73 მ2) პაციენტებში სამიზნე არტერიული წნევა არ იყოს ჩვეულებრივ პოპულაციაზე უფრო დაბალი (2C).

3.4.2 ჩვენ გთავაზობთ, დიაბეტითა და თქდ 3ბ უფრო მძიმე სტადიის (გფს<45 მლ/წთ/1.73 მ2) მქონე პაციენტებში პროტეინურიის არ არსებობის შემთხვევაში არტერიული წნევის დასაქვეითებლად გამოყენებულ იქნას არტერიული წნევის დამწვევი ყველა ჯგუფის მედიკამენტი თანაბრად(2C).

რჩევები კლინიკური პრაქტიკისათვის

- არტერიული წნევის სამიზნე მაჩვენებლამდე <140 ტიტრაცია უნდა მოხდეს ფრთხილად, წამლის ამტანობის და გვერდითი მოვლენების არიდების მონიტორინგით.
- დიაბეტისა და თქდ 3ბ ან უფრო მძიმე სტადიის მქონე პაციენტებში უფრო მეტად გვხვდება ავტონომიური დისფუნქცია და შესაბამისად უფრო ხშირია უეცარ ჰიპოტენზიებთან ასოცირებული გართულებები.
- დიასტოლური არტერიული წნევის სწრაფად შემცირებამ შეიძლება საფრთხე შეუქმნას კორონარულ სისხლმომარაგებას.

თავი 3.5 დანიშნოს თუ არა ანტილიპიდური თერაპია დიაბეტისა და თქდ 3ბ უფრო მძიმე სტადიის (გფს<45 მლ/წთ/1.73 მ2) მქონე ან დიალიზზე მყოფთ პირველადი პრევენციის მიზნით?

3.5.1 რეკომენდაციას ვიძლევი, დაწყებულ იქნას სტატინებით თერაპია დიაბეტისა და თქდ 3ბ და 4 სტადიის მქონე პაციენტებში(1B).

3.5.2 ჩვენ გთავაზობთ,სტატინებით თერაპიის განხილვას დიაბეტის და თქდ 5 სტადიის მქონე პაციენტებში(2C).

3.5.3 რეკომენდაციას ვიძლევი, არ იქნას დაწყებული სტატინებით თერაპია დიაბეტის და თქდ 5 ტერმინალურის სტადიის დროს(1A).

3.5.4 გაიღლაინზე მომუშავე ჯგუფის წევრებს შორის არ იქნა მიღწეული კონსესუსი შაქრიანი დიაბეტისა და თქდ 5 სტადიის მქონე პაციენტებში სტატინებით მკურნალობის შეჩერება-არშეჩერების შესახებ.

3.5.5 ჩვენ გთავაზობთ სტატინების ჩანაცვლებას ფიბრატებით შაქრიანი დიაბეტის და თქდ 3 სტადიის მქონე პაციენტებში სტატინების აუტანლობის შემთხვევაში(2B).

რჩევები კლინიკური პრაქტიკისთვის

- ანტილიპიდური მედიკამენტების დოზა ადაპტირებულ უნდა იქნას თირკმლის ფუნქციასთან (ცხრილი 8).
- რადგან მე-8 ცხრილში მოყვანილი დოზები განიხილება, როგორც მაქსიმალური დასაშვები თქდ პაციენტებისთვის, ლიპიდების დონის განმეორებით განსაზღვრას არ აქვს დამატებითი სადიაგნოსტიკო ან სამკურნალო ღირებულება.
- შაქრიან დიაბეტისა და თქდ 5 ან მხოლოდ თქდ 5 სტადიის მქონე პაციენტებში მკურნალობის განმსაზღვრელი უნდა იყოს პაციენტის პირადი ნება-მოტივაცია ახალი მედიკამენტის მიღების მიმართ, ამ მედიკამენტის გვერდითი მოვლენების რისკისა და ლიმიტირებული მოსალოდნელი სარგებლის გათვალისწინებით.

თავი 3.6

ა.გაეწიოს თუ არა რეკომენდაცია ფიზიკურ აქტივობისა და ენერჯის ხარჯვის ზრდას დიაბეტისა და თქდ 3B ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ/1.73 მ2) სტადიის მქონე პაციენტებში?

ბ.გაეწიოს თუ არა რეკომენდაცია ფიზიკურ აქტივობისა და ენერჯის ხარჯვის შემცირებას დიაბეტისა და თქდ 3B ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ/1.73 მ2) სტადიის მქონე პაციენტებში?

3.6.1 ჩვენ გთავაზობთ, შექრიანი დიაბეტისა და თქდ 3 ან უფრო მძიმე სტადიის მქონე პაციენტებში ცხიმოვანი ქსოვილის შემცირებისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით ფიზიკურ აქტივობას არანაკლებ 1/2 სთ-დან 1სთ-მდე 3-ჯერ კვირაში (2D).

3.6.2. არ არსებობს მტკიცებულება იმისა, რომ ინდივიდუალური რეჟიმით ფიზიკური დატვირთვის გაზრდა საზიანოა (2C).

3.6.3 ჭარბი წონისა და დიაბეტის შემთხვევაში, რეკომენდაციას ვიძლევი, წონის კლება მოხდეს დიეტოლოგის მეთვალყურეობით, რათა დავრწმუნდეთ, რომ ადგილი აქვს მხოლოდ ცხიმოვანი ქსოვილის კარგვას და არა მალნუტრიციას.(1C).

თავი 3.7 რეკომენდებულია თუ არა ანტიაგრეგანტული თერაპია შექრიანი დიაბეტისა და თქდ 3 ან უფრო მძიმე (გფს<45 მლ/წთ/1.73 მ2) სტადიის მქონე პაციენტებში კარდიოვასკულური რისკის მიუხედავად?

3.7.1 რეკომენდაციას ვიძლევი, მკურნალობის სტანდარტულ სქემას არ დაემატოს გლიკოპროტეინ IIb/IIIa ინჰიბიტორი სიკვდილის, მიოკარდიუმის ინფარქტის ან კორონარული რევასკულარიზაციის საჭიროების რისკის შესამცირებლად შექრიანი დიაბეტით და თქდ 3B ან უფრო მძიმე (გფს<45მლ/წთ) სტადიის მქონე პაციენტებში მწვავე კორონარული სინდრომის ან კორონარულ არტერიებზე ინტერვენციის დროს (1B).

3.7.2 ჩვენ გთავაზობთ, მკურნალობის სტანდარტულ სქემას არ დაემატოს თიენოპირიდინი ან ტიკაგრელიორი სიკვდილის, მიოკარდიუმის ინფარქტის ან კორონარული რევასკულარიზაციის საჭიროების რისკის შესამცირებლად შექრიანი დიაბეტისა და თქდ 3B ან უფრო მძიმე (გფს<45მლ/წთ) სტადიის მქონე პაციენტებში მწვავე კორონარული სინდრომის ან კორონარულ არტერიებზე ინტერვენციის დროს, თუ არ არის სისხლდენის განვითარების დამატებითი რისკი(2B).

3.7.3 რეკომენდაციას ვიძლევი, დაწყებულ იქნას ასპირინი მეორადი პრევენციის მიზნით, თუ არ არსებობს უკუჩვენებები, გვერდითი მოვლენები ან აუტანლობა(1C).

3.7.4 ჩვენ გთავაზობთ, პირველადი პრევენციის მიზნით ასპირინით მკურნალობის დაწყებას მხოლოდ იმ პაციენტებთან, ვისთანაც არ არის სისხლდენის გამომწვევი დამატებითი რისკ-ფაქტორები(2C).

რჩევები კლინიკური პრაქტიკისათვის

ასპირინის აუტანლობის ან უკუჩვენების შემთხვევაში, ასპირინის ალტერნატივად განხილულ იქნას კლოპიდოგრელი.

ცხრილი 7: პერორალური ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტები მოქმედების მექანიზმი

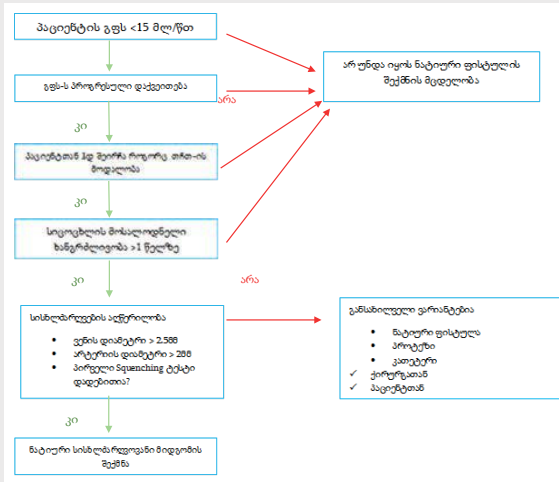
მედიკამენტების კლასი	მოქმედების მექანიზმი	ნარეხი
ნიგუანიდები	- ამცირებს ღვიძლში გლუკოზის პროდუქციას - ზრდის ინსულინისადმი მგრძობიერებას - ზრდის პერიფერიაზე ინსულინის მონაწილეობით გლუკოზის უტილიზაციას - ამცირებს გლუკოზის ამსორბციას ნაწლავებში	მეტფორმინი
სულფონილმარიდები	- ასტიმულირებს ინსულინის სეკრეციას პანკრეასში - ზრდის β -უჯრედების მგრძობიანის K-ATP არხებს	ავეტოქსამიდი, ქლოროპროსამიდი, გლიმეკლამიდი, გლიკლაზიდი, გლიპურიდი, გლიმეპერიდი, გლიპიზინი, გლიქუდიანი
მგელიტინი	- ასტიმულირებს ინსულინის სეკრეციას პანკრეასში β -უჯრედების მგრძობიანის K-ATP არხების დახურვით. - აბლოკირებს α -გლასიდას მოქმედებს და ამცირებს კომპლექსური საჭროების პიდროლურს.	ნატგლინიდი, რასაგლინიდი
Alfa გლუკოზიდაზის ინჰიბიტორი	- შექცევადად აინჰიბირებს პანკრეულ α -ამილაზას - ამცირებს ინსულინის რეზისტენტობას.	აკარბოზა, მიგლიტოლი
გლიტაზონები	- ზრდის გლუკოზის მიხმზრებას კუნთებში და ცხიმოვან ქსოვილში - ამცირებს ღვიძლში გლუკოზის პროდუქციას	პიოგლიტაზონი
DPP-IV ინჰიბიტორები	- აინჰიბირებს DPP-4, ენდოგენური ინკრეტინის ინაქტივაციით.	ალეგლუტინი, ლინაგლუტინი, საქაგლუტინი, სიტაგლუტინი, ვიდაგლუტინი
ინკრეტინ მიმტეკები	- ხელს უწყობს პანკრეასის β უჯრედებში ინსულინის სეკრეციას - თრღუნავს გლუკოგენის სეკრეციას - ამცირებს კუჭის დაიცას	ემქანტიდი, ლიქსინენტიდი
ამილინის ანალოგები	- ამცირებს გლუკოზის დონეს მიღებულ საკვებში - აკორიოლურს კუჭის დაიცას და კვების შემდგომ გლუკაგონის სეკრეციას. - ზრდის დანერგვის შეგრძმებას და ამით ამცირებს მიღებულ საკვების რაიფენობას.	პრამლინტიდი Pramlintide
SLT-2 ინჰიბიტორი	- აბლოკირებს α -amylase სატრანსპორტი ცილის სუბტაპ 2- ს და ზრდის გლუკოზის კარგეს თირჭლების მუქეობით	კანგელოლოზინი, დააველოლოზინი, ენსაგელოლოზინი

ცხრილი 8: სტატინების რეკომენდირებული დოზა შაქრიანი დიაბეტისა და თქედ 3მ ან უფრო მძიმე სტადიის (გვს<45მლ/წთ) მქონე პაციენტებში. ადაპტირებული Tonelli and Wanner Ann Intern Med 2014-ს მიხედვით

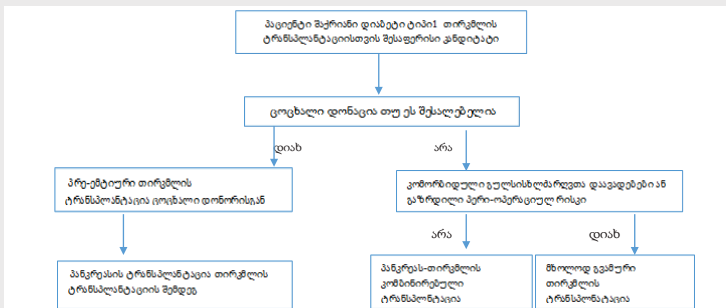
სტატინები	მაქსიმალური დოზა როცა გვს<45მლ/წთ
ლოვასტატინი	მონაცემები არ არის
ფლუვოსტატინი	80 მგ
ათორვასტატინი	20 მგ
რუსოვასტატინი	10 მგ
სიმვასტატინ/ეზეტიმიზი	20/10 მგ
პრავასტატინი	40 მგ
სიმვასტატინი	40 მგ
პიტავასტატინი	2 მგ

სურათები

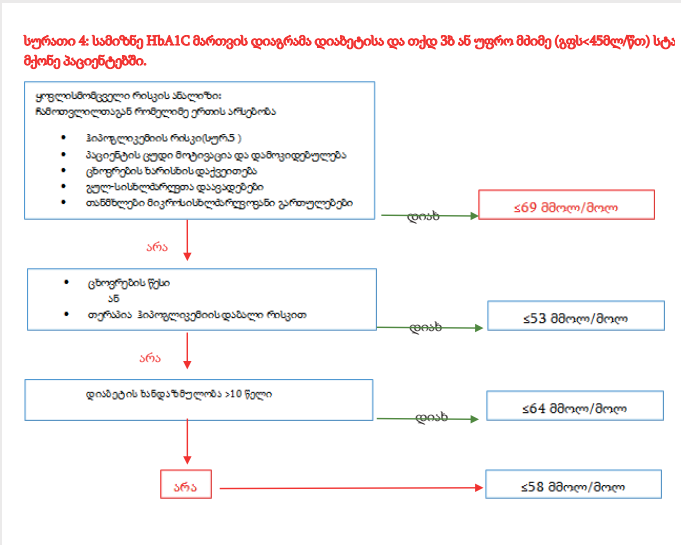
სურათი 2: დიაბეტის მქონე პაციენტებში სისხლძარღვოვანი მიდგომის გადაწყვეტილებათა დიაგრამა



სურათი 3 დიაბეტი ტიპი 1 ის შემთხვევაში ტრანსკატეტის გადაწყვეტილებითა დიაგრამა



სურათი 4: სამიზნე HbA1C მართვის დიაგრამა დიაბეტისა და თქვე 38 ან უფრო მძიმე (გვს<45მლ/წთ) სტადიის მქონე პაციენტებში.



სურათი 5: ჰიპოგლიკემიის რისკის შეფასება



სურათი 7: ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტების სხვადასხვა კლასის გავლენა სხვადასხვა გამოსავალზე მუქი მწვანე აღნიშნავს მტკიცებულებას კეთილსამედო გამოსავლის; წითელი მიუთითებს მტკიცებულებას ნეგატიური გამოსავლის; ყვითელი წარმოადგენს შეუსწავლელ ან არასაკმარის მონაცემებს; ღია ცისფერი წარმოადგენს მტკიცებულებას ნეიტრალურიდან სუსტ პროზოტიურ ეფექტამდე; მუქი ლურჯი მიუთითებს მტკიცებულებას, რომ არ აქვს გავლენა/ ნეიტრალურია.

მეტფორმინი	იგემი	გლუკოზოზინი	ჰაიპოგლიკემიური	წინაპიკეტუმი	იგემი	დიაბეტიკური
ქარბოქსამიდი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
ანტიპროგრესიტი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
ტოლამიდი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
ტიოლუეტამიდი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
გლიპიზინი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
გლიპიზინი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
რეპაგლინიდი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
ნატემგლინიდი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
აკარბოზა	სი	სი	სი	სი	სი	სი
მიგლიტოლი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
სიტაგლიტინი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
ვიდლიგლიტინი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
სასაგლიტინი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
ლინაგლიტინი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
ალეგლიტინი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
ექსენატინი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
ლირაგლუტინი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
ლიქსისენატინი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
პრამოქსინი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
დაბგლიგლიტინი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
კანაგლიგლიტინი	სი	სი	სი	სი	სი	სი
ეგზენატინი	სი	სი	სი	სი	სი	სი



Georgian 2016