



# ჯანმრთელობის სიახლეები

N9

დეკემბერი 2009

## საქართველოში საოჯახო მედიცინის განვითარება

საოჯახო მედიცინის სიმპოზიუმი საქართველოში. . . . . 2

## საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკა

პანდემიური (H1N1) გრიპი - რეკომენდაციები  
პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისათვის . . . . . 5

ოსტეოპოროზის პრევენცია ზოგადსაეიქიმო პრაქტიკაში. . . 15

## საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

### გილოცავთ

დამდეგ 2010 წელს და გისურვებთ  
ჯანმრთელობას!



საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი 2003 წლის 17 ნოემბრიდან ფუნქციონირებს. კავშირის დამფუძნებლები, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის პირველივე დღეებიდანვე, აქტიურად მუშაობენ ქვეყანაში საოჯახო მედიცინის მოდელის განვითარებისთვის. კავშირში გაერთიანებულია ის ინტელექტუალური რესურსი, რომელიც საქართველოში საოჯახო მედიცინის დარგში უკანასკნელი წლების განმავლობაში შეიქმნა.

ორგანიზაციაში გაწევრიანებული არიან პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალები, აგრეთვე, ოჯახის ექიმების, ზოგადი პრაქტიკის ექთნებისა და პრაქტიკის მენეჯერების მასწავლებლები, უმაღლესი სამედიცინო სკოლების პედაგოგიური პერსონალი, რომელთა ექსპერტული ცოდნა და გამოცდილება უდავოდ ღირებულა საოჯახო მედიცინის სფეროში მყარი აკადემიური საფუძვლების ჩამოსაყალიბებლად.

კავშირის წევრების მიერ, უცხოელი ექსპერტების დახმარებით, შეიქმნა საოჯახო მედიცინაში ადამიანური რესურსის პროფესიული მომზადების საფუძვლები: ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების გადამზადებისა და უწყვეტი განათლების პროგრამები და პროფესიული სტანდარტები.

კავშირის წევრები აქტიურად მუშაობენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის განვითარებისათვის. მათი ინიციატივით საოჯახო მედიცინის მოდელის სადემონსტრაციო დაწესებულებებში ინერგება ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების ინსტრუმენტები, ტარდება სამედიცინო და ორგანიზაციული აუდიტები სხვადასხვა პრობლემურ თემებზე, მუშავდება გაიდლაინები და პროტოკოლები.

## Wonca

World family doctors, caring for people

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდი:

[WWW.GFMA.GE](http://WWW.GFMA.GE)

ელექტრონული ფოსტა:

[gfma@gfma.ge](mailto:gfma@gfma.ge)

Wonca Website:

<http://www.GlobalFamilyDoctor.com>

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი 2004 წლიდან არის ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაციის "WONCA"-ს სრულუფლებიანი წევრი

### საოჯახო მედიცინის სიმპოზიუმი საქართველოში

2009 წლის 4-5 ნოემბერს თბილისში, ამერიკის ოჯახის ექიმთა აკადემიის, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის და ორგანიზაციების “Physician with Heart” და “ACTC International/Georgia” თანამშრომლობით გაიმართა საოჯახო მედიცინის სიმპოზიუმი. ღონისძიების დაფინანსება უზრუნველყო ამერიკის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტმა.

სიმპოზიუმი მიზნად ისახავდა ქართველი პროფესიონალებისათვის საოჯახო მედიცინის განვითარების საერთაშორისო გამოცდილების გაზიარებას და ამერიკაში ოჯახის ექიმების მუშაობის თავისებურებების გაცნობას. სიმპოზიუმის პროგრამა შეეხებოდა პირველადი ჯანდაცვის განვითარებას საქართველოსა და მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში.

სიმპოზიუმი გახსნა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის რექტორმა, სრულმა პროფესორმა ზურაბ ვადაჭკორიამ. მოხსენებები წარმოადგინეს: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრმა ალექსანდრე კვიციანიძემ, ორგანიზაცია “Heart to Heart International”-ის წარმომადგენელმა საქართველოში, მედიცინის დოქტორმა გარი მორშმა და ოჯახის ექიმთა აკადემიის ფონდის წარმომადგენელმა, მედიცინის დოქტორმა მარი ჯო უელკერმა.

სიმპოზიუმზე განიხილებოდა შემდეგი ძირითადი თემები:

- „პირველადი ჯანდაცვა გუშინ, დღეს, ხვალ“ (კახაბერ ხელაძე, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო);
- „აშშ-საქართველოს პარტნიორობა საოჯახო მედიცინის განვითარების საკითხები“ – (რევაზ თათარაძე, მედიცინის დოქტორი; პატრიცია ბლერი, მედიცინის დოქტორი);
- „საოჯახო მედიცინის მნიშვნელობა“ (დანიელ ოსტერგარდი, მედიცინის დოქტორი, ამერიკის ოჯახის ექიმთა აკადემია);
- „საოჯახო მედიცინის განვითარება თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში“ (გურამ კვიციანიძე, მედიცინის დოქტორი);
- „საოჯახო მედიცინის განვითარება საქართველოში“ (თამარ გაბუნია, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი);
- პირველადი ჯანდაცვისა და ჰოსპიტალური ქსელის დაწესებულებებს შორის ურთიერთკავშირი (რიჩარდ ბრუელმენი, ამერიკის ოჯახის ექიმთა აკადემია);
- მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინა (მერი ჯო უელკერი, ოჯახის ექიმთა აკადემიის ფონდი);
- გუნდური მუშაობის მნიშვნელობა პირველად ჯანდაცვაში (დონია ფაუერსე, ასოცირებული პროფესორი, საოჯახო მედიცინის დეპარტამენტი, ბრაუნის სამედიცინო სკოლა);
- “ექიმთა პროფესიული საქმიანობის შეფასების თანამედროვე სისტემების დანერგვა კლინიკაში”-აკადემიკოს ნ. ყიფშიძის სახელობის ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკის გამოცდილება (თინა ნაკვიძია).

სიმპოზიუმის ორგანიზატორებმა ვრცლად განიხილეს საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის მიმდინარეობის თავისებურებები. კიდევ ერთხელ შეაფასეს რეფორმამდელი

სიტუაცია-მოჭარბებული და მოძველებული ინფრასტრუქტურა; დაფინანსების არარაციონალური გადანაწილება; სამედიცინო პერსონალის სიჭარბე; სპეციალიზებულ მომსახურებაზე ორიენტაცია; შეუფერებელი მარეგულირებელი გარემო; მოსახლეობის უნდობლობა პირველადი ჯანდაცვის ქსელისადმი; პირველადი ჯანდაცვის ქსელში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის დაბალი კვალიფიკაცია; პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე ცუდი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა.

ორგანიზატორებმა მონაწილეებთან ერთად შეაფასეს ის გზები, რომელიც დაიგეგმა ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისათვის: პირველადი ჯანდაცვის გენერალური გეგმის შემუშავება; ინფრასტრუქტურის რეაბილიტაცია; ადამიანური რესურსების განვითარება (ექიმები, ექთნები, მენეჯერები); დაფინანსების ალტერნატივების განსაზღვრა; სათანადო რეგულაციების შემუშავება და დანერგვა.

ორგანიზატორებმა, ასევე, წარმოადგინეს მიღწეული შედეგების ანგარიში: მაღალპროფესიულ დონეზე ჩატარებული რეფორმის შედეგად რეაბილიტირებულია 100 პირველადი ჯანდაცვის ობიექტი; 160 პირველადი ჯანდაცვის ობიექტი აღჭურვილია სათანადო ინვენტარით და სამედიცინო აპარატურით; ჩატარდა ინფორმირებულობის გაზრდასთან დაკავშირებული აქტივობები ჯანმრთელობის ძირითად საკითხებსა და ჯანსაღი ცხოვრების წესზე; მომზადდა 1393 ოჯახის ექიმი და 1296 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი. საქართველოს მთავრობის #62 განკარგულების საფუძველზე 800 სოფლის ექიმს გადაეცა 5000 ლარის ღირებულების აღჭურვილობა და 2000 ლარი მიზნობრივი გრანტი სოციალური დახმარების სახით.

2009 წლიდან პირველად ძალაში შევიდა „სოფლად ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი“, რომელიც გულისხმობს სოფლად მცხოვრები მოსახლეობის უზრუნველყოფას ბაზისური სამედიცინო მომსახურებით; გამარტივდა სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისათვის; დაგეგმილია ყველა სოფლის ექიმის მოკლე კურსი მენეჯმენტში; დაგეგმილია სხვა სასწავლო ღონისძიებები, რაც ხელს შეუწყობს ოჯახის ექიმთა პროფესიული კომპეტენციების გაღრმავებას; ინტენსიურად მიმდინარეობს მუშაობა პირველადი ჯანდაცვაში კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა და სტრანდარტების შემუშავებასა და დანერგვაზე; ასევე, ტარდება ახალგადაამზადებული ექიმებისა და ექთნების საქმიანობის შეფასება, რაც მნიშვნელოვანია, როგორც სასწავლო პროგრამების გაუმჯობესების, ასევე რეფორმის შემდგომი ღონისძიებების დაგეგმვისათვის.

სიმპოზიუმზე ხაზგასმით აღინიშნა, რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს პრევენციული სამსახურების გაძლიერებას, რისთვისაც საჭიროა პრევენციული პრაქტიკის ფინანსური წახალისების უზრუნველყოფა და სხვა მექანიზმების ამოქმედება, რაც გაზრდის ჯანდაცვის პროფესიონალების მოტივაციას, რათა მათ მეტი ყურადღება დაუთმონ პრევენციულ ღონისძიებებს.

სიმპოზიუმის დასკვნით ნაწილში სტუმრებმა და ორგანიზატორებმა კიდევ ერთხელ გამოხატეს მხარდაჭერა პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისკენ მიმართული ღონისძიებების მიმართ და დასახეს სამომავლო გეგმები საერთაშორისო თანამშრომლობის განვითარების სფეროში, რაც უდავოდ ხელს შეუწყობს საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის წარმატებულ განხორციელებას.

სიმპოზიუმის ორგანიზატორებმა საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირს გადასცეს სამახსოვრო დაფა, რითაც გამოხატეს მადლიერება კავშირის მიერ საქართველოში საოჯახო მედიცინის განვითარებაში შეტანილი წვლილისთვის.



ამერიკის ოჯახის ექიმთა აკადემიის, ორგანიზაცია "Physicians with Hearth" და საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის წარმომადგენლები

## პანდემიური (H1N1) გრიპი-რეკომენდაციები პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისათვის<sup>1</sup>

### 1. განმარტება

პანდემიური (H1N1) გრიპი 2009 წარმოადგენს ვირუსულ ინფექცია, რომლის აფეთქება დაიწყო მექსიკაში 2009 წლის აპრილის ბოლოს. გამომწვევია A გრიპის ვირუსი, რომელიც გენეტიკურად ახლოს დგას ღორის გრიპის ვირუსთან. ვირუსი იოლად გადაეცემა ადამიანიდან ადამიანს და იწვევს სეზონური გრიპისთვის დამახასიათებელ სიმპტომებს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) დაავადებათა კლასიფიკაციისა და კოდირების სისტემის მიხედვით (მეათე გადახედვა) პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი განეკუთვნება სასუნთქი ორგანოების დაავადებათა კლასს, კოდი J10-გრიპი, გამოწვეული გრიპის იდენტიფიცირებული ვირუსით.

სეზონური გრიპის ეპიდემიისას ერთი სეზონის განმავლობაში საშუალოდ ავადდება მსოფლიო მოსახლეობის 5-15%. დაავადება მძიმედ მიმდინარეობს პაციენტებში დასუსტებული იმუნური სტატუსით და მაღალი ლეტალობით ხასიათდება. დღეისათვის პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დადასტურებულ შემთხვევებში ლეტალობა დაახლოებით 0.6%-ს შეადგენს.

### 2. კლინიკური სიმპტომატიკა

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ 3-4 დღეა. ჯანმოს მითითებით, ინკუბაციური პერიოდის მაქსიმალურ ვადად უნდა ჩაითვალოს 7 დღე.

პაციენტთა უმრავლესობას დაავადება ეწყება მაღალი ცხელებითა (ჩვეულებრივ, 38°C-ზე მეტი) და რესპირაციული სიმპტომებით: ყელის ტკივილი, ხველა და თავის ტკივილი. ხშირია რინორეა, ცხვირის გაჭედვა. ასევე აღინიშნება: გულისრევა, ლებინება, დიარეა, მიალგია, ართრალგია, დაღლა. იშვიათად აღინიშნება კონიუნქტივიტი. დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას გამოხატულია: სუნთქვის უკმარისობა და ლეთარგია.

ჩვილ ბავშვებში ინფექცია, როგორც წესი, განსხვავებული სიმპტომებით მიმდინარეობს. მათ შესაძლებელია არ ჰქონდეთ ხველა ან სხვა რესპირაციული სიმპტომები. მძიმე მიმდინარეობისას სახეზეა ისეთი სიმპტომები, როგორცაა ლეთარგია, აპნოე ან დისპნოე, ციანოზი, დეჰიდრატაცია, მენტალური სტატუსის შეცვლა.

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დროს აღწერილი გართულებებს შორის აღსანიშნავია:

- ზემო რესპირაციული ტრაქტის დაავადებები (სინუსიტი, ოტიტი, კრუპი);
- ქვემო რესპირაციული ტრაქტის დაავადებები (პნევმონია, ბრონქიოლიტი, ასთმური სტატუსი);
- გულის დაავადებები (მიოკარდიტი, პერიკარდიტი);

<sup>1</sup> მომზადებულია პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) საფუძველზე (დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 ნოემბრის №38/ო ბრძანებით).

- ნევროლოგიური დარღვევები (მწვავე და პოსტინფექციური ენცეფალოპათია, ენცეფალიტი, ფებრილური კრუნჩხვა, ეპილექსიური სტატუსი);
- ტოქსიური შოკის სინდრომი;
- თანმხლები ქრონიკული დაავადებების გამწვავება.

### 3. დაავადების დიაგნოზი

#### ა) შემთხვევის განსაზღვრა

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის შემთხვევის დიაგნოსტიკა საფეხურეობრივად ხორციელდება.

#### შესაძლო შემთხვევა

შესაძლო შემთხვევას შეესაბამება პირი კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური კრიტერიუმებით, როცა სხვა მიზეზი არ არის იდენტიფიცირებული.

#### სავარაუდო შემთხვევა

სავარაუდო შემთხვევას შეესაბამება პირი კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური კრიტერიუმებით, რომელსაც დაუდგინდა გრიპის A ვირუსი, მაგრამ ვირუსის შემდგომი ქვეტიპირება ვერ ხერხდება იმ რეაგენტებით, რომლებიც გამოიყენება სეზონური გრიპის ვირუსების (H1 ან H3) აღმოსაჩენად.

#### დადასტურებული შემთხვევა

დადასტურებულ შემთხვევას შეესაბამება პირი, სადაც დიაგნოზი დადასტურდა ლაბორატორიული კრიტერიუმით.

#### კლინიკური კრიტერიუმები:

მწვავედ განვითარებული შემდგომი კლინიკური სიმპტომები:

- ცხელება  $> 38^{\circ}\text{C}$  \* და გრიპისმაგვარი დაავადებების კლინიკური ნიშნები (ერთი ან მეტი ჩამოთვლილთაგან: ხველა, ყელის ტკივილი, თავის ტკივილი, რინორეა/ცხვირის გაჭედვა, ღებინება/დიარეა და სხვა)

ან

- სასუნთქი სისტემის მძიმე ინფექციური დაავადება მიმდინარე ქოშინით ან სუნთქვის უკმარისობით

ან

- სიკვდილი გაურკვეველი მწვავე რესპირაციული დაავადებით.

\* ტემპერატურის მატების დოკუმენტირება არ არის სავალდებულო თერმომეტრით; საკმარისია ტემპერატურის მატების თუნდაც ერთი პრეცედენტის სუბიექტური დადასტურება წინა სამი დღის განმავლობაში;

### ეპიდემიოლოგიური კრიტერიუმები

დაავადების გამოვლენამდე 7 დღით ადრე ადეკვატური დაცვის გარეშე:

- მოგზაურობა/ცხოვრება ტერიტორიაზე\*, სადაც ჯანმოს მიერ დადასტურებულია პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპისაფეთქების შემთხვევები ადამიანთა შორის მდგრადი გადაცემით

ან

- ახლო (<1 მეტრზე) კონტაქტი დადასტურებულ ან სავარაუდო შემთხვევასთან ამ უკანასკნელში კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების პერიოდში ან ამ სიმპტომების დაწყებამდე 24 საათის განმავლობაში.

ან

- მუშაობა პანდემიურ (H1N1) 2009 ვირუსზე ლაბორატორიის პირობებში.

### ლაბორატორიული კრიტერიუმები

დადებითი შედეგი ერთი ან მეტი ლაბორატორიული ტესტის გამოყენებით\*:

- პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია;
- ვირუსის კულტურა;
- პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების ტიტრის ოთხჯერადი მატება მინიმუმ 10-14 დღის შუალედით აღებულ სისხლის შრატში.

\* პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის საიდენტიფიკაციო კვლევის ჩატარება წარმოებს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში (მეისიერი პოლიმერაზული-ჯაჭვური რეაქცია).

### ბ) გამომრიცხავი

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის აფეთქების შემთხვევა გამორიცხულია, თუ პირი არ აკმაყოფილებს ზემოთ აღნიშნულ კრიტერიუმებს.



**4. პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის შემთხვევათა გამოვლენის და მართვის სქემა**

პირი, რომელსაც მწვავედ განუვითარდა შემდგომი კლინიკური სიმპტომები:

- ცხელება > 38°C და გრიპისმაგვარი დაავადებების კლინიკური ნიშნები (ერთი ან მეტი ჩამოთვლილთაგან: ხველა, ყელის ტკივილი, თავის ტკივილი, რინორეა/ცხვირის გაჭედვა, ლებინება /დიარეა და სხვ)

ან

- სასუნთქი სისტემის მძიმე ინფექციური დაავადება მიმდინარე ქოშინით ან სუნთქვის უკმარისობით, როცა სხვა მიზეზი არ არის იდენტიფიცირებული

და

დაავადების გამოვლინებამდე 7 დღით ადრე ადეკვატური დაცვის გარეშე (ერთი ჩამოთვლილთაგან):

- მოგზაურობა/ ცხოვრება ტერიტორიაზე, სადაც ჯანმოს მიერ დადასტურებულია პანდემიური (H1N1) 2009 ინფექციის ავითქების შემთხვევები ადამიანთა შორის მდგრადი გადაცემით.
- აღინიშნებოდა ახლო (<1 მეტრზე) კონტაქტი დადასტურებულ ან სავარაუდო შემთხვევასთან კლინიკური გამოვლინებების პერიოდში ან სიმპტომების დაწყებამდე 24 საათით ადრე.
- მუშაობა პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსზე ლაბორატორიის პირობებში

**დიახ**

პანდემიური (H1N1) 2009 შესაძლო შემთხვევა

- სტანდარტული, კონტაქტური და წვეთოვანი უსაფრთხოების წესების დაცვა; რესპირაციული და ხველის ჰიგიენის დაცვა
- ანტივირუსული, სიმპტომური/სინდრომული თერაპია ჩვენების მიხედვით
- ჰოსპიტალიზაცია ჩვენების მიხედვით;
- დაუყოვნებელი შეტყობინება დესჯეც / საზ. ჯანდაცვის ცენტრში (ნებისმიერი საკომუნიკაციო საშუალებით);
  - პირველ 72 საათში მასალის აღება გრიპის ვირუსზე ტესტირებისთვის

პაციენტს დაუდგინდა გრიპის A ვირუსი, მაგრამ შემდგომი ქვეტიპირება ვერ ხერხდება იმ რეაგენტებით, რომლებიც გამოიყენება სეზონური გრიპის ვირუსების (H1 ან H3) აღმოსაჩენად.

**დიახ**

პანდემიური (H1N1) 2009 სავარაუდო შემთხვევა

ზემოხსენებული ღონისძიებები გრძელდება ან იწყება (თუ პაციენტი ამ ეტაპზე გამოვლინდა)

დადებითი შედეგი ლაბორატორიული კვლევით (ერთ-ერთი)

- პოლიმერაზული-ჯაჭვური რეაქცია
- ვირუსის კულტურა;
- პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსის საწ. ანტიხსელოვების ტიტრის ოთხჯერადი მაჩიბა.

**დიახ**

პანდემიური (H1N1) 2009 დადასტურებული შემთხვევა

ზემოხსენებული ღონისძიებები გრძელდება ან იწყება (თუ პაციენტი ამ ეტაპზე გამოვლინდა)

- პაციენტის მართვის ზემოთ აღნიშნული ღონისძიებები წყდება, თუ პაციენტთან გამოირიცხება პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსით ინფექციის დიაგნოზი.
- პანდემიის პერიოდში, განგაშის მე-3 და მე-4 დონეზე პაციენტის მართვა შესაძლოა განხორციელდეს ნებისმიერ ეტაპზე (შესაძლო ან სავარაუდო შემთხვევა) ლაბორატორიული ტესტირების ჩატარების გარეშე.



5. პაციენტის მდგომარეობის შეფასება და ტრიაჟი პირველადი ჯანდაცვის დონეზე

- პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპზე საექვო შემთხვევებში პაციენტის მდგომარეობა ფასდება შემდეგი კრიტერიუმების საფუძველზე:

ბავშვებისათვის	მოზრდილებისათვის
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ზოგადი მდგომარეობის შეფასება</li> <li>• დეჰიდრატაციის ხარისხის შეფასება</li> <li>• სხეულის ტემპერატურა (<math>\geq 38^{\circ} C</math>)</li> <li>• სუნთქვის სიხშირე</li> <li>• ნეკნთაშუა არეების ჩაზნექვა ან ცხვირის ნესტოების ბერვა სუნთქვის დროს</li> <li>• ხმაურიანი სუნთქვა</li> <li>• კრეპიტაცია აუსკულტაციის დროს</li> <li>• ფრჩხილების და ლორწოვანის ფერის შეფასება, პერიორალური ციანოზი</li> <li>• და სხვა</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ზოგადი მდგომარეობის შეფასება</li> <li>• სხეულის ტემპერატურა (<math>\geq 38^{\circ} C</math>)</li> <li>• სუნთქვის სიხშირე</li> <li>• აუსკულტაციური მონაცემების შეფასება</li> <li>• კანისა და ლორწოვანის ფერის შეფასება (ციანოზი)</li> <li>• და სხვა</li> </ul>

- გადაწყვეტილება ჰოსპიტალიზაციის შესახებმყარება პაციენტის ზოგად მდგომარეობას, თანმხლები დაავადებების სიმძიმესა და ბინის პირობებში პაციენტის მოვლის შესაძლებლობებს.
- ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები ბავშვებსა და მოზრდილებში იხილეთ ქვემოთ

კრიტერიუმები ჰოსპიტალიზაციისათვის ბავშვებში
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ციანოზი</li> <li>• სითხის მიღების ან ძუძუს წოვის უნარის დაკარგვა</li> <li>• კრუნხვები</li> <li>• განმეორებითი ღებინება</li> <li>• მნიშვნელოვანი დეჰიდრატაცია</li> <li>• ცნობიერების მოშლა, ლეთარგია ან აგზნება</li> <li>• დაჭიმული ყიფლიბანდი</li> <li>• მიკროცირკულაციის მოშლა</li> <li>• მძიმედ მიმდინარე რესპირაციული დაავადების ნიშნები             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ სუნთქვის გახშირება                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <math>&gt;60</math> წუთში 0- 2 თვემდე</li> <li>○ <math>&gt;50</math> წუთში 2-11 თვის ასაკის ჩვილებში</li> <li>○ <math>&gt;40</math> წუთში 12-59 თვის ასაკის ბავშვებში</li> <li>○ <math>&gt;30</math> წუთში 5 წლის ასაკის ზემოთ</li> </ul> </li> <li>▪ სუნთქვისას ნესტოების ბერვა, ნეკნთაშუა კუნთების ჩაზნექვა ან სუნთქვისას გულმკერდის შეზნექვა;</li> <li>▪ აპნოეს ეპიზოდები (განისაზღვრება, როგორც 20 წმ-დე გახანგრძლივებული პაუზა სუნთქვის დროს), ხმაურიანი სუნთქვა;</li> <li>▪ <math>SpO_2 \leq 90\%</math>, თუ პულსოქსიმეტრი ხელმისაწვდომია</li> </ul> </li> <li>• განგაშის სხვა ნიშანი (მაგ. სწრაფად პროგრესირებადი ან გახანგრძლივებული დაავადება და სხვ.)</li> </ul>

### კრიტერიუმები ჰოსპიტალიზაციისათვის მოზრდილებში

ცხელება  $> 38^{\circ} \text{C}$  ასოცირებული შემდეგ ნიშნებთან:

- დისპნოე ან სუნთქვის გაძნელება;
- დამხმარე კუნთების მონაწილეობა სუნთქვის აქტში;
- პულსოქსიმეტრით სატურაცია  $\text{SpO}_2 \leq 90\%$ , ორსულებში:  $\text{SpO}_2 \leq 95\%$  (თუ პულსოქსიმეტრი ხელმისაწვდომია);
- სიცოცხლისათვის პოტენციურად საშიში ცვლილებები: არტერიული ჰიპოტენზია (სისტოლური წნევა  $< 90 \text{ mmHg}$ , დიასტოლური წნევა  $< 60 \text{ mmHg}$ ), სუნთქვის სიხშირის მატება ( $> 30$  წუთში), კაპილარული ავსების დრო  $> 2$  წმ, კანის დაქვეითებული ტურგორი, გულისცემის სიხშირის მატება და სხვა;
- ცვლილებები გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე;
- თანმხლები დაავადებების დამძიმება;
- ცნობიერების მოშლა ;
- პაციენტები, რომლებიც მოზრუნდნენ განმეორებითი კონსულტირებისათვის სასუნთქი სისტემის მხრივ დარღვევების გამო;
- რისკ-ფაქტორები: ორსულობა, მოხუცები, ფილტვის ქრონიკული დაავადებები, კარდიოვასკულური დაავადებები, თირკმლის, ღვიძლის, ჰემატოლოგიური, ნევროლოგიური, ნერვ-კუნთოვანი დაავადებები და სხვა.

## 6. მკურნალობა

### 6.1. გრიპით დაავადებულთა ბინაზე მკურნალობა

ბინაზე მკურნალობის შემთხვევაში ავადმყოფი მაქსიმალურად იზოლირებული უნდა იყოს ოჯახის დანარჩენი წევრებისგან. ოჯახის წევრებმა უნდა დაიცვან რესპირაციული და ხველის ჰიგიენა, სტანდარტული, კონტაქტური, წვეთოვანი ინფექციებისათვის უსაფრთხოების წესები.

**სახლის პირობებში მოთავსებული 18 წლისა და მეტი ასაკის პირთათვის, რომელსაც შეუძლიათ თავის მოვლა და არა აქვთ თანმხლები დაავადებები რეკომენდებულია:**

- პარაცეტამოლი (მოზრდილებში და ბავშვებში), იბუპროფენი ან აცეტილსალიცილის მჟავა (მხოლოდ მოზრდილებში) მიაღვდის, ჰიპერთერმიის და ართრალგიის სამკურნალოდ.
- წოლითი რეჟიმი
- სითხეების მიღება
- არ შეიძლება მოწევა ან მწეველთა გარემოში ყოფნა
- დახმარებისთვის პაციენტმა უნდა მიმართოს ექიმს, თუ აღენიშნება:
  - სუნთქვის გახშირება
  - ახლად წარმოქმნილი პლევრული გენეზის გულმკერდის ტკივილი
  - ახლად წარმოქმნილი ჩირქიანი ნახველი

- შეუჩერებელი ღებინება

ბავშვებისთვის, რომლებსაც არ აღინიშნებათ თანმხლები დაავადება და გრიპის მსუბუქი ფორმები აქვთ, შესაძლებელია მოთავსდნენ სახლში მშობლების ინფორმირებით გარკვეულ საკითხებზე რეკომენდებულია:

- ჰიდრატაციის შენარჩუნება
- ცხელების მართვა (არ შეიძლება აცეტილსალიცილის მჟავის გამოყენება)
- ჩვილ ბავშვთა დედებს მიეცეთ რეკომენდაცია სასწრაფოდ მიაკითხონ საავადმყოფოს, თუკი ბავშვი ცუდად იღებს ან საერთოდ შეწყვეტს კვებას ან აღინიშნება სუნთქვის გაძნელება.
- ინფექციის კონტროლის ღონისძიებები.

## 6.2. რეკომენდაციები პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სამკურნალოდ ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენების თაობაზე

გრიპის საწინააღმდეგო ანტივირუსული პრეპარატები ორ ჯგუფად იყოფა: ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორები (ოსელტამივირი და ზანამივირი) და ადამანტანის დერივატი M2 ინჰიბიტორები (ამანტადინი და რიმანტადინი).

- პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსი რეზისტენტულია ადამანტანის ჯგუფის პრეპარატების მიმართ
- პანდემიური A(H1N1) გრიპის ვირუსები მგრძობიარენი არიან ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორების კლასის ორივე პრეპარატის – ოსელტამივირისა და ზანამივირის მიმართ.

**ოსელტამივირი** (კომერციული სახელწოდება - ტამიფლუ) გამოდის კაფსულებისა და ორალური სუსპენზიის მოსამზადებელი ფხვნილის სახით. გარდა ამისა, პანდემიის პირობებში ეფექტურად გამოიყენება ოსელტამივირის ხსნარი, რომელიც დამზადების შემდეგ მოსახლეობის განსაზღვრულ რაოდენობას უნდა დაურიგდეს შეზღუდული დროის განმავლობაში.

პრეპარატის მიღება დაკავშირებულია შემდეგ გვერდით მოვლენებთან; 1%-ზე უფრო ხშირად ვლინდება: ღებინება (15.0%; პლაცებო -9.3%); მუცლის ტკივილი (4.7%; პლაცებო - 3.9%); ცხვირიდან სისხლდენა (3.1% პლაცებო - 2.5%); შუა ყურის ანთება (1.7%; პლაცებო - 1.2%). 1%-ზე ნაკლებ შემთხვევაში ვლინდება კონიუქტივიტი (1.0%; პლაცებო -0.4%).

ოსელტამივირის აქტიური მეტაბოლიტის - ოსელტამივირის კარბოქსილატის (GS4071) კონცენტრაცია შრატში იზრდება თირკმლის ფუნქციის დაქვეითებასთან ერთად. ამდენად თირკმლის ფუნქციის მოშლისას საჭირო ხდება დოზის კორექცია.

ოსელტამივირი არ არის შესწავლილი პაციენტებში ღვიძლის ფუნქციის მოშლის დროს. ასეთ პაციენტებში ამჟამად არ არის მოწოდებული დოზის შეცვლა.

არ არის მოწოდებული დოზის შემცირება პაციენტის ხანდაზმულობის გამო.

აღწერილია გულყრები ოსელტამივირისა და ზანამივირის მიღების შემდეგ. თუმცა ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა ვერ დაადგინა კავშირი გულყრათა გამოვლინების რისკსა და პრეპარატების მიღებას შორის.

**ზანამივირი** - ინჰალირებადი ფხვნილია (კომერციული სახელწოდება - რელენზა). ინჰალაცია ხორციელდება მაღალი ნაკადით. პრეპარატის დოზის 78% ხვდება ოროფარინგეალურ არეში, 15% კი ტრაქეო-ბრონქულ ხესა და ფილტვებში. პრეპარატი გამოიყენება A და B გრიპის სამკურნალოდ 7 წელზე მეტი ასაკის პირებში.

არ არის მოწოდებული დოზის შემცირება პაციენტის ხანდაზმულობის გამო.

მონაცემები ზანამივირის გამოყენების შესახებ პაციენტებში თირკმლისა და ღვიძლის ფუნქციის მოშლის დროს შეზღუდულია. რეკომენდებულია, რომ ინჰალირებადი ზანამივირის კურსი არ შეიცვალოს პაციენტთა ამ პოპულაციაში.

ზანამივირის გვერდითი მოვლენებია: გულისრევა, დიარეა, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ხველა, რაც შესაძლოა მისი ფხვნილისებური ფორმით იყოს განპირობებული.

ზანამივირი არ არის რეკომენდებული რესპირაციული დაავადების მქონე ზოგიერთი პირისათვის, ვინაიდან შესაძლოა გამოიწვიოს ბრონქოსპაზმი. რესპირაციული გვერდითი მოვლენები აღწერილია როგორც ფილტვის ქრონიკული დაავადებების მქონე, ასევე ჯანმრთელ ადამიანებში.

#### რეკომენდაციები:

- ანტივირუსული მკურნალობის საკითხი შესაძლოა განიხილებოდეს პაციენტებში პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დადასტურებული ან მკაცრად საეჭვო (შესაძლო ან სავარაუდო) შემთხვევებით როდესაც კლინიკური გამოვლინებები მძიმე ან პროგრესირებადია და გრიპის საწინააღმდეგო ანტივირუსული პრეპარატები ხელმისაწვდომია.
- პაციენტებს, რომლებიც არ აღენიშნებათ გართულებები და არ მიეკუთვნებიან რისკის ჯგუფს არ სჭირდებათ მკურნალობა ანტივირუსული პრეპარატებით.
- პაციენტებს, რომელთაც აქვთ მძიმე ან პროგრესირებადი კლინიკური გამოვლინებები, უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა **ოსელტამივირით**, მკურნალობა უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება მალე.
- სიტუაციებში, როცა ოსელტამივირი არაა ხელმისაწვდომი ან შეუძლებელია მისი გამოყენება ან თუ ვირუსი რეზისტენტულია ოსელტამივირის მიმართ, მაგრამ მგრძობიარე ან სავარაუდოდ მგრძობიარე ზანამივირის მიმართ, პაციენტებს, რომელთაც აქვთ მძიმე ან პროგრესირებადი კლინიკური გამოვლინებები, უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა ზანამივირით

- პაციენტებს, რომელთაც არ აღენიშნებათ გართულებები, მაგრამ მიეკუთვნებიან რისკის ჯგუფს, უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა **ოსელტამივირითა** ან **ზანამივირით**. მკურნალობა უნდა დაიწყოს, რაც შეიძლება მალე დაავადების გამოვლენიდან.
- იქ, სადაც არის გრიპის ვირუსის ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემის შესაძლებლობა და არის ინფექციის გართულების რისკი (განპირობებული გრიპის ვირუსის შტამის ან ექსპოზირებული ჯგუფის თავისებურებებით), **ოსელტამივირი** ან **ზანამივირი** შესაძლოა დაინიშნოს ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის მიზნით.
- თუ გრიპის გართულებების ალბათობა დაბალია, ანტივირუსული ქიმიოპროფილაქტიკა არ უნდა დაინიშნოს. ეს რეკომენდაცია ძალაშია ვირუსის ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემის რისკის მიუხედავად.
- ორსულებსა და მეძუპურ ქალებში ანტივირუსული პრეპარატების (**ოსელტამივირისა** და **ზანამივირის**) გამოყენების სარგებლობა აღემატება რისკს, ამიტომ ორივე პრეპარატი გამოიყენება სამკურნალოდ და პროფილაქტიკისათვის.

## 7. პროფილაქტიკური ღონისძიებები

პანდემიის პერიოდში პროფილაქტიკა არ უტარდება კონტაქტში მყოფ ყველა პირს, არამედ გამოიყოფა განსაკუთრებული რისკის ქვეშ მყოფი პირები.

ოჯახის პირობებში პროფილაქტიკა უტარდებათ გახანგრძლივებული ახლო კონტაქტის მქონე პირებს, როცა ისინი მიეკუთვნებიან მაღალი რისკის ჯგუფს. გადაწყვეტილებას პროფილაქტიკის ჩატარების შესახებ იღებს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ზოგადი პროფილის ექიმი საჭიროების შემთხვევაში შესაბამისი ექსპერტის აზრის გათვალისწინებით (ინფექციონისტი, პედიატრი, ნეფროლოგი, იმუნოლოგი და ა.შ.).

ახლო გახანგრძლივებული კონტაქტის მაგალითებს წარმოადგენენ: პირები, რომლებიც ცხოვრობენ/ სძინავენ ერთსა და იმავე ოჯახში, მოსწავლეები ერთ ოთახში და ა.შ. მომატებული რისკის პირები მითითებულია ცხრილში. მათ უტარდებათ პროფილაქტიკა, თუ მათ ახლო გახანგრძლივებული კონტაქტი ჰქონდათ H1N1 შემთხვევასთან.

ანტივირუსული ქიმიოპროფილაქტიკის ჩატარება ემყარება სუსტი რეკომენდაციისა და დაბალი ხარისხის მტკიცებულებას.

ანტივირუსული პროფილაქტიკა რეკომენდებულია პაციენტების შემდეგ ჯგუფებში:

- პირები ფილტვის ქრონიკული დაავადებით
- პირები თირკმლის ქრონიკული დაავადებით
- პირები ქრონიკული ნეფროლოგიური დაავადებით
- პირები ღვიძლის ქრონიკული დაავადებით
- პირები გულის ქრონიკული დაავადებით
- 5 წლამდე ასაკის ბავშვები

- 65 წელზე მეტი ასაკის პირები
- იმუნოკომპრომეტირებული პირები (გამოწვეული პრეპარატით ან დაავადებით)
- პირები შაქრიანი დიაბეტით
- პირები, რომელთაც ჩატარებული აქვთ თერაპია ასთმის გამო ბოლო სამი წლის განმავლობაში
- ორსულები
- პაციენტები სიმსუქნით

#### 8. რეაბილიტაცია/მეთვალყურეობა

გამოჯანმრთელებული პაციენტი რაიმე სპეციალურ სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს ან მეთვალყურეობას არ საჭიროებს.

გართულებების გამოვლენის შემთხვევაში პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს შესაბამისი მკურნალობა გამოვლენილი სიმპტომების/სინდრომების ხასიათისა და სიმძიმის გათვალისწინებით პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმის გადაწყვეტილებით.

ბინაზე ჩატარებული მკურნალობის/პროფილაქტიკის ღონისძიებებს, მათ შორის, გრიპით დაავადებულთან კონტაქტის მქონე ჯგუფებში, მართავს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმები. გვერდითი მოვლენების გამოვლენის შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალის კლინიკურ გადაწყვეტილებას განსაზღვრავს ამ გამოვლენათა სიმძიმე და ხასიათი.

საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, იმ შემთხვევაში, თუკი პაციენტი ჯერ კიდევ ინფექციის წყაროს წარმოადგენს, ოჯახის წევრებს უტარდება სპეციალური სწავლება პირადი ჰიგიენის და ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების შესრულების შესახებ (მაგ. ხელების დაბანა, ნიღბის გამოყენება და ა.შ) პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმების, ექთნების მიერ.

*დეტალური ინფორმაციისთვის იხილეთ პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი), დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 ნოემბრის №38/ო ბრძანებით). ხელმისაწვდომია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე <http://www.moh.gov.ge/>*

## ოსტეოპოროზის პრევენცია ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში<sup>2</sup>

### 1. რა არის ოსტეოპოროზი

ოსტეოპოროზი ძვლოვანი სისტემის ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა, რომელიც მძიმე კლინიკური გამოსავლებისა და მასთან დაკავშირებული მკურნალობის ხარჯების გამო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უდიდეს პრობლემადაა მიჩნეული. ასაკის მატებასთან ერთად ოსტეოპოროზით დაავადებია იზრდება. ოსტეოპოროზი მსოფლიოში 200 მილიონზე მეტ ადამიანს აღენიშნება. ხანდაზმული მოსახლეობის მატებასთან ერთად მოსალოდნელია ოსტეოპოროზის პრევალირების შემდგომი ესკალაცია. აშშ-სა და ევროპის ქვეყნებში ოსტეოპოროზი მენოპაუზის შემდგომ პერიოდში ქალების 30%-ს აღენიშნება. მათ 40%-ს დარჩენილი სიცოცხლის მანძილზე, სულ მცირე, ერთი მოტეხილობა მაინც უვითარდება. ევროპაში 2000 წელს ოსტეოპოროზით გამოწვეული მოტეხილობების მკურნალობის პირდაპირი ხარჯი 32 მილიარდ ევროს შეადგენდა. მოსახლეობის დაბერების ტენდენციის, ოსტეოპოროზის პრევალირებისა და მოტეხილობის რისკის ზრდასთან ერთად 2050 წლისთვის ამ ხარჯების ორჯერ გაზრდაა მოსალოდნელი.

საქართველოში ოსტეოპოროზისა და ოსტეოპოროზული მოტეხილობების სტატისტიკა არასრულია და წლის განმავლობაში მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებს ითვლის.<sup>3</sup> ეს უდავოდ მიუთითებს ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ოსტეოპოროზის სკრინინგისა და აღრიცხვიანობის სისტემის გაუმჯობესების აუცილებლობაზე.

ოსტეოპოროზის გართულებებთან დაკავშირებული მძიმე ეკონომიკური და სოციალური ტვირთი კიდევ ერთხელ ადასტურებს ოსტეოპოროზის პრევენციის, ადრეული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მნიშვნელობას.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) განმარტებით ოსტეოპოროზი დაავადებაა, რომელიც ძვლოვანი მასის შემცირებითა და ძვლის ქსოვილის მიკროარქიტექტონიკის გაუარესებით ხასიათდება, რაც ზრდის ძვლის სიმყიფესა და მოტეხილობის რისკს. ოსტეოპოროზი ძვლის რემოდელირებისა და რეზორბციის ფაზებს შორის ბალანსის დარღვევის შედეგია. რემოდელირების პროცესი, რაც ძვლის უჯრედების მუდმივ განახლებას გულისხმობს, ძვლის ჯანსაღი შენების შენარჩუნებისთვის აუცილებელი პირობაა.

ოსტეოპოროზი ძვლოვანი ქსოვილის გენერალიზებულ დაზიანებას იწვევს, რის შედეგადაც მოტეხილობის აღმოცენება ნებისმიერ უბანშია მოსალოდნელი. დაავადების კლასიკური მიმდინარეობისას განსაკუთრებით ხშირია ხერხემლის გულმკერდისა და წელის მალეების, სხივის ძვლის დისტალური და ბარძაყის პროქსიმალური ნაწილის მოტეხილობები.

ცნობილია ოსტეოპოროზის კლასიფიკაციის რამდენიმე ვარიანტი. ჯანმო ოსტეოპოროზის კლასიფიკაციას ძვლის მინერალური სიმკვრივის საფუძველზე ახდენს.

ძვლის მინერალური სიმკვრივე ძვლის სკანირებული ზედაპირის ერთ კვადრატულ სანტიმეტრზე გრამებში მინერალების აბსოლუტური ოდენობით გამოიხატება (გ/სმ<sup>2</sup>). ძვლის მინერალური სიმკვრივის შეფასებისთვის ორ საზომს იყენებენ:

<sup>2</sup> მომზადებულია ზოგად საექიმო პრაქტიკაში ოსტეოპოროზის პრევენციის გაიდლაინის საფუძველზე, საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი, სექტემბერი 2009 წელი.

<sup>3</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო



1. Z-მაჩვენებელი-ასახავს განსხვავებას კონკრეტული ასაკისა და სქესის პაციენტების მოსალოდნელ, ნორმალურ მაჩვენებელსა და ფაქტიურ მაჩვენებელს შორის;
2. T-მაჩვენებელი-ასახავს განსხვავებას იმავე სქესის ახალგაზრდა პაციენტის ნორმალურ და ფაქტიურ მაჩვენებლებს შორის.

ეს განსხვავება საშუალო მაჩვენებლიდან სტანდარტული გადახდით (დევიაციით) იზომება. ჩვეულებრივ, 1 სტანდარტული გადახრა ძვლის მინერალური სიმკვრივის 10%-დან 15%-მდე მერყეობს.

ახალგაზრდა ასაკში ძვლის მინერალური სიმკვრივის საშუალო მაჩვენებლისაგან სტანდარტული დევიაციის შეფასების საფუძველზე გამოიყოფა ნორმის, ოსტეოპენიისა და ოსტეოპოროზის მდგომარეობა. ძვლების მინერალური სიმკვრივის დაქვეითება მოზრდილი ასაკის ადრეული პერიოდიდან იწყება. მენოპაუზის ასაკის ქალებში პროცესი განსაკუთრებით ინტენსიურ ხასიათს იღებს და ორივე სქესის პირებში მენოპაუზის შემდგომ, ხანდაზმულობის პერიოდშიც გრძელდება. ძვლის მინერალური სიმკვრივის შეფასებისას ნორმასთან შედარებით განსხვავების ზრდასთან ერთად მოტეხილობის რისკი იზრდება (ცხრილი 1).

**ცხრილი 1.** ოსტეოპოროზის კლასიფიკაცია ძვლის მინერალური სიმკვრივის საფუძველზე<sup>1</sup>

<b>ნორმა</b>	ძვლის მინერალური სიმკვრივე ახალგაზრდა ასაკის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით მხოლოდ 1 სტანდარტული გადახრით (სტანდარტული დევიაციით) ნაკლებია $T \geq -1$ .
<b>ოსტეოპენია</b>	ძვლის მინერალური სიმკვრივე ახალგაზრდა ასაკის საშუალო მაჩვენებლისაგან განსხვავებით 1-დან 2.5 სტანდარტულ გადახრამდე მერყეობს ( $T -1$ -სა და $-2.5$ შორისაა).
<b>ოსტეოპოროზი</b>	ძვლის მინერალური სიმკვრივე ახალგაზრდა ასაკის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით 2.5 სტანდარტული გადახრით (სტანდარტული დევიაციით) ნაკლებია $T \leq -2.5$ .
<b>მძიმე ოსტეოპოროზი</b>	ოსტეოპოროზი ერთი ან რამდენიმე მოტეხილობის ანამნეზით.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ რისკის ამგვარი სტრატეფიკაცია მართებულია მხოლოდ ქალებისთვის. რაც შეეხება მამაკაცებს, უახლესი პერიოდის კვლევებით ვლინდება, რომ შესაძლებელია მამრობითი სქესის ნორმებთან ამ მეთოდის ადაპტირება. თუმცა საყოველთაო შეთანხმება ამ საკითხზე ჯერჯერობით არ არსებობს.

ეტიოლოგიის მიხედვით განასხვავებენ პირველად და მეორად ოსტეოპოროზს. გამოიყოფა პირველადი ოსტეოპოროზის ოთხი ტიპი:

1. იუვენილური ოსტეოპოროზი-შესაძლოა განვითარდეს პრეპუბერტატულ პერიოდში ორივე სქესის პირებში;
2. იდიოპათური ოსტეოპოროზი-დიაგნოსტირდება ახალგაზრდებში, როდესაც ოსტეოპოროზის გამომწვევი მეორადი მიზეზის იდენტიფიცირება ვერ ხერხდება;
3. პოსტმენოპაუზის ასაკის ოსტეოპოროზი-აღინიშნება ქალებში კლიმაქტერიული პერიოდის დაწყებიდან 15-20 წლის განმავლობაში;
4. სენილური ოსტეოპოროზი-აღინიშნება ხანდაზმულებში.

მეორადი ოსტეოპოროზის მიზეზებს შორის აღსანიშნავია არაჯანსაღი ცხოვრების წესი, რევმატიოიდული და აუტოიმუნური დარღვევები, მედიკამენტური და სხვ.

## 2. რა ახასიათებს ოსტეოპოროზს?

ოსტეოპოროზი ხშირად უსიმპტომოდ ან ხერხემლის ყრუ ტკივილით მიმდინარეობს და მხოლოდ პირველი მოტეხილობის შემდეგ იქცევს პაციენტისა და სამედიცინო პერსონალის ყურადღებას. პათოლოგიური მოტეხილობები ოსტეოპოროზის ყველაზე თვალსაჩინო კლინიკური ნიშანია. ზიანდება ხერხემალი და ბარძაყი. შედარებით იშვიათია ნეკნების, წინამხრისა და წვივის ძვლების დაზიანება.

ოსტეოპოროზის ადრეული სიმპტომი ხშირად ზურგის მწვავე ტკივილის ეპიზოდია, რომელიც ჩვეულებრივ ფიზიკური დატვირთვის შესრულებისას ვითარდება (მაგ. წინ დახრა, ფანჯრის გაღება, ადგომა, უმნიშვნელო სიმძიმის აწევა და ა.შ.) და ხერხემლის მალევის კომპრესიული მოტეხილობითაა განპირობებული. პაციენტი ზუსტად ასახელებს ტკივილის დაწყების მომენტს. თუმცა უჭირს ტკივილის ლოკალიზაციის კონკრეტულად მითითება. ხერხემლის მოტეხილობის შედეგად იზღუდება თავისუფალი მოძრაობის უნარი. ტკივილი მჯდომარე ან ფეხზე მდგომ მდგომარეობაში ძლიერდება, ხოლო ჰორიზონტალურ პოზიციაში სუსტდება. პაციენტი ცდილობს ნელა იაროს, თუმცა სიარულის სხვა სახის დარღვევები არ აღინიშნება.

მაღის მწვავე მოტეხილობის გამო ადგილი აქვს პარავერტებრალური კუნთების სპაზმს, რის შედეგადაც შესაძლებელი ხდება მათი ვიზუალიზაცია და პალპაცია. მოტეხილობებს შორის პერიოდში პაციენტებს ჩივილები, ჩვეულებრივ, არ აღენიშნებათ. თუმცა ზოგიერთი მათგანი მუდმივად უჩივის წელის ყრუ ტკივილს, განსაკუთრებით ფეხზე ხანგრძლივი დგომის შემდეგ.

ხერხემლის კომპრესიულ მოტეხილობას, როგორც წესი, თან არ ახლავს ნევროლოგიური სიმპტომომპლექსი. ნევროლოგიური სიმპტომების მანიფესტირებისას აუცილებელია ისეთი პათოლოგიების გამორიცხვა, როგორიცაა ძვლის მეტასტაზური ან პირველადი კიბო, მიელომა, პეჯეტის დაავადება ან ლიმფომა.

მალევის კომპრესიული მოტეხილობის ფონზე მოსალოდნელია გულმკერდის კიფოზისა და წელის ლორდოზის ჩამოყალიბება.

რიგ შემთხვევებში, ოსტეოპოროზი არავერტებრალური მოტეხილობებით მანიფესტირდება. ეს მოტეხილობები, ჩვეულებრივ, მცირე ტრავმითაა გამოწვეული. ასაკის მატებასთან ერთად ბარძაყის ყელის ოსტეოპოროზული მოტეხილობების ინსიდენტობა იზრდება.

მოტეხილობა ოსტეოპოროზის ყველაზე ხშირი და სახიფათო გართულებაა. დარჩენილი სიცოცხლის მანძილზე ოსტეოპოროზული მოტეხილობა 50 წლის ზემოთ ყოველ მეორე ქალსა და რვიდან ერთ მამაკაცშია მოსალოდნელი. ოსტეოპოროზითაა განპირობებული ხანდაზმულებში ბარძაყისა და ხერხემლის მოტეხილობების 90%.

ძალიან მაღალია ბარძაყის მოტეხილობასთან დაკავშირებული დაავადებანობისა და სიკვდილობის ფინანსური, სოციალური და მორალური ტვირთი. აღსანიშნავია, რომ ბარძაყის ყელის მოტეხილობის შემდეგ მომდევნო ერთი წლის მანძილზე სიკვდილობის მაჩვენებელი 20-24%-ს შეადგენს. არანაკლებ საყურადღებოა ხერხემლის მოტეხილობის გამოსავლები, რაც

ხშირად ტკივილის გამო შრომის უნარის მნიშვნელოვანი დაქვეითებისა და უუნარობის მიზეზი ხდება.

### 3. როგორ დავსვათ ოსტეოპოროზის დიაგნოზი?

#### *დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი*

ოსტეოპოროზის დიაგნოზი ანამნეზს, რისკ-ფაქტორების იდენტიფიცირებას, ფიზიკალურ გასინჯვასა და ძვლის მინერალური სიმკვრივის განსაზღვრას ემყარება. ოსტეოპოროზთან ასოცირებული რისკის შეფასება კლინიკური სიმპტომკომპლექსის საფუძველზე რეკომენდებულია პოსტმენოპაუზის ასაკის ქალებსა და 50 წლის ზემოთ მამაკაცებში. ძვლის დენსიტომეტრიის აუცილებლობა წინასწარი კლინიკური შეფასების შედეგად დგინდება.

პრევენციული პრაქტიკის წარმატებული განხორციელებისთვის აუცილებელია ერთის მხრივ ოსტეოპოროზის, ხოლო მეორეს მხრივ ოსტეოპოროზული მოტეხილობების რისკის შეფასება.

#### **ოსტეოპოროზის რისკის შეფასება**

ოსტეოპოროზის პრევენციასა და დროულ მკურნალობას ართულებს მისი ასიმპტომური მიმდინარეობა, რის გამოც დაავადების დიაგნოსტიკა ხშირად მხოლოდ პირველი მოტეხილობის შემდეგ ხდება. ოსტეოპოროზის თავიდან აცილებისა და დროული მკურნალობისათვის საჭიროა იმ ფაქტორების გათვალისწინება, რომელიც ხელს უწყობს მის განვითარებას (ცხრილი 3).

#### **ოსტეოპოროზის არამოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორები**

##### **ა) ასაკი**

დაბერების პროცესში ძვლის მინერალური მასა მცირდება და, შესაბამისად, ოსტეოპოროზის რისკი მატულობს. 60 წლის შემდეგ ყოველ მომდევნო დეკადაში ოსტეოპოროზის რისკი მნიშვნელოვნად იზრდება. ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანმრთელობისა და კვების ეროვნული კვლევის მესამე ფაზის შედეგებით გამოვლინდა, რომ ოსტეოპოროზი 50-59 წლის თეთრკანიანი ქალების 27%-ს, 60-69 წლის ასაკში 32%-ს, ხოლო 70 წლის ზემოთ ქალების 41%-ს აღენიშნება.

##### **ბ) სქესი**

ქალებში ძვლის მასა ბუნებრივად მცირეა. ამას ემატება მენოპაუზის პერიოდში ძვლის მინერალური სიმკვრივის სწრაფი დაქვეითება, რაც განაპირობებს ქალებში, მამაკაცებთან შედარებით ოსტეოპოროზის მაღალ რისკს. მამრობითი სქესის პირებში ძვლოვანი მასის კლების ინტენსივობა გაცილებით დაბალია, თუმცა ეს არ ამცირებს ამ ჯგუფში ოსტეოპოროზის პრევენციის მნიშვნელობას. მაგალითად, ფრემინგემის ოსტეოპოროზის კვლევაში ქალებში ძვლოვანი მასის კლების ინტენსივობა 0.86-1.21% იყო, ხოლო მამაკაცებში 0.04-0.9%-ს არ აღემატებოდა. მამაკაცებში შედარებით ხშირია მეორადი ოსტეოპოროზი, რაც შემთხვევათა 40%-ს შეადგენს.

### გ) რეპროდუქციული ფაქტორები

მეცნიერული მონაცემებით დასტურდება, რომ ადრეული მენოპაუზის შემთხვევაში ძვლის მინერალური სიმკვრივე გაცილებით სწრაფად იკლებს. ამის გამო, ქალები ადრეული მენოპაუზის ანამნეზით ოსტეოპოროზის მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან.

მონაცემები ძვლის მინერალური მასის მოცულობასა და სხვა რეპროდუქციულ ფუნქციებს (მაგ. შვილოსნობა, აბორტების რაოდენობა, ძუძუთი კვება) შორის კავშირზე ნაკლებად დამაჯერებელია და სპეციფიკური რეკომენდაციების ჩამოყალიბების საშუალებას არ იძლევა.

ქალებში ესტროგენ-ჩანაცვლებითი თერაპიის ფონზე, იმავე ასაკის სხვა ქალებთან შედარებით, ძვლის მინერალური სიმკვრივე მაღალია, რაც ოსტეოპოროზის შედარებით დაბალ რისკზე მიუთითებს.

### დ) ოსტეოპოროზის ოჯახური ანამნეზი

ოსტეოპოროზის ოჯახური ანამნეზი გულისხმობს პირველი რიგის ნათესავებში ოსტეოპოროზის, კიფოზის და 50 წლის შემდეგ უმნიშვნელო ტრავმით გამოწვეული მოტეხილობების ანამნეზს. ზოგადად, ოსტეოპოროზის ოჯახური ანამნეზი უფრო სენსიტიური მაჩვენებელია, ვიდრე ცალ-ცალკე დედის ან მამის ანამნეზი.

ერთ-ერთ ეპიდემიოლოგიურ კვლევაში ოსტეოპოროზის უდიდესი რისკი (შედარებითი რისკი 2.16, CI=1.38-3.37) აღენიშნებოდათ პაციენტებს მამის მხრივ ოსტეოპოროზის დადებითი ანამნეზით.

### ოსტეოპოროზის მოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორები

#### ა) წონა

წონის მკვეთრი დაკლება და სხეულის მასის ინდექსის დაბალი მაჩვენებელი ძვლის მინერალური სიმკვრივის კლებას მიუთითებს. ოსტეოპოროზის რისკი განსაკუთრებით მაღალია პოსტმენოპაუზის ასაკის ქალებში სხეულის მასის ინდექსის დაბალი მაჩვენებლით.

#### ბ) თამბაქოს მოწევა

ოსტეოპოროზისა და მოტეხილობის რისკზე ნიკოტინის მავნე ზემოქმედების შემსწავლელი კვლევების მეტა-ანალიზით გამოვლინდა, რომ მენოპაუზის შემდგომ პერიოდში მწვევლებში, არამწვევლებთან შედარებით, ძვლის მინერალური სიმკვრივე ყოველ ათწლეულში 2%-ით ნაკლებია. 80 წლის ასაკში ეს განსხვავება 6%-ს აღწევს.

მწვევლ ქალებში ბარძაყის მოტეხილობის რისკი თამბაქოს მოწევის ინტენსივობის შესაბამისად იზრდება. მოწევის შეწყვეტასთან ერთად ოსტეოპოროზის რისკი მცირდება, თუმცა მნიშვნელოვანი შედეგი მხოლოდ ათი წლის შემდეგ აღინიშნება.

#### გ) ალკოჰოლი

ალკოჰოლსა და ოსტეოპოროზის რისკის თაობაზე ჩატარებული კვლევების შედეგები ურთიერთსაპირისპირო და ნაკლებად სარწმუნოა. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ კვლევებში ალკოჰოლის ჭარბად მომხმარებელი პირები არ მონაწილეობდნენ.

**დ) ვარჯიში**

კანადასა და იტალიაში ახალგაზრდა (18-35 წელი) და შუახნის ასაკის ქალებში ჩატარებული კვლევებით დადგინდა, რომ რეგულარული ფიზიკური დატვირთვა პოზიტიურ კორელაციაშია ძვლის მინერალურ სიმკვრივესთან. პოსტმენოპაუზის ასაკის ინგლისელ ქალებში დადასტურდა, რომ ვარჯიში ხელს უწყობს ძვლის მინერალური სიმკვრივის შენარჩუნებას. 50-75 წლის ნორვეგიელ ქალებში რეგულარული ფიზიკური აქტივობის ფონზე აღინიშნა მოტეხილობების დაბალი მაჩვენებელი, იმ ქალებთან შედარებით, ვინც ვარჯიშის რეჟიმს არ იცავდა.

ავსტრალიაში ჩატარებული კვლევით მონაცემთა საწყისი ანალიზის შედეგად ვარჯიშსა და ძვლის მინერალურ სიმკვრივეს შორის პოზიტიური დამოკიდებულება გამოვლინდა. თუმცა ასაკი, სხეულის მასის ინდექსისა და კალციუმის მოხმარების გათვალისწინების შემდეგ შედეგები სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არ აღმოჩნდა.

**ე) დიეტა**

მენოპაუზის ასაკამდე (45-49) რძით მდიდარი დიეტა პოზიტიურ კორელაციაშია ძვლის მინერალურ სიმკვრივესთან. სტოკჰოლმში 80 წელს გადაცილებულ არაინსტიტუციონიზებულ ხანდაზმულ ქალებში ძვლის მინერალური სიმკვრივე დადებით კორელაციაში აღმოჩნდა D ვიტამინის მიღებასთან. მნიშვნელოვანი ურთიერთკავშირი სხვა დიეტურ ფაქტორებსა და ძვლის მინერალურ სიმკვრივეს შორის დადგენილი არ არის.

**ვ) დაცემის რისკი**

რამდენადაც ოსტეოპოროზით გამოწვეული მოტეხილობების დიდი ნაწილი დაცემის შედეგია, მნიშვნელოვანია დაცემის რისკის შეფასება (ცხრილი 2). მათ შორის ყველაზე საყურადღებოა დაცემის ანამნეზი, კუნთოვანი სისუსტე, წონასწორობის დარღვევით მიმდინარე დაავადებები და მხედველობის დაქვეითება.

**ცხრილი 2** დაცემის რისკ-ფაქტორები

გარემო პირობები	ზოგადი სამედიცინო რისკ-ფაქტორები
საყრდენი ხარისხების/მოწყობილობის არ არსებობა	ასაკი
ცუდი განათება	შფოთვა და აჟიტირებული მდგომარეობა
ფეხის დაცურების საშიშროება	ართრია
ავეჯის ისეთი განლაგება, რაც აფერხებს თავისუფალ გადაადგილებას	დეჰიდრატაცია
<b>ნევროლოგიური და ძვალ-კუნთოვანი რისკ-ფაქტორები</b>	დეპრესია
კიფოზი	მდედრობითი სქესი
წონასწორობის დარღვევა	მომრავობის უნარის შეზღუდვა
პერიფერიული მგრძობელობის დაქვეითება	კვებითი დეფიციტი
კუნთების სისუსტე	სედაციის გამომწვევი მედიკამენტები (ნარკოტიკული ანალგეზიური, კრუნჩხვის საწინააღმდეგო და ფსიქოტროპული პრეპარატები)
<b>სხვა რისკ ფაქტორები</b>	ორთოსტატიკული ჰიპოტენზია
დაცემის შიში	მხედველობის გაუარესება
	წარსულში დაცემის შემთხვევები
	ცნობიერების გაუარესება

ზემოაღნიშნულიდან ყველაზე კრიტიკული რისკ-ფაქტორები გამოყენებულია ჯანმოს-ს მოტეხილობის 10-წლიანი რისკის შეფასების მოდელში. ამ ფაქტორების არსებობა, ძვლის მინერალური სიმკვრივის მაჩვენებლის მიუხედავად, მოტეხილობის მაღალ რისკზე მიუთითებს, ამდენად მათი გათვალისწინება პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის შეფასებისას განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია (ცხრილი 3).

ცხრილი 3. ჯანმოს მოტეხილობის 10-წლიანი რისკის შეფასების მოდელში გათვალისწინებული რისკ-ფაქტორები (ჯანმოს ტექნიკური ანგარიში)

• ასაკი შეფასების მომენტში	• რევმატოიდული ართრიტი
• სქესი	• მეორადი ოსტეოპოროზი
• ოსტეოპოროზული მოტეხილობის ანამნეზი (მ.შ. მალეების კომპრესიული მოტეხილობა)	• ბარძაყის ძვლის მოტეხილობის ოჯახური ანამნეზი
• ბარძაყის ძვლის ყელის მინერალური სიმკვრივე	• თამბაქო
• სხეულის მასის ინდექსი (კგ/მ <sup>2</sup> )	• ალკოჰოლი (სამი ან მეტი ერთეული დღეში)
• ორალური გლუკოკორტიკოიდები (პრედნიზოლონი დღეში 5 მგ ან მეტი სამ თვეში უფრო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში)	

**რისკის ხარისხის შეფასება**

ოსტეოპოროზის პრევენციული პრაქტიკის განხორციელებისთვის საჭიროა ერთმანეთისაგან გავმიჯნოთ ოსტეოპოროზისა და დაცემის და მოტეხილობის რისკი. ოსტეოპოროზი დაცემით გამოწვეული მოტეხილობის ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორია. ამდენად, პაციენტები დაცემის მაღალი რისკითა და წარსულში მოტეხილობის ანამნეზით პირველ რიგში საჭიროებენ ოსტეოპოროზის პრევენციის მიზნით რეკომენდებულ ღონისძიებებს. არანაკლებ საყურადღებოა პაციენტები ოსტეოპოროზის სხვა რისკ ფაქტორებითა და დაავადებებით, რომლებიც ასტიმულირებენ ოსტეოპოროზის პროცესს. ასეთი პაციენტები მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან და ოსტეოპოროზის თავიდან აცილებისთვის ინტენსიურ მკურნალობას საჭიროებენ.

**გამოკვლევების სქემა**

ოსტეოპოროზისა და მასთან დაკავშირებული მოტეხილობების რისკის შეფასება ოსტეოპოროზის დიაგნოსტიკის პირველი და ყველაზე ინფორმატიული ეტაპია. კლინიკური შეფასებისას მნიშვნელოვანია გამოვლინდეს ყველა ფაქტორი, რამაც შესაძლოა ხელი შეუწყოს ოსტეოპოროზის განვითარებას. მართალია, ოსტეოპოროზის კლინიკური დიაგნოზი ხშირად რისკის პროფილის შეფასებას ემყარება, რიგ შემთხვევებში მნიშვნელოვანია ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები. ბარძაყისა და ხერხემლის დუალ-ენერგიული რენტგენოლოგიური აბსორბციომეტრია (DXA) ოსტეოპოროზის დიაგნოსტიკის „ოქროს სტანდარტადაა“ მიჩნეული. DXA სერიული გაზომვები ოსტეოპოროზის დიაგნოსტიკის, მოტეხილობის რისკის შეფასებისა და პაციენტის მდგომარეობის მონიტორიტების საშუალებას იძლევა.

ძვლის დენსიტომეტრია ნაჩვენებია პაციენტებში მოტეხილობების მაღალი რისკით მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ გამოკვლევა აუცილებელია მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილების მისაღებად.

ძვლის დენსიტომეტრია ნაჩვენებია:

- 65 წლის ზემოთ ქალებსა და 70 წლის ზემოთ მამაკაცებში, კლინიკური რისკ-ფაქტორების პროფილის მიუხედავად;
- 65 წლამდე პოსტმენოპაუზის ასაკის ქალებში და 50-69 წლის მამაკაცებში ოსტეოპოროზის მრავლობითი რისკ-ფაქტორებით;
- ქალებში მენოპაუზის გარდამავალ პერიოდში სპეციფიკური რისკ-ფაქტორებით, რაც ზრდის მოტეხილობის რისკს, მაგ. სიგამხდრე, ანამნეზში უმნიშვნელო ტრავმის ფონზე აღმოცენებული მოტეხილობები ან ოსტეოპოროზის გამომწვევი მედიკამენტების მოხმარება;
- პაციენტებში, 50 წლის ზემოთ ასაკში მოტეხილობების ანამნეზით;
- პაციენტებში ოსტეოპოროზის მეორადი მიზეზებით (ცხრილი#4 );
- ნებისმიერ შემთხვევაში ოსტეოპოროზის საწინააღმდეგო მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნამდე;
- პაციენტებში, რომლებიც იტარებენ ოსტეოპოროზის საწინააღმდეგო მედიკამენტურ მკურნალობას;
- პოსტმენოპაუზის ასაკის ქალებში, რომლებიც რაიმე მიზეზით წყვეტენ ესტროგენების მიღებას.

#### 4. შესაძლებელია თუ არა ოსტეოპოროზის თავიდან აცილება

კალციუმისა და D ვიტამინის ადეკვატური დიეტური მოხმარება, რეგულარული ვარჯიში, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების შეზღუდვა ხელს უწყობს ძვლის ჯანსაღი შენების შენარჩუნებას და, ამდენად, რეკომენდებულია ყველასათვის.

ოსტეოპოროზის პროგრესირების შეფერხებისა და ამასთან დაკავშირებული მოტეხილობების თავიდან აცილებისთვის არსებითი მნიშვნელობა აქვს მეორეული პრევენციის განხორციელებას. მეორეული პრევენციის სტრატეგია ითვალისწინებს, როგორც ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვირდებას და დიეტურ რეკომენდაციებს, ასევე სპეციფიკურ მედიკამენტურ მკურნალობას.

არაერთი მეცნიერული კვლევით დასტურდება, რომ რეგულარული ფიზიკური დატვირთვა ამცირებს ხანდაზმულებში დაცემის რისკს. თემში მცხოვრები ხანდაზმულებისთვის განსაკუთრებით ეფექტიანი აღმოჩნდა საყრდენი ხარისხების გამოყენება და წონასწორობის დაცვაზე ორიენტირებული ვარჯიშის პროგრამები. რამოდენიმე სისტემურმა მიმოხილვამ და კვლევების მეტა-ანალიზმა უჩვენა, რომ დაბალი ზემოქმედების წონის შემანარჩუნებელი დატვირთვა<sup>4</sup> და ძალისმიერი<sup>5</sup> ინტენსიური ვარჯიშები მამაკაცებსა და პოსტმენოპაუზის ასაკის ქალებში ძვლის მინერალური სიმკვრივის შენარჩუნების საშუალებას იძლევა. წონის შემანარჩუნებელი ვარჯიშისას მნიშვნელოვანია ბარძაყისა და ხერხემლის კუნთების

<sup>4</sup> ვარჯიში, რომლის დროსაც იატაკს მხოლოდ ერთი ფეხი სცილდება. ხტუნვა მაღალი ინტენსივობის დატვირთვა და პაციენტებისთვის რეკომენდებული არ არის.

<sup>5</sup> ვარჯიში წინააღმდეგობით კუნთების სპეციფიკური ჯგუფების განვითარების მიზნით.



დატვირთვა. სასურველი შედეგის მისაღწევად საჭიროა დატვირთვის ინტენსივობის ეტაპობრივი მატება. ვარჯიშის პროგრამა პაციენტისთვის კომფორტული ზომიერი დატვირვით უნდა დაიწყოს.

ასევე აღსანიშნავია, რომ კალციუმისა და D ვიტამინის ადეკვატური რაოდენობით მიღება მოტეხილობის რისკის შემცირების უსაფრთხო და იაფი გზაა. სამეცნიერო ლიტერატურის სისტემური მიმოხილვა მიუთითებს, რომ პოსტმენოპაუზის ასაკის თეთრკანიან ქალებში კალციუმით მდიდარი დიეტა ისევე ეფექტურია, როგორც კალციუმის პრეპარატების მიღება. დღიურ რაციონში 1000 მგ კალციუმის მოხმარება 24%-ით ამცირებს ბარძაყის მოტეხილობის რისკს.

დღის განმავლობაში 2500მგ-ზე მეტი კალციუმის მიღება პაციენტებში, რომლებსაც თირკმლის პათოლოგია არ აღენიშნებათ, უსაფრთხოა და ჰიპერკალცემიისა ან კენჭების ფორმირებას არ იწვევს. პაციენტებში თირკმლის ფუნქციების გაუარესებით დღიურ რაციონში 2500 მგ-ზე მეტი ოდენობის კალციუმის მიღება რეკომენდებული არ არის. თირკმლის ქრონიკული პათოლოგიების დროს კალციუმით მდიდარი დიეტის შერჩევა განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა მოხდეს.

დიეტური კალციუმის სასურველი დოზის მისაღწევად რეკომენდებულია დღის განმავლობაში 3-4-ულუფა რომელიმე ქვემოთ ჩამოთვლილი საკვების მოხმარება:

- 200 მლ რძე
- 1 იოგურტი
- 30 გრამი მყარი ყველი
- 200 მლ სოიას რძე კალციუმის დანამატით
- 60 გრ სარდინი
- 4 ნაჭერი თეთრი პური
- 1 ულუფა კალციუმით მდიდარი ბურღული რძით

იმ პაციენტებს, რომლებიც რაიმე მიზეზის გამო უარს ამბობენ კალციუმით მდიდარ საკვებზე, კალციუმის დანამატების მიღება უნდა შევთავაზოთ. 1000 მგ ან მეტი დოზით კალციუმის დანამატების მიღება ისეთივე წარმატებით ამცირებს მოტეხილობის რისკს, როგორც კალციუმით მდიდარი დიეტა.

უნდა აღინიშნოს, რომ 65 წლის ზემოთ D ვიტამინის რეკომენდებული დღიური დოზის (400 IU) უზრუნველყოფა ხშირად მხოლოდ დანამატების მიღების გზითაა შესაძლებელი. სახლს მიჯაჭვულ პაციენტებში, როდესაც D ვიტამინის დეფიციტის ალბათობა მაღალია, ვიტამინის რეკომენდებული დოზა 2-ჯერ მეტია და 800 IU-შეადგენს.

სასმელ წყალში ფტორის შემცველობასა და მოტეხილობის სიხშირეს შორის კავშირის შემსწავლელი კვლევებით ფტორის როლი ოსტეოპოროზის პრევენციისა და ძვლის მინერალური სიმკვრივის შენარჩუნებაში არ დადასტურდა.(III) თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ამ კვლევების მანძილზე ხანმოკლე დაკვირვება ამგვარი კავშირის დადგენისთვის შესაძლოა საკმარისი არ ყოფილიყო.

ოსტეოპოროზის პრევენციისთვის სხვადასხვა ავტორები აღნიშნავენ ბუნებრივი პროგესტერონის, მაგნიუმის და ჰომეოპათიური საშუალებების მნიშვნელობას. თუმცა მეცნიერული მტკიცებულებები მათი ეფექტიანობის თაობაზე მცირეა და კლინიკური პრაქტიკის გაუმჯობესების თაობაზე რეკომენდაციების გაკეთების საშუალებას არ იძლევა.

ლიტერატურაში გარკვეული ყურადღება ეთმობა იპრიფლავონის როლს ოსტეოპოროზის პრევენციაში. იპრიფლავონი ფლავინოიდების ჯგუფს მიეკუთვნება და დიდი რაოდენობითაა სოიას პროდუქტებში. მართალია, ორი რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევით გამოვლინდა ორი წლის მანძილზე იპრიფლავონის ზემოქმედებით სხივის ძვლისა და ძალების მოტეხილობის რამდენადმე შემცირება, მომდევნო კვლევებმა ეს ეფექტი არ დაადასტურა.

ხშირად აღინიშნება, რომ კარბონატებით, ალკოჰოლითა და კოფეინით მდიდარი სასმელი აზიანებს ძვლოვან ქსოვილს. მეცნიერული მონაცემები ძვლის მინერალურ სიმკვრივეზე ამ ნივთიერებების ზეგავლენის თაობაზე მცირეა და კონკრეტული დასკვნის გამოტანის საშუალებას არ იძლევა.

ოსტეოპოროზის მეორეული პრევენციისა და მასთან დაკავშირებული მოტეხილობის რისკის შემცირების მიზნით ხშირად მიმართავენ მედიკამენტურ მკურნალობას.

მედიკამენტური მკურნალობის მიზანია მოტეხილობების ინსიდენტობის შემცირება; მოტეხილობით გამოწვეული სიმპტომების შემსუბუქება; და მომდევნო მოტეხილობების პრევენცია.

ოსტეოპოროზული მოტეხილობების პრევენციის მიზნით რეკომენდებული მედიკამენტები პირობითად ორ დიდ ჯგუფად შეიძლება გაიყოს (1) მედიკამენტები, რომლებიც განსაკუთრებით ეფექტიანია ვერტებრალური მოტეხილობების პრევენციისთვის; (2) მედიკამენტები, რომლებიც განსაკუთრებით ეფექტიანია არავერტებრალური მოტეხილობების პრევენციისთვის. ზოგადად, პირველი შერჩევის მედიკამენტად ითვლება ის პრეპარატი, რომელიც თანაბრად ეფექტიანია როგორც ვერტებრალური, ისე არავერტებრალური მოტეხილობების პრევენციისთვის.

## 5. როგორ ხდება მკურნალობის რეჟიმის შერჩევა

მედიკამენტური მკურნალობა რეკომენდებულია პაციენტებში, რომელთაც განსაკუთრებით მაღალი აქვთ მოტეხილობების რისკი. მოტეხილობის მაღალ რისკზე მიუთითებს ძვლის მინერალური სიმკვრივის დაბალი მაჩვენებელი, ასაკი, მოტეხილობის ანამნეზი და დაცემის მომატებული ალბათობა. 60 წლის ზემოთ ასაკის ქალებში ოსტეოპოროზითა და ოსტეოპოროზული მოტეხილობების ანამნეზით ძალიან მაღალია ვერტებრალური და არავერტებრალური მოტეხილობების რისკი. შემთხვევათა უმრავლესობაში მედიკამენტური მკურნალობის დაწყება ძვლის მინერალური სიმკვრივის შეფასების საფუძველზე ხდება (აქსიალური DXA გამოკვლევით). მოტეხილობის რისკის შემცირების მიზნით მედიკამენტური მკურნალობის დაწყება ძვლის მინერალური სიმკვრივის გაზომვის გარეშე გაუმართლებელია და დასაშვებია მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევებში. ამგვარ გამონაკლისს მიეკუთვნება პაციენტები ანამნეზში, სულ მცირე, ორი ვერტებრალური მოტეხილობით, რომელთაც არ აღენიშნებათ მეტასტაზური კიბო, მიელომა ან სხვა დესტრუქციული დაავადება.

პოსტმენოპაუზის ასაკის ქალებში მოტეხილობის პრევენციის მიზნით მედიკამენტური რეჟიმის ეფექტიანობის შემსწავლელი კვლევების შედეგები წარმოდგენილია #5 ცხრილში.

მედიკამენტური მკურნალობა დაწყების შემდეგ ხანგრძლივად, წლების მანძილზე უნდა გაგრძელდეს.

**ცხრილი №5.** პოსტმენოპაუზის ქალებში მოტეხილობის პრევენციის მიზნით მედიკამენტური რეჟიმის ეფექტიანობის შემსწავლელი კვლევების შედეგები

მკურნალობის სქემა	მოტეხილობის ფარდობითი რისკის შემცირების მაჩვენებელი		
	ხერხემალი	ბარძაყის ძვალი	სხვა
ჰორმონანაცვლებითი თერაპია	33%	34%	23%
კალციტონინი (PROOF)	36% ( 5წელი)	–	–
სტრონციუმის რანელატი (SOTI, TROPOS)(I)	41%-49% (3 წელი) 33% (4 წელი)	36%	15%
ალენდრონატი (FIT, FLEX, FOSIT)	55%	51% (3 წელი) 56 % (4 წელი)	47% (1 წელი)
იბანდრონატი (BONE, MOBILE, DIVA)	62% (3 წელი)	–	–
ზოლენდრონატი (HORIZON)	60% (1 წელი) 70% (3 წელი)	41% (3 წელი)	25% (3 წელი)

ცხრილში მოყვანილი მედიკამენტები საქართველოში დარეგისტრირებულია, როგორც ანტიპოროზული ეფექტის მქონე პრეპარატები. მათი ეფექტიანობის შესაფასებლად გამოყენებულია მოტეხილობების ფარდობითი რისკის შემცირების მაჩვენებლები, რაც პრაქტიკული თვალსაზრისით უფრო მეტად მნიშვნელოვანია, ვიდრე ძვლის მინერალური სიმკვრივისა და მეტაბოლიზმის მარკერების დინამიკა.

**კალციტონინი** ანტირეზორბციული პრეპარატი ნაზალური სპრეი ყოველდღე ინტრანაზალურად სხვადასხვა ნესტოში მონაცვლეობით. ერთჯერადი დოზით 200 ერთ. 1000 მგ. Ca -თან და 400 IU D3 ვიტამინთან ერთად. PROOF 5 წლიანი კვლევით დადგინდა კალციტონინის ფონზე ახალი ვერტებრული მოტეხილობების ფარდობითი რისკის შემცირება 33%-ით. ხოლო პოპულაციაში ანამნეზში 1-5 მოტეხილობით - 36%-ი. ( წლების მიხედვით 38%-3 წ., 40%-4წ, 36%-5წ.). ამ კვლევაში ბარძაყისა და სხვა მოტეხილობების მცირე რაოდენობა (პლაცებო 9 და საკონტროლო ჯგუფი 5) არ იძლევა სარწმუნო სტატისტიკურ მონაცემებს. მათი მიხედვით ბარძაყის მოტეხილობების ფარდობითი რისკის შემცირება იყო 48%, ბარძაყის და სხვა მოტეხილობების - 37 %. დადგინდა კალციტონინის ანალგეზიური ეფექტი. ინტრანაზალური კალციტონინის ფონზე ჩვეულებრივ გვერდითი მოვლენები არ აღინიშნება, თუმცა იშვიათად ვლინდება რინიტი და ცხვირიდან სისხლდენა.

**სტრონციუმის რანელატს** აქვს ორმაგი მოქმედება: როგორც ანტირეზორბციული, ასევე ძვლის ფორმირების მასტიმულირებელი. მიიღება 2 გრ. ფხვნილი დღეში ერთხელ, საღამოს, ჭამიდან სულ მცირე 2 საათის შემდეგ. SOTI კვლევით პოსტმენოპაუზურ ქალებში ამცირებს ხერხემლის მოტეხილობის ფარდობით რისკს 1 წლის განმავლობაში 49%-ით, 3 წელი - 41%-ით, 4 წელი - 33%-ით. TROPOS კვლევით არავერტებრულ მოტეხილობათა ფარდობითი რიცხვი მცირდება 16 %-ით 3 წლის განმავლობაში (15%-5 წელი). ყველაზე ხშირი მოტეხილობების ფარდობითი რისკი მცირდება 19%-ით. ბარძაყის ყელის მოტეხილობები ძვლის დაბალი სიმკვრივით T-score≤-3 36%-ით. ამ კვლევით ხერხემლისთვის მიღებული იქნა შემდეგი მონაცემები: 45%-1 წ., 39%-3წ., 35%-5წ. გვერდითი ეფექტები საშუალო სიმძიმისაა და ტრანზიტულია, ყველაზე ხშირია გულისრევა, დიარეა, რაც მკურნალობის მე-3 თვეზე გადის.

**ბისფოსფონატები** ანტირეზორბციული პრეპარატების ჯგუფს მიეკუთვნება, ხელმისაწვდომია ორალური და ინტრავენური ფორმით. ორალური ბისფოსფონატების მიღება რეკომენდებულია დილით უზმოზე (საკვების მიღებამდე 30-60 წუთით ადრე), დიდი რაოდენობით წყალთან ერთად (სხვა სითხეების მიღება ბისფოსფონატებთან ერთად დაუშვებელია) წამლის მიღებიდან 30-60 წუთის მანძილზე პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს ვერტიკალურ (მჯდომარე ან ფეხზე მდგომ) მდგომარეობაში საყლაპავზე ადჰეზიის და დაწყლულების პროფილაქტიკისთვის. ბისფოსფონატებით მკურნალობის დაწყებამდე და მკურნალობის პერიოდში უნდა ხდებოდეს სისხლში კალციუმის და კრეატინინის მონიტორინგი. ბისფოსფონატებთან ერთად უნდა ინიშნებოდეს კალციუმი და D3 ვიტამინი.

**ალენდრონის მყავა (ალენდრონატი)** 70 მგ, რეკომენდებულია 1 აბი კვირაში ერთხელ. FIT, FLEX და FOSIT კვლევებით დგინდება, რომ შედარებითი რისკის შემცირება მრავლობითი ვერტებრული მოტეხილობებისთვის არის 47% (3 წელი); კლინიკური ვერტებრული მოტეხილობებისთვის 55%; ბარძაყის მოტეხილობებისთვის 51% (3 წელი) და 56% (4 წელი); სხვა მოტეხილობებისთვის - 47% (1 წელი). მამაკაცთა პოპულაციაში ჩატარებული კვლევებით ალენდრონატისთვის ნაჩვენებია იქნა იგივე ეფექტიანობა.

**იბანდრონის მყავა (იბანდრონატი)** რეკომენდებულია ორალური ფორმით 150 მგ-იანი პრეპარატი ყოველთვიურად ან ინტრავენური 3 მგ ყოველკვარტლურად ან 2 მგ ორ თვეში ერთხელ. BONE 3 წლიანი კვლევის თანახმად იბანდრონატი (2,5 მგ ყოველდღიური დოზა) ამცირებს ვერტებრულ მოტეხილობათა ფარდობით რისკს 62%-ით. MOBILE კვლევამ აჩვენა ყოველდღიური 2,5 მგ და ყოველთვიური 150 მგ იბანდრონატის მოქმედების იდენტურობა. DIVA კვლევამ აჩვენა ინტრავენურად 3 მგ ყოველკვარტლურად ეფექტურობა. არავერტებრული მოტეხილობებისათვის სარწმუნო მონაცემები არ არის, თუმცა ქვეჯგუფში ბარძაყის ყელის ძვლის მინერალური სიმკვრივით T-score  $\leq$  -3 მოტეხილობის რისკის რედუქცია იყო 69% (ყოველდღიური 2,5 მგ).

**ზოლენდრონის მყავა (ზოლენდრონატი)**, როგორც ანტიპოროზული პრეპარატი საქართველოში დარეგისტრირებულია 5 მგ ფორმით (100მლ ფლაკონში ინტრავენურად 15 წთ-ის განმავლობაში, წელიწადში ერთხელ). HORIZON კვლევით დასტურდება, რომ 3 წლის მანძილზე ზოლენდრონატით მკურნალობისას ვერტებრული მოტეხილობების რისკი მცირდება 70%-ით, ბარძაყის ყელის მოტეხილობების - 41%, ხოლო სხვა მოტეხილობების - 25%-ით.

ბისფოსფონატების გვერდითი მოვლენები მოიცავს ორალური ფორმებისთვის ყლაპვის გამწვანებას, ეზოფაგიტს, საყლაპავსა და კუჭის წყლულის რისკის მომატებას. ინტრავენური გამოყენებისას შესაძლებელია ტემპერატურის მომატება, მიალგია, ართრალგია, ცეფალგია, რაც ადვილად ემორჩილება პარაცეტამოლით და არასტეროიდული ანთებისაწინააღმდეგო მედიკამენტებით მკურნალობას. ეს მოვლენები ყოველ შემდგომ წელიწადს თანდათან მცირდება. ლიტერატურაში აღწერილია ბისფოსფონატების ფონზე ყბის სახსრის ოსტეონეკროზისა (განსაკუთრებით ვენური ადმინისტრირებისას კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში) და მხედველობის მოშლის შემთხვევები.

სახლს მიჯაჭვულ ხანდაზმულ პაციენტებში მედიკამენტური მკურნალობისას აუცილებელია D ვიტამინის დეფიციტის მაღალი რისკის გათვალისწინება. მეცნიერული მონაცემებით დასტურდება, რომ ამ პაციენტებში, წინასწარი ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული

გამოკვლევების გარეშე, D ვიტამინის დანიშვნა 35%-ით ამცირებს ბარძაყის, ხოლო 26%-ით არავერტებრალური მოტეხილობების ინსიდენტობას.

### მამაკაცები ოსტეოპოროზით (დიაგნოსტირებულია აქსიალური DXA გამოკვლევით) ანამნეზში ოსტეოპოროზული მოტეხილობებით ან მათ გარეშე

მამაკაცებში ოსტეოპოროზული მოტეხილობები ნაკლებადაა გავრცელებული. თუმცა, ქალებთან შედარებით გაცილებით მაღალია მოტეხილობით გამოწვეული დაავადებინობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები. მამაკაცებში ასევე მაღალია მეორადი ოსტეოპოროზის რისკი.<sup>24,25</sup>

ალენდრონატის ფონზე (10 მგ დღეში+500 მგ +კალციუმი±400 ერთეული D ვიტამინი) მამაკაცებში ძვლის მინერალური სიმკვრივის დაბალი მაჩვენებლებითა და ერთი ან რამდენიმე მოტეხილობით მნიშვნელოვნად იზრდება წელის მალეებისა და ბარძაყის ყელის მინერალური სიმკვრივე და მცირდება მორფომეტრული ვერტებრალური მოტეხილობისა და სიმალის კლების რისკი.

მეცნიერული მონაცემები მამაკაცებში კალციტრიოლის, კალციუმისა და D ვიტამინის ეფექტიანობის შესახებ მცირეა და კლინიკური რეკომენდაციების ჩამოყალიბების საშუალებას არ იძლევა. ასევე არასაკმარისია მონაცემები ოსტეოპოროზული მოტეხილობების პრევენციაში ანდროგენების შესაძლო როლის თაობაზე.

### რეკომენდაციები პრევენციული პრაქტიკის თაობაზე

- **ოსტეოპოროზის პირველადი პრევენციის** მიზნით 45 წლის ასაკიდან ყველა ქალს და 50 წლის ასაკიდან ყველა მამაკაცს უნდა მიეცეს დეტალური რჩევა-დარიგება რეგულარული ფიზიკური დატვირთვისა და კალციუმით მდიდარი დიეტის თაობაზე.
- **ოსტეოპოროზის მეორეული პრევენციის** მიზნით რეკომენდებულია, როგორც ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესახებ პაციენტების კონსულტირება, ასევე მედიკამენტების გამოყენება:
  - ჯანსაღი ცხოვრების წესის თაობაზე რჩევები მოიცავს ფიზიკური ვარჯიშის წახალისებას, დღიურ რაციონში საკვების ან დანამატების სახით, სულ მცირე, 1000 მგ კალციუმისა და 400 IU D ვიტამინის მიღებას.
  - მედიკამენტური მკურნალობა რეკომენდებულია პაციენტებში, რომელთაც განსაკუთრებით მაღალი აქვთ მოტეხილობების რისკი. მოტეხილობის მაღალი რისკზე მიუთითებს ძვლის მინერალური სიმკვრივის დაბალი მაჩვენებელი, ასაკი, მოტეხილობის ანამნეზი და დაცემის მომატებული ალბათობა.
  - ოსტეოპოროზული მოტეხილობების თავიდან აცილების მიზნით შერჩევის პირველი რიგის მედიკამენტებს მიეკუთვნება ბისფოსფონატები, კალციტონინი, ესტროგენების აგონისტ/ანტაგონისტები.
  - პოსტმენოპაუზის ასაკის ქალებში, სულ მცირე, ორი ვერტებრალური მოტეხილობის ანამნეზით (დადასტურებულია რენტგენოლოგიურად) მედიკამენტური მკურნალობის დაწყება დასაშვებია ძვლის დენსიტომეტრიის გარეშე.



სტრატეგია

მთავარი

ჩვენს შესახებ

განათლება

მომსახურების ხარისხი

სტრატეგია

ჯანმრთელობის სიახლეები

კონტაქტი

## ბათუმის საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრი

