

# კვების ქცევითი დარღვევების მართვა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში

გაიდლაინი

სექტემბერი 2009  
საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

# კვების ქცევითი დარღვევების მართვა

## შინაარსი

მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი.....	4
1. დაავადების განმარტება, სინონიმები, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია .....	5
2. ეპიდემიოლოგია .....	7
3. ეტიოპათოგენეზი.....	8
4. კვების ქცევითი დარღვევების კლინიკური სურათი - სიმპტომები და ნიშნები.....	10
4.1. ნერვული ანორექსიის სიმპტომები და ნიშნები .....	12
4.2. ნერვული ბულიმიის სიმპტომები და ნიშნები .....	13
4.3. კომპულსური (უკონტროლო) გადაჭარბებული კვების სიმპტომები და ნიშნები .....	15
4.4. კვების ქცევითი დარღვევების გართულებები.....	16
5. კვების ქცევითი დარღვევების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები.....	18
6. სკრინინგი კვების ქცევით დარღვევებზე.....	20
7. მკურნალობის სქემა .....	22
7.1. ზოგადი მიმოხილვა .....	22
7.2. კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევების მკურნალობა.....	23
7.3. ანორექსიის მკურნალობა .....	24
7.4. ბულიმია .....	25
8. კვების ქცევითი დარღვევებით პაციენტზე მიმდინარე მეთვალყურეობა.....	26
9. ეთიკურ - სამართლებრივი რეკომენდაციები.....	28
10. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები .....	28
11. კვების ქცევითი დარღვევებით პირთა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების - აუდიტის კრიტერიუმები .....	29
12. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა .....	29
13. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო .....	29
14. ალტერნატიული გაიდლაინის მითითება.....	30
15. ავტორთა ჯგუფი (რედაქტორი, კოლექტივი, რეცენზენტები/ექსპერტები) .....	30
დანართი 1. თვითდახმარების სახელმძღვანელო კომპონენტები .....	30
დანართი 2 კვების ქცევითი დარღვევების შემთხვევაში პაციენტის მდგომარეობის რეგულარული შეფასების ინსტრუმენტები .....	31
16. გამოყენებული ლიტერატურა .....	33

## შესავალი

ადამიანის ქცევასთან დაკავშირებულ სერიოზულ პრობლემებს მიეკუთვნება კვების ქცევითი დარღვევები (Eating Disorders - ინგლისურად), მათი უმრავლესობა ნერვული ბუნებისაა, და ტერმინოლოგიურად სამედიცინო პრაქტიკაში დამკვიდრებულია, როგორც ნერვული ანორექსია (F50.0), ბულიმია (F50.2) და კომპულსური (უკონტროლო) გადაჭარბებული კვება (binge-eating disorder).<sup>1</sup>

ნერვული ბულიმია და ანორექსია სიცოცხლისათვის საშიში დარღვევების რიცხვს მიეკუთვნება, რაც კომპლექსურ ფსიქო-სოციალურ ასპექტებთანაა დაკავშირებული. კვების ქცევითმა დარღვევებმა შეიძლება გამოიწვიოს ავადმყოფის დაღუპვაც კი, რომ არაფერი ითქვას გულის, ღვიძლის, პანკრეასის, თირკმლების და სხვა სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოების შეუქცევად დაზიანებაზე.

კვების ქცევითი დარღვევების სიმპტომები უფრო ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში.<sup>2</sup> დაავადება უპირატესად თავს იჩენს მოზარდობის პერიოდში და ხშირად თან ახლავს ფსიქოლოგიური დარღვევები - დეპრესია, მოუსვენრობა, მოუწესრიგებლობა და ა.შ.

კვების ქცევითი დარღვევები დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე - გენეტიკურ წინასწარგანწყობაზე, ემოციებსა და ბავშვობის ასაკში ჩამოყალიბებულ ქცევებზე.

ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ ასეთ პაციენტებს ადრეულად ჩაუტარდეთ ადეკვატური დახმარება: ახსნა-განმარტებითი, ქცევის მაკორეგირებელი ფსიქოთერაპია, კვებითი რეკომენდაციები და საჭიროების შემთხვევაში სათანადო მედიკამენტებიც.

კვებითი დარღვევები წარმატებით იმართება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. ფსიქო-სოციალური და სამედიცინო ფაქტორების სწორად განსაზღვრისა და სათანადო მართვის უზრუნველსაყოფად, მნიშვნელოვანია, პაციენტსა და ექიმს შორის ჩამოყალიბდეს მჭიდრო და ძლიერი, ნდობაზე დაფუძნებული, ხანგრძლივი

ურთიერთობა. სწორედ ზემოაღნიშნული ფაქტორები განაპირობებენ იმას, რომ პაციენტთა უმრავლესობას, ეფექტური მკურნალობა უტარდება ამბულატორიულად პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მიერ, რომელშიც ჩართულია ოჯახის ექიმი, ზოგჯერ, დიეტოლოგი და ფიზიოთერაპევტი (სამკურნალო ფიზკულტურის სპეციალისტი), საჭიროებისას კი, ფსიქიატრები.

## მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

წინამდებარე გზამკვლევის (გაიდლაინის) მიზანია ოჯახის/ზოგადი პრაქტიკის ექიმისათვის აღნიშნული პრობლემის მართვის თაობაზე მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდება. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი მითითებულია ქვემოთ, ცხრილში №1.

მოწოდებული კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაცია არ წარმოადგენს პრობლემის მართვის მზა რეცეპტს. იგი უნდა განვიხილოთ როგორც ჩარჩო, რომელიც ეფუძნება ხელმისაწვდომ საუკეთესო მტკიცებულებებს და რომელიც უნდა მიესადაგოს ლოკალურ საჭიროებებს, რესურსებსა და ინდივიდუალურ შემთხვევებს (განსაკუთრებით სოფლად და რეგიონულ/რაიონულ ცენტრებში).

ცხრილი №1. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე (Muir Gray)	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი (Cook et al)
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას (მეტა-ანალიზს), რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას.	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	B	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია
III	კლინიკური კვლევა, რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები.	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად.
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	D	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას საჭიროებს კონსენსუსს
Va	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vb	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

## 1. დაავადების განმარტება, სინონიმები, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია

კვების ქცევითი დარღვევები ხშირად ხანგრძლივად მიმდინარე ავადმყოფობაა, რომელიც შესაბამისად გრძელვადიან მკურნალობას მოითხოვს. ამასთან ერთად, ამას თან სდევს ან საფუძვლად უდევს ფსიქიკური მოშლილობები: დეპრესია, ტოქსიკომანია, მოუსვენრობა და სხვა. რაც უფრო ადრე ხდება ამ დარღვევების დიაგნოსტიკა, მით უფრო ადვილია დაკარგული ფუნქციების აღდგენა.

კვების ქცევითი დარღვევებისათვის დამახასიათებელია პოლარული უკიდურესობები. ეს გამოიხატება მაშინ, როცა პიროვნების ქმედებებში აისახება კვებითი ქცევის სერიოზული მოუწესრიგებლობა, როგორცაა საკვები რაციონის გადაჭარბებული, შიმშილობამდე შეზღუდვა, ან მისი გადაჭარბებული, „ღორმუცელობამდე“ მიღება, აგრეთვე, გადაჭარბებული („ზედმეტი“) ზრუნვა საკუთარი სხეულის მასაზე და ფორმაზე. აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ანორექსიით და ბულიმიით დაავადებულებს აღენიშნებათ წონის ზედმეტად მომატების პანიკური შიში.

ანორექსიისა და ბულიმიისაგან განსხვავებით „უკონტროლო კვება“ ერთნაირად ახასიათებთ როგორც ქალებს, ასევე მამაკაცებს.

შესამღებელია კვების ქცევითი დარღვევებით დაავადებულმა ადამიანმა გაცნობიერებულად დაიწყოს მეტი (ანორექსიის დროს), ან ნაკლები (ნერვული ბულიმიის დროს) საკვების მიღება, მაგრამ თითქმის ყოველთვის დგება მომენტი, როდესაც ნორმალიზებისაკენ მიმართული პაციენტის ეს ქცევა მაინც გამოდის კონტროლიდან და კვებითი ქცევის მრუდი სპირალურ ფორმას იღებს (სიტუაციათა მონაცვლეობა და მომდევნო ციკლში სიმპტომატიკის დამძიმება).

კვების ქცევის დარღვევების ფორმები იხილეთ ცხრილში #1.

ცხრილი #1 კვების ქცევის დარღვევების ფორმები<sup>3</sup>

კვების ქცევის დარღვევის ფორმა	მოკლე დახასიათება
<b>ნერვული ანორექსია<sup>4,5</sup></b>	<p>აშლილობა, რომელიც ხასიათდება პაციენტის მიერ წონის წინასწარგანზრახული კლებით, მისთვის სასურველი მცირე წონის შენარჩუნებისადმი გადამეტებული სწრაფით.</p> <p>პაციენტებს, რომლებსაც აწუხებთ ანორექსია, უვითარდებათ საკვების მიმართ განსაკუთრებული დამოკიდებულება, მაგალითად, როგორცაა საკვების მიღებაზე უარის თქმა, მიუხედავად რამდენიმე პროდუქტის გამორჩევისა - მათი შეზღუდული ოდენობით მიღება, საკვების სასწორზე აწონვა და ყველა სახის საკვების კალორიულობის გამოთვლა (თუ მას ამისათვის ინტელექტი ყოფნის). გარდა ამისა, ისინი ხშირად ზედმეტი დატვირთვით ვარჯიშობენ.</p>
<b>ნერვული ბულიმია<sup>6,7,8</sup></b>	<p>დამახასიათებელი „ღორმუცელობის“ პერიოდებით, რასაც თან ერთვის „თვითგაწმენდის“ დაუოკებელი ჟინი, რაც ზოგჯერ ხელოვნურად გამოწვეულ პირღებინებასა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გამწმენდი პროცედურების სისტემატური ჩატარებით გამოიხატება. პაციენტები ერთჯერადად იღებენ საკვების დიდ რაოდენობას და თითქმის მაშინვე იწვევენ ხელოვნურ პირღებინებას ჭარბი რაციონისაგან განთავისუფლების („გაწმენდა“) მიზნით, ან იყენებენ საფაღარათო და შარდმდენ საშუალებებს. ავადმყოფის ეს მოქმედება ხშირად მოიხსენიება, როგორც „უკონტროლო წმენდა“ და დამახასიათებელია ამ ტიპის კვების ქცევითი დარღვევების ფორმისათვის.</p>
<b>კომპულსური (უკონტროლო) გადაჭარბებული კვება (binge-eating disorder)<sup>3</sup></b>	<p>ვითარდება საკვების მიღების უკონტროლობით და პაციენტის მხრიდან საკითხისადმი დაუდევარი მიდგომით. ის იკვებება ჭარბად და ყოველთვის თან სდევს სხვადასხვა სასუნავეების მიღების სურვილი. პაციენტებს აღენიშნებათ „ღორმუცელობის“ ხშირი ეპიზოდები, მაგრამ ბულიმიით დაავადებულისაგან განსხვავებით ისინი არ იწუხებენ თავს „ჭარბი საკვებისაგან“ თვითნებურად გაწმენდა-განთავისუფლების ჩატარებით. ისინი ხშირად მიირთმევენ საკვებს მარტო, ძალიან სწრაფად და მიუხედავად ამისა, თავს მაინც დაუნაყრებლად გრძნობენ. სავალდებულო არაა კვების ქცევითი დარღვევის ამ ფორმით დაავადებულ ადამიანს ჰქონდეს გამოკვეთილი, თვალშისაცემი სიმსუქნე, ან ძალიან დიდი მასა (მათ გარკვეულ ნაწილს საერთოდ არა აქვს ზედმეტი წონა და არც სიმსუქნე აღენიშნებათ), მაგრამ ისინი თავს მაინც დამნაშავედ გრძნობენ და რცხვენიათ საკუთარი ცუდი („ღორმუცელობის“) საქციელის.</p>

კვების ქცევითი დარღვევები საკმაოდ რთულად მიმდინარეობს. მუდმივი ფსიქოლოგიური დამაბულობისა და მინერალური დეფიციტის ფონზე ვლინდება მეორადი, არაფსიქოზური რეგისტრის ფსიქიკური პრობლემები, რაც თავის მხრივ განაპირობებს ქცევის დარღვევის კლინიკას, ანალოგიური მექანიზმი მოქმედებს „უკონტროლო წმენის“ დროსაც. განსხვავებით ბულიმიისა და უკონტროლო გადაჭარბებული კვებისაგან, სადაც წამყვან როლს ნებითი სფეროს სისუსტე ასრულებს, ანორექსიის შემთხვევაში ქცევის დარღვევა უპირატესად აზროვნების

პათოლოგიის ხარჯზე ყალიბდება, რაც დიდ დიაპაზონში მერყეობს-აკვიატებული და ზედირებულოვანი იდეებიდან თვით-ბოდვით კატეგორიამდე.

მიუხედავად იმისა, რომ ამ თემაზე უამრავი კვლევაა ჩატარებული, მათი წარმოშობის ბიოლოგიური, სოციალური და ფსიქოლოგიური მიზეზები სრულად დადგენილი ჯერ კიდევ არ არის.

## 2. ეპიდემიოლოგია

ამერიკის შეერთებულ შტატებში კვებითი ქცევის დარღვევების ზოგადი სტატისტიკა ასეთია: ნერვული ანორექსიის გავრცელება (პრევალენტობა)-0.6%-ია, ნერვული ბულიმიის - 1.0%, ხოლო უკონტროლო, გადაჭარბებული კვებისა კი 2.8%-ს შეადგენს.(III)<sup>3</sup> რისკის დონე ქალებში 3-ჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე მამაკაცებში. დაავადების დაწყების საშუალო ასაკი 18-21 წელია.<sup>10</sup>

ჩატარებული კვლევების საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ კვების ქცევითი დარღვევებით დაავადებულთა 90% მოდის 12-25 წლის ასაკის ქალებზე,<sup>9</sup> თუმცა თვალსაჩინოა აღნიშნული დარღვევების გავრცელების მზარდი ტენდენცია უფრო მაღალი ასაკის ქალებსა და მამაკაცებშიც. აშშ კვების ქცევითი დარღვევებით, აგრეთვე, ასი ათასობით მოზარდი ბიჭია დარეგისტრირებული.<sup>9</sup> ბავშვთა ასაკში ანორექსიის ყველა შემთხვევის 25% ბიჭებზე მოდის, ხოლო „უკონტროლო კვების“ გავრცელება თითქმის ერთნაირია ორივე სქესის ბავშვებში. კვების ქცევითი დარღვევებით დაავადებულთა საერთო პოპულაციიდან ანორექსიითა და ბულიმიით ბიჭები და მამაკაცები 5-15% -ში გვხვდება, ხოლო „უკონტროლო კვების“ შემთხვევები 35%-ს შეადგენს. არსებობს მოსაზრებები, რომ მამაკაცებსა და ბიჭებში კვების ქცევითი დარღვევების გავრცელება კიდევ უფრო მაღალია, მაგრამ მათი რეგისტრირება ქალებთან შედარებით, ნაკლებად ხდება.

კვების ქცევითი დარღვევების დროს ქალებსაც და მამაკაცებსაც ახასიათებთ საკუთარი სხეულის აღქმისადმი დამახინჯებული/ტენდენციური დამოკიდებულება (დისმორფოფობია). მაგალითად, როგორცაა *musculus dysmorphia*-ს ტიპის ფსიქო-დარღვევა, რაც გამოიხატება იმაში, რომ ისინი (უფრო მეტად მოზარდები) ძლიერ განიცდიან და შესაბამისად გადამეტებულად ზრუნავენ იმისათვის, რომ მათი სხეული უფრო დაკუნთულად გამოყურებოდეს.

ზოგიერთი ვაჟი ცდილობს გახდომას, ზოგი კი - წონისა და კუნთების მასის მომატებას. ბიჭები, რომლებიც ფიქრობენ რომ ტანად ძალიან პატარები არიან, ან კუნთების მასის გაზრდის მომატებული სურვილის გამო - ჰორმონალური პრეპარატების, თუ ზოგიერთი სახიფათო ნარკოტიკული საშუალებების თვითნებური მოხმარების მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. ასე რომ, კვების ქცევითი დარღვევებისას ფსიქო-ემოციური, ფიზიკური და ქცევითი განსხვავება გოგონასა და ბიჭს შორის პრაქტიკულად არ აღინიშნება.(IV)<sup>10</sup>

### 3. ეტიოპათოგენეზი

ექსპერტების უმრავლესობა თვლის, რომ კვებითი დარღვევები დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე, როგორცაა გენური წინასწარგანწყობა, ემოციური ფონი და ბავშვობის ასაკში ჩამოყალიბებული ქცევები (კვებითი ქცევები). ზოგიერთი ადამიანი ჭარბად იკვებება ფიზიოლოგიური დარღვევების მიზეზების.(IV)<sup>11</sup> მაგ.: ჰიპოთალამუსის (სადაც მდებარეობს მადის კონტროლის ცენტრი) სისუსტე შიმშილისა და სიმძღრის შეგრძნებაზე გზავნილების გაგზავნის თვალსაზრისით. სეროტინინს, ტვინის ქიმიურ ნივთიერებას, რომელიც განაპირობებს ემოციური სფეროს მდგომარეობას და შესატყვის ქცევებს, ასევე, დიდი როლი ენიჭება კომპულსურ გადაჭარბებულ კვებაში.(IV)<sup>12</sup>

არაჯანსაღი გადაჭარბებული კვების ჩვევები, უმრავლეს შემთხვევაში, ვითარდება ბავშვობის ასაკიდან და, გარკვეულწილად აღზრდის შედეგია. ადამიანების დიდი ნაწილისთვის საკვების შეთავაზება ზრუნვის და სიყვარულის გამოხატვასთანაა გაიგივებული. სამწუხაროდ ეს ზოგჯერ გადაჭარბებულ ხასიათს იღებს და უარყოფითად აისახება ბავშვის კვებით ჩვევებზე. ასეთი ბავშვები, როდესაც ცხოვრებაში ზეწოლასა და დისკომფორტს გრძნობენ მასთან გამკლავებას გადამეტებული ჭამით ცდილობენ. ისინი არ ფლობენ პრობლემასთან გამკლავების სხვა, უფრო ჯანსაღ უნარებს. ზოგიერთი ბავშვი კი იმ რწმენით იზრდება, რომ ცუდი ხასიათისა და ემოციების დაოკების საუკეთესო საშუალება ჭამაა, ან ბედნიერება ჭამაშია. ამდენად, ძალიან მნიშვნელოვანია საზოგადოებამ ისწავლოს საჭმელთან ჯანსაღი ურთიერთობა.



კვების ქცევითი დარღვევების მექანიზმების უკეთ გასაგებად და ასახსნელად მეცნიერება იყენებს ყველა თანამედროვე ინსტრუმენტსა და ტექნოლოგიას ნევროლოგიის, ფსიქოლოგიის და ფსიქიატრიის არსენალებიდან. თუმცა, შეიძლება ითქვას, რომ დღემდე ჩატარებული კვლევები დამაჯერებლად ვერ ხსნიან კვების ქცევითი დარღვევების გამომწვევ საწყის მიზეზებს და მათ პათოფიზიოლოგიურ მექანიზმებს, განსხვავებით ქცევის იმ ნევროგენული დარღვევებისაგან, რომელთა წარმოქმნის მიზეზი ტვინის დაზიანებული უბნის ტოპოგრაფიებით ზუსტად ისაზღვრება. ფიქრობენ, რომ **კვების ქცევითი დარღვევები გამოწვეულია ტვინში მოფუნქციონირე სისტემების არასწორი ურთიერთმოქმედებით.**

თანამედროვე კვლევები მოიცავს პაციენტის გენეტიკურ გამოკვლევასაც. მეცნიერები სწავლობენ გენების სხვადასხვა კომბინაციებს, რათა გაარკვიონ უკავშირდება თუ არა დნმ-ის რაიმე ცვლილებები ფსიქიკის დარღვევების რისკს. ტვინის ბირთვულ - მაგნიტურ რეზონანსული კვლევებიც, რომლებიც ამჟამად მიმდინარეობს, კვების ქცევითი დარღვევების იდენტიფიცირებას და მისი გამომწვევი მიზეზების დადგენის საქმეს ემსახურება. მსგავსი კვლევები ტარდება ტვინის არასწორი მოქმედების იდენტიფიცირებისათვის შიზოფრენიის, სხვადასხვა სახის დეპრესიებისა და ფსიქოზების დროსაც. აღნიშნული კვლევებით ხდება იმის დადგენა, თუ როგორ ახდენენ კვების ქცევითი დარღვევის მქონე ადამიანები ინფორმაციის გადამუშავებას - გამოჯანმრთელების ფაზასა და ისევ ამ პათოლოგიის ზეგავლენის ქვეშ ყოფნის პერიოდებში.(II)<sup>13</sup>

მეცნიერული კვლევები ტარდება, აგრეთვე, ფსიქოგენური დარღვევების ძირითადი პროცესების შესასწავლად, რათა შეირჩეს მკურნალობის უკეთესი მიდგომები კვებითი დარღვევის სხვადასხვა ფორმების დროს. მაგალითად, მნიშვნელოვანია გამოვლინდეს, თუ რამდენად არის ანორექსია სხეულის დამახინჯებული წარმოსახვის, ეგოცენტრულობის, აკვიატებული აზრებისა და ქცევების, თუ ყველა მათგანის კომბინაციის შედეგი. ამ კითხვებზე პასუხის გაცემა დაეხმარებათ ჯანდაცვის პროფესიონალებს ადრეულ ეტაპზევე, სრული კლინიკური სურათის ჩამოყალიბებამდე, განსაზღვრონ დაავადების

განვითარების რისკი, რათა დროულად მოახდინონ მიზნობრივი სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ინტერვენცია.

კვლევები მიმდინარეობს, აგრეთვე, კვების ქცევითი დარღვევების სამედიცინო პათოლოგიის ასპექტებისა და მათი წარმოშობის ბიოლოგიური და გენეტიკური მიზეზების შესასწავლად, რათა გაირკვეს ამ დაავადებების რისკ-ფაქტორები; მოხდეს ბიოლოგიური მარკერების იდენტიფიცირება და შემუშავდეს რეალური ინსტრუმენტი, რომელიც გაამჯობესებს კვების ქცევითი დარღვევების კონტროლს. გამოსახვითი და გენეტიკური კვლევების შედეგები კლინიცისტებს პაციენტთა მკურნალობის ინდივიდუალური სქემების შემუშავებაში ეხმარება.<sup>14</sup>

კვლევების ჩატარებას „უკონტროლო კვებითი დარღვევების“ შესწავლის მიზნით, განვითარებულ ქვეყნებში, დიდი ყურადღება აქვს დათმობილი, რადგან ზოგიერთი სპეციალისტის აზრით ის კვების ქცევითი დარღვევების ძირითადი ტიპია და უფრო მეტიც, შესაძლებლადაც მიიჩნევენ, რომ ანორექსია და ბულიმია მისგან იღებს სათავეს და მისი გართულების ფორმებს წარმოადგენს.<sup>15</sup>

#### **4. კვების ქცევითი დარღვევების კლინიკური სურათი - სიმპტომები და ნიშნები**

პაციენტების უმრავლესობა, ჩვეულებრივ, კვებითი ქცევის დარღვევას, როგორც ძირითად ჩივილს არ წარმოადგენს, ამიტომ მნიშვნელოვანია თავად ექიმის მიერ ამ დიაგნოზზე ყურადღების გამახვილება, განსაკუთრებით კი ახალგაზრდა ქალებში.<sup>16, 17, 18</sup>

ჩივილები შეიძლება მოიცავდეს შემდეგს: სისუსტე, თავბრუსხვევა, ენერჯის დაქვეითება, ამენორეა, წონის დაკლება ან მომატება, ყაზობა, ბოყინი, აბდომინალური დისკომფორტი, კუჭის წვა, ყელის ტკივილი, გულის ფრიალი, პოლიურია, პოლიდიფსია და უძილობა.<sup>19</sup>

კვების ქცევითი დარღვევების მქონე პაციენტების ფიზიკური გასინჯვით უხშირესად სპეციფიკური ნიშნები არ ვლინდება; მაგრამ პაციენტებს, შორს წასული ფორმებით, შესაძლოა გარეგნულად აღენიშნებოდეთ გამოფიტვა (მიუხედავად ნორმალური ან ჭარბი წონისა), ჩავარდნილი ლოყები, მიწისფერი-

მოყვითალო კანი. ზოგჯერ გამოხატულია ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია (შესაძლოა ორთოსტატიული) და ჰიპოთერმია. შესაძლოა გამოვლინდეს კანის სიმშრალე, ღინღლი, უსიცოცხლო ან მტვრევადი თმა, ფრჩხილების ცვლილებები, ჰიპერკაროტინემიით გამოწვეული მოყვითალო შეფერილობა, სუბკონიუნქტივური ჰემორაგია (იხ. ცხრილი 2).<sup>19</sup>

გამოხატულია ჩავარდნილი თვალები, ტუჩების სიმშრალე, გინგივიტი, კბილის მინანქრის განლევა და კბილის ოკლუზიური ზედაპირი, კარიესი და პაროტიტი. შესაძლოა სარძევე ჯირკვლების ატროფია, ხოლო გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ - მიტრალური სარქვლის პროლაფსი, გულის დამატებითი ტონი ან არითმია, მტკივნეული და/ან სკაფოიდური მუცელი, პალპაციით – განავლოვანი მარყუჟები. შესაძლებელია აღინიშნებოდეს კიდურების შეშუპება, კორმებით ხელის ზურგზე (რასელის ნიშანი), აკროციანოზი, რეინოს სინდრომი. საბოლოოდ ნევროლოგიური შეფასებით შესაძლოა გამოვლინდეს ტრუსოს სიმპტომი, ან მყესთა ღრმა რეფლექსების დაქვეითება.

**ცხრილი №2 კვების ქცევითი დარღვევების ნიშნები**

<b>გარეგნული ნიშნები</b>	გამოფიტვა (მიუხედავად ნორმალური ან ჭარბი წონისა), ჩავარდნილი ლოყები, მიწისფერი კანი.
<b>სასიცოცხლო ნიშნები</b>	ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია, ჰიპოთერმია ან ორთოსტატიური ცვლილებები
<b>კანი</b>	სიმშრალე, ღინღლი, უსიცოცხლო ან მტვრევადი თმა, ფრჩხილების ცვლილებები, ჰიპერკაროტინემია, ან სუბკონიუნქტივალური ჰემორაგია
<b>თვალები და პირის ღრუ</b>	ჩავარდნილი თვალები, ტუჩების სიმშრალე, გინგივიტი, კბილის მინანქრის განლევა და კბილის ოკლუზიური ზედაპირი, კარიესი და პაროტიტი
<b>სარძევე ჯირკვლები</b>	ატროფია
<b>კარდიული</b>	მიტრალური სარქვლის პროლაფსი, გულის დამატებითი ტონი ან არითმია
<b>მუცელი</b>	სკაფოიდური მუცელი და მისი მტკივნეულობა, პალპაციით – განავლოვანი მარყუჟები
<b>კიდურები</b>	კიდურების შეშუპება, კორმებით ხელის ზურგზე (რასელის ნიშანი), აკროციანოზი, რეინოს სინდრომი
<b>ნეირო-მუსკულური</b>	ტრუსოს* სიმპტომი, ან მყესთა ღრმა რეფლექსების დაქვეითება <i>*ტრუსოს სიმპტომი - ტესტი ჰიპოკალცემიის შესახებ, რომელიც მანიფესტირდება ნეირომუსკულური რეაქციით: წნევის აპარატით ჩაეტუმბავთ ჰაერს სისტოლური წნევის ზემოთ სამი წუთის განმავლობაში და დავაკვირდებით კარპალურ სპაზმს, რომელიც გამოიხატება მაჯისა და მეტაკარპოფალანგების სახსრების მოხრით, დისტალური და პროქსიმალური ფალანგთაშორისი სახსრების</i>

	<i>განზიდვითა და მტევნისა და თითების მოზიდვით (მენის ხელი).</i>
--	---

#### 4.1. ნერვული ანორექსიის სიმპტომები და ნიშნები

ნერვული ანორექსია ხასიათდება ორგანიზმის გამოფიტვით, სიგამხდრის მიღწევისათვის დაუღალავი ზრუნვით და ნორმალური (ჯანმრთელი) წონის შენარჩუნების იგნორირებით, საკუთარი სხეულის გამოსახულების დამახინჯებული წარმოსახვითა და წონის მოსალოდნელი მატებისადმი ავადმყოფური შიშით, მენსტრუალური დარღვევებით და კვებისადმი განსაკუთრებული, არაჯანსაღი მიდგომით.

ანორექსიით დაავადებული ზოგიერთი ავადმყოფი კატასტროფულად ხდება უმკაცრეს დიეტაზე ყოფნისა და გადატვირთული ვარჯიშების გამო, ზოგი კი - „თვითგაწმენდის“ პროცედურებით (ხელოვნურად გამოწვეული პირღებინება, საფაღარათო და შარდმდენი პრეპარატების ბოროტად გამოყენება, ოყნის ხშირი ხმარება). მათი უმრავლესობა თავის თავს აღიქვამს ჭარბწონიანად მაშინაც კი, როდესაც შიმშილობენ და საკვები ნივთიერებების საგრძნობ დეფიციტს განიცდიან. საჭმლის მიღებისას საკვების წონის მუდმივი კონტროლი მათი აკვიატებული იდეებია. პაციენტი ხშირად იწონება და აგრეთვე ხშირად წონის საკვებს და ღებულობს, მის მიერვე განსაზღვრული პროდუქტს, ძალიან მცირე რაოდენობით. ზოგი მათგანი საკვების მიღების ერთი ეპიზოდის შემდეგ იწყებს მის თავიდან მოცილებას ღებინებით, ან სხვა მეთოდებით. პაციენტების ნაწილს, გამოჯანმრთელების შემდეგ, ხშირად უმეორდება დაავადების სიმპტომები. ბევრი მათგანი იტანჯება ანორექსიის ქრონიკული ფორმით, რის გამოც მათი ჯანმრთელობა წლების განმავლობაში უარესდება, მიუხედავად იმისა, რომ ისინი ებრძვიან დაავადებას. დაავადების გვიან სტადიაზე ადგილი აქვს თმებისა და ფრჩხილების მტვრევადობის ზრდას. კანი შეიძლება დანაოჭდეს, ჩამოეკიდოს ძვლებს, გაყვითლდეს და დაიფაროს რბილი თმოვანი საფარველით (lanugo).

ხშირად გამოხატულია ზომიერი ანემია, შესივებული სახსრები, ატროფირებული კუნთები და თითქმის მუდმივი თავბრუსხვევა. ანორექსიის გართულებად შეიძლება ჩაითვალოს კალციუმის დაკარგვით გამოწვეული ადვილად მტვრევადი ძვლები.

ზოგიერთი კვლევის მონაცემებით ანორექსიით დაავადებული ადამიანების სიკვდილის რისკი ათჯერ მეტია იმ ავადმყოფების ანალოგიური გართულებებით სიკვდილობის რისკთან შედარებით, რომლებსაც კვების ქცევითი დარღვევები არ აღენიშნებათ. (II)<sup>20</sup>

ზოგად გართულებებს შორის, რომელიც პაციენტის სიკვდილის მიზეზი შეიძლება გახდეს, წარმოადგენს გულის გაჩერება, ელექტროლიტებისა და სასიცოცხლო სითხეების რაოდენობრივი არამდგრადობა და ჰემოსტაზის დარღვევები. არცთუ იშვიათია თვითმკვლელობებიც. ანორექსიან ავადმყოფებს ხშირად ფსიქიკური (დეპრესია, ტოქსიკომანია, მოუსვენრობა, გაუკონტროლებადი არაადეკვატური ქმედებები), გულ-სისხლძარღვთა, ნერვოლოგიური და ფიზიკური განუვითარებლობისათვის დამახასიათებელი, თანმხლები დაავადებებიც აღენიშნებათ.

მეორადი ფსიქიკური პრობლემები, როგორც ანორექსიის, ასევე ბულიმიის დროს, არასპეციფიკურია: ფსიქიკური განლევადობა, ემოციური და აფექტური (აგზნება-შეკავების პროცესების თვალსაზრისით) გაუწონასწორებლობა, მაღალი შფოთვა, დაბალი თვითშეფასება.

ფსიქიკური, მ.შ. ნერვული კვების აშლის დროს საკუთარ წონასა და კვებასთან დაკავშირებით კრიტიკა დაქვეითებულია და ამ საკითხებთან დაკავშირებული არასწორი მსჯელობა აკვიატებული და ზედირებულოვანი იდეების დონიდან ბოღვით კატეგორიამდეც კი აღწევს.

#### **4.2. ნერვული ბულიმიის სიმპტომები და ნიშნები**

ბულიმია ხასიათდება განსაკუთრებით დიდი რაოდენობის საკვების მიღების თითქმის მუდმივი ან ხშირი ეპიზოდებით და ჭამის პროცესზე კონტროლის

უკმარისობით, რის კომპენსირებას პაციენტი თავადვე ცდილობს (ხელოვნური პირღებინება, საფაღარათო და შარდმდენი პრეპარატების ბოროტად გამოყენება, თვითნებურად შედგენილი მარხვის დღეების ზედმიწევნით დაცვა).

განსხვავებით ანორექსიით დაავადებული ავადმყოფებისაგან, ბულიმიით დაავადებულების წონა შესაძლოა ნორმის ფარგლებში მერყეობდეს და თავის ასაკის შესაფარისადაც გამოიყურებოდნენ. მათ შორის ის მსგავსებაა, რომ ორივე კატეგორიას განსაკუთრებულად ეშინია წონის მომატების, ახასიათებს გახდომის მწველი სურვილი და საკუთარი სხეულის ფორმებისა და წონის მიმართ ძლიერ უკმაყოფილებას გამოხატავენ.<sup>21</sup>

როგორც წესი, ბულიმიით შეპყრობილი ადამიანების ქცევებს „გასაიდუმლოების“ ელფერი დაკრავს, რადგან მას ხშირად თანხვდება თვითკრიტიკის (საკუთარი თავისადმი ზიზღი და სირცხვილი) გაცნობიერებული გრძნობა. „გაწმენდის“ ციკლები, ჩვეულებისამებრ, მეორდება კვირაში რამდენჯერმე.

ანორექსიით დაავადებულთა მსგავსად, ბულიმიით დაავადებულებსაც ხშირად აღენიშნებათ თანმხლები ფსიქოგენური დარღვევები: დეპრესია, ტოქსიკომანია, მოუსვენრობა. სხვა ფიზიკური პრობლემები წარმოიქმნებიან ხშირი „თვითგაწმენდის“ გამო. მათთვის დამახასიათებელია ელექტროლიტებისა და სასიცოცხლო სითხეების რაოდენობრივი დისბალანსი, დისპეპსიები, პირის ღრუს, ყელისა და კბილების ჯანმრთელობის პრობლემები.

უფრო მძიმე სიმპტომები ვითარდება მოგვიანებით.

ბულიმიის დროს პირნაღები მასის მჟავა რეაქცია აზიანებს კბილების გარე შრეს, იწვევს საყლაპავის ანთებას და სხვადასხვა დაზიანებებს (ზიანდება უპირატესად ხახის ის ნაწილი, საიდანაც საკვები გადადის პირის ღრუდან საყლაპავში, ხოლო ხელოვნურად გამოწვეული პირღებინებისაგან კი - პირიქით), დიდდება ყბისქვეშა და ლოყასთან ახლოს მდებარე ლიმფური ჯირკვლები („გაბერილი ლოყების“ სიმპტომი). ხშირი ღებინებისაგან ზიანდება მუცლის ღრუს ორგანოები. ელექტროლიტური (კალიუმის დაკარგვა) და სითხითი დისბალანსი გულის გაჩერების ერთერთი მიზეზია, რომელმაც შეიძლება ავადმყოფის დაღუპვა

გამოიწვიოს. შეიძლება განვითარდეს პეპსინური წყლულები, პანკრეატიტი და ხანგრძლივი, შემაწუხებელი ყაბზობა, რაც ბულიმიის შემდგომი განვითარების ბუნებრივი შედეგია.<sup>22</sup>

#### **4.3. კომპლუსური (უკონტროლო) გადაჭარბებული კვების სიმპტომები და ნიშნები**

„უკონტროლო კვება“ საკვების მიღების ეპიზოდებში, მისი მიღების რაოდენობაზე კონტროლის დაკარგვით ხასიათდება. ბულიმიისაგან განსხვავებით ასეთ პაციენტებს არ აღენიშნებათ „გაწმენდის“ (ე.წ. ზედმეტი საკვებისაგან განთავისუფლება) სურვილი, ან თვითდაკანონებული მძიმე მარხვები. ამიტომ, ისინი ხშირად ჭარბწონიანები და მსუქნები არიან. ეს ადამიანები, ჩვეულებრივ განიცდიან დანაშაულის, სირცხვილის, ან უბედურად გრძნობს თავს, რაც კიდევ უფრო აღრმავებს პრობლემას.

„უკონტროლო კვების“ სინდრომით შეპყრობილ ადამიანებს ხშირად აღენიშნებათ ისეთი თანმხლები ფსიქიკური პრობლემები, როგორცაა დეპრესია, მოუსვენრობა.

ცნობილია „უკონტროლო კვებასა“ და ჭარბ წონას, ჰიპერტენზიასა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებს შორის პირდაპირი კორელაციური კავშირის არსებობა, რაც არაერთი სარწმუნო კვლევით დასტურდება.<sup>23</sup>

#### **რეკომენდაციები:**

- კვებითი დარღვევების სიმპტომებისა და ნიშნების არასპეციფიკური ხასიათისა და პაციენტის მიერ ამ ჩივილების ხშირი იგნორირების გამო რეკომენდებულია ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში კვებითი ქცევის დარღვევის შემთხვევების აქტიური გამოვლენა რუტინული კონსულტაციის პროცესში, განსაკუთრებით ახალგაზრდა ქალებში (IV;D).
- პაციენტის შეფასებისას ყურადღება გაამახვილეთ ზოგად სიმპტომებზე, რაც შესაძლოა კვებითი ქცევის დარღვევაზე მიუთითებდეს აღსანიშნავია სისუსტე, თავბრუსხვევა, ენერჯის დაქვეითება, ამენორეა, წონის მომატება

ან დაქვეითება, ყაზობა, ბოყინი, დისკომფორტი მუცლის არეში, კუჭის წვა, ყელის ტკივილი, გულისცემა, პოლიურია, პოლიდიფსია და უძილობა (III;C).

- დაავადების შორსწასული ფორმების დროს მნიშვნელოვანია შემდეგი კლინიკური ნიშნების გამოვლენა: გამოფიტული გარეგნობა, ჩავარდნილი თვალები ან ლოყები, კანი – მიწისფერი და მშრალი, ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია, ჰიპოთერმია, ორთოსტაზი, თმისა და ფრჩხილების ცვლილებები, ჰიპერკაროტინემია, სუბკონიუნქტივალური ჰემორაგია, გინგივიტი, კბილის მინანქრის განლევა, კბილის კარიესი, პაროტიტი, სარძევე ჯირკვლების ატროფია, მიტრალური სარქველის პროლაფსი, არითმიები, მუცლის პალპაციით - განავლოვანი მარყუჟები, შეშუპება, რასელის ნიშანი, აკროციანოზი, რეინოს სინდრომი, ტრუსოს ნიშანი, ან ჰიპორეფლექსია(III;C).<sup>24</sup>

#### 4.4. კვების ქცევითი დარღვევების გართულებები

კვების ქცევითი დარღვევები ხანგრძლივი კვებითი დეფიციტისა ან საკვების გადაჭარბებული მიღებისა და არაადეკვატური კომპენსატორული ქცევების გამო რიგი გართულებებით ხასიათდება (იხ. ცხრილი 3)

ცხრილი №3 კვების ქცევითი დარღვევების სამედიცინო გართულებები<sup>25,26</sup>

გართულების ტიპი	ნერვული ანორექსია	ნერვული ბულიმია
<b>კარდიო-ვასკულური</b>	<p>არითმია</p> <p>ბრადიკარდია</p> <p>გამტარებლობის დეფექტები (მაგ.: QT-ს გახანგრძლივება</p> <p>სხვა სახის ეკგ ცვლილებები (მაგ.: დაბალი ვოლტაჟი, T ტალღების ინვერსია, ST სეგმენტის დეპრესია, ჰიპოტენზია</p> <p>მიტრალური სარქველის პროლაფსი</p> <p>პერიფერიული შეშუპება</p> <p>უცარი სიკვდილი</p>	<p>არითმია</p> <p>დიეტური აბების ტოქსიურობა (გულის ფრიალი, ჰიპერტენზია)</p> <p>ემეტიური საშუალებებით გამოწვეული კარდიომიოპათია (მაგ. იპეკაკუანას სიროპით)</p> <p>მიტრალური სარქველის პროლაფსი</p> <p>პერიფერიული შეშუპება</p>
<b>დერმატოლოგიური</b>	<p>ჰიპერკაროტინემიით გამოწვეული მოყვითალო შეფერილობა</p> <p>კანის სიმშრალე</p> <p>მტვრევადი ფრჩხილები</p> <p>Lanugo (რბილი, დაწოლილი, თეთრი თმა, ხელებსა და</p>	<p>რასელის ნიშანი</p>



<b>ენდოკრინული</b>	<p>გულმკერდზე ქალებში ანორექსიით)  მტანჯველი ქავილი  ამენორეა  ჰიპერქოლესტეროლემია  ჰიპერკორტისოლემია  ჰიპოგლიკემია  ტემპერატურის რეგულაციის დარღვევა  უშვილობა  უშაქრო დიაბეტი  ოსტეოპენია/ოსტეოპოროზი</p>	<p>ამენორეა  ჰიპოგლიკემია  არარეგულარული მენსესი  მინერალოკორტიკოიდების სიჭარბე  ოსტეოპენია</p>
<b>გასტრო-ინტესტინური</b>	<p>ღვიძლის ფუნქციური სინჯების დარღვევა  მწვავე გასტრალური დილატაცია  საკვების მიღების განახლების გამო ბოყინი/სისავსის შეგრძნება  ყაზობა  კუჭის დაცლის გადავადება  პანკრეატიტი  გასტრო-ინტესტინური მოტორიკის შენელება</p>	<p>მწვავე გასტრალური დილატაცია  ყაზობა საფადარათოების ბოროტად გამოყენების გამო პირის ღრუს ეროზიები  საყლაპავის გასკდომა  ეზოფაგიტი  გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი  მალორი-ვის სინდრომი  ყბაყურა ჯირკვლის შესიება  პანკრეატიტი უკონტროლო კვებისაგან  არ არის გავრცელებული პრობლემები</p>
<b>ჰემატოლოგიური</b>	<p>ანემია (ნორმოციტური, ნორმოქრომული)  ედს-ის დაქვეითება  მსუბუქი ლეიკოპენია შედარებითი ლიმფოციტოზით  თრომბოციტოპენია</p>	<p>არ არის გავრცელებული პრობლემები</p>
<b>მეტაბოლური</b>	<p>დეჰიდრატაცია  ელექტროლიტური დისბალანსი  შრატის კაროტინის მომატება  გადაჭარბებული კვების სინდრომი</p>	<p>დეჰიდრატაცია  ელექტროლიტური დისბალანსი</p>
<b>ნევროლოგიური</b>	<p>შემეცნების დარღვევა  კრუნჩხვები</p>	<p>შემეცნების დარღვევა  ქერქის ატროფია, პარკუჭების გაგანიერება,  პერიფერიული ნეიროპათია  ასპირაციული პნევმონია  ღებინებით გამოწვეული პნევმომედიასტინუმი  პნევმოთორაქსი ან ნეკნების მოტეხილობები</p>
<b>პულმო-მედიასტინური</b>	<p>პულმონური შესამღებლობების დაქვეითება</p>	<p>ასპირაციული პნევმონია  ღებინებით გამოწვეული პნევმომედიასტინუმი  პნევმოთორაქსი ან ნეკნების მოტეხილობები</p>
<b>რენალური</b>	<p>აზოტის კონცენტრაციის მომატება  სისხლში  თირკმლის კენჭები</p>	<p>აზოტის კონცენტრაციის მომატება სისხლში  თირკმლის კენჭები (II)</p>

**რეკომენდაცია:**

- კვების ქცევითი დარღვევები შესაძლოა სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობებით გართულდეს, რის გამოც საექვო შემთხვევებში რეკომენდებულია პაციენტის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია (C).
- სავალდებულო ჰოსპიტალიზაცია ნაჩვენებია (D):
  - პაციენტებში სუიციდის მაღალი რისკით
  - გამოხატულია სიცოცხლისთვის საშიში გართულებები: მძიმე ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია, ჰიპოთერმია, ელექტროლიტური ცვლის მნიშვნელოვანი დარღვევა, სამიზნე ორგანოების დაზიანება
  - სხეულის მასის დაქვეითება ჯანმრთელი სხეულის მასის 85%-ზე მეტად.

**5. კვების ქცევითი დარღვევების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები**

კვების ქცევითი დარღვევების დიაგნოსტიკას ართულებს ის ფაქტი, რომ პაციენტების უმრავლესობა ამ პათოლოგიისთვის დამახასიათებელ ჩივილებს არ წარმოადგენს, როგორც ძირითადად. პაციენტების დიდ ნაწილში, ასევე ვერ ხერხდება კვების ქცევითი დარღვევის დიაგნოზის დამადასტურებელი რაიმე ნიშნის გამოვლენა. მიუხედავად ამისა, კვების ქცევითი დარღვევების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები უპირატესად ანამნეზურ და ფიზიკური გასინჯვის მონაცემებს ემყარება (იხ. ცხრილებში 4, 5,6).

**ცხრილი №4 ნერვული ანორექსიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები<sup>24</sup>**

---

ნორმალური წონის შენარჩუნების იდეის კატეგორიული უარყოფა.

---

წონაში მომატების ან გასუქების პანიკური შიში, ნორმალური ან სასურველზე ნაკლები წონის მიუხედავად.

---

მუდმივი წუხილი წონასა და სხეულის ფორმაზე, სხეულის წონის თვითმეფასების არასწორი ზეგავლენა და არსებულ წონაზე მუდმივი, უსაფუძვლო სერიოზული განცდები.

---

ამენორეა მოზარდებში მენარხის შემდგომ პერიოდში

---

**სპეციფიკური ტიპები:**

---

**1. შეზღუდვის ტიპი:** არსებული ეპიზოდების განმავლობაში არ იკვებება და არც ცდილობს

---

საკვებისაგან განთავისუფლებას.

**2. კომპლუსური გადაჭარბებული კვებისა და მისგან განთავისუფლების ტიპი:** არსებული ეპიზოდების განმავლობაში რეგულარული კვებისა და საკვებისაგან რეგულარული განთავისუფლების ქცევები.

### **ცხრილი №5 ნერვული ბულიმიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები<sup>24</sup>**

---

კომპლუსური გადაჭარბებული კვების მორეციდივე ეპიზოდები, როდესაც თითოეული ეპიზოდი ხასიათდება როგორც:

- იკვებება უფრო დიდი რაოდენობით საკვებით და უფრო ხშირად, ვიდრე უმრავლესობა ადამიანებისა მსგავს დროსა და მდგომარეობაში.
- გადაჭარბებულ კვებაზე თვით-კონტროლის ნაკლებობა არსებული ეპიზოდების განმავლობაში
- მორეციდივე არაშესაფერისი კომპენსატორული ქცევა წონაში მომატების პრევენციის მიზნით

---

კომპლუსური გადაჭარბებული კვება და არაადეკვატური ქცევა წარმოიშობა, საშუალოდ სამ თვეში ყველაზე ცოტა 2-ჯერ კვირაში.

---

სხეულის წონის თვითშეფასების არასწორი ზეგავლენა წონასა და სხეულის ფორმიდან გამომდინარე

---

არ წუხს მხოლოდ ნერვული ანორექსიის ეპიზოდის განმავლობაში

#### **სპეციფიკური ტიპები:**

---

**1.საკვებისაგან განთავისუფლების ტიპი:** არსებული ეპიზოდების განმავლობაში რეგულარულად ცდილობს საკვებისაგან განთავისუფლებას თვით-გამოწვეული ღებინებით, დიურეზული ან საფადარათო საშუალებების მიღებითა და ოყნით.

---

**2. ტიპი, რომელიც საკვებისგან განთავისუფლების მცდელობა არ ახასიათებს:** არსებული ეპიზოდების განმავლობაში რეგულარულად იყენებს ალტერნატიულ კომპენსატორულ ქცევას, როგორცაა მაგ. გადაჭარბებული ვარჯიშები და არ ცდილობს საკვებისაგან განთავისუფლებას თვით-გამოწვეული ღებინებით, დიურეზული ან საფადარათო საშუალებების მიღებით და ოყნით.

### **ცხრილი №6 არასპეციფიური კვების ქცევითი დარღვევების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები <sup>24</sup>**

---

აღნიშნული კატეგორიის კვებით დარღვევებს მიეკუთვნება ყველა სხვა დანარჩენი, რომელიც არ ხვდება სპეციფიკური კრიტერიუმებით რომელიმე ჯგუფში, მაგალითად:

- ქალები მენოპაუზის პერიოდში, რომლებიც აკმაყოფილებენ ნერვული ანორექსიის ყველა

---

კრიტერიუმს.

- ნორმალური წონის პაციენტები, რომლებიც აკმაყოფილებენ ნერვული ანორექსიის ყველა კრიტერიუმს.
- პაციენტები, რომლებიც აკმაყოფილებენ ნერვული ბულიმიის კრიტერიუმებს, მაგრამ კომპულსური გადაჭარბებული კვება და არაადეკვატური ქცევა წარმოიშობა საშუალოდ, სამ თვეში, სულ მცირე, კვირაში 2 ჯერ.
- ნორმალური წონის პაციენტი, რომელიც რეგულარულად მიმართავს არაშესაფერის კომპენსატორულ ქცევას მცირე რაოდენობით საკვების მიღების შემდეგ
- პაციენტი, რომელიც რეგულარულად ღეჭავს, მაგრამ არ ყლაპავს დიდი რაოდენობით საკვებს.

---

**კომპულსური გადაჭარბებული კვება:** განმეორებითი ეპიზოდები გადაჭარბებული სიხშირისა და რაოდენობის საკვების მიღების, რომელსაც თან არ სდევს ნერვული ბულიმიისათვის დამახასიათებელი კომპენსატორული ქცევა.

## 6. სკრინინგი კვების ქცევით დარღვევებზე

ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში კვების ქცევითი დარღვევების ადრეული იდენტიფიცირებისათვის რეკომენდებულია შემთხვევების აქტიური ძიების სტრატეგია, რაც ყველა საექმო შემთხვევაში კვების ქცევით დარღვევებზე სკრინინგს ითვალისწინებს. სკრინინგი მიზანშეწონილია შემდეგ ჯგუფებში:

- ახალგაზრდა ქალები, რომელთა სხეულის მასის ინდექსი ნორმის ფარგლებს სცილდება (C );
- ჭარბი წონის პაციენტები, რომლებიც ოჯახის ექიმს ამ პრობლემის გამო მიმართავენ (C );
- ქალები მენსტრუალური ციკლის მოშლითა ან ამენორეით (C );
- პაციენტები გასტროინტესტინური ჩივილებით (C );
- პაციენტები სხეულის მასის ინდექსის დაქვეითებით (C);
- პაციენტები, რომლებიც ხშირ ღებინებას უჩივიან
- ბავშვები და მოზარდები ზრდაში ჩამორჩენით (C );

- ახალგაზრდა პაციენტები პირველი ტიპის შაქრიანი დიაბეტით, რომლებიც მკურნალობის რეჟიმს ცუდად იცავენ (C)<sup>27</sup>;

სკრინინგი ემყარება რამოდენიმე მარტივ შეკითხვას კვების რეჟიმის, ხასიათისა და ამ საკითხის მიმართ პაციენტის დამოკიდებულების შესახებ (C). სკრინინგის ინსტრუმენტებს შორის აღსანიშნავია SCOFF კითხვარი.<sup>28,29</sup> კითხვარის მგრძობიანობა 100%, ხოლო სპეციფიკურობა 87.5%.

#### კვებითი ქცევის დარღვევებზე სკრინინგის (SCOFF) კითხვარი

- გულს ხომ არ ირევთ იმის გამო, რომ თავს ზედმეტად “სავსედ” გრძობთ?
  - ხომ არ თვლით, რომ ჭამის დროს თავს ვერ აკონტროლებთ?
  - უკანასკნელი სამი თვის განმავლობაში წონაში რამდენი დაიკელით? (6.4კგ-ზე მეტი დადებითი პასუხია: 1 ქულა)
  - სხვები ამბობენ, რომ გახდარი ხართ, მაგრამ თქვენ თვლით, რომ ჭარბი წონა გაქვთ.
  - შეგიძლიათ თქვათ, რომ თქვენს ცხოვრებაში ჭამა ყველაზე მთავარია
- შეფასება: თითოეული დადებითი პასუხი ფასდება ერთი ქულით. ორ ქულაზე მეტი ნერვული ანორექსიის ან ბულიმიის მომატებულ რისკზე მიუთითებს.

სხვა შეკითხვები, რომლებიც სკრინინგის მიზნით შეიძლება გამოიყენოთ შემდეგია:

- გასულ წელს რამდენი სახის დიეტა სცადეთ?
- ხომ არ ფიქრობთ, რომ დიეტის დაცვა გჭირდებათ?
- კმაყოფილი ხართ თქვენი წონით?

ნებისმიერ ამგვარ შეკითხვაზე დადებითი პასუხი საექვოს ხდის კვების ქცევითი დარღვევის არსებობას.<sup>30</sup>

საექვო შემთხვევებში, შემდგომი შეფასებისა და დიაგნოზის დადასტურებისათვის რეკომენდებულია პაციენტის გაგზავნა ფსიქიატრთან (D).

## 7. მკურნალობის სქემა

### 7.1. ზოგადი მიმოხილვა

კვების ქცევითი დარღვევის დიაგნოზის დასმის შემდეგ მკურნალობის სქემა ინდივიდუალური ფსიქოსოციალური და კლინიკური ფაქტორების გათვალისწინებით უნდა შემუშავდეს. მკურნალობის პროცესში აუცილებელია პაციენტზე რეგულარული მეთვალყურეობა, რაც ზოგადსაქიმიო პრაქტიკის პირობებში წარმატებით შეიძლება განხორციელდეს. საუკეთესო პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ კვების ქცევითი დარღვევების მკურნალობა მრავალდისციპლინარული გუნდის კარგად კოორდინირებულ მოქმედებას მოითხოვს. გუნდის წევრებს შორის აღსანიშნავია ოჯახის ექიმი, კვების სპეციალისტი (დიეტოლოგი), ფსიქიატრი და ფსიქოთერაპევტი.(II)<sup>31,32</sup>

კვების ქცევითი დარღვევების მკურნალობის სქემის დამოუკიდებლად შერჩევა ოჯახის ექიმის კომპეტენციებს აღემატება. იგივე შეეხება მედიკამენტური რეჟიმის დანიშვნას. ამდენად, წინამდებარე გაიდლაინში ვრცელი ინფორმაცია რეკომენდებული მედიკამენტების დანიშვნის წესებისა და ჩვენებების შესახებ წარმოდგენილი არ არის.

მკურნალობის პროცესში ოჯახის ექიმს არსებითი როლი ენიჭება პაციენტთან თანამშრომლობისა და მისი აქტიური მონაწილეობის წახალისებაში. პაციენტს უნდა მიეწოდოს ამომწურავი ინფორმაცია ჯანსაღი დიეტისა და კვების რაციონის დაგეგმვის შესახებ. ასევე, მნიშვნელოვანია, თვით-მართვის პროცესზე მონიტორინგი და საჭიროების შემთხვევაში სათანადო მხარდაჭერა. განსაკუთრებით საყურადღებოა ოჯახის ექიმის მიერ მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმზე მიმდინარე მეთვალყურეობა და დეპრესიის საწინააღმდეგო ან სხვა ფსიქოტროპული მედიკამენტების გვერდით მოვლენებზე მონიტორინგი.

**მკურნალობის მეთოდებს** შორის აღსანიშნავია კოგნიტიური, ქცევითი, ინტერპერსონალური ან ოჯახური თერაპია, ასევე, ფარმაკოლოგიური მკურნალობა.(I)<sup>33,34,35</sup> მკურნალობის მეთოდის შერჩევა მიზანშეწონილია

ეტაპობრივად. ყოველი საფეხური პაციენტის საჭიროებების დეტალური ანალიზის საფუძველზე უნდა განისაზღვროს.<sup>34,36</sup> დაავადების ადრეულ ეტაპზე განსაკუთრებით ეფექტიანია პაციენტის ინფორმირება და თვით-დახმარების პროგრამა.(II)<sup>37,38</sup> თვითდახმარების პროგრამის სახელმძღვანელო კომპონენტები იხილეთ დანართში #1.

**რეკომენდაციები:**

- კვების ქცევითი დარღვევების მართვისთვის მედიკამენტური და სხვა სახის მკურნალობის დანიშვნა ოჯახის ექიმის კომპეტენციის ფარგლებს სცილდება. ამიტომ ამ ტიპის დარღვევებზე საექვო შემთხვევაში უნდა მოხდეს პაციენტის მიმართვა ფსიქიატრთან (C).
- ნერვული ბულიმიისა და კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევის მკურნალობის საწყის ეტაპად შესაძლოა განხილულ იყოს თვითდახმარების პროგრამა(B). ამდენად, ოჯახის ექიმის მიერ, სპეციალისთან მიმართვამდე, პრობლემის ბუნებისა და მისი მართვის გზების თაობაზე პაციენტების ინფორმირებას არსებითი მნიშვნელობა აქვს (D).

**7.2. კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევების მკურნალობა**

რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების სისტემატური მიმოხილვა ადასტურებს კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევების მკურნალობისათვის სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორების (SSRI), ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების, ანტიეპილეფსიური მედიკამენტებისა და მადის დამთრგუნველი საშუალებების ეფექტიანობას, თუმცა შედეგი ზომიერია.(I)<sup>34</sup>

**ფლუოქსეტინი (60მგ/დღეში)** კვების ქცევითი დარღვევების სამკურნალოდ ამერიკის კვებისა და წამლის ადმინისტრაციის მიერ აღიარებული ერთ-ერთი მედიკამენტია, რომელიც ანტიდეპრესანტების ჯგუფს მიეკუთვნება. მართალია, ანტიდეპრესანტების სხვადასხვა კლასი ამცირებს კომპულსურ გადაჭარბებულ კვებით დარღვევას და ამსუბუქებს ღებინებას ნერვული ბულიმიით შეპყრობილ

პაციენტებში, SSRI, მათი ეფექტიანობისა და უსაფრთხოების გამო შერჩევის პირველი რიგის მედიკამენტებადაა მიჩნეული.(I)<sup>39,35</sup>

### 7.3. ანორექსიის მკურნალობა

ანორექსიით დაავადებული პაციენტის მკურნალობის ამოცანებია:

1. ნორმალური წონის აღდგენა: ამბულატორიულ პირობებში მკურნალობისას წონის სამიზნე ნამატი კვირაში 0.5 კგ-ს შეადგენს, რისთვისაც კვირაში 3500-დან 7000 კალორიამდე ენერგეტიკული ღირებულების საკვების მიღებაა საჭირო.
2. კვებით დარღვევებთან დაკავშირებული ფსიქოლოგიური პრობლემების იდენტიფიკაცია
3. იმ აზრებისა და ქცევების კორექცია ან რედუცირება, რომლებიც კვების ქცევით დარღვევებს/ ან რემისიის შემდეგ მის განმეორებებს იწვევენ

ზოგიერთი კვლევა გვიჩვენებს, რომ ნერვული ანორექსიის სამკურნალოდ დეპრესიის საწინააღმდეგო პრეპარატების გამოყენება ნაკლებად ეფექტიანია და მათი გამოყენება მონოთერაპიის სახით რეკომენდებული არ არის. (I)<sup>40,41,42</sup>.

მიმდინარე კვლევების წინასწარი დასკვნებით ატიპურმა ანტიფსიქოზურმა საშუალებამ ოლანზაპინმა (Olanzapine, Zyprexa) ნერვული ანორექსიის შემსუბუქების თვალსაზრისით დადებითი შედეგები უჩვენა.(II)<sup>43,44</sup> ფსიქოტროპული მედიკამენტები, შესაძლოა, ეფექტიანი იყოს სხვა თანმხლები მდგომარეობების (დეპრესია, შფოთვა, აკვიატებული და ზედირებულოვანი იდეები) მართვისთვის, დამხმარე თერაპიის სახით. (IV).<sup>1</sup>

დადასტურებულია ასევე ინდივიდუალური, ჯგუფური და ოჯახზე ორიენტირებული ფსიქოთერაპიის ეფექტიანობა(II).<sup>45</sup> ოჯახზე ორიენტირებული ფსიქოთერაპია განსაკუთრებით ეფექტიანია მოზარდებსა და ბავშვებში ნერვული ანორექსიის სამკურნალოდ, რაც თავდაპირველი წონისა და ნორმალური კვების ჩვევების აღდგენის საშუალებას იძლევა.<sup>22</sup> სამწუხაროდ ამას ვერ ვიტყვით, მოზრდილი კონტიგენტის ფსიქოთერაპიული მკურნალობის თაობაზე.(I)<sup>40</sup> ზოგჯერ სასულიერო პირთა შეგონება უფრო ამართლებს, ვიდრე კლასიკური



ფსიქოთერაპია, მაგრამ ესეც ცალსახადაა დამოკიდებული პაციენტის განწყობაზე და გარემოს ფსიქო-სოციალურ სიტუაციაზე.(IV)<sup>46</sup>

ახალი კვლევები იმედს იძლევა, რომ ინტერვენციული და ფსიქოთერაპიული მეთოდების შეჯერება გააუმჯობესებს მკურნალობის გამოსავლებს.

#### **7.4. ბულიმია**

ბულიმიით დაავადებული პაციენტის მკურნალობის მიზანია გადაჭარბებული კვებისა და შემდგომ “გაწმენდის” პროცედურების აღკვეთა ან შემცირება. პაციენტს უნდა მიეცეს კვებითი რეკომენდაციები და დაენიშნოს ფსიქოთერაპიის კურსი, განსაკუთრებით ეფექტიანია ქცევაზე ორიენტირებული ფსიქოთერაპია. საჭიროების შემთხვევაში ინიშნება მედიკამენტური მკურნალობა. რეკომენდებულ მედიკამენტებს მიეკუთვნება ანტიდეპრესიული ჯგუფის პრეპარატები, კერძოდ ფლუოქსეტინი. ანტიდეპრესანტებით მედიკამენტური მკურნალობა უფრო ეფექტიანია პაციენტებში თანმხლები დეპრესიით, მოუსვენრობითა და სხვა ფსიქიკური პრობლემებით.<sup>47,39,35</sup>(III,II) მკურნალობისას განსაკუთრებული ყურადღებაა საჭიროა დეპრესიის საწინააღმდეგო მედიკამენტების სწორი შერჩევის, მათი გვერდითი მოვლენების დროული გამოვლენისა და, საჭიროების შემთხვევაში, ფსიქიატრთან პაციენტის დაუყოვნებელი ვიზიტის ორგანიზების მიზნით.

#### **რეკომენდაციები:**

- ნერვული ანორექსიით, ბულიმიითა და კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევის მქონე პაციენტისთვის კოგნიტიური, ფსიქოთერაპიისა და მედიკამენტური რეჟიმის შერჩევის მიზნით საჭიროა პაციენტის მიმართვა ფსიქიატრთან. (D)
- დიეტური რეჟიმის შესარჩევად განიხილეთ კვების სპეციალისტთან (დიეტოლოგთან) მიმართვის საჭიროება.(D)
- ოჯახის ექიმი უნდა გაეცნოს თითოეული პაციენტისთვის შემუშავებულ მკურნალობის სქემას და უზრუნველყოს მის შესრულებაზე აქტიური

მონიტორინგი (მ.შ. ანტიდეპრესიული მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების დროული იდენტიფიკაცია).(D)

რეალური და სტაბილური შედეგებისათვის მსოფლიო გამოცდილება აღიარებს სპეციალიზებული ინსტიტუციის (მაგ. დღის ცენტრის) აუცილებლობას, სადაც შესაძლებელი იქნება მრავალდისციპლინარული მიდგომის განხორციელება სხვადასხვა ტიპის ფსიქოთერაპიის, არტ და ოკუპაციური თერაპიის ფონზე პჯდ მიერ შემდგომი მონიტორინგი უზრუნველყოფს მიღწეული ეფექტის შენარჩუნებას.

## **8. მიმდინარე მეთვალყურეობა პაციენტზე კვების ქცევითი დარღვევებით**

---

კვების ქცევითი დარღვევების შემთხვევაში ოჯახის ექიმის მიერ მიმდინარე მეთვალყურეობის მიზანია წონისა და კვებითი სტატუსის მონიტორინგი, პაციენტის თვითშეგრძნების, მდგომარეობის გამწვავების რისკის შეფასება და სპეციალისტთან მიმართვის საჭიროების განსაზღვრა.

ოჯახის ექიმის მიერ მდგომარეობის პერიოდული შეფასებისა და მკურნალობის სქემის კორეგირების აუცილებლობის შეფასებისთვის მოწოდებულია პრაქტიკული ინსტრუმენტები (იხ. დანართი 2).

მიმდინარე მეთვალყურეობის ვიზიტების რეკომენდებული სიხშირე და მოცულობა წარმოდგენილია ცხრილში 7.

**ცხრილი #7**

**კვების ქცევითი დარღვევებით დაავადებულ პაციენტებზე მეთვალყურეობის განხორციელების მინიმალური პაკეტი**

<b>ღონისძიება</b>	<b>პერიოდულობა</b>
<b>ანამნეზი</b>	
კვების ხასიათი ალკოჰოლის მიღება ფიზიკური აქტივობის რეჟიმი ოჯახური გარემო ოჯახური ან სოციალური სტრესები სხვა სიმპტომები, რაც შესაძლოა თანხლები დაავადებების ან გართულებების მაჩვენებელი იყოს.	წელიწადში ერთხელ
<b>ფიზიკური გამოკვლევა</b>	
არტერიული წნევის გაზომვა	ყოველ 6 თვეში ერთხელ
სიმადლე/წონა/წელის გარშემოწერილობა (BMI)	ყოველ 6 თვეში ერთხელ
პირის ღრუს დათვალიერება	ყოველ 6 თვეში ერთხელ
<b>სპეციალისტის კონსულტაცია</b>	
ფსიქიატრის კონსულტაცია	თავდაპირველად რეგულარულად, მდგომარეობის სტაბილიზაციამდე, მოგვიანებით საჭიროების მიხედვით, მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში
<b>რეკომენდებული ღონისძიებები</b>	
ჯანსაღი კვების გეგმა	განიხილე ყოველწლიურად
ფიზიკური აქტივობა	განიხილე ყოველწლიურად
განათლება თვითმოვლის შესახებ	განიხილე ყოველწლიურად
მედიკამენტები (მათ შორის ანტიდეპრესანტები)	განიხილე სისტემატურად ნებიესმიერ ვიზიტზე, ავადმყოფის მდგომარეობიდან გამომდინარე

გართულებებით მიმდინარე დაავადების და თანმხლები რისკ-ფაქტორების შემთხვევაში, პაციენტს ესაჭიროება უფრო ინტენსიური მეთვალყურეობა.

ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმი პაციენტთან ერთად უნდა ადგენდეს გეგმას, სადაც აისახება პაციენტის საჭიროებები, მიზნები, დაგეგმილი კონსულტაციები სპეციალისტებთან და სხვ.

## 9. ეთიკურ - სამართლებრივი რეკომენდაციები

---

კვების ქცევითი დარღვევებით დაავადებული პაციენტების სამედიცინო მეთვალყურეობის პროცესში არსებითი მნიშვნელობა აქვს ბაზისური ეთიკური პრინციპების დაცვას. განსაკუთრებით, პაციენტის ავტონომიის პატივისცემას და კლინიკური გადაწყვეტილების პროცესში მისი მონაწილეობის უზრუნველყოფას, ინფორმირებულ თანხმობასა და კონფიდენციალობას. ფსიქიკური მ.შ. ნერვული ანორექსიის შემთხვევაში პაციენტის ნების გარეშე იძულებითი კვების საკითხი მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევებში შეიძლება დაისვას და საბოლოო გადაწყვეტილება მრავალდისციპლინარული გუნდისა და პაციენტის ოჯახის (უფლებამოსილი წარმომადგენლის) მონაწილეობით უნდა იქნას მიღებული.

## 10. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები

---

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. გაიდლაინის დაბეჭდვა და გავრცელება საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის ქსელში;
2. გაიდლაინის ელექტრონული ვერსიის განთავსება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდებზე.
3. გაიდლაინის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება;
4. გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტების საშუალებით.

## 11. კვების ქცევითი დარღვევებით პირთა სამედიცინო

### მომსახურების ხარისხის შეფასების - აუდიტის კრიტერიუმები

---

აუდიტით უნდა შეფასდეს კვების ქცევითი დარღვევების დიაგნოსტიკის, არამედიკამენტური და მედიკამენტური მკურნალობისა და მიმდინარე მეთვალყურეობის ეტაპები. რეკომენდებულია შეფასება შემდეგი კრიტერიუმების საფუძველზე:

- ოჯახის ექიმს/ექთანს გააჩნია კვების ქცევითი დარღვევების პირთა რეესტრი
- საოჯახო მედიცინის ცენტრს გააჩნია კვების ქცევითი დარღვევის მართვის გაიდლაინები და ლოკალური პროტოკოლები.
- ოჯახის ექიმებს/ექთნებს გავლილი აქვთ შესაფერისი ტრენინგები
- კვების ქცევითი დარღვევების მქონე რამდენი პიროვნება გამოვლინდა?
- რამდენი მათგანი გაიგზავნა გამოკვლევისათვის სპეციალისტთან?
- რამდენ პაციენტს დაენიშნა მედიკამენტური მკურნალობა

## 12. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის გადასინჯვა და განახლება სასურველია განხორციელდეს დანერგვიდან 2 წელიწადში.

## 13. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინი შემუშავდა საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ 2009 წლის სექტემბერში ევროკავშირის მიერ დაფინანსებული „პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ხელშემწყობი პროექტის“ ფარგლებში.

პირველ ეტაპზე, კვების ქცევითი დარღვევების თაობაზე უახლესი, მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების მოპოვების მიზნით, სამუშაო ჯგუფმა ჩაატარა ლიტერატურული ძიება ინტერნეტის შესაფერისი პროგრამების საშუალებით მედლაინის, კოკრეინისა და სხვა მონაცემთა ბაზებში. მოძიებული

150-მდე აბსტრაქტიდან შეირჩა 50-მდე გამოქვეყნებული ნაშრომი, რომელიც ყველაზე მეტად შეეფერებოდა საკვლევ თემას და მოიცავდა სარწმუნო მეცნიერულ მტკიცებებს (მსგავს თემებზე დიდ ბრიტანეთში, ამერიკაში, აგრეთვე, ევროპულ დონეზე არსებულ პროფესიონალთა გაერთიანებების მიერ შემუშავებული გაიდლაინები, რანდომიზებული და არარანდომიზებული კვლევები ან ამ კვლევების მეტა-ანალიზი, და კლინიკური მიმოხილვა), გამოყენებული ლიტერატურის ზუსტი ნუსხა თან ერთვის გაიდლაინს.

## 14. ალტერნატიული გაიდლაინის მითითება

ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს

## 15. ავტორთა ჯგუფი

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი: ი.ქაროსანიძე, ვ.კვანტალიანი, რ.თათარაძე, თ.გაბუნია, უ. კილაძე

რეცენზენტი: ნესტან დუდუჩავა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექსპერტი, აო „კავშირი ამაგის“ თავმჯდომარე

### დანართი 1. თვითდახმარების სახელმძღვანელო კომპონენტები<sup>48</sup>

კომპონენტები	მიზნები და სტრატეგიები
დაიწყეთ საკვების მოხმარებაზე თვით-მონიტორინგი	დაიცავით დრო, ადგილი, სიტუაცია და კვებითი ქცევის შინაარსი ეცადეთ გაერკვეთ რის გამო გიჩნდებათ კვების სურვილი ეცადეთ გაერკვეთ რა რეაქცია გექნებათ, თუკი კვების კონტროლს შეეცდებით კარგად გააცნობიერეთ, რას ნიშნავს ჯანსაღი კვების ჩვევები
შეისწავლეთ ჭამისა და წონის ურთიერთდამოკიდებულება და ჩამოაყალიბეთ კვების განრიგი	მიიღეთ ინფორმაცია ნორმალური წონის მაჩვენებლების შესახებ, გაეცანით კვებითი დარღვევების ფიზიკური შედეგებისა და საკვებისაგან განთავისუფლების არაეფექტიანობას წონის მართვის თვალსაზრისით. იკვებეთ სამჯერადად დღეში და 2-3-ჯერ წაიხმსეთ ძირითად კვებებს შორის; თავი აარიდეთ ღებინების გამოწვევას ჭამის შემდეგ.

ჩამოაყალიბეთ და განავითარეთ გაუკონტროლებელი კვებისა და მიღებული საკვებისაგან განთავისუფლების ალტერნატივები	განახორციელეთ თქვენთვის სასიამოვნო აქტივობები, რომელიც დაგეხმარებათ მავნე ჩვევებიდან თავის დაღწევაში (გასეირნება, ტელეფონით საუბარი, წერილების წერა, ტელევიზორის ყურება, შხაპის მიღება და სხვ.) დაიჯერეთ, რომ ძალიან მალე დასძლევთ მავნე ჩვევებს
განავითარეთ პრობლემის გადაჭრის სტრატეგია	ისწავლეთ ადრეულ ეტაპზე პრობლემების განსაზღვრა განავითარეთ პრობლემების გადაჭრის სტრატეგიები (მაგ.: აითვისე რელაქსაციის ტექნიკა და სხვ.)
შემცირეთ მკაცრი დიეტა	მნიშვნელოვანია, ბალანსირებული ჯანსაღი კვების წახალისება და არაჯანსაღი დიეტური სტრატეგიების თავიდან აცილება, როგორცაა კვების პერიოდების შემცირება, არარეალისტური სამიზნე კალორიები, სპეციფიკური საკვებით კვება
განავითარეთ გამწვავებასთან ბრძოლის და მათი თავიდან აცილების სტრატეგიები	დროულად გააცნობიერეთ დაშვებული შეცდომები და დაგეგმეთ პრობლემის გადაჭრის გზები (მაგ.: ხელახალი თვითმონიტორინგის დაწყება, ექიმთან ჩაწერა და ა.შ.).

**დანართი 2 კვების ქცევითი დარღვევების შემთხვევაში პაციენტის მდგომარეობის რეგულარული შეფასების ინსტრუმენტები <sup>49</sup>**

მიზანი	კითხვები/ფაქტები
კვებითი ჩვევების შესახებ საუბრის დაწყება	შეიძლება ვისაუბროთ თქვენი კვების ჩვევების თაობაზე? მე მაინტერესებს თქვენი კვება. შეგვიძლია ვისაუბროთ, ჩვეულებრივ, როგორ იკვებებით?
კვებითი ჩვევების შეცვლის მოტივაციის შეფასება	0-დან 10-მდე შეფასების შკალას თუ გამოვიყენებთ, როგორ შეაფასებდით რომ შეგიძლიათ კვების ჩვევის შეცვლა? რა გაგხდით უფრო თავდაჯერებულს? რა მოგწონთ თქვენი კვებით ჩვევებში? რა არ მოგწონთ? რა სარგებლობას მოგიტანთ კვების შეცვლა? რა არის მარტივი გზა თქვენთვის კვების ჩვევის შესაცვლელად? რამდენად შეიცვლება თქვენი ცხოვრება, თუკი ამდენ დროს არ

	<p>დაუთმობთ კვებაზე ფიქრს?</p> <p>როგორც გავიგე, თქვენი კვების ჩვევები გეხმარებათ იმაში, რომ გაიყვანოთ დრო.</p>
<p><b>წინა ფაქტორებისა და შედეგების განსაზღვრა კვებითი დარღვევების დროს</b></p>	<p>თუ გრძნობთ, რომ დაკარგეთ კონტროლი იმაზე, თუ როგორ იკვებებით? რამდენად ხშირად ფიქრობთ ამაზე?</p> <p>განსაკუთრებით, როდის იკვებებით ასე უკონტროლოდ?</p> <p>ზოგჯერ, ადამიანები არასწორად იკვებებიან როდესაც წუხან, დარდობენ, აქვთ სხვადასხვა ტიპის სტრესები, შფოთავენ. თქვენც ხომ არ უკავშირებთ მსგავს მდგომარეობას?</p> <p>რას გრძნობთ, ვიდრე დაიწყებდეთ გადაჭრებულად კვებას? ჭამის შემდეგ?</p> <p>რას გრძნობთ საკვებისაგან ხელოვნურად განთავისუფლების წინ? მას შემდეგ?</p> <p>როგორ ზემოქმედებას ახდენს თქვენს ყოველდღიურ საქმიანობაზე თქვენი კვების რეჟიმი?</p> <p>ხომ არ გრძნობთ დაღლილობას? ყურადღების კონცენტრაციის გამწვანებას?</p> <p>ზოგჯერ ადამიანები ფიქრობენ, რომ მთელი დღე იკვებებიან და უჭირთ სხვა რამეზე კონცენტრირება. თქვენც ასე ხომ არ გემართებათ?</p>
<p><b>ალტერნატივების გზების ჩამოყალიბება</b></p>	<p>როცა გრძნობთ, რომ სასწრაფოდ უნდა ჭამოთ, რა შეგიძლიათ გააკეთოთ მის ნაცვლად?</p> <p>განიხილეთ ყველა ის სიტუაცია, რომელიც გადაგატანინებთ ამ მდგომარეობას.</p>
<p><b>უარყოფითი დამოკიდებულების შეცვლა</b></p>	<p>ვისი მოთხოვნაა, რომ იყოთ სრულყოფილი?</p> <p>ვინ ახდენს ზეგავლენას საკუთარ თავზე თქვენს შეხედულებებზე?</p>



## 16. გამოყენებული ლიტერატურა

---

1. PAMELA M. WILLIAMS, MAJ, USAF, MC; JEFFREY GOODIE, MAJ, USAF, BSC; and CHARLES D. MOTSINGER, MAJ, USAF, MC, *Uniformed Services University of the Health Sciences*, Bethesda, Maryland., *Treating Eating Disorders in Primary Care*, American Family Physician, Volume 77, Number 2, January 15, 2008.
- 2 Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007; 61 (3): 348-358
3. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 4th ed.rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000: 589
- 4 .Yager J, Delvin MJ, Halmi KA, et al., for the Work Group on Eating Disorders. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. 3rd ed. Washington, Dc: American Psychiatric Association; Accessed June 28, 2007.
5. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline 9. London, UK. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2004. Accessed June 28, 2007
6. Vitousek K., Watson S, Wilson GT. Enhancing motivation for change in treatment of resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev*. 1998; 18(4): 391-420
7. Fairburn CG. Harison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361(9355): 407-416
8. Rolinick S, Mason P, Butler C. Health behavior Change: A Guide for Practitioners. New York, NY: Churchill Livingstone; 1999
9. National Institute of Mental Health. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/complete-index.shtml>
10. Who gets eating disorders? Royal College of Psychiatrists  
<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfoforall/problems/eatingdisorders/eatingdisorders.aspx>
11. Understanding Binge Eating [http://kidshealth.org/teen/food\\_fitness/problems/binge\\_eating.html](http://kidshealth.org/teen/food_fitness/problems/binge_eating.html)
12. Obsessive-Compulsive Disorder: What It Is and How to Treat It?  
<http://familydoctor.org/online/famdocen/home/common/mentalhealth/anxiety/133.printerview.html>
13. National Institute of Mental Health. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/complete-index.shtml>
14. Changing Minds: our lives and mental illness. Edited by Rosalind Ramsay, Anne Page, Tricia Goodman and Deborah Hart <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/books/rcpp/1901242889.aspx>
15. NIMH Facts about Eating Disorders and The Search for Solutions  
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/complete-index.shtml>
16. Pamela M. Williams, MAJ, Usaf, MC. Jeffrey Goode, MAJ, , Usaf, MC. Charles D, Motsinger, MAJ, , Usaf. *Uniformed Services University of the Health Sciences*, Bethesda, Maryland. *American Family Physician*. Volume 77, Number 2, January 15, 2008
17. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2003; 67(2):297-304
18. Walsh JM, Wheat ME, Freund K. Detection, Evaluation and treatment of eating Disorders: The Role of Primary Care Physician. *J Gen Intern Med* 2000; 15(8): 577-590
19. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Identifying and treating eating disorders. *Pediatrics* 2003; 111 (1): 204-211
20. Bochereau D, Clervoy P, Corcos M, Girardon N., Eating disorders. Anorexia nervosa in adolescents  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9989304>
21. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating Disorders, *Lancet*. 2003; 361(9355) 407-416
22. Metabolic Abnormalities in Bulimia Nervosa <http://www.aafp.org/afp/20040315/tips/22.html>
23. Binge Eating Disorder. [http://www.athealth.com/Consumer/disorders/binge\\_eating.html](http://www.athealth.com/Consumer/disorders/binge_eating.html)
24. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 4th ed.rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000: 594-595

- 
25. Yager J, Delvin MJ, Halmi KA, et al., for the Work Group on Eating Disorders. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. 3rd ed. Washington, Dc: American Psychiatric Association; Accessed June 28, 2007.
  26. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Identifying and treating eating disorders. *Pediatrics* 2003; 111 (1): 204-211
  27. Walsh JM, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders: the role of the primary care physician. *J Gen Intern Med* 2000;15:577-90.
  28. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999;319:1467.
  29. SARAH D. PRITTS, M.D., and JEFFREY SUSMAN, M.D., Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care., *American Family physician*, January 15, 2003 / Volume 67, Number 2.
  30. Anstine D, Grinenko D. Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. *J Adolesc Health* 2000;26:338-42.
  31. Yager J, Delvin MJ, Halmi KA, et al., for the Work Group on Eating Disorders. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. 3rd ed. Washington, Dc: American Psychiatric Association; Accessed June 28, 2007.
  32. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline 9. London, UK. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2004. Accessed June 28, 2007
  33. Hay PJ, Bacaltchuk J, Stefano S. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (3): CD000562
  34. Brownley KA, Berkman ND, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J eat Disord*, 2007; 40(4):337-348
  35. Shapiro JR, Berkmen ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J eat Disord*, 2007; 40(4):321-336
  36. Perkins SJ, Murphy R, Schmidt U, Williams C. Self-help and guided self-help for eating disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; (3): CD004191
  37. Stefano SC, Bacaltchuk J, Blay SL, Hay P. Self-help treatments for disorders of recurrent binge eating: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113 (6):452-459
  38. Banasiak SJ, Paxton SJ, Hay P. Guided self-help for bulimia nervosa in primary care: a randomized controlled trials. *Psychol Med* 2005;35(9):1283-1294
  39. Bacaltchuk J, Hay P, Trefiglio R. Antidepressants versus psychological treatments da their combination for bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; (4): CD003385
  40. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*. 2007;40(4):310-320.
  41. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical guideline 9. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2004.  
<http://www.nice.org.uk/guidance/CG9/niceguidance/pdf/English>.
  42. Yager J, Delvin MJ, Halmi KA, et al., for the Work Group on Eating Disorders. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. 3rd ed. Washington, Dc: American Psychiatric Association;
  43. Barbarich NC, McConaha CW, Gaskill J, et al. An open trial of olanzapine in anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(11):1480-1482
  44. Malina A, Gaskill J, McConaha C, et al. Olanzapine treatment of anorexia nervosa: a retrospective study. *Int J Eat Disord*. 2003;33(2):234-237.
  45. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline 9. London, UK. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2004. Accessed June 28, 2007

- 
46. James E. Mitchell, M.D. , Reverend Michael Erlander , Richard L. Pyle, M.D. , Linda A. Fletcher, B.A., Eating disorders, religious practices and pastoral counseling., *International Journal of Eating Disorders*, Volume 9 Issue 5, Pages 589 – 593, Published Online: 13 Feb 2006.
47. Yager J, Delvin MJ, Halmi KA, et al., for the Work Group on Eating Disorders. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. 3rd ed. Washington, Dc: American Psychiatric Association; Accessed June 28, 2007.
48. Fairburn CG. *Overcoming Binge eating*. New York, NY: Guilford Press; 1995
49. Rolinick S, Mason P, Butler C. *Health behavior Change: A Guide for Practitioners*. New York, NY: Churchill Livingstone; 1999