

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს” 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 16 აგვისტოს № 254/თ ბრძანებით

ჯანმრთელ პირთა (15-65) და ახალი პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება

#

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

#

ჯანმრთელ პირთა (15-65) და ახალი პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება

შესავალი

15-დან 65 წლამდე ჯანმრთელ პირთა და ახალი პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმების მიზანია ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება-ავადობისა და სიკვდილობის ძირითადი მიზეზების დროული იდენტიფიცირებისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების გზით. ავადობისა და სიკვდილობის ტვირთისა და პრობლემის პრევენციის შესაძლებლობების გათვალისწინებით, წინამდებარე გაიდლაინი არსებულ მეცნიერულ მონაცემებზე დაყრდნობით წარმოადგენს რეკომენდაციებს ჯანმრთელ პირებში სკრინინგისა და შემდგომი მეთვალყურეობის თაობაზე. ასევე, მოყვანილია იმ სკრინინგული ტესტების ჩამონათვალი, რომელთა გამოყენება დაბალი რისკის პოპულაციაში, ტესტის მახასიათებლების ან სარგებლის შესახებ დამაჯერებელი მონაცემების ნაკლებობის გამო, გამართლებული არ არის (დანართი 1).

1. ქრონიკული დაავადებების პრევენცია

ქრონიკული არაინფექციური დაავადებებით გამოწვეული ავადობის, სიკვდილობისა და ინვალიდობის მაჩვენებლები მთელ მსოფლიოში საფუძვლიანი შეშფოთების საგანია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2002 წლის ანგარიშის თანახმად ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების წვლილი გლობალურ სიკვდილობაში 60%-ს, ხოლო ავადობაში 43%-ს შეადგენს.¹ ამასთანავე, აღინიშნება ამ დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის მნიშვნელოვანი ზრდა. ზრდის ტენდენცია განსაკუთრებით თვალსაჩინოა განვითარებადი და გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებისათვის, მათ შორის საქართველოსთვის.

2015 წლისათვის სიკვდილობის ყველა მოსალოდნელი 64 მილიონი შემთხვევიდან, 41 მილიონი სწორედ ქრონიკული დაავადებებით იქნება გამოწვეული, რაც ორჯერ მეტია, ვიდრე ყველა ინფექციური დაავადებით, დედათა და ბავშვთა დაავადებებით და ნუტრიციული დეფიციტით გამოწვეული სიკვდილობა ერთად აღებული.²

ყველაზე მეტად ღარიბი ქვეყნები განიცდიან ქრონიკული არაინფექციური დაავადებით გამოწვეულ ტვირთს. ქრონიკული დაავადებით გამოწვეული სიკვდილობის მხოლოდ 20% ვლინდება მაღალი შემოსავლების ქვეყნებში, მაშინ როდესაც 80% - დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში, რომლებშიც დედამიწის მოსახლეობის უმეტესობა ცხოვრობს.²

ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების პრობლემა სერიოზულ ზემოქმედებას ახდენს ცხოვრების ხარისხზე, და თან ახლავს მძიმე ეკონომიკურ შედეგები ოჯახების, თემებისა და მთლიანად საზოგადოებისთვის.

ქრონიკული დაავადებების ეტიოპათოგენეზში ცხოვრების წესისა (თამბაქოს მოწევა, არაჯანსაღი კვება, ადინამია, ალკოჰოლის მოხმარება) და კომორბიდული რისკ-ფაქტორების (არტერიული ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი, დისლიპიდემია, სიმსუქნე) როლის გათვალისწინებით, კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს მათ დროულ იდენტიფიცირებას და რისკის მართვის ინდივიდუალური ღონისძიებების განხორციელებას. აღსანიშნავია, რომ, ერთი რისკ-ფაქტორის ზემოქმედება ხელს უწყობს სხვა რისკ-ფაქტორების გამოვლენას. ცალკეულ რისკ-ფაქტორს მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს ქრონიკული დაავადებების, მ.შ. გულის იშემიური დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი, ინსულტი, კიბო, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები და სხვ., განვითარებაში. ქცევითი რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირებით შესაძლებელია მნიშვნელოვანი ზემოქმედება მოვახდინოთ ამ დაავადების აღმოცენებასა და მიმდინარეობაზე.²

2007 წელს, ჯანმოს ხელშეწყობით ჩატარებული არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების შემსწავლელი კვლევით გამოვლინდა, რომ საქართველოში რისკ-ფაქტორების გამოვლენისა და მართვის პრაქტიკა არცთუ სახარბიელოა. თბილისში მცხოვრები 2500-მე რესპონდენტის გამოკითხვამ უჩვენა, რომ უკანასკნელი ერთი წლის მანძილზე მხოლოდ 12.5%-მა მიიღო რჩევა ექიმისაგან თამბაქოზე თავის დანებების თაობაზე; 13.5%-მა წონაში დაკლებასთან; 14%-მა ცხიმის მოხმარების შემცირებასთან; 14.2%-მა მარილის მოხმარების შემცირებასთან; 9.9%-მა ფიზიკური აქტივობის გაზრდასთან; 3.9%-მა ალკოჰოლის მოხმარების შემცირებასთან დაკავშირებით.³ ეს მონაცემები კიდევ ერთხელ ადასტურებს ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების გამოვლენისა და მოდიფიცირების პრაქტიკის გაუმჯობესების აუცილებლობას.

1.1. თამბაქოს მოწევა

1.1.1. პრობლემის განმარტება

თამბაქოს მოხმარება და მასთან დაკავშირებული ეკონომიკური, ჯანმრთელობისა და სოციალური ტვირთი მთელ მსოფლიოში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის უმთავრესი პრობლემაა. მოწევა პასუხისმგებელია იმ სიკვდილობის 50%-ზე, რომელიც შესაძლებელი იყო აგვეცილებინა თავიდან. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) მონაცემებით თამბაქო ყოველი მეათე მოზრდილი ადამიანის სიკვდილის მიზეზია. ნავარაუდევია, რომ 2030 წლისთვის ეს ციფრი ექვსამდე შემცირდება. მიუხედავად ამისა, თამბაქო წელიწადში 10 მილიონი ადამიანის

სიკვდილის მიზეზი შეიძლება გახდეს. ეს ბევრად აღემატება პნემონიით, დიარეით, ტუბერკულოზითა და სამშობიარო ტრავმებით გამოწვეულ საერთო სიკვდილობას.⁴

გამოსაკვლევ პირი შეიძლება ჩაითვალოს მწველად ან არა-მწველად. აღნიშნული ორი კატეგორია იყოფა ქვე-კატეგორიებად (არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში 2006-2007 წწ.):

- მწველია ადამიანი, რომელიც კვლევის მომენტისათვის ეწევა თამბაქოს პროდუქტს ყოველდღიურად ან იშვიათად, ანუ ყოველდღიური ან იშვიათი მწველი;
- ყოველდღიური მწველია პირი, რომელიც ეწევა თამბაქოს რომელიმე პროდუქტს სულ მცირე ერთხელ მაინც დღეში. პირი, რომელიც ეწევა ყოველდღე, მაგრამ არა რელიგიური მარხვის დღეებში, ყოველდღიურ მწველად ითვლება;
- იშვიათი მწველია პირი, რომელიც ეწევა, მაგრამ არა ყოველდღე;
- არა-მწველია პირი, რომელიც კვლევის მომენტისათვის არ ეწევა. არამწველი შეიძლება იყოს ექს-მწველი, არასდროს მწველი ან ექს-იშვიათი მწველი;
- ექს-მწველია პირი, რომელიც წარსულში იყო ყოველდღიური მწველი, მაგრამ ამჟამად არ ეწევა;
- არასდროს მწველია პირი, რომელიც არასდროს არ ეწეოდა ან არასდროს არ ყოფილა ყოველდღიური მწველი და ცხოვრების მანძილზე მოუწევია 100 სიგარეტზე ნაკლები (ან ეკვივალენტური თამბაქოს რაოდენობა)
- ყოფილი ყოველდღიური მწველია პირი, რომელიც ეწეოდა ყოველდღე თავის ცხოვრებაში სულ მცირე 1 წლის განმავლობაში.

მოწვევის ინტენსივობა ასახავს ყოველდღიური მწველის ან ყოფილი ყოველდღიური მწველის მიერ დღეში მოწეული სიგარეტის საშუალო რაოდენობას.

1.1.2. ეპიდემიოლოგია

საქართველოში სადღეისოდ თამბაქოს მოიხმარს ქვეყნის მოზრდილი მოსახლეობის დაახლოებით 27-39%. მამაკაცებს შორის მწველია 50-65%. ქალებს შორის მწველობის მატება კატასტროფულია – იგი ბოლო 16 წლის განმავლობაში თითქმის 6-ჯერ გაიზარდა და 22%-ს მიაღწია (მ.შ. თამბაქოს მოხმარების გავრცელება გაზრდილია ორსულეებში). თამბაქოს მოხმარების სიხშირე როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში ყველაზე მაღალია 26-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. ისინი ეწევიან მთელი მოხმარებული სიგარეტის 60,5%-ს, მათზე მოდის სიგარეტის შეძენაზე დახარჯული თანხების ორი მესამედი.⁵

საგანგაშო მდგომარეობაა ბავშვებსა და ახალგაზრდებში, კერძოდ, 14-16 წლამდე ბავშვებში ჩატარებული ეროვნული დონის კვლევის მიხედვით, სკოლის მოსწავლეთა 42%-ს გასინჯული აქვთ თამბაქო (მათგან 52,2%-მა თამბაქო 10 წლამდე ასაკში გასინჯა); 23,3% რეგულარულად ეწეოდა გამოკვლევის პერიოდში; სკოლის მოსწავლეთა 93,3% იმყოფება მწვევლთა გარემოში, ხოლო 74%-ს მრავალჯერ აქვს ნანახი თამბაქოს რეკლამა. ზოგადად თამბაქოს მოხმარების ტენდენცია ქვეყანაში მზარდია.⁴

საქართველოში 2007 წელს ჩატარებული კვლევის თანახმად თბილისში მცხოვრები 2500-მე რესპონდენტის 52.3% აღნიშნავს, რომ ეწეოდა ცხოვრების მანძილზე სულ მცირე 1 წელი. პოზიტიური პასუხი ამ კითხვაზე უფრო ხშირად მამაკაცებს შორის იყო (77.9% 27.8%-ის საპირისპიროდ). ყოველდღიურ მწვევლებს შორის თამბაქოს მოწევის საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენს 19 წელს. თამბაქოს მოწევის საშუალო ხანგრძლივობა მამაკაცებში იყო 21 წელი, ხოლო ქალებში - 15 წელი; ოდესმე მწვევლთა 3/5 (60.1 %) ეწევა 20 სიგარეტს და მეტს დღეში და ამდენად, ისინი ხვდებიან მძიმე მწვევლის კატეგორიაში (მამაკაცების 71.3% და ქალების 30.5%). დღიურად მოწეული სიგარეტის საშუალო რაოდენობა მამაკაცებში 21, ხოლო ქალებში 13-ია. ამჟამად ეწევა რესპონდენტების 42.2% (40.7% - ყოველდღიური მწვევლები და 1.5% - იშვიათი მწვევლები). მამაკაცები ეწევიან დაახლოებით სამჯერ უფრო მეტად, ვიდრე ქალები (შესაბამისად 62% და 23%). ეს ჩვევა იშვიათია ორივე სქესის მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში (≥ 55 წ.). ყოველდღიური მწვევლების 75.6%-ს კარგად აქვს გაცნობიერებული, რომ მოწევა მავნე ზემოქმედებას ახდენს ჯანმრთელობაზე (ქალების 85.4% და მამაკაცების 71.9%). საგანგაშოა, რომ ყოველდღიური მწვევლების 21.3%-ს არ სურს მოწევისათვის თავის დანებება, ხოლო 24.0% არ არის დარწმუნებული, და მხოლოდ 33.8%-ს სურს სიგარეტისათვის თავის დანებება. ყოველდღიური მწვევლების 39.1%-ს არასდროს უცდია მოწევისათვის თავის დანებება (მამაკაცების 40.3% და ქალების 36.0%); მათ შორის, ვინც მოწევას თავი დაანება (21.9%), 210 მამაკაცი და 73 ქალია (შესაბამისად 22.2% და 20.8%). ყოველდღიურ მწვევლთა მხოლოდ 28.4%-მა მიიღო რჩევა ექიმისაგან თამბაქოსთვის თავი დანებების შესახებ (არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში 2006-2007 წწ.)

1.1.3. თამბაქოს მოწევაზე სკრინინგის მნიშვნელობა

სარწმუნო მეცნიერული მონაცემებით დასტურდება, რომ თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის ფონზე მცირდება გულის და ფილტვების დაავადებებისა და ინსულტის რისკი.^{6,7}(IV) თამბაქოს მოწევასთან დაკავშირებული რისკისა და მისი შეწყვეტის უდავო სარგებლის შესახებ ფართოდ გავრცელებული ინფორმაციის მიუხედავად მოსახლეობის დიდი ნაწილი აგრძელებს ან იწყებს თამბაქოს მოხმარებას. სამედიცინო პერსონალის მიერ თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის თაობაზე

კონსულტირების ეფექტიანობის შესწავლის მიზნით ჩატარებული 43 კვლევის მეტა-ანალიზით გამოვლინდა, რომ თუნდაც ხანმოკლე, 3 წუთამდე, კონსულტაცია ამცირებს მწვევლების რიცხვს.^{8(I)} თუმცა, მეცნიერული მონაცემები კონსულტირების ოპტიმალურ ხანგრძლივობასა და პერიოდულობაზე მცირეა და რეკომენდაციები ამის თაობაზე, ჩვეულებრივ, ექსპერტების მოსაზრებებს ემყარება.^{9(V)}

7 კვლევის მეტა-ანალიზით ვლინდება, რომ ორსულებში მოწვევის შეწყვეტა უკეთ ხერხდება სპეციალურად მათთვის შემუშავებული კონსულტირების პროგრამებისა და მასალების საფუძველზე, ხოლო კონსულტირების “ჩვეული” რეჟიმი ნაკლებად შედეგიანია.^{10(I)} ბავშვებსა და მოზარდებში განსაკუთრებით ეფექტიანია მოწვევის საწინააღმდეგო პროგრამები სკოლებში.^{11,12(III)} მეცნიერული მონაცემები ამ ჯგუფში პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მოწვევის შეწყვეტის თაობაზე კონსულტირების ეფექტიანობის შესახებ იმდენად მცირეა, რომ კონკრეტული რეკომენდაციების ჩამოყალიბების საშუალებას არ იძლევა (Counseling to prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease: USPSTF recommendations., 2003). (V)

კონსულტირებასთან ერთად, თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა წარმატებით ხერხდება ნიკოტინის შემცველი პრეპარატებით (ნიკოტინის შემცველი საღებავი რეზინა, ნიკოტინის აპლიკაციები და სხვ.).^{13(II)} თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტის უკეთესი მაჩვენებელი აღინიშნება პროლონგირებული მოქმედების ბუპროპიონის ფონზე (ინტერვენციის ჯგუფში მოწვევის შეწყვეტის მაჩვენებელი 23-38%, ხოლო პლაცებო ჯგუფში 17%).^{14,15 (II)}

მონაცემები ზოგადსაეიძო პრაქტიკაში პასიური მწვეველობის შესახებ მშობლების კონსულტირების ეფექტიანობის თაობაზე მცირე და წინააღმდეგობრივია.^{16,17,18(III)} თუმცა პასიური მწვეველობის რისკის გათვალისწინებით მწვეველობის სტატუსის შეფასება და მცირეწლოვანი ბავშვების მშობლების კონსულტირება უდავოდ მნიშვნელოვნად უნდა ჩაითვალოს (Counseling to prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease: USPSTF recommendations., 2003). (V)

1.1.4. სკრინინგის პერიოდულობა და მეთვალყურეობის სქემა

თამბაქოს მოხმარება უნდა განიხილებოდეს, როგორც სერიოზული სამედიცინო პრობლემა და მის გამოვლენასა და მართვას სამედიცინო პერსონალმა ჯეროვანი ყურადღება უნდა დაუთმოს (იხ. ცხრილი 1 და 2).

პირველადი ჯანდაცვის ექიმმა ანამნეზური მონაცემების შეკრებისას აუცილებლად უნდა გამოავლინოს პაციენტის მიერ თამბაქოს მოხმარების ფაქტი. თამბაქოს წვევის შეწყვეტა ხანგრძლივი და რთული პროცესია. სტრატეგია თითოეულ პაციენტთან დაკავშირებით განსხვავებულია და ინდივიდუალურად უნდა შემუშავდეს.

რეკომენდაციები:

- მწველობის სტატუსის შეფასება საჭიროა ყველა პაციენტისთვის 15 წლის ასაკიდან.¹⁹ ყველა მწველს, მოწვევის ინტენსივობის მიუხედავად, უნდა მიეცეს რჩევა თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტის შესახებ²⁰(A).
- მწველობის სტატუსის შემოწმება რეკომენდებულია 12 თვეში ერთხელ. ²¹(A)
- მწველების იდენტიფიცირებისთვის მიზანშეწონილია სამედიცინო დოკუმენტაციაში თამბაქოს მოხმარების აღსანიშნავად სპეციალური სექციის შემოღება, რომელსაც სამედიცინო პერსონალი პაციენტთან კონტაქტის დროს შეავსებს.(D)
- მწველობის სტატუსის შეფასება რეკომენდებულია დანართი 2-ში წარმოდგენილი კითხვარით. (D)

ცხრილი 1

მოწვევასთან დაკავშირებული რისკის შეფასება და მეთვალყურეობის გეგმა

პაციენტები მოწვევასთან დაკავშირებული გართულებების მაღალი რისკით	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>ზომიერად მომატებული</p> <p>15 წლის ზემოთ ყველა პაციენტი</p>	მწველობის სტატუსის განსაზღვრა ნებისმიერ რუტინულ კონსულტაციაზე.	12 თვეში ერთხელ	IA (Zwar N 2004)
<p>მაღალი რისკი</p> <ul style="list-style-type: none"> • ორსულები • მცირე ასაკისა და ჩვილ ბავშვთა მშობლები • პაციენტები მენტალური პრობლემებით • პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ დამოკიდებულება სხვა ნივთიერებების მიმართაც • პაციენტები თამბაქოსთან ასოცირებული დაავადებებით • პაციენტები დიაბეტით ან სხვა კარდიოვა-სკულური რისკ-ფაქტორებით • დაბალი სოციო-ეკონომიკური კლასის პირები 	მწველობის სტატუსის განსაზღვრა ნებისმიერ რუტინულ კონსულტაციაზე.	6 თვეში ერთხელ	III C 22;

მწვეელი პაციენტების შეფასება და მიმდინარე მეთვალყურეობა

მწვეელი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<ul style="list-style-type: none"> ნებისმიერი ასაკის მწვეელი 	<ul style="list-style-type: none"> შეაფასეთ ნიკოტინზე დამოკიდებულობა და პაციენტის მზადყოფნა შეწყვეტოს მოწვევა; მოკლე, “არაგანმსჯელი”, რჩევა მოწვევის შეწყვეტის თაობაზე; განიხილეთ თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტისთვის სპეციალიზებულ ცენტრებში მიმართვის შესაძლებლობა. 	პირველ კონსულტაციაზე განმეორებითი კონსულტაციები ყოველთვიურად	IA 23,24,25
<ul style="list-style-type: none"> მწვეელები ნიკოტინზე ფიზიკური დამოკიდებულებით; პაციენტები თამბაქოსთან ასოცირებული დაავადებებით; მწვეელები დიაბეტით ან სხვა კარდიო-ვასკულური რისკ-ფაქტორებით 	<p>ზემოაღნიშნულის გარდა:</p> <ul style="list-style-type: none"> ნიკოტინჩანაცვლებითი თერაპია ან ბუპროპიონი, კლინიკური ფაქტორებისა და პაციენტის არჩევანის გათვალისწინებით. 	ნებისმიერ კონსულტაციაზე	IID (Zwar N 2004)
<p>პასიური მოწვევის რისკი</p> <ul style="list-style-type: none"> ორსულები ჩვილი და პატარა ბავშვების მშობლები 	მშობლებისა და ორსულების კონსულტირება პასიური მწვეელობის მავნებლობის შესახებ.	ნებისმიერ კონსულტაციაზე	IID26,27

პაციენტის მიერ თამბაქოს წვევის შეწყვეტის ხელშეწყობისთვის რეკომენდებულია 5 A-ს მოდელი, რაც ითვალისწინებს:²⁸

1. გამოკითხვას (Ask): ყოველი ვიზიტის დროს მოახდინეთ მწვეელების იდენტიფიკაცია. დანერგეთ სისტემა, რომლის მიხედვითაც ყველა პაციენტს ყველა ვიზიტისას გამოკითხავთ თამბაქოს წვევის შესახებ და შეავსებთ შესაბამის დოკუმენტაციას;
2. რჩევას (Advise): დაბეჯითებით ურჩიეთ ყველა მწვეელს თამბაქოს წვევის შეწყვეტა. რჩევა გასაგები, დამაჯერებელი და უშუალო უნდა იყოს;
3. შეფასებას (Assess): განსაზღვრეთ, სურს თუ არა მწვეელს თამბაქოს წვევის შეწყვეტა ჰკითხეთ ყველა მწვეელს, სურს თუ არა სცადოს თამბაქოს წვევის შეწყვეტა ეხლა (ანუ უახლოესი 30 დღის მანძილზე);
4. დახმარებას (Assist): პაციენტს დაეხმარეთ თამბაქოს წვევის შეწყვეტის გეგმის შედგენაში; ჩაუტარეთ პრაქტიკული კონსულტაციები; უზრუნველყავით

სოციალური მხარდაჭერა; საჭიროების შემთხვევაში ურჩიეთ ფარმაცოთერაპია; მიაწოდეთ დამხმარე მასალები;

5. დაგეგმვას (Arranging follow-up contacts): დაგეგმეთ პაციენტზე შემდგომი დაკვირვება ვიზიტების ან სატელეფონო კონტაქტების გზით.

1.2. სიმსუქნე

1.2.1. პრობლემის განმარტება

სიმსუქნე მულტიფაქტორული გენეზის დაავადებაა და ორგანიზმში ცხიმების ჭარბად დაგროვებას გულისხმობს, რამაც შესაძლოა უარყოფითად იმოქმედოს ადამიანის ჯანმრთელობაზე.²⁹ მის განვითარებას საფუძვლად უდევს ორგანიზმის მიერ მიღებულ და დახარჯულ ენერჯიას შორის ქრონიკული დისბალანსი. ენერჯიის ცვლა და ცხიმის დაგროვების ინტენსივობა ბიოლოგიურ (გენეტიკური და ჰორმონული), ქცევით, სოციალურ და გარემო (მ.შ. ქრონიკული სტრესი) ფაქტორებს შორის რთული ურთიერთქმედებით განისაზღვრება.^{30,31,32} ითვლება, რომ უკანასკნელი 30 წლის მანძილზე სიმსუქნის გავრცელების სწრაფი მატება კულტურული და გარემო ფაქტორების ზემოქმედების შედეგია. სიმსუქნის რისკ-ფაქტორებს შორის აღსანიშნავია მაღალკალორიული დიეტა, საკვების პორციის გაზრდა, ფიზიკური აქტივობის შემცირება და მჯდომარე ცხოვრების წესი.^{33,34}(IV;V) სწორედ ეს ქცევითი და გარემო ფაქტორები საბოლოოდ ადიპოზური ქსოვილის სტრუქტურის ცვლილებასა (ჰიპერტროფია, ჰიპერპლაზია, ანთება) და ცხიმოვანი უჯრედების სეკრეციის გაძლიერებას იწვევენ. რაც თავის მხრივ, საფუძვლად უდევს სიმსუქნით გამოწვეულ მეტაბოლურ და ცხიმის მასის ზრდით განპირობებულ პათოლოგიებს.³⁵

1.2.2. ეპიდემიოლოგია

ეპიდემიოლოგიური კვლევებით სიმსუქნის ხარისხსა და საერთო სიკვდილობას შორის J-მსგავსი დამოკიდებულება ვლინდება.³⁶ სხეულის მასის ინდექსის ნორმის ზემოთ მატებას თან სდევს საერთო სიკვდილობის მატება, რაც ძირითადად კარდიოვასკულარული სიკვდილობის ზრდის ხარჯზე ხდება.^{37,38}(III) სიმსუქნე ასევე ასოცირებულია სარძევე ჯირკვლის, საშვილოსნოს, საკვერცხისა და კოლინჯის კიბოს, ნაღვლის ბუშტისა და სახსრების დაავადებების მომატებულ რისკთან.^{39,40}(III) ჭარბი წონა და სიმსუქნე, ხშირად სოციალური სტიგმატიზაციის მიზეზი ხდება და მნიშვნელოვნად აქვეითებს ცხოვრების ხარისხს.⁴¹(IV) ევროპის ქვეყნებში სიმსუქნესთან დაკავშირებული ჯანდაცვის დანახარჯები 7%-ს შეადგენს, რაც კიბოზე დახარჯულ თანხებს უტოლდება (Branka F 2007).

ევროპის ქვეყნებში სიმსუქნის გავრცელების მაჩვენებელი მამაკაცებში 10-25%-ს, ხოლო ქალებში 10-30%-ს შეადგენს (Branka F 2007; James WP 2008). უკანასკნელი ათი წლის მანძილზე სიმსუქნით დაავადებულობა მსოფლიოში 10-40%-ით გაიზარდა. ბევრ ქვეყანაში ჭარბი წონა და სიმსუქნე მოსახლეობის ნახევარზე მეტს აღნიშნება. საქართველოში 2005 წელს აღირიცხა სიმსუქნის 2539 (დაავადებულობის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე 58.1) მ.შ. 920 ახალი შემთხვევა.⁴

საინტერესოა თბილისში 2007 წელს ჯანმოს ხელშეწყობით არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების გავრცელების შეფასების მიზნით ჩატარებული კვლევების მონაცემები (არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში 2006-2007 წწ.). გამოკვლეული 2500 პირიდან მხოლოდ 34%-ს ჰქონდა ნორმალური წონა (სმი=18.5-24.9). 34.9%-ს აღმოაჩნდა ჭარბი წონა (სმი=25.0-29.9), უფრო ხშირად მამაკაცებს (შესაბამისად 40.2% და 34.9%). სიმსუქნე აღინიშნა რესპონდენტების თითქმის 1/3-ში (29.4%), უფრო ხშირად ქალებს (შესაბამისად 31.6% და 27.1%). რესპოდენტთა მხოლოდ 1.7% იყო გამხდარი (სმი<18.5) და 2.6%-ს (მამაკაცთა 1.4% და ქალთა 3.7%) აღნიშნა III ხარისხის ჭარბი წონა. წელის გარშემოწერილობის საშუალო მაჩვენებელი ქალებში (90.2 სმ.) აღემატებოდა ოპტიმალურ მაჩვენებელს, მაშინ, როცა მამაკაცებში იგი იყო მოწოდებული სტანდარტის ფარგლებში (99.3 სმ.). წელის გარშემოწერილობა მამაკაცთა 38,8% და ქალთა 54,4%-ში აღემატებოდა ოპტიმალურ მაჩვენებლებს. თემო/წელის გარშემოწერილობის მაჩვენებელი მამაკაცებში არ აღემატება სტანდარტულ მაჩვენებელს (0.94), მაგრამ ქალებში იგი ოპტიმალურ მაჩვენებელზე მაღალია (0.83).

1.2.3. სიმსუქნეზე სკრინინგის მნიშვნელობა

ერთი მხრივ, სიმსუქნე და ჭარბი წონა იმდენად თვალსაჩინოა, რომ სკრინინგული გამოკვლევა დიაგნოზის დასადგენად შესაძლოა უსაფუძვლოდ მოგვეჩვენოს. მაგრამ, უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტებიც და ჯანდაცვის პროფესიონალებიც ხშირად უგულებელყოფენ ან პრობლემას.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჩატარებული კვლევით გამოვლინდა, რომ 30-ზე ზემოთ სხეულის მასის ინდექსით პაციენტების მხოლოდ 42%-მა მიიღო სამედიცინო პერსონალისაგან რჩევა წონის დაკლების აუცილებლობის თაობაზე.⁴² ორგანიზებული სკრინინგის პროგრამა და ჯანსაღი წონის შენარჩუნების თაობაზე პაციენტების კონსულტირება სავარაუდოდ გააუმჯობესებს სიმსუქნის არასასურველ გამოსავლებს.

სხვადასხვა კვლევებით დასტურდება სიმსუქნის მართვაში კონსულტირებისა და ქვევითი ინტერვენციების ეფექტიანობა, რაც საფუძვლად უდევს კლინიკურ პრაქტიკაში ამ ღონისძიებების დანერგვის რეკომენდაციებს.⁴³(III) მეცნიერული მონაცემები ასევე მიუთითებენ სიმსუქნის ფარმაკოლოგიური მკურნალობის ეფექტიანობაზე, რაც ზოგიერთ შემთხვევაში სხეულის მასის 5-10%-ს დაკარგვით

გამოიხატება.⁴⁴ რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევები სიმსუქნის ქირურგიული მკურნალობის მეთოდებზე არ ჩატარებულა. თუმცა, ეს მეთოდი მხოლოდ მძიმე სიმსუქნის (სმი >40-ზე ან სმი 35-40 და 1 კო-მორბიდული რისკ-ფაქტორი) შემთხვევაშია რეკომენდებული და, ჩვეულებრივ, ერთბაშად დიდი წონის (20 კგ და მეტი) დაკლების საშუალებას იძლევა.^{45,46}

წონის 5-დან 7%-მდე შემცირება ამცირებს დიაბეტის, ჰიპერტენზიისა და დისლიპიდემიის სიმძიმესა და რისკს (NHLBI Obesity Education Initiative).⁴⁷ (II;III)

სიმსუქნეზე სკრინინგს ამარტივებს დიაგნოსტიკების სარწმუნო და იოლად შესასრულებელი ტესტების არსებობა (წონა, სიმაღლე და სხეულის მასის ინდექსი და წელის გარშემოწერილობა), რაც მინიმალურ ხარჯებთან და რისკთანაა დაკავშირებული (USPSTF, 1996). უნდა აღინიშნოს, რომ სიმსუქნეზე სკრინინგისთვის სხეულის მასის ინდექსის შეფასება ხანდაზმულებში ნაკლებად დამაჯერებელია და, ახალგაზრდებთან შედარებით, შეცდომის ალბათობა 4%-ს აღწევს.⁴⁸ (IV)

სიმსუქნეზე სკრინინგის რისკი მინიმალურია და, ჩვეულებრივ, მასთან დაკავშირებული სტიგმის უარყოფითი ფსიქოლოგიური ზეგავლენით გამოიხატება. თუმცა, მოსალოდნელი სარგებლის გათვალისწინებით, ეს სკრინინგის განხორციელების შესახებ რეკომენდაციებს არ ცვლის.

1.2.4. დიაგნოზი

სიმსუქნის დიაგნოსტიკა და ხარისხის შეფასება სხეულის მასის ინდექსის საფუძველზე ხდება, რაც წონის სიმაღლის კვადრატთან შეფარდებით გამოიანგარიშება (კგ/მ²).^{49,50} (III) სხეულის მასის ინდექსი 30-ზე მეტი სიმსუქნის მაჩვენებელია და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გაზრდილ რისკზე მიუთითებს.

სიმსუქნესთან დაკავშირებული რისკის შეფასება რეკომენდებულია, ასევე, წელის გარშემოწერილობის საფუძველზე. წელის გარშემოწერილობა 102სმ-ზე მეტი მამაკაცებში და 88სმ-ზე ქალებში დიაბეტისა და კარდიოვასკულური ავადობის გაზრდილ რისკზე მიუთითებს⁵¹ (IV) (იხ. ცხრილი 3).

სიმსუქნის კლასიფიკაცია

კლასიფიკაცია	სხეულის მასის ინდექსი (კგ/მ ²)	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და დიაბეტის რისკი	
		წელის გარშემოწერილობა მამაკაცებში 94-102 სმ ქალებში 80-88 სმ	წელის გარშემოწერილობა მამაკაცებში >102 სმ ქალებში >88 სმ
წონის ნაკლებობა	<18.5	-	-
ჭარბი წონა	25.0-29.9	-	მომატებული
სიმსუქნე	30.0-39.9	მაღალი	მაღალი
მძიმე სიმსუქნე	>40.0	ძალიან მაღალი	ძალიან მაღალი

1.2.5. სკრინინგის პერიოდულობა და მეთვალყურეობის სქემა

სხეულის მასის ინდექსისა და წელის გარშემოწერილობის საფუძველზე სიმსუქნის ხარისხისა და მასთან ასოცირებული რისკის დადგენა ზოგადსაეიქიმო პრაქტიკაში რეგულარულად უნდა ხორციელდებოდეს. სიმსუქნეზე სკრინინგის პერიოდულობის ოპტიმალური ინტერვალი დადგენილი არ არის. თუმცა, პროფესიული ჯგუფების უმრავლესობა სკრინინგს მიზანშეწონილად მიიჩნევს 2 წელიწადში ერთხელ.^{52(V)}

რეკომენდაციები:

- ზოგადსაეიქიმო პრაქტიკაში ყველა პაციენტს, სიმსუქნისა და მასთან დაკავშირებული რისკის იდენტიფიცირების მიზნით, უნდა დაუდგინდეს სხეულის მასის ინდექსი და წელის გარშემოწერილობა. (A)
- სიმსუქნეზე სკრინინგი რეკომენდებულია 2 წელიწადში ერთხელ. (D)
- ნებისმიერ პაციენტს, სხეულის მასის ინდექსისა და წელის გარშემოწერილობის მიუხედავად, უნდა ჩაუტარდეს კონსულტირება ჯანსაღი კვებისა და ვარჯიშის თაობაზე. (C)
- პაციენტებს, რომელთა სმი >25 კგ/მ², ხოლო წელის გარშემოწერილობა მამაკაცებში 94 სმ-ს და ქალებში 80 სმ-ს აღემატება ესაჭიროებათ შემდგომი კონსულტაცია და გამოკვლევები სიმსუქნის მიზეზების დადგენისა და მისი მართვის ადეკვატური გეგმის შემუშავების მიზნით. (C)

1.3. არაჯანსაღი კვება

1.3.1. პრობლემის განმარტება

კვება ადამიანის ორგანიზმისთვის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პროცესია, რაც მას გარემოსთან აკავშირებს და უზრუნველყოფს საკვები პროდუქტებიდან რთული ორგანული ნივთიერებების (ცილა, ცხიმი, ნახშირწყლები, ვიტამინები) და სხვა ქიმიური ელემენტების, მინერალური ნივთიერებებისა და წყლის მიწოდებას. თითოეული ინგრედიენტის ხანგრძლივი დეფიციტი ან სიჭარბე შეიძლება ქრონიკული არაინფექციური დაავადებების ერთ-ერთი გამომწვევი მიზეზი გახდეს. კვების ხასიათსა და რეჟიმზე მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკი. არასწორი კვება ხელს უწყობს ათეროსკლეროზისა და გულის იშემიური დაავადების ისეთი კომორბიდული რისკ-ფაქტორების განვითარებას, როგორცაა დისლიპიდემია, არტერიული ჰიპერტენზია, სიმსუქნე და მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტი.

ცუდი კვება, საკვებისმიერი დაავადებები და კვების პროდუქტების უსაფრთხოების პრობლემები ევროპის რეგიონში ავადობისა და მოკვდაობის ტვირთის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს. კვების რაციონისა და რეჟიმის გაუმჯობესება, საკვები პროდუქტების უსაფრთხოება და მათი საკმარისი დონე არა მარტო ავადობის ტვირთს, არამედ ჯანდაცვის სისტემათა დანახარჯებსაც შეამცირებს, რაც სოციალურ-ეკონომიკური სარგებელის ზრდის საწინდარი იქნება.⁴

1.3.2. ეპიდემიოლოგია

დღეისათვის კვების ფაქტორებით გამოწვეულ დაავადებებს (ალიმენტარულ დაავადებებს) ჯერ კიდევ დიდი წილი აქვს მოსახლეობის ავადობისა და მოკვდაობის სტრუქტურაში. თუ განვითარებული სახელმწიფოებისათვის პრობლემის სიმწვავე გამოიხატება, ძირითადად, რაციონის ჭარბი კალორიულობისა და ზოგიერთი საკვები ინგრედიენტის ფართო მოხმარების შედეგად გამოწვეული ისეთი არაინფექციური ქრონიკული დაავადებების განვითარებით, როგორცაა სიმსუქნე, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და სხვ., განვითარებადი ქვეყნებისთვის, მ.შ. საქართველოსთვისაც, ამ მხრივ აქტუალურია შიმშილის პრობლემა, მთელი რიგი კვებითი ფაქტორების (ცილები, ცხიმები, მიკროელემენტები და სხვ.) დეფიციტი, რაც თავის მხრივ, მოსახლეობაში იწვევს ავიტამინოზს, ანემიებს, ბავშვებში ზრდისა და განვითარების დაქვეითებასა და სხვ. მსოფლიო ბანკის შეფასებებით, 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა 3%-ი საქართველოში არასრულფასოვნად იკვებება (www.worldbank.org).⁴

საქართველოს სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემებით, “2005 წელს, 2004 წელთან შედარებით, ერთ სულ მოსახლეზე მარცვლეულისა და ბურღულეულის 6,3%-ით (6,3 კგ-დან 6,7 კგ-მდე), რძისა და რძის პროდუქტის 0,36%-ით (82,3 კგ-დან 82,6 კგ-მდე),

შაქრისა და საკონდიტრო ნაწარმის 1,19%-ით (25,2 კგ-დან 25,5 კგ-მდე), ბოსტნეულისა და კარტოფილის 2,1%-ით (134,7კგ-დან 137,5კგ-მდე), ყურძნისა და ხილის 2,5%-ით (39,6 კგ-დან 40,6 კგ-მდე) მოხმარების რაოდენობრივი მაჩვენებლების ზრდის ფონზე, ადგილი ჰქონდა პურისა და პურპროდუქტების 2,76%-ით (141,2 კგ-დან 137,3კგ-მდე), ხორცისა და ხორცის პროდუქტის 11,35%-ით (18,5 კგ-დან 16,4 კგ-მდე), თევზეულის 7,9%-ით (3,8 კგ-დან 3,5 კგ-მდე), ზეთისა და ცხიმების 2,4%-ით (12,7 კგ-დან 12,4 კგ-მდე), კვერცხის 5,5%-ით (108 ცალიდან 102 ცალამდე) მოხმარების რაოდენობრივი მაჩვენებლების შემცირებას. აღსანიშნავია, რომ 2005 წელს მოსახლეობის კვების რაციონში 31,5% ეკავა მკარონის ნაწარმს, პურსა და ბურღულეულს, ბოსტნეულს – 28,7%, რძესა და რძის პროდუქტებს – 17,3%, ხორცის წილმა კი მხოლოდ 3,4% შეადგინა.”⁴ (გვ. 99; www.moh.gov.ge)

2007 წელს თბილისში ჯანმოს ხელშეწყობით ჩატარებული არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების გავრცელების შემსწავლელი კვლევით გამოვლინდა, რომ გამოკითხული 2500 პირიდან მხოლოდ მცირე ნაწილი მისდევს ჯანსაღი კვების წესებს. ახალ ბოსტნეულს ყოველდღე მოიხმარს რესპონდენტთა მხოლოდ 31.5%, ხოლო 10%-ს იგი წინა კვირას არ მოუხმარია; ხილის მოხმარებას საერთოდ არ აღნიშნავს გამოკითხულთა 37.5%, ხოლო 36.6% მოიხმარს მხოლოდ 1-2-ჯერ კვირაში. რესპონდენტთა დაახლოებით 80% არასდროს მოიხმარს ხილს კომპოტისა და ჩირის სახით;

1.3.3. კვების რეჟიმის შეფასების მნიშვნელობა

ზოგადსაქიმიო პრაქტიკის პირობებში დიეტის შეფასებისთვის რამოდენიმე მარტივი თვით-შეფასების ინსტრუმენტია მოწოდებულია. თუმცა, პაციენტები დღიურ კალორაჟს, ჩვეულებრივ არასრულად წარმოადგენენ, რის გამოც დიეტური რეჟიმის ზუსტად შეფასება საკმაოდ რთულია და გადამოწმებას მოითხოვს.⁵³ მიუხედავად ამისა, ქრონიკული დაავადებების ეტიოპათოგენეზში დიეტის მნიშვნელობის გათვალისწინებით კვების რეჟიმის შეფასება და ჯანსაღი კვების თაობაზე მაღალი რისკის პაციენტების კონსულტირება პირველად ჯანდაცვაში პრევენციული პრაქტიკის აუცილებელი ნაწილია.

უნდა აღინიშნოს, რომ არაინფექციური დაავადებების ეტიოპათოგენეზში საკვების როლი, უპირატესად მასში ნაჯერი ცხიმოვანი მჟავების სიჭარბითა და ანტიოქსიდანტების ნაკლებობითაა განპირობებული.

ნაჯერი ცხიმოვანი მჟავები, განსაკუთრებით 12-16 ნახშირბადის ატომით, ზრდიან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის დონეს. ნაჯერი ცხიმოვანი მჟავების ჩანაცვლება უჯერი ცხიმოვანი მჟავებით ამცირებს დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის დონეს, მაგრამ არ მოქმედებს მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინზე.⁵⁴

ნაჯერი ცხიმოვანი მჟავების კომპლექსური ნახშირწყლებით ჩანაცვლება ამცირებს ორივეს, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინსა და მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინს. თუმცა, ეს არ აუმჯობესებს დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინს/მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინთან შეფარდებას.

ტრანსცხიმოვანი მჟავები, რომლებიც პოლიუჯერი ცხიმოვანი მჟავებით მდიდარი ზეთების ჰიდროგენაციით წარმოიქმნება, იქნება ეს ბუნებრივი გზით ან ინდუსტრიალურ წარმოებაში, მაგალითად მარგარინის წარმოებაში, ზრდიან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინს და ამცირებენ მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინს. ამდენად, ჯანმრთელად ითვლება დიეტა, რომელიც ღარიბია ნაჯერი და ტრანსცხიმოვანი მჟავებითა და ქოლესტერინით. ექთნების ჯანმრთელობის კვლევაში, რომელიც 14 წლის მანძილზე გრძელდებოდა (სამიზნე პოპულაცია: 80.082 ქალი 34-დან 59 წლამდე) ტრანს-ცხიმოვანი მჟავების მიღებასა და გულის იშემიური დაავადების რისკს შორის მნიშვნელოვანი პოზიტიური კორელაცია დადასტურდა(HU FB 2001). (IV)

დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში ტრანს-ცხიმოვანი მჟავების დღიური მოხმარება მთლიანი ენერგეტიკული შემადგენლობის 0,5-2,0 %-ს (1,6-5,4 გრ/დღეში) შეადგენს. ეს მონაცემი უფრო დაბალია ხმელთაშუა ზღვის ქვეყნებში. ამჟამად, მიმდინარეობს დისკუსია საკვებ რაციონში ლიპოპროტეინების ოპტიმალური შემცველობის დადგენაზე, ანუ როგორი დიეტაა მაქსიმალურად “ჯანსაღი”_დიეტა, ღარიბი ნაჯერით და მდიდარი უჯერი ცხიმებით, თუ ღარიბი ნაჯერი ცხიმებით და მდიდარი კომპლექსური ნახშირწყლებით. გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ ორივე რეჟიმი სიცოცხლის ხანგრძლივობის საუკეთესო მონაცემებს უკავშირდება.

პოლიუჯერი ცხიმოვანი მჟავები შეიძლება დავეყოთ N-6 და N-3 პოლიუჯერ ცხიმოვან მჟავებად. N-6 პოლიუჯერი ცხიმოვანი მჟავების ოჯახის ყველაზე ცნობილი წარმომადგენელია ლინოლენის მჟავა. ეს ცხიმოვანი მჟავა გვხვდება პოლიუჯერი ცხიმოვანი მჟავებით მდიდარ მარგარინში. ევროპის ქვეყნების უმრავლესობაში ლინოლენის მჟავას მოხმარება ადეკვატურად ხდება. ქვეყნებში, სადაც წარსულში ლინოლენის მჟავას არასაკმარისი (დაბალი) რაოდენობით (<4%-ზე) იყენებდნენ, მაგალითად ფინეთსა და შოტლანდიაში, აღინიშნებოდა გულის იშემიური დაავადებების რისკის გაზრდა. ექთნების ჯანმრთელობის კვლევაში (აშშ) N-6 პოლიუჯერი ცხიმოვანი მჟავების ინტენსიური მოხმარებისას აღინიშნა მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტით ავადობის შემცირება.⁵⁵

α-ლინოლენის მჟავა N-3 ოჯახის პოლიუჯერი ცხიმოვანი მჟავების წინამორბედაა. ის გვხვდება გარკვეულ ზეთებში. თუმცა არის პურშიც, ხილში, ბოსტნეულში.

გამოკვლევა ჩატარდა მიოკარდიუმის ინფარქტგადატანილ 600 პაციენტზე, რომელთა ერთ ჯგუფს ეძლეოდა α -ლინოლენის მჟავით მდიდარი დიეტა (პირველი ჯგუფი), მეორეს ჩვეულებრივი ინფარქტის შემდგომი დიეტა (მეორე ჯგუფი), 5 წლიანი მონაცემების მიხედვით, საერთო სიკვდილობა პირველ ჯგუფში შემცირდა 70%-ით,

ხოლო კარდიოვასკულარული სიკვდილობა 76%-ით.⁵⁶(II) მეორე გამოკვლევაში მიოკარდიუმის ინფარქტგადატანილ პაციენტები იღებდნენ ცხიმთან თევზს კვირაში 3-ჯერ, რაც ნიშნავდა დღეში 300 მგ ეიკოზაპენტონის მჟავას მიღებას (N-3 ოჯახიდან). ამ ცხიმის მიღება საკონტროლო ჯგუფში იყო 100 მგ დღეში. ამ დიეტის ფონზე 29%-ით შემცირდა საერთო და 33%-ით გულის დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობა(HU FB 2001). (II)

ეს მონაცემები კიდევ ერთხელ მიუთითებენ იმაზე, რომ მხოლოდ ნაჯერი ცხიმოვანი მჟავების შეზღუდვა არ არის საკმარისი, ამასთან ერთად საკვები რაციონი სათანადო რაოდენობით უნდა შეიცავდეს α -ლინოლენის და ეიკოზაპენტენის მჟავას_სავარაუდოდ დღეში 2 გრ α -ლინოლენის მჟავას და 200 მგ პოლიუჯერ მჟავას (თევზის ცხიმიდან).

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარებაში დამცავ როლს ასრულებს ხილით და ბოსტნეულით მდიდარი დიეტა, რომელიც დიდი რაოდენობით შეიცავს ანტიოქსიდანტებს. ახლა ანტიოქსიდანტის მიმართ ინტერესი იზრდება, ვინაიდან გროვდება მონაცემები იმის დასამტკიცებლად, რომ არტერიის კედელში ლიპოპროტეინების ოქსიდაციური მოდიფიკაცია გარკვეულ როლს თამაშობს ათეროსკლეროზული ფოლაქების წარმოშობაში. გამოკვლევებით დასტურდება, რომ ანტიოქსიდური ვიტამინების დიდი რაოდენობით მიღება ასოცირებულია გულის იშემიური დაავადებების რისკის შემცირებასთან. ასევე, არაკალორიული ნაერთები, მაგ. ფლავონოიდები ჩაიში, წითელ ღვინოში, ვაშლში, ხახვში ძლიერი ანტიოქსიდანტები არიან. გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ ფლავონოიდები დამცავ როლს თამაშობენ გულის იშემიური დაავადებების განვითარებაში.

სხვადასხვა გამოკვლევის მონაცემებით β -კაროტინის დღიურმა მიღებამ მწვევლებში, აზბესტთან მომუშავეებსა და ექიმებში (ფილტვის კიბოს მაღალი რისკის პოპულაციაში) აჩვენა, რომ კარდიოვასკულარული სიკვდილობა 9-26%-ით მაღალი იყო β -კაროტინის მიმღებ ჯგუფში, საკონტროლოსთან შედარებით. აგრეთვე გაზრდილი იყო გულის იშემიური დაავადებების ფატალური შემთხვევების რისკი გულის დაავადების მქონე პაციენტებში, რომლებიც მოიხმარდნენ თამბაქოს და იღებდნენ საკვებში დანამატს β -კაროტინის ან β -კაროტინი + α -ტოკოფეროლის კომბინაციის სახით.

ამ მონაცემებმა აჩვენა, რომ მოწვევის კომბინაცია β -კაროტინთან და/ან α -ტოკოფეროლთან დამანგრეველია ჯანმრთელობისათვის. დამაჯარებელი მეცნიერული მონაცემები არამწვევლ, გულის იშემიურ დაავადებთან პაციენტებში ანტიოქსიდანტური ეფექტების თაობაზე არ არსებობს. ამ კატეგორიისათვის საუკეთესო რჩევა ხილითა და ბოსტნეულით მდიდარი დიეტაა.

გულის იშემიური დაავადებების თავიდან აცილების თვალსაზრისით, ჯანსაღი დიეტის დამცავი როლის დემონსტრირება არაერთი კვლევის საშუალებით მოხერხდა. მაგ. ინდოეთის კვლევაში, ექსპერიმენტულ ჯგუფში ერთი წლის მანძილზე 41%-ით შემცირდა გულის იშემიური დაავადებით გამოწვეული

ლეტალობა, ხოლო 38%-ით არაფატალური მიოკარდიუმის ინფარქტის შემთხვევები.⁵⁷(II)

ფინეთის, იტალიისა და ნიდერლანდების მონაცემებით, პაციენტებში, რომლებიც ყველაზე უკეთ იცავდნენ ჯანსაღ დიეტას, 25 წლის მანძილზე ნაკლები იყო, როგორც კარდიოვასკულური დაავადებებით გამოწვეული, ასევე საერთო სიკვდილობა, იმ პაციენტებთან შედარებით, რომლებიც დიეტას ცუდად იცავდნენ. იგივე დაფიქსირდა საბერძნეთშიც ხანდაზმულებში, რომლებიც ე.წ. ტრადიციულ მედიტერიანულ (ხმელთაშუაზღვის) დიეტას იღებდნენ, ყველაზე დაბალი იყო სიკვდილობის მაჩვენებელი.⁵⁸(III)

დიეტა მნიშვნელოვანია არტერიული ჰიპერტენზიის განვითარების თვალსაზრისითაც. ნაკლებმარილიანმა დიეტამ შეიძლება დაწიოს არტერიული წნევა და ხელი შეუშალოს ასაკთან ერთად მის მატებას. არტერიულ წნევაზე გავლენას ახდენს სხვა დიეტური კომპონენტებიც: ხილი, ბოსტნეული, ნაკლებცხიმოვანი რძის პროდუქტები. თავის მხრივ, საკვები მარილის ზომაზე მეტად მიღება ხელს უწყობს სითხის შეკავებას.⁵⁹ (II;III)

რამოდენიმე ექსპერიმენტული და მოკლევადიანი პროსპექტული კვლევის მონაცემებით დასტურდება, რომ არასწორი დიეტა (ცხიმის მაღალი შემცველობის ან მაღალი ენერგეტიკული ღირებულების პროდუქტები) და, ამასთან ერთად, ფიზიკური აქტივობის შემცირება (სამსახურშიც და სახლშიც) ხელს უწყობს სიმსუქნეს, რომლის უარყოფითი ზეგავლენა პოპულაციის ჯანმრთელობაზე განუხრელად იზრდება.⁶⁰ (II; III)

იზონერგეტიკულ მდგომარეობაში ცხიმი დიეტაში არ უწყობს ხელს ჭარბ წონას იმაზე მეტად, ვიდრე სხვა საკვები. თუმცა, თუ ფიზიკური აქტივობა მცირდება, მაღალცხიმოვანი დიეტა ხელს უწყობს წონაში მატებას.⁶¹

ამერიკის პრევენციის სამუშაო ჯგუფის მიმოხილვა აღწერს 9 საშუალო და კარგი ხარისხის რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას, რომლებიც პირველად ჯანდაცვაში არასელექციური პოპულაციის კონსულტირებასა და დიეტური ქცევის შეცვლას შეეხება.⁶²(I) ამ კვლევებში საშუალო და ინტენსიური კონსულტირებისა და ქცევითი ინტერვენციების ფონზე (დიეტოლოგი, კვების სპეციალისტი ან პჯდ ექიმი/ექთან) აღინიშნა დიეტის გაუმჯობესება. თუმცა, გამოსავლების თვით-შეფასების ინსტრუმენტით შესწავლისა და დაკვირვების ხანმოკლე პერიოდის (6-12 თვე) გამო ეს შედეგები საკმარისად დამაჯერებლად ვერ ჩაითვლება.

რაც შეეხება დიეტური რეჟიმის შეფასებასა და კონსულტირებას პაციენტებში ქრონიკული დაავადებების სხვა ქცევითი და კომორბიდული რისკ-ფაქტორებით, 10 რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევის შედეგების მიმოხილვით დასტურდება ამ ჯგუფში, როგორც მაღალი ინტენსივობის (აწარმოებს დიეტოლოგი/კვების სპეციალისტი სპეციფიკური პროგრამის შესაბამისად), ასევე დაბალი ინტენსივობის კონსულტირებისა (აწარმოებს პჯდ ექიმი/ექთან) და

ქცევითი ინტერვენციის ეფექტიანობა (Breg Alfred O, 2003).(I) ამ კვლევებში, კონსულტირების საფუძველზე დიეტური რეჟიმის გაუმჯობესება ლიპიდური პროფილისა და სხეულის მასის მნიშვნელოვან კორექციით დასრულდა. ინტერვენციის გამოსავლები თვით-შეფასების ინტრუმენტებთან ერთად გადამოწმდა ობიექტური მეთოდებით (სმი, შრატში ლიპიდები) და, ამდენად, შეიძლება სარწმუნოდ ჩაითვალოს.

დიეტური რეჟიმის შეფასებისთვის ოპტიმალური ინტერვალი დადგენილი არ არის. ასევე არ არსებობს მეცნიერული მონაცემები დიეტური რეჟიმის შეცვლის თაობაზე კონსულტირების არასასურველი შედეგების შესახებ(Breg Alfred O, 2003).

1.3.4. დიაგნოზი

კვების რეჟიმის შეფასებისას იხელმძღვანელებთ ჯანსაღი კვების პირამიდით. იხილეთ დანართი 5. მნიშვნელოვანია, როგორც მიღებული საკვების ტიპის, ასევე მისი მომზადების წესის, კვების პორციებისა, რეგულარობისა და ორგანიზმის ენერგეტიკული საჭიროებების გათვალისწინება.

1.3.5. სკრინინგის პერიოდულობა და მეთვალყურეობის სქემა

მიუხედავად იმისა, რომ მეცნიერული მონაცემებით ზოგად მოსახლეობაში დიეტური რეჟიმის შეფასებისა და კონსულტირების მნიშვნელობა ობიექტური მეთოდებით დადასტურებული არ არის. უფრო დამაჯერებელი ფაქტების გამოვლენამდე, გაიდლაინის ავტორთა ჯგუფი მიზანშეწონილად მიიჩნევს დიეტური რეჟიმის შეფასებას და ჯანსაღი კვების თაობაზე საგანმანათლებლო მასალების გადაცემას ყველა პაციენტისათვის, რისკის პროფილის მიუხედავად (იხ. ცხრილი 4).

არასწორ კვებასთან დაკავშირებული რისკის შეფასება და მეთვალყურეობის სქემა

არასწორ კვებასთან დაკავშირებული გართულებების რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
ზომიერად მომატებული ნებისმიერი პაციენტი	შეეკითხეთ პაციენტს დღის მანძილზე ხილის და ბოსტნეულის რამდენ პორციასა და რა ტიპის საკვებს ღებულობს.	ყოველ 2 წელიწადში ერთხელ	II;III;IV (D)63;64.
მაღალი			
<ul style="list-style-type: none"> ჭარბი წონა ან სიმსუქნე კარდიოვასკულური აბსოლიტური რისკი >15% კარდიოვასკულური დაავადებების პირადი ან ოჯახური ანამნეზი მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტი 	<p>ზოგადი დიეტური რეკომენდაციები (იხ. დანართი 1)</p> <p>რეკომენდებულია მიმართვა დიეტოლოგთან</p>	6 თვეში ერთხელ	I (A) ⁶⁵

1.4. ადინამია

1.4.1. პრობლემის განმარტება

ცნობილია რომ რეგულარული, ზომიერი ფიზიკური დატვირთვა ამცირებს კარდიოვასკულური დაავადებების, მეორე ტიპის დიაბეტის, ოსტეოპოროზის, კოლინჯის და სარძევე ჯირკვლის კიბოს, სიმსუქნის, ხანდაზმულებში დაცემისა და ფსიქიკური დაავადებების რისკს.⁶⁶ მოსახლეობა, რომ რეგულარული ვარჯიშის რეჟიმს იცავდეს, შესაძლებელი იქნებოდა გულის იშემიური დაავადების შემთხვევების 18%-ით, ინსულტის 16%-ით, მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტის 13%-ით, კოლინჯის კიბოს 19%-ით, სარძევე ჯირკვლის კიბოს 9-12%-ით, ხოლო დეპრესიის სიმპტომების 10%-ით შემცირება. თუ რეგულარული ვარჯიშის რეჟიმს მოსახლეობის 1%-ით მეტი დაიცავს, შესაძლებელი გახდება წელიწადში გიდ-ით, დიაბეტითა და კოლინჯის კიბოთი გამოწვეული 122 სიკვდილის თავიდან აცილება.⁶⁷

ფიზიკური აქტივობა ფასდება პაციენტის გამოკითხვით, სხვადასხვა სახის აქტივობისათვის დახარჯული დროის მიხედვით.

ფიზიკური აქტივობის ინტენსივობის კატეგორიებია:

ძლიერი ინტენსივობის ფიზიკური აქტივობა - აქტივობა, რომელიც განაპირობებს სუნთქვისა და გულისცემის სიხშირის მნიშვნელოვან მატებასა და გაოფლიანებას სულ მცირე 10 წთ.-ის მანძილზე.

საშუალო ინტენსივობის ფიზიკური აქტივობა - აქტივობა, რომელიც განაპირობებს სუნთქვისა და გულისცემის სიხშირის მცირედ მატებას სულ მცირე 10 წთ.-ის მანძილზე.

დაბალი ინტენსივობის ფიზიკური აქტივობა - პირები, რომლებიც არ ხვდებიან წინა კატეგორიებში, მიეკუთვნებიან აღნიშნულ კატეგორიას.

1.4.2. ეპიდემიოლოგია

მიუხედავად იმისა, რომ რეგულარული ვარჯიშის სარგებელი ყველასთვის კარგადაა ცნობილი, მოსახლეობის დიდი ნაწილი საკმარისად აქტიური არ არის. 1996 წელს ჩატარებული გამოკითხვისას ამერიკის შეერთებულ შტატებში მოზრდილი მოსახლეობის 30%-მა აღნიშნა, რომ ძირითადად მჯდომარე ცხოვრების წესს მისდევს.⁶⁸ მხოლოდ 20% ასრულებდა კვირის დღეების უმრავლესობაში 30 წუთიანი ფიზიკური დატვირთვის რეკომენდაციას. ხოლო 15%, კვირაში სამჯერ 20 წუთის მანძილზე ინტენსიური დატვირთვის რეჟიმს იცავდა.⁶⁹

თბილისში 2007 წელს ჯანმოს ეგიდით ჩატარებული არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების გავრცელების შემსწავლელი კვლევით გამოვლინდა, რომ გამოკითხული 2500 პირიდან 66.7% ყოველდღიურად მისდევს მსუბუქი ინტენსივობის ფიზიკურ დატვირთვას 1 საათზე მეტი დროის განმავლობაში; 43.5% (მამაკაცთა 49.1% და ქაღთა 38.2%) ყოველდღიურად 6 საათზე ხანგრძლივ დროს ატარებს მჯდომარე მდგომარეობაში; ხოლო, რესპოდენტთა 85.6% ვარჯიშობს (სულ მცირე 30 წთ.) მხოლოდ წელიწადში რამდენჯერმე ან უფრო იშვიათად.

1.4.3. ადინამიაზე სკრინინგის მნიშვნელობა

მეცნიერული მონაცემები ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ადინამიაზე სკრინინგსა და შესაბამისად მოკლე რჩევა-დარიგების ეფექტიანობის თაობაზე რამდენამდე წინააღმდეგობრივია და მხოლოდ მოკლევადიან გაუმჯობესებაზე მიუთითებს (Breg Alfred O, 2002). (II)

უკეთესი შედეგებია მოსალოდნელი პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისა და ექთნების მიერ რჩევის მიცემასთან ერთად, შედარებით გრძელვადიანი ქცევითი

ინტერვენციების დაგეგმვისა და განხორციელების შემთხვევაში (მაგ. ინდივიდუალური ვარჯიშის გეგმა, ვარჯიშის პროგრამებში მონაწილეობა და სხვ.)⁷⁰ (II)

არასაკმარისადაა შესწავლილი ფიზიკურ დატვირთვაზე კონსულტირების უარყოფითი შედეგები. ზოგიერთი ავტორი აღწერს კუნთების დაზიანებას და დაცემასთან დაკავშირებულ ტრავმატიზმს, ასევე კარდიოვასკულურ მოვლენებს.⁷¹ (II)

1.4.4. დიაგნოზი

ფიზიკური აქტივობის დონის შეფასება რუტინულ პრაქტიკაში ამის შესახებ ანამნეზურ შეკითხვებს ემყარება. შეკითხვები შეეხება აქტივობის ამჟამინდელ დონეს და პაციენტის მზადყოფნას გაარძელოს ან გაზარდოს იგი მომავალში.⁷²

1.4.5. სკრინინგის პერიოდულობა და მეთვალყურეობის სქემა

ზოგადსაქიმიო პრაქტიკაში ადინამიაზე სკრინინგისა და კონსულტირების ეფექტიანობის თაობაზე არასაკმარისი მეცნიერული მონაცემების მიუხედავად, ვარჯიშთან დაკავშირებული უდავო სარგებლის გათვლისწინებით გაიდლაინის ავტორთა ჯგუფი მიზანშეწონილად მიიჩნევს რუტინულად ვარჯიშის რეჟიმის შემოწმებას და ადეკვატური დატვირთვის თაობაზე პაციენტების კონსულტირებას (იხ. ცხრილი 5).

რეკომენდაციები:

- ყველა მოზრდილი ადამიანს უნდა მიეცეს რჩევა კვირის დღეების უმეტესობაში 30 წუთის მანძილზე ზომიერი ფიზიკური დატვირთვის შესახებ.(D)
- შედარებით აქტიური დატვირთვა, კვირაში, სულ მცირე 3-4 ჯერ და 30 წუთის განმავლობაში სასარგებლოა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და კიბოს პრევენციისათვის.(B)

ადინამიის რისკის შეფასება და მეთვალყურეობის სქემა

ადინამიის რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
ზომიერი პაციენტები, რომლებიც იცავენ კვირაში, სულ მცირე 5 დღე 30 წუთიანი ვარჯიშის რეჟიმს.	შეკითხვები აქტივობის დონის შესახებ, ამჟამად.	12 თვეში ერთხელ	V D (Breg Alfred O , 2002)
მომატებული პაციენტების ქრონიკული დაავადებებით ან სხვა კარდიოვასკულური რისკ-ფაქტორებით.	შეკითხვები ამჟამად აქტივობის დონის შესახებ. აქვს თუ არა პაციენტს სურვილი გაზარდოს აქტივობის დონე?	ყოველ ვიზიტზე	IVD 73

1.5. ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება

1.5.1. პრობლემის განმარტება

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, ევროპის რეგიონში ავადობის ტვირთის დაახლოებით 9% სპირტიანი სასმელების მოხმარებაზე მოდის, რაც სხვა რისკის ფაქტორებთან ერთად, განაპირობებს ისეთი დაავადებების განვითარებას, როგორცაა: ღვიძლის ციროზი, ჰიპერტენზია, ინსულტი, გულის იშემიური დაავადებები, პანკრეატიტი, კუჭის, ღვიძლის, სწორი ნაწლავის, ხორხის სიმსივნეები და იწვევს ფსიქომოტორული და შემეცნებითი ფუნქციების სერიოზულ დარღვევებს. ალკოჰოლურ თრობას მოჰყვება ემოციური თვითკონტროლის შესუსტება, რაც შეიძლება ძალადობის გამოვლინების ბიძგი გახდეს. განსაკუთრებით საყურადღებოა ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის ფონზე მანქანის მართვისას უბედური შემთხვევების, ტრავმატიზმისა და სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებელი.⁷⁴

1.5.2. ეპიდემიოლოგია

საქართველში, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის მონაცემებით, ალკოჰოლის მოხმარება მოზრდილ მოსახლეობაში შემდეგნაირია: მცირე ოდენობით მოხმარება (0,25 - <20 გრ/დღე ქალებში და 0,25 - <40გრ/დღე მამაკაცებისათვის) – 27,5%, ხოლო დიდი ოდენობით (>20გრ/დღე ქალებისათვის და >40 გრ/დღე მამაკაცებისათვის) – 0,5%, მაგრამ ტენდენცია მზარდია (საქართველოს ჯანმრთელობის ეროვნული მოხსენება).

1.5.3. ალკოჰოლის მოხმარებაზე სკრინინგის მნიშვნელობა

მეცნიერული მონაცემებით დასტურდება, რომ პირველად ჯანდაცვაში ალკოჰოლის მოხმარებაზე სკრინინგის შედეგად წარმატებით ხერხდება იმ პირთა იდენტიფიცირება, ვინც მართალია ალკოჰოლზე დამოკიდებული არ არის, მაგრამ მას ჯანმრთელობისთვის საზიანო რაოდენობით ღებულობს. ალკოჰოლის მოხმარებაზე სკრინინგის მიზნით შემუშავებული ინსტრუმენტები 35-47 წლის პირებში საკმაოდ მაღალი მგრძობელობითა და სპეციფიკურობით ხასიათდებიან.^{75(I)} მაგ. CAGE კითხვარის მგრძობელობა 43-დან 94%-მდე, ხოლო სპეციფიკურობა 70-დან 97%-მდე მერყეობს.(ცხრილი 6)⁷⁶ AUDIT კითხვარი მოიცავს შეკითხვებს ალკოჰოლის მიღების პერიოდულობის, რაოდენობისა და სიხშირის თაობაზე. მისი მგრძობელობა 51-97%, ხოლო სპეციფიკურობა 78-96%-ია.⁷⁷

ცხრილი 6: CAGE კითხვარი

1. თუ გიფიქრიათ, რომ უნდა მოუკლოთ სმას?
2. როდესმე თუ გაუღიზიანებიათ თქვენი მისამართით გამოთქმულ კრიტიკას ალკოჰოლის მიღების შესახებ?
3. ალკოჰოლის მიღების გამო, ოდესმე თავი ცუდად ან დამნაშავედ თუ გიგრძნიათ?
4. როდესმე თუ მიგიღიათ ალკოჰოლი დილით ნერვების დასამშვიდებლად ან ნაბახუსევის სიმპტომების მოსახსნელად?
<i>შეკითხვებზე 2 ან მეტი დადებითი პასუხი ალკოჰოლის არასწორი მოხმარების მაღალი რისკის მაჩვენებელია.</i>

ქცევის შეცვლის მიზნით მოკლე კონსულტირება ალკოჰოლის მოხმარების გარკვეული რაოდენობით შემცირების თვალსაზრისით ეფექტიანია და შედეგი 6-დან 12 თვემდე გრძელდება.^{78(II)} ალკოჰოლის მოხმარებაზე სკრინინგისა და კონსულტირების პოტენციური სარგებელი მნიშვნელოვნად აღემატება ნებისმიერი სახის პოტენციურ ზიანს. მოზარდებში ალკოჰოლის მოხმარებაზე სკრინინგისა და კონსულტირების ეფექტიანობა დადგენილი არ არის (Calonge Ned, 2004).

1.5.4. დიაგნოზი

ალკოჰოლის მოხმარება საზიანოდ ითვლება, თუ მისი მოხმარება აღემატება ქვემოთ მითითებულ ზღვრებს:^{79,80}

მამაკაცებში: კვირაში 14 ერთეულზე მეტი და, ამასთან, რომელიმე 1 დღეს 4 ერთეულზე მეტი;

ქალებში: კვირაში 7 ერთეულზე მეტი და, ამასთან, რომელიმე 1 დღეს 3 ერთეულზე მეტი;

სხვა უკუჩვენებების არარსებობისას დღეში 10-20გრ ეთანოლი მამაკაცებისათვის და 10გრ ეთანოლი ქალებისათვის შეიძლება უსაფრთხოდ ჩაითვალოს.*

1.5.5. სკრინინგის პერიოდულობა და მეთვალყურეობის სქემა

გაიდლაინის ავტორთა ჯგუფი მიზანშეწონილად მიიჩნევს ალკოჰოლის მოხმარებაზე სკრინინგს 18 წლის და ზემოთ ასაკის პაციენტებში დანართი 3-ში წარმოდგენილი კითხვარის გამოყენებით (იხ.დანართი 3). ალკოჰოლთან დაკავშირებული რისკის შეფასებისა და მიმდინარე მეთვალყურეობის დაგეგმვისთვის იხელმძღვანელოთ ცხრილი 6-ით.

რეკომენდაციები:

- ალკოჰოლის მიღების რაოდენობისა და სიხშირის განსაზღვრა რეკომენდებულია ყველა პაციენტისთვის 18 წლის ასაკიდან.(B)
- პაციენტებს ალკოჰოლთან დაკავშირებული გართულებების მაღალი რისკით ესაჭიროებათ კონსულტირება ალკოჰოლის ზომიერი მოხმარების თაობაზე (A)

ცხრილი 7

ალკოჰოლთან დაკავშირებული რისკის შეფასება და მიმდინარე

მეთვალყურეობის სქემა

ალკოჰოლთან დაკავშირებული გართულებების რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>ზომიერი</p> <p>ყველა პაციენტი 18 წლის ასაკიდან</p>	<p>შეკითხვა ალკოჰოლის მიღების სიხშირისა და რაოდენობის შესახებ. შეკითხვის სენსიტიურობის გათვალისწინებით მნიშვნელოვანია არაგანმსჯელი ტონის შენარჩუნება.</p>	<p>3 წელიწადში ერთხელ</p>	<p>IIB 81</p>
<p>მომატებული</p> <ul style="list-style-type: none"> • პაციენტები ჰიპერტენზიით, ღვიძლის დაავადებებით, ორგანოთა მძიმე დაზიანებით; • ორსულები; • პაციენტები პირველი ან მეორე რიგის ნათესავებში ალკოჰოლიზმის ან ფსიქიკური დაავადებების ანამნეზით; • პაციენტები, რომლებიც მედიკამენტურ მკურნალობას იტარებენ 	<p>შეკითხვა ალკოჰოლის მიღების სიხშირისა და რაოდენობის შესახებ. შეკითხვის სენსიტიურობის გათვალისწინებით მნიშვნელოვანია არაგანმსჯელი ტონის შენარჩუნება.</p> <p>რჩევა ალკოჰოლის ზომიერი მოხმარების მნიშვნელობის თაობაზე.</p>	<p>წელიწადში ერთხელ</p>	<p>IA 81</p>

* 10-30 გრ ეთანოლი დღეში იგივეა, რაც 1-3 სტანდარტული სპირტის პირობითი ერთეული ან 1-3 ჭიქა ღვინო ან 1-3 ბოთლი ლუდი.

1.6. სკრინინგი ჰიპერტენზიაზე

1.6.1. განმარტება

არტერიული წნევა ნორმის ფარგლებშია თუ სისტოლური ვწყ. სვ-ის 119 მმ-ს, ხოლო დიასტოლური ვწყ. სვ-ის 79 მმ-ს არ აღემატება; სისტოლური წნევა ვწყ. სვ-ის 120-139 მმ, ხოლო დიასტოლური ვწყ. სვ. 80-89 მმ პრეჰიპერტენზიაზე მიუთითებს. ჰიპერტენზიის I სტადია სისტოლური წნევის ვწყ. სვ 140-159 მმ-ს, ხოლო დიასტოლური წნევის ვწყ. სვ-ის 90-99 მმ-ს შეესაბამება. ხოლო სისტოლური წნევა ვწყ. სვ-ის 160 მმ და მეტი და დიასტოლური ვწყ. სვ-ის 100 მმ და მეტი ჰიპერტენზიის II სტადიაზე მიუთითებს.⁸²

არტერიული ჰიპერტენზიის შემთხვევათა უმეტესობაში (90-95%-ზე მეტი) ვერ ხერხდება ჰიპერტენზიის გამომწვევი მიზეზის გამოვლენა და ამას პირველადი, ესენციური ან იდიოპათიური ჰიპერტენზია ეწოდება. როდესაც არტერიული ჰიპერტენზია ვითარდება რაიმე სპეციფიკური გამომწვევი მიზეზის შედეგად, მას მეორადი ანუ სიმპტომური ჰიპერტენზია ეწოდება.

1.6.2. ეპიდემიოლოგია

საქართველოში არტერიული ჰიპერტენზია ყველაზე ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით 2002 წელს საქართველოში არტერიული ჰიპერტენზიით გამოწვეული ლეტალობის ხვედრითი წილი 48.8%-ია,⁸³ ამასთან აღინიშნება ჰიპერტენზიით ავადობისა და დაავადებიანობის მატების ტენდენცია.⁴

არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების შესწავლის მიზნით, ვისკონსინის სამედიცინო კოლეჯის (აშშ), მილუოკის ჯანმრთელობის ტრენინგის საერთაშორისო ცენტრისა (აშშ) და ექსპერიმენტული და კლინიკური თერაპიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის (ხელმძღვანელი აკად. ნ. ყიფშიძე) მიერ 1996 წელს ჩატარებული ერთობლივი კვლევით ქალაქის პოპულაციაში (ქ. თბილისის დიდუბის რაიონი), არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელება 40-70წ. ასაკის ინდივიდებში 59,9% (ქალები 59,1% და მამაკაცები 62,0%) და სოფლის პოპულაციაში (დუშეთის რაიონი) 40,5% (ქალები 42,0% და მამაკაცები 37,5%) იყო.

ამერიკის ჯანმრთელობისა და კვების ეროვნული კვლევის მონაცემების მიხედვით 2003-2004 წლებში ჰიპერტენზიის გავრცელება 18-39 წლამდე 7.3±0.9%, 40-დან 59 წლამდე 32.6±2.0%, ხოლო 60 წლის ზემოთ 66.3±1.8% შეადგენდა.⁸⁴ აშშ ჰიპერტენზიით განპირობებულია კარდიოვასკულური გადაუდებელი შემთხვევების (მიოკარდიუმის ინფარქტი და ინსულტი) 35%, გულის უკმარისობის 49% და

ნაადრევი სიკვდილობის 24%.⁸⁵ პაციენტებში ჰიპერტენზიით, ნორმოტენზიულ პირებთან შედარებით, 2-4 ჯერ მაღალია ინსულტის, მიოკარდიუმის ინფარქტის, გულის უკმარისობისა და პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადებების რისკი.⁸⁶ გარდა ამისა არტერიული ჰიპერტენზიის ფონზე მნიშვნელოვნად იზრდება თირკმლის დაავადებების გართულებების, რეტინოპათიისა და აორტის ანევრიზმის რისკი.^{87,88} არტერიული ჰიპერტენზიით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის ტვირთის, დიაგნოსტიკების მეთოდის სიმარტივე და მკურნალობის აშკარა სარგებელი^{89,90,91,92}(I;II) უდევს საფუძვლად რეკომენდაციებს არტერიულ ჰიპერტენზიაზე სკრინინგის თაობაზე.⁹³

1.6.3. არტერიულ ჰიპერტენზიაზე სკრინინგის მნიშვნელობის დასაბუთება

არაერთი კვლევით დასტურდება სკრინინგის შედეგად დიაგნოსტირებული არტერიული ჰიპერტენზიის ადრეული მკურნალობის ეფექტიანობა.⁹⁴ თავად სკრინინგის ეფექტიანობა სკრინინგული ტესტის სიზუსტესა და დამაჯერებლობაზეა დამოკიდებული. ცნობილია, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში არტერიული წნევის გაზომვა მხრის მანუეტითა და ვერცხლისწყლიანი ან ანეროიდული სფიგმომანომეტრით კარგ კორელაციაშია არტერიული წნევის პირდაპირი (ინტრა-არტერიული) გაზომვის მეთოდთან (კორელაციის კოეფიციენტი 0.94-0.98) და მაღალი პროგნოზული მნიშვნელობა აქვს კარდიოვასკულური რისკის შეფასებისთვის.⁹⁵(IV)

ტესტის სიზუსტის მიუხედავად, კლინიკურ პრაქტიკაში ხშირად არტერიული წნევა არასწორად ფასდება. ეს შესაძლოა ინსტრუმენტის უზუსტობით, გაზომვის წესების დარღვევით ან პაციენტის მიზეზებით (მაგ. შფოთვა, საკვები, ალკოჰოლი, თამბაქო, ტკივილი, ფიზიკური დატვირთვა) იყოს გამოწვეული.⁹⁶ ამ შეცდომების მაღალი ალბათობის გამო არტერიული ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დადასტურება, სულ მცირე, 2 სხვადასხვა ვიზიტზე (ვიზიტებს შორის ინტერვალი სასურველია არაუადრეს 1 კვირისა) არტერიული წნევის, სულ მცირე, ორჯერ გაზომვის საფუძველზე უნდა მოხდეს.⁹⁷ განსაკუთრებული ყურადღებაა საჭირო, როდესაც არტერიული წნევის გაზომვისას მომიჯნავე ციფრები ფიქსირდება. ერთ-ერთ კვლევაში სტატისტიკური მოდელირებით გამოვლინდა, რომ თუ არტერიული წნევა ვწყ.სვ.-ის 95 მმ-ზე მეტი ან 90 მმ-ზე ნაკლებია, არტერიული ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დადასტურებისთვის საკმარისია გაზომვა სამ განმეორებით ვიზიტზე. მაშინ როდესაც, მომიჯნავე მაჩვენებლების შემთხვევაში დიაგნოზის დასასაბუთებლად ხუთი ვიზიტია საჭირო.⁹⁸(IV)

ზოგიერთი ავტორის აზრით არტერიული წნევის გაზომვა მეტად მოსახერხებელია ბინის პირობებში. ვინაიდან, ხშირი გაზომვების ფონზე უფრო ზუსტადაა შესაძლებელი წნევის საშუალო მაჩვენებლის დადგენა და კარდიოვასკულური გართულებების რისკის შეფასება.⁹⁹(IV) გაზომვის უზუსტობების რისკი ბინის

პირობებში არანაკლებია, თუმცა “თეთრი ხალათის ჰიპერტენზიაზე” საექვო შემთხვევებში ეს მეთოდი კვლავაც ინარჩუნებს თავის მნიშვნელობას.

ზოგიერთი მკვლევარი სვამს კითხვას ჰიპერტენზიაზე უნივერსალურის ნაცვლად სელექციური სკრინინგის თაობაზე, რაც ბუნებრივია იმ პირების იდენტიფიცირებასთანაა დაკავშირებული, ვისთვისაც სკრინინგი განსაკუთრებით სარგებლიანი იქნება (Sheridan S, 2003). როგორც ზემოთ არის აღნიშნული, კარდიოვასკულარული გართულებების რისკი და სკრინინგისა და ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის სარგებელი დამოკიდებულია არტერიული წნევის მომატების დონესა და ხანგრძლივობაზე, ასევე სხვა კარდიოვასკულარულ რისკ-ფაქტორებზე, როგორცაა ასაკი, სქესი, ლიპიდური ცვლის მოშლა, თამბაქოს მოწევა და დიაბეტი.^{100,101,102} ცხადია, არტერიული წნევის გაზომვამდე მისი სიმძიმე და ხანდაზმულობა უცნობია, ამდენად სკრინინგის სელექციური პრინციპით განხორციელებისთვის საჭირო იქნებოდა სხვა კარდიოვასკულარული რისკ-ფაქტორების პროფილის შეფასება და არტერიული წნევის გაზომვა პაციენტებში მომატებული რისკით. დღეისათვის, მეცნიერული მტკიცებულებები სელექციური სკრინინგის შედარებითი ეფექტიანობის, ხარჯთ-ეფექტიანობისა და ზიანის თაობაზე არ არსებობს. ამდენად, პრევენციული პრაქტიკის მიზნით მას არ მიმართავენ (Sheridan S, 2003).

ჰიპერტენზიაზე სკრინინგის უარყოფითი გამოსავლების შემსწავლელი კოჰორტული კვლევებით ჰიპერტენზიის ჰიპერდიაგნოსტიკის ფონზე სერიოზული ფსიქოლოგიური შედეგები არ გამოვლინდა.¹⁰³(III) თუმცა, ზოგიერთ კვლევაში აღინიშნა სკრინინგის შედეგად ახალდიაგნოსტირებული პაციენტების მიერ სამსახურის გაცდენის დღეების მატება.^{104,105}(III) ამ კვლევების შედეგები გაცდენის მიზეზებში გარკვევის საშუალებას არ იძლევა და, ეს, ჰიპერტენზიაზე სკრინინგის არასასურველ შედეგად ვერ ჩაითვლება. ამდენად, ჰიპერტენზიაზე სკრინინგთან დაკავშირებული უარყოფითი ფსიქოლოგიური და სოციალური შედეგები იმდენად მინიმალურია, რომ სკრინინგის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში დიდ როლს ვერ შეასრულებენ.

რეკომენდაცია:

- არტერიული წნევის გაზომვა რეკომენდებულია 18 წლის ზემოთ ასაკის ყველა პაციენტისთვის.¹⁰⁶ (A)
- არტერიული წნევის განმეორებით გაზომვა ნორმოტენზიულ პირებში მიზანშეწონილია არაუგვიანეს 2 წლის ინტერვალით. (D)

- არტერიული ჰიპერტენზიის გამოვლენისას აუცილებელია მკურნალობის ვარიანტების განხილვა და პაციენტთან შეთანხმებით მდგომარეობის მართვის გრძელვადიანი გეგმის შემუშავება.*^(A)

1.6.4. დაავადების დიაგნოზი

სისტოლური არტერიული წნევის ვწყ. სვ-ის 140 მმ-ისა და მეტის, ხოლო დიასტოლურის ვწყ. სვ-ის 90-მმ-ის და მეტის შემთხვევაში სავარაუდოა არტერიული ჰიპერტენზიის დიაგნოზი. წნევის მაჩვენებლების მაღალი ვარიაბელობის გამო რეკომენდებულია წნევის გამზომვა, ორ ან მეტ თანმიმდევრულ ვიზიტზე, სულ მცირე, ერთი კვირის ინტერვალით. ჰიპერტენზიის დიაგნოზი დასტურდება, თუ წნევის ციფრები განმეორებითი გაზომვისას კვლავ მომატებული რჩება (Sheridan S, 2003).

1.6.5. სკრინინგის პერიოდულობა და მეთვალყურეობის სქემა

სკრინინგის ოპტიმალური პერიოდულობის შესახებ მეცნიერული მონაცემები მცირეა.¹⁰⁷ პროფესიული ჯგუფების დიდი ნაწილი ოპტიმალურად მიიჩნევს ჯანმრთელ პირებში არტერიულ ჰიპერტენზიაზე სკრინინგს ორ წლიანი ინტერვალებით. თუმცა არტერიული წნევის დონისა და კარდიოვასკულური რისკის პროფილის გათვალისწინებით მიზანშეწონილია წნევის უფრო ხშირი მონიტორინგი (იხ. ცხრილი # 7;8).

ცხრილი 8

არტერიული ჰიპერტენზიაზე სკრინინგი პერიოდულობა 18 წლის ზემოთ პირებში არტერიული წნევის დონის გათვალისწინებით

სისტოლური წნევა	დიასტოლური წნევა	ინტერვენცია
<120	<80	განმეორებითი შეფასება 2 წელიწადში
129-139	80-89	განმეორებითი შეფასება 12 თვეში, რჩევა ცხოვრების წესის მოდიფიცირების თაობაზე
140-159	90-99	დიაგნოზის დადასტურება და შესაბამისი გამოკვლევები მომდევნო 2 თვის ვადაში რჩევა ცხოვრების წესის მოდიფიცირების თაობაზე
160-179	100-109	დიაგნოზის დადასტურება და მკურნალობის სქემის შერჩევა მომდევნო 1 თვის ვადაში რჩევა ცხოვრების წესის მოდიფიცირების თაობაზე
≥180	≥110	შეფასება და მკურნალობის დანიშვნა დაუყოვნებლივ ან ერთი კვირის ვადაში

* იხილეთ “არტერიული ჰიპერტენზია, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი)” www.moh.gov.ge

არტერიული ჰიპერტენზიაზე სკრინინგის პერიოდულობა 18 წლის ზემოთ პირებში კარდიოვასკულური რისკის პროფილის გათვალისწინებით

ვის აქვს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და ჰიპერტენზიის მაღალი რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>ზომიერი რისკი 18-50 წლის პირები რისკის დონე დამოკიდებულია რისკ-ფაქტორების არსებობაზე (იხ. აბსოლუტური კარდიოვასკულური რისკის შეფასება)</p>	<p>არტერიული წნევის გაზომვა</p>	<p>ყოველ ორ წელიწადში ერთხელ თუ არტერიული წნევა ნორმას არ აღემატება (<120/80 მმ. ვწყ. სვ-ის)</p>	<p>IA (108,109)</p>
<p>მომატებული რისკი ცხოვრების წესის რისკ-ფაქტორები: თამბაქო; ადინამია; ჭარბი წონა/სიმსუქნე; არაადეკვატური კვება; დაბალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსი და ფსიქოლოგიური ფაქტორები; ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება</p>	<p>არტერიული წნევის გაზომვა კონსულტირება ცხოვრების წესის მოდიფიცირების თაობაზე</p>	<p>12 თვეში ერთხელ</p>	<p>IA (110)</p>
<p>მაღალი რისკი ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორები: ასაკი>50 წელი; დისლიპიდემია; პროტეინურია; მოციმციმე არითმია დაავადების ანამნეზი: წარსულში დიაგნოსტირებული მაკროვასკულარული დაავადება; დიაბეტი; თირკმლის ქრონიკული დაავადებები</p>	<p>არტერიული წნევის გაზომვა აბსოლუტური კარდიოვასკულური რისკის შეფასება კონსულტირება ცხოვრების წესის მოდიფიცირების თაობაზე</p>	<p>6 თვეში ერთხელ</p>	<p>IA (111,112)</p>

1.7. დისლიპიდემია

1.7.1. პრობლემის განმარტება

დისლიპიდემია ლიპოპროტეინების მეტაბოლიზმის დარღვევას ნიშნავს და საერთო ქოლესტერინის, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის ან ტრიგლიცერიდების მომატებითა და მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის დეფიციტით გამოიხატება. განარჩევენ შემენილ და გენეტიკურად განპირობებულ (ოჯახურ) დისლიპიდემიას.

1.7.2. ეპიდემიოლოგია

დისლიპიდემიის გავრცელების მაჩვენებელი, მოსახლეობის მახასიათებლებისა და სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმების გათვალისწინებით, ფართო საზღვრებში ვარიებს. აშშ-ის მონაცემებით დისლიპიდემიით ავადობა 80-88%-ს აღწევს პაციენტებში ადრეულ ასაკში განვითარებული გულის კორონარული დაავადებით (მამაკაცებში 55 წლამდე და ქალებში 65 წლამდე). ხოლო პაციენტებში გულის კორონარული დაავადების გარეშე 40-48%-ს არ აღემატება.¹¹³

1.7.3. დისლიპიდემიაზე სკრინინგის მნიშვნელობის დასაბუთება

შრატში ლიპიდების განსაზღვრის ტესტი დისლიპიდემიის დიაგნოსტიკისა და ამის საფუძველზე კარდიოვასკულური რისკის პროგნოზირების საკმაოდ ზუსტი მეთოდია. საერთო ქოლესტერინის, დსლ-ის ქოლესტერინის და მსლ-ის ქოლესტერინის დონე პირდაპირ მიუთითებს გულის კორონარული დაავადების რისკზე. თუმცა საერთო ქოლესტერინის მსლ-ის ქოლესტერინთან ან დსლ-ის ქოლესტერინის მსლ-ის ქოლესტერინთან თანაფარდობა, საერთო ქოლესტერინის დონესთან შედარებით რისკის უფრო ზუსტად კლასიფიცირებისთვის საშუალებას იძლევა. მართალია, ტრიგლიცერიდების დონის მომატება კორონალური მოვლენებისთვის სერიოზულ პროგნოზულ მაჩვენებლად ითვლება. მისი როლი მნიშვნელოვანია მხოლოდ სხვა რისკ-ფაქტორებთან ერთობლიობაში. პლაზმის ლიპიდების, სულ მცირე, ორი ტესტია საჭირო იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ჭეშმარიტი მაჩვენებლები გაზომვის შედეგად მიღებული საშუალო მაჩვენებლისაგან მხოლოდ 10%-ით განსხვავდებოდეს.¹¹⁴

საკმარისი მეცნიერული მონაცემები არსებობს დისლიპიდემიის მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების ეფექტიანობის შესახებ, როგორცაა დიეტა, ვარჯიში და ჰიპოლიპიდური მედიკამენტები.

დიეტაში ნაჯერი ცხიმების შემცირება და წონის დაკლება მნიშვნელოვნად ამცირებს საერთო ქოლესტერინისა და დსლ-ის ქოლესტერინის დონეს.^{135(II)} 95 კვლევის მეტა-ანალიზმა უჩვენა, რომ ვარჯიშის ფონზე ინტერვენციის ჯგუფში საერთო

ქოლესტერინის დონე საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით 7-13 მგ/დლ-ით ნაკლები იყო. უკეთესი შედეგები იქნა მიღებული წონის დაკლების მიზნით დაგეგმილი ინტერვენციების ფონზე.^{115(I)}

პირველადი პრევენციის შემსწავლელი 4 კვლევის[†] შედეგების მეტა-ანალიზით გამოვლინდა 5-7 წლის მანძილზე ჰიპოლიპიდური მედიკამენტური მკურნალობის ფონზე საერთო ქოლესტერინის მაღალი ან საერთო ქოლესტერინის ზომიერად მომატებული და მსლ-ის ქოლესტერინის დაბალი მაჩვენებლებით 30%-ით შემცირდა კორონარული მოვლენების (განისაზღვრა, როგორც არაფატალური და ფატალური მიოკარდიუმის ინფარქტების ჯამი) რისკი.^{116(I)} ამ მეტა-ანალიზის თანახმად, ჰიპოლიპიდური მედიკამენტური მკურნალობა 26%-ით ამცირებს გულის კორონარული დაავადებით გამოწვეული სიკვდილობის შედარებით რისკს (95% სარწმუნოების ინტერვალი 2%-43%), მაგრამ მცირე ზემოქმედებას ახდენს საერთო სიკვდილობაზე კვლევის 5-7 წლიან პერიოდში (შანსების თანაფარდობა[‡] 0.91; 95% სარწმუნოების ინტერვალი 0.78,1.07). შოტლანდიაში ჩატარებულ კვლევაში შედარებით ხანგრძლივი მეთვალყურეობის ფონზე გამოვლინდა, როგორც კარდიოვასკულური, ასევე სხვა მიზეზებით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება.^{117(II)}

შედარებით მოგვიანებით, გულის კორონარული დაავადების მაღალი რისკის პაციენტებში ბეტა-ჰიდროქსი-ბეტა-მეთილგლუტარულ-კოენზიმ-A-ს (HMG-CoA) რედუქტაზას ინჰიბიტორების (სტატინები) ეფექტიანობის შემსწავლელი 5 კვლევის მეტა-ანალიზით გამოვლინდა, ოთხ კვლევაში აღინიშნა 3.2-დან 5.5 წლიანი მკურნალობის ფონზე კორონარული მოვლენების რისკის შემცირება 15-37%-ით პლაცებო ჯგუფთან შედარებით.^{118,119,120,121(I)} ALLHAT კვლევაში, გულის კორონარული მოვლენების რისკის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი შემცირება ჰიპოლიპიდური მედიკამენტური მკურნალობის ფონზე არ დადასტურდა. თუმცა, ჩაითვა, რომ ეს შედეგი საკონტროლო ჯგუფში მონაწილეთა 30%-ის მიერ კვლევის 6 წელს სტატინების მიღების ეფექტით იყო გამოწვეული.^{122 (II)}

ასიმპტომურ ქალებში პირველადი პრევენციის მიზნით ჰიპოლიპიდური მედიკამენტური მკურნალობის ეფექტიანობის შესახებ მეცნიერული მონაცემები რამდენადმე წინააღმდეგობრივია და ყველა კვლევა ამ მკურნალობის ეფექტიანობას გულის კორონარული დაავადების პრევენციის თვალსაზრისით არ ადასტურებს.^{123(II)} მეორადი პრევენციის კვლევებით ვლინდება, რომ ქალებში ჰიპოლიპიდური მკურნალობა კორონარული გამოსავლები შემცირების თვალსაზრისით ისევე ეფექტიანია, როგორც მამაკაცებში. მეორეული პრევენციის მიზნით სტატინების ფონზე კორონარული გვერდითი მოვლენები მცირდება ხანდაზმულებშიც (65 წლის

[†] ლიპიდების შემსწავლელი კლინიკური კვლევა, ჰელსინკის გულის კვლევა, დასავლეთ შოტლანდიის კორონარული პრევენციის კვლევა (WOSCOPS), საჭაერო ძალების/ტეხასის კორონარული ათეროსკლეროზის პრევენციის კვლევა (AFCAPS-TextCAPS)

[‡] Odds ratio-შანსების თანაფარდობა

ზემოთ).¹²⁴ (I) 6 კვლევის მეტა-ანალიზით გამოვლინდა ხანდაზმულებში სტატინების ფონზე საერთო სიკვდილობის შემცირება 15%-ით პლაცებოსთან შედარებით (რისკების თანაფარდობა 0.85; 95% CI 0.73-0.99, აბსოლუტური რისკის შემცირება 1.8%, სამიზნე ჯგუფი:4941 პაციენტი)(Sheperd J, 2002). (I)

დისპილიდემიაზე სკრინინგის უარყოფითი ფსიქოლოგიური შედეგები სამეცნიერო ლიტერატურაში აღწერილი არ არის. ამდენად, შეიძლება ჩაითვალოს, რომ სკრინინგთან დაკავშირებული რისკი მინიმალურია.¹²⁵(V)

1.7.4. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

დისლიპიდემიის დიაგნოზი შრატში ლიპიდების პროფილის განსაზღვრას ემყარება. ლიპიდური პროფილის შეფასებისას იხელმძღვანელებთ ცხრილი 10.

ცხრილი 10.

დისლიპიდემიის შეფასება შრატში ლიპიდების შემცველობის მიხედვით

საერთო ქოლესტერინი მგ/დლ (მმოლ/ლ)	კატეგორია
<200 (<5.2)	ნორმა
200 - 239 (5.2 to 6.1)	მომატებული
≥240 (≥ 6.2)	მაღალი
დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინი მგ/დლ (მმოლ/ლ)	კატეგორია
<100 (<2.6)	ნორმა
100 -129 (2.6 -3.3)	ოპტიმალურზე მაღალი
130 - 159 (3.4 -4.0)	მომატებული
160 - 189 (4.1- 4.8)	მაღალი
≥190 (≥4.9)	ძალიან მაღალი
მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინი მგ/დლ (მმოლ/ლ)	კატეგორია
<40 (<1.0)	დაბალი
≥60 (≥1.6)	მაღალი
ტრიგლიცერიდები მგ/დლ (მმოლ/ლ)	კატეგორია
<150 (<1.7)	ნორმა
150 - 199 (1.7 -2.2)	მომატებული
200 - 499 (2.3 - 5.6)	მაღალი
≥500 (≥5.6)	ძალიან მაღალი

რეკომენდაცია:

- თუ დსლ ქოლესტერინი > 3.4 მმოლ/ლ-ზე, მსლ-ის ქოლესტერინი < 1 მმოლ/ლ-ზე, ან ტრიგლიცერიდები > 2.3 მმოლ/ლ-ზე საჭიროა პაციენტის მდგომარეობის შემდგომი შეფასება და მკურნალობის სქემის შერჩევა.¹²⁶(D)

1.7.5. სკრინინგის პერიოდულობა და გამოკვლევების სქემა

დისლიპიდემიაზე სკრინინგის პერიოდულობა კარდიოვასკულური რისკის საფუძველზე განისაზღვრება (იხ. ცხრილი 11 და 12). კარდიოვასკულური ტოტალური რისკის შეფასებისთვის იხელმძღვანელეთ დანართი 4-ით.

რეკომენდაცია:

- ჯანმრთელი პირების სკრინინგი დისლიპიდემიაზე, სხვა რისკ-ფაქტორების არარსებობის შემთხვევაში რეკომენდებულია 45 წლის ასაკიდან 5 წელიწადში ერთხელ (A ქალებში; D მამაკაცებში);
- მაღალი რისკის პაციენტებში დისლიპიდემიაზე სკრინინგი ტოტალური კარდიოვასკულური რისკის შეფასების ნაწილია და რეკომენდებულია შედარებით მოკლე ინტერვალებით (იხ. ცხრილი 11)(A).

დისლიპიდემიაზე სკრინინგის პერიოდულობა კარდიოვასკულური რისკის

პროფილის გათვალისწინებით

ვის აქვს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ან დისლიპიდემიის მაღალი რისკი	ინტერვენცია	ინტერვალი	წყარო
<p>რისკის მომატება ასაკი < 45 წელი</p>	უზმოზე სისხლში ლიპიდების განსაზღვრა	5 წელიწადში ერთხელ	I(A)127
<p>მაღალი რისკი ასაკი ≥ 45 წელი და</p> <ul style="list-style-type: none"> • რისკ ფაქტორები (თამბაქო, ჰიპერტენზია, ჭარბი წონა) • ნაადრევი გსდ-ის ოჯახური ანამნეზი პირველი რიგის ნათესავებში (60 წლის ასაკამდე) 	უზმოზე სისხლში ლიპიდების განსაზღვრა	ყოველ 1-2 წელიწადში ერთხელ	I(A)128
<p>ძალიან მაღალი რისკი</p> <ul style="list-style-type: none"> • გსდ აბსოლუტური 5- წლიანი რისკი > 15%-ზე • პაციენტები <ul style="list-style-type: none"> - შაქრიანი დიაბეტით ან გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესებით; - გსდ, პერიფერიული არტერიების ან იშემიური ცერებროვასკულური დაავადებებით; - ოჯახური ჰიპერქოლესტერინემია ან ოჯახური კომბინირებული ჰიპერლიპიდემია; - თირკმლის ქრონიკული დაავადებები. 	უზმოზე სისხლში ლიპიდების განსაზღვრა	12 თვეში ერთხელ	I(A)129, 130, (Culleton B, 1999)

დისლიპიდემიის შეფასებისა და ინტერვენციების სქემა

ინტერვენცია	ტექნიკა	წყარო
უზმოზე სისხლში ლიპიდების განსაზღვრა	უზმოზე (საკვების მიღებიდან გასულია 9-14 საათი) სისხლში საერთო ქოლესტერინის, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის, მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინისა და ტრიგლიცერიდების განსაზღვრა. თუ საერთო ქოლესტერინი (>5 მმოლ/ლ) ან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინი (>2.5 მმოლ/ლ) მომატებულია, დიაგნოზის დასადასტურებლად საჭიროა განმეორებითი ანალიზი.	131
აბსოლიტური კარდიოვასკულური რისკის შეფასება	კორონარული მოვლენებისა და ინსულტის 10 წლიანი რისკის შეფასება (იხ. დანართი 4)	132
დიეტური რეკომენდაციები	ყველა პაციენტს ქოლესტერინის დონის მიუხედავად ესაჭიროება კონსულტირება ჯანსაღი კვების თაობაზე. საერთო ქოლესტერინის დონის მომატების შემთხვევაში ფასდება აბსოლუტური კარდიოვასკულური რისკი. პაციენტებისთვის რისკის დაბალი ან ზომიერად მომატებული მაჩვენებლით რეკომენდებულია კონსულტირება დიეტისა და ცხოვრების წესის მოდიფიცირების თაობაზე.	133,134
ჰიპერლიპიდემიის მედიკამენტური მკურნალობა	მედიკამენტური მკურნალობა ნაჩვენებია, თუ <ul style="list-style-type: none"> • ცხოვრების წესის მოდიფიცირების შედეგად მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება ვერ მიიღწევა პაციენტებში მაღალი კარდიოვასკულური აბსოლიტური რისკით. • ქოლესტერინის დონე ≥ 5 მმოლ/ლ-ზე ან დსლ ≥ 3 მმოლ/ლ-ზე და, ამასთანავე, წარმოდგენილია ორი ქვემოთ აღნიშნული რისკ-ფაქტორებიდან: <ul style="list-style-type: none"> - მსლ < 1.0 მმოლ/ლ-ზე; - ოჯახური ანამნეზი; - ჰიპერტენზია; - ჭარბი წონა; - თამბაქოს მოწევა; - გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესება - მიკროალბუმინურია და/ან თირკმლის ფუნქციათა გაუარესება; - ასაკი 45 წელი ან მეტი; - ოჯახური ჰიპერლიპიდემია. 	

1.8. გულ-სისხლძარღვთა დაავადების აბსოლუტური რისკის შეფასება

ქრონიკული დაავადებებს შორის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (გსდ) ავადობისა და სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებლების გათვალისწინებით განსაკუთრებით პრობლემურ კატეგორიას წარმოადგენენ. ასიმპტომური პაციენტების ცხოვრების წესისა და სხვა რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით მნიშვნელოვანია მათი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის პროფილის განსაზღვრა, რაც პერიოდული სამედიცინო შემოწმების ნაწილს უნდა შეადგენდეს.

1.8.1. რატომ არის მნიშვნელოვანი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის პროფილის განსაზღვრა

რისკ-ფაქტორების მართვა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მაღალი რისკის მქონე პაციენტებისთვის. რაც მეტია ინდივიდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკი, მით მაღალია მისთვის პრევენციული ღონისძიებების ეფექტიანობა. რისკ-ფაქტორების მართვა რისკის შეფასებით იწყება. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ტოტალური რისკის შეფასება, რაც ძირითადი რისკ-ფაქტორებით – ასაკით, სქესით, თამბაქოს მოწევით, სისხლის წნევით და ლიპიდების ხარისხით მიღებული ეფექტით გამოწვეულ ჯამურ რისკს გულისხმობს. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შემცირებისთვის, პრევენციული ღონისძიებების მიზანი ტოტალური რისკის შემცირებაა. რაც პრაქტიკული თვალსაზრისით იმას ნიშნავს, რომ თუ არ ხერხდება რომელიმე რისკ-ფაქტორზე ზემოქმედება, შესაძლოა მთლიანი რისკი შემცირდეს დანარჩენ რისკ-ფაქტორებზე ზემოქმედების გაძლიერებით.

ტოტალური რისკის განსაზღვრის მნიშვნელობა ილუსტრირებულია ქვემოთ მოცემულ ცხრილში. ქოლესტერინის მაღალი მაჩვენებელი ქალებში შედარებით ნაკლებ გავლენას ახდენს რისკზე და თუმცა, ეს უპირატესობა ქალებში იკარგება თამბაქოს მოწევისა და ზომიერი ჰიპერტენზიის კომბინაციის პირობებში. 1-ცხრილით ილუსტრირებულია, რომ 8 მმოლ/ლ ქოლესტერინის პირობებში ინდივიდის სიკვდილობის რისკი შესაძლოა 10-ჯერ დაბალი იყოს 5 მმოლ/ლ ქოლესტერინის მქონე მწვეელი მამაკაცის ინდივიდის რისკზე, ჰიპერტენზიით.¹³⁵

ცხრილი 12 რისკ-ფაქტორთა კომბინაციის გავლენა რისკის ხარისხზე

	ასაკი (წელი)	ქოლესტერინი (მმოლ/ლ)	არტერიული წნევა მმ.ვწყ.სვ	თამბაქოს მოწევა	რისკი %
ქალი	60	8	120	არა	2
ქალი	60	7	140	დიახ	5
მამაკაცი	60	6	160	არა	8
მამაკაცი	60	5	180	დიახ	21

ბუნებრივია, რომ პაციენტებში უკვე დიაგნოსტირებული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით, დიაბეტითა და აშკარად გამოხატული სხვა რისკ-ფაქტორებით ტოტალური რისკი მაღალია და მისი რაოდენობივი განსაზღვრა საჭირო აღარ არის. თუმცა ჯანმრთელი პაციენტებისთვის ტოტალური რისკის შესაფასებლად მიზანშეწონილია “SCORE” სისტემის გამოყენება, რაც გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის ევროპის 2003 წლის გაიდლაინში, “გარეგნულად ჯანმრთელი” პაციენტების შეფასებისთვის იქნა მოწოდებული. ეს საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს “რბილად” მზარდი რამოდენიმე რისკ-ფაქტორი, რამაც ჯამში ტოტალური რისკის დონეს არსებითად ზრდის.¹³⁵(III)

რეკომენდაცია:

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ტოტალური რისკის შეფასება რეკომენდებულია, თუ პაციენტი (C)

1. თუ პაციენტი თავად ითხოვს შეფასებას;
2. საშუალო ასაკის მწვეველია;
3. აღენიშნება სიმსუქნე, განსაკუთრებით აბდომინალური;
4. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ოჯახური ანამნეზი
5. სახეზეა არტერიული წნევის, ლიპიდების ან გლუკოზის დონის მომატება.

1.8.2. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასების ინსტრუმენტი

ტოტალური რისკის სწრაფი შეფასების ინსტრუმენტი ადაპტირებული ცხრილის სახით შეიქმნა, რომელიც ორიენტირებული იყო ამერიკის მოსახლეობაზე (ფრემინგემის კვლევა). მის საფუძველზე მოგვიანებით, ევროპის 12 კოჰორტული კვლევის საფუძველზე შემუშავდა “SCORE”(Systematic Coronary Risk Evaluation)

სისტემა. ეს სისტემა დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის კოდების შესაბამისად ათეროსკლეროზული დაავადებების ფატალური მოვლენების 10 წლიან რისკის შეფასების საშუალებას იძლევა.¹³⁶(III)

საშუალო ასაკის ადამიანისთვის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით სიკვდილის 10 წლიანი 5% ფატალური რისკი 2003 წლის გაიდლაინების მიხედვით გულისხმობდა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით სიკვდილის არ განვითარების 95%-იან შანსს, რაც ნაკლებად შთამბეჭდავი იყო პაციენტებისათვის. 2007 წლის ევროპული გაიდლაინის მიხედვით კი, გულსისხლძარღვთა დაავადებებით სიკვდილის 5%-იანი და მეტი რისკი მომატებულ რისკად ითვლება.¹³⁷

“SCORE” სისტემა მოიცავს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ფატალური მოვლენის განსაზღვრას და არა ჯამურად – ფატალურ და არა ფატალურ მოვლენებს. რისკის შეფასების ეს ინსტრუმენტი მარტივია და ამავდროულად ითვალისწინებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მულტიფაქტორულ ბუნებას და მოქნილი მენეჯმენტის საშუალებას იძლევა (მაგალითად, ტოტალური რისკის შემცირება რომელიმე რისკ-ფაქტორის შემცირებით). “SCORE” ასევე ახდენს დროის მანძილზე რისკის ცვლილების და ასაკთან დაკავშირებით რისკის ზრდის ობიექტურ შეფასებას და ქმნის კლინიცისტებისათვის რისკზე მსჯელობის საერთო ფორმატს.

რეკომენდაციები ასიმპტომურ პირებში “SCORE” შეფასების სქემის გამოყენების თაობაზე.

1. სქემაზე უნდა მოიძებნოს პიროვნების სქესის, თამბაქოს მოწევისა და ასაკის შესაბამისი ცხრილი. მითითებულ ცხრილში შეირჩეს ქოლესტერინისა (მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის) და სისხლის წნევის მაჩვენებლებისათვის უახლოესი უჯრედი. აღსანიშნავია, რომ ეს უჯრედი ინაცვლებს პიროვნების ასაკის მატებისას კანონზომიერად ზევით ინაცვლებს;
2. გადამოწმდეს სპეციფიკაციები;
3. საჭიროა დადგინდეს ფატალური გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების აბსოლუტური 10 წლიანი რისკი.

დანართი 1-ში მოცემულია გულსისხლძარღვთა დაავადებების ფატალური რისკის შეფასების ორი “SCORE” სქემა (ცხრილი 1,2) ეს სქემები შედგენილია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მაღალი რისკის მქონე მოსახლეობისთვის: ერთ შემთხვევაში, ასაკის, სქესის, თამბაქოს მოწევის, სისხლის სისტოლური წნევის და მთლიანი ქოლესტერინის საფუძველზე და მეორე შემთხვევაში, იგივე რისკ-ფაქტორებისა და მთლიანი ქოლესტერინისა და მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის პროპორციის საფუძველზე. მესამე სქემა (ცხრილი 3) წარმოადგენს ფარდობითი რისკის შეფასების სქემას, რომელიც მნიშვნელოვანია გარკვეული აბსოლუტური რისკის მქონე ახალგაზრდა ინდივიდებისათვის. სქემა მიუთითებს, რომ დაბალი აბსოლუტური რისკის

პირობებშიც კი შესაძლოა ეს რისკი 10-12-ჯერ მაღალი იყოს იგივე ასაკის დაბალი რისკ-ფაქტორების მქონე ინდივიდთან შედარებით.

რეკომენდაციები:

- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასებამდე განუმარტეთ პაციენტს, რომ შედეგი შესაძლოა საჭიროებდეს ცხოვრების წესის შეცვლასა და მედიკამენტურ მკურნალობას. (D)
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების 10-წლიანი ფატალური რისკის 5%-ზე ნაკლები მაჩვენებლის შემთხვევაში გაუწიეთ პაციენტს რეკომენდაცია ცხოვრების წესის ცვლილების თაობაზე, რაც მას საშუალებას მისცემთ დიდხანს შეინარჩუნოს დაბალი რისკის მდგომარეობა. (C)
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების 10-წლიანი ფატალური რისკის 5%-ის ან მეტი მაჩვენებლის პირობებში დაგეგმეთ მომდევნო ვიზიტი, რასაც ინტენსიური კონსულტირებისა და შესაძლო მკურნალობის რეჟიმის შესათანხმებლად გამოიყენებთ. (C)

1.9. ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტი

1.9.1. პრობლემის განმარტება

შაქრიანი დიაბეტი მეტაბოლური ცვლის დარღვევით მიმდინარე ქრონიკული დაავადებაა, რაც სისხლში გლუკოზის დონის მომატებით მანიფესტირდება. შაქრიანი დიაბეტი (როგორც ტიპი 1, ასევე ტიპი 2), ასოცირებულია გიდ-ის, ცერებროვასკულური დაავადებებისა და პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადებების მკვეთრად გაზრდილ რისკთან. დიაბეტთან დაკავშირებით კარდიოვასკულური რისკის სერიოზული მატება მხოლოდ ნაწილობრივ აიხსნება დიაბეტის ზეგავლენით კარდიოვასკულურ რისკ-ფაქტორებზე. როგორც ვარაუდობენ, რისკის გაზრდა მნიშვნელოვანწილად განპირობებული უნდა იყოს ჰიპერგლიკემიის პირდაპირი უარყოფითი ზემოქმედებით, ან თავად დიაბეტური მდგომარეობისათვის დამახასიათებელი, ჯერჯერობით, ბოლომდე ამოუხსნელი მექანიზმებით.

1.9.2. ეპიდემიოლოგია

დიაბეტის საერთაშორისო ფედერაციის 2007 წლის მონაცემებით დიაბეტით დაავადებიაანობა სხვადასხვა ქვეყანაში 3.9%-დან (ჩინეთი) 10.6%-მდე (გერმანია) მერყეობს.¹³⁸ ინსულინდამოუკიდებელი დიაბეტი, ჩვეულებრივ, საერთო დაავადებიაანობის 90%-ს შეადგენას. 2005 წლის ბოლოსთვის საანგარიშო წლის

ბოლოს საქართველოში, შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზით რეგისტრირებული იყო 55080 პაციენტი. მ.შ. ინსულინდამოუკიდებელია 72,4% (39877 შემთხვევა). უნდა აღინიშნოს, რომ დიაბეტით დაავადებიათობა მთელ მსოფლიოში იზრდება. აქტიური პრევენციული და სამკურნალო ღონისძიებების გარეშე ეს ტენდენცია კიდევ უფრო დაამძიმებს დიაბეტურ გართულებებთან და სიკვდილობასთან დაკავშირებულ სამედიცინო, ფინანსურ და სოციალურ ტვირთს.¹³⁹

1.9.3. დიაბეტზე სკრინინგის მნიშვნელობის დასაბუთება

შაქრიანი დიაბეტით გამოწვეული დაავადებიათობა და სიკვდილობა და, მასთან დაკავშირებული ხარჯები ბევრი ქვეყნისთვის ჯანდაცვის სისტემის უმთავრეს პრობლემადაა მიჩნეული. ცნობილია, რომ დიაბეტით დაავადებული პაციენტების მესამედის დიაგნოსტიკა მხოლოდ სერიოზული გართულებების განვითარების შემდეგ ხდება.¹⁴⁰ ამდენად დიაბეტზე სკრინინგის ეფექტიანობის შესწავლას და ამის საფუძველზე პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავებას არსებითი მნიშვნელობა აქვს.

მეორე ტიპის დიაბეტზე სკრინინგული ტესტების შეფასებას ართულებს შედარებისთვის ოქროს სტანდარტის არარსებობა. დიაბეტის განმარტებებს საფუძვლად უდევს დატვირთვიდან 2 საათის შემდგომ პლაზმის გლუკოზის განსაზღვრა, რაც რეტინოპათიის რისკის შეფასების საშუალებას იძლევა.¹⁴¹ უზმოზე სისხლში გლუკოზის დონის განსაზღვრისთვის მიღებული კრიტერიუმი, პლაზმური გლუკოზის დონესთან შედარებით, დაბალ დიაგნოსტიკურ ზღურბლს ემყარება (126 მგ/დლ ნაცვლად 140 მგ/დლ-ისა), რაც უზმოზე გლუკოზის ტესტის მგრძობელობას პლაზმური გლუკოზის ტესტის მგრძობელობას უახლოვებს.

დატვირთვის შემდგომ პლაზმური გლუკოზის, უზმოზე გლუკოზის ტესტისა და გლიკოზირებული ჰემოგლობინის A_{1c} ტესტების შემსწავლელი კვლევებით გამოვლინდა, რომ სამივე ტესტის მგრძობელობა და სპეციფიკურობა დიაბეტური რეტინოპათიის იდენტიფიცირების თვალსაზრისით საკმაოდ მაღალია და შესაბამისად, 75 და 80% შეადგენს (სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები: უზმოზე პლაზმური გლუკოზა \geq 126 მგ/დლ; დატვირთვის შემდგომ პლაზმური გლუკოზა \geq 200 მგ/დლ; გლიკოზირებული ჰემოგლობინი \geq 6.4%).^{142,143} სხვა კვლევებში შესწავლილი იქნა ამ ტესტებით გულ-სისხლძარღვთა მოვლენების პროგნოზირების შესაძლებლობა. 20 ობსერვაციული კვლევის მეტა-ანალიზით დადგინდა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირი პლაზმაში გლუკოზის ორივე ტესტსა და მომავალში კარდიოვასკულური მოვლენების აღმოცენების ალბათობას შორის.¹⁴⁴(III)

დღესდღეობით სულ უფრო იზრდება გლიკოზირებული ჰემოგლობინის A_{1c} ტესტის როლი დიაბეტის დიაგნოსტიკაში.¹⁴⁵ მეცნიერული მონაცემებით გლიკოზირებული ჰემოგლობინის მაჩვენებელი 6.4%-ის მგრძობელობა 66%, სპეციფიკურობა 98%, ხოლო დადებითი პროგნოზული ღირებულება პოპულაციაში, სადაც დიაბეტის

გავრცელება 6%-ია 63%-ს შეადგენს.¹⁴⁶(III) დიაგნოსტიკური ზღურბლის 7%-მდე გაზრდა დადებით პროგნოზულ ღირებულებას 90%-მდე აუმჯობესებს. გლიკოზირებული ჰემოგლობინის ნორმის მაღალი მაჩვენებლები (5.6%-დან 6.0%-მდე) დიაბეტით ავადობის პროგნოზირებისთვის საკმაოდ ზუსტი საზომია.^{147,148} (III)

პირდაპირი მტკიცებულებები ასიმპტომურ პირებში დიაბეტზე სკრინინგის ეფექტიანობის თაობაზე არ მოიპოვება. თუმცა, იმის გათვალისწინებით, რომ ჰიპერტენზიითა და დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებში არტერიული წნევისა და გლუკოზის ინტენსიური კონტროლი თითქმის 50%-ით ამცირებს მომდევნო ხუთი წლის მანძილზე კარდიოვასკულური მოვლენების აღმოცენების რისკს და დიაბეტის დიაგნოსტიკის საკმაოდ ზუსტი მეთოდები არსებობს, დიაბეტზე სკრინინგი პაციენტებში ჰიპერტენზიით უდავოდ მიზანშეწონილია. სხვა ასიმპტომურ პირებში დიაბეტზე სკრინინგისთვის საკმარისი მეცნიერული საფუძვლები არ არსებობს და ეს გადაწყვეტილება ჩვეულებრივ პროფესიული ჯგუფების მოსაზრებებს ემყარება (U.S. Preventive Services Task Force., Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement, 2008).(V)

უნდა აღინიშნოს, რომ მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტი წლების მანძილზე შეიძლება ასიმპტომურად მიმდინარეობდეს.^{149,150} ჰიპერგლიკემია თანდათან პროგრესირებს და, ამის გამო, გარკვეულ ეტაპზე მკვეთრად იზრდება მაკროვასკულარული გართულებების რისკი. ჩვეულებრივ, დიაბეტის დიაგნოსტიკის მომენტისთვის მიკროვასკულარული გართულებების (მაგ. დიაბეტური რეტინოპათია) პრევალირება დაბალია, მაგრამ ჰიპერგლიკემიის სიმძიმესა და დაავადების ხანდაზმულობასთან ერთად იზრდება. ამ თვალსაზრისით მაკროვასკულური გართულებების ეპიდემიოლოგია განსხვავებულია; კარდიოვასკულური ავადობა და სიკვდილობა დიაბეტის დიაგნოზის დადასტურებამდე მკვეთრად მატულობს, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს სკრინინგის მნიშვნელობას.^{151,152} (III)

ასიმპტომურ პირებში დიაბეტზე სკრინინგის ოპტიმალური ინტერვალი დადგენილი არ არის. თუმცა ამერიკასა და ევროპაში პროფესიული ორგანიზაციები ექსპერტების მოსაზრების საფუძველზე მიზანშეწონილად მიიჩნევენ შაქრიან დიაბეტზე სკრინინგს 3 წელიწადში ერთხელ (U.S. Preventive Services Task Force., Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults, 2008). (V)

1.9.4. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 1999 წლისა და ამერიკის დიაბეტის ასოციაციის 2003 წლის ანგარიშების თანახმად ასიმპტომურ პირებში დიაბეტის დიაგნოზი ემყარება შემდეგ კრიტერიუმებს:

	ჯანმო 1999	ამერიკის დიაბეტის ასოციაცია 2003
დიაბეტი უზმოზე პლაზმის გლუკოზა	≥ 126 მგ/დლ (7 მმოლ/ლ)	≥ 126 მგ/დლ (7 მმოლ/ლ)
ვენური პლაზმის გლუკოზა შაქრით დატვირთვიდან 2 საათში	ან ≥ 200 მგ/დლ (11,1 მმოლ/ლ)	ან 200 მგ/დლ (11,1 მმოლ/ლ)
გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესება უზმოზე პლაზმის გლუკოზა	< 7.0 მმოლ/ლ	საჭირო არ არის
პლაზმის გლუკოზა დატვირთვიდან 2 საათში	და ≥ 7.8 და < 11.1 მმოლ/ლ	≥ 7.8 და < 11.1 მმოლ/ლ
უზმოზე გლუკოზის გაუარესება უზმოზე პლაზმის გლუკოზა	6.1-6.9 მმოლ/ლ	5.6-6.9 მმოლ/ლ
პლაზმის გლუკოზა შაქრით დატვირთვიდან 2 საათში		არ არის აუცილებელი, (თუმცა თუ განისაზღვრა < 11.1 მმოლ/ლ)

1.9.5. სკრინინგის პერიოდულობა და გამოკვლევების სქემა

რეკომენდაციები:

- დიაბეტზე სკრინინგი მიზანშეწონილია 55 წლის შემდეგ ასაკის პაციენტებში სამ წელიწადში ერთხელ (D);
- პაციენტებში კარდიოვასკულური ავადობის და/ან დიაბეტის მაღალი რისკით სკრინინგი 45 წლის შემდეგ რეკომენდებულია ყოველწლიურად (C) (იხ. ცხრილი 13 და 15)

დიაბეტზე სკრინინგის პერიოდულობა და გამოკვლევების გეგმა

ვის აქვს II ტიპის შაქრიანი დიაბეტის მაღალი რისკი?	ინტერვენცია	ინტერვალი	წყარო
<p>მომატებული რისკი</p> <ul style="list-style-type: none"> ასაკი >55 ანამნეზში გესტაციური დიაბეტი 45 წლის ზემოთ პირები, რომელთა პირველი რიგის ნათესავებს აქვთ დიაბეტი 	უზმოზე სისხლში გლუკოზა	3 წელიწადში ერთხელ	III(D) 153;
<p>მაღალი რისკი</p> <ul style="list-style-type: none"> გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესება ან უზმოზე გლუკოზის გაუარესება (impaired fasting glucose) 45 წლის ზემოთ პაციენტები ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთი ან რამოდენიმე რისკ-ფაქტორით: <ul style="list-style-type: none"> -სიმსუქნე (სმი\geq30), მუცლის გარშემოწერილობა ქალებში>88სმ-ზე, მამაკაცებში>102 სმ-ზე; -ჰიპერტენზია (არტ. წნევა>ვწყ. სვ 135 მმ) პაციენტები გულ-სისხლძარღვთა დაავადების დიაგნოზით ჭარბი წონის ქალები საკვრცხის პოლიკისტოზით 	უზმოზე სისხლში გლუკოზა	12 თვეში ერთხელ	III(C) (U.S. Preventive Services Task Force., Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults, 2008).

შაქრიანი დიაბეტზე სკრინინგისთვის რეკომენდებული ტესტების შესრულების წესი

ინტერვენცია	ტექნიკა
უზმოზე სისხლში გლუკოზა	<p>სკრინინგის მიზნით მისაღებია გლუკოზის განსაზღვრა უზმოზე ან შემთხვევით აღებულ სისხლში. ტესტი უნდა შესრულდეს ლაბორატორიულ პირობებში, რაც გლუკომეტრებთან შედარებით უფრო ზუსტი დიაგნოსტიკის საშუალებას იძლევა. თუ გლუკოზის დონე:</p> <ul style="list-style-type: none"> <5.5 მმოლ/ლ-ზე დიაბეტი სავარაუდო არ არის უზმოზე 5.5-6.9 მმოლ/ლ-ია ნაჩვენებია გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტი უზმოზე 7.0 მმოლ-ლ ან მეტი დიაბეტზე მიუთითებს. საჭიროა განმეორებითი ანალიზი, მაგრამ არა იმავე დღეს.
გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტი	<p>გლუკოზის დონის განსაზღვრა ხდება ორალურად 75 მგ წყალში გახსნილი გლუკოზის ხსნარის მიღებიდან 2 საათში.</p> <p>თუ გლუკოზის დონე</p> <ul style="list-style-type: none"> 11.1 მმოლ/ლ-ს აღემატება სავარაუდოა დიაბეტი; 7.8-დან 11.00 მმოლ/ლ-მდე მიუთითებს გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესებას; ნაკლებია 7.8 მმოლ/ლ დიაბეტი არ აღინიშნება

მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტის პრევენციის სქემა

სამიზნე ჯგუფი	ინტერვენცია
<p>პაციენტები</p> <ul style="list-style-type: none"> პრე-დიაბეტით (გესტაციური დიაბეტი, გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესება, უზმოზე გლუკოზის გაუარესება) იდენტიფიცირებადი რისკ ფაქტორებით (სკრინინგისას ტესტი უარყოფითია) 	<ul style="list-style-type: none"> რჩევა უცხიმო დიეტის, წონაში დაკლებისა და ვარჯიშის შესახებ; საჭიროების შემთხვევაში ვარჯიშის პროგრამებში პაციენტის ჩართვა ან მიმართვა დიეტოლოგთან;

2. კიბოს პრევენცია

2.1. სარძევე ჯირკვლის კიბო

2.1.1. პრობლემის განმარტება

სარძევე ჯირკვლის კიბო საკმაოდ გავრცელებული და პოტენციურად ფატალური დაავადებაა, რომელიც სარძევე ჯირკვლის უჯრედების მალიგნიზაციითა და მეტასტაზების განვითარებით ხასიათდება.

სარძევე ჯირკვლის კიბო, ავადობისა და სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებლების, მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯებისა და მძიმე ფსიქოლოგიური და სოციალური შედეგების გამო, დღესდღეობით, ჯანმრთელობის დაცვის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემაა. სარძევე ჯირკვლის კიბოსთან დაკავშირებული ტვირთის შემცირება მხოლოდ დაავადების ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის დროულად დაწყების გზითაა შესაძლებელი.¹⁵⁴

2.1.2. ეპიდემიოლოგია

სარძევე ჯირკვლის კიბო მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში ქალებში სიკვდილობის მეორე ყველაზე ხშირი მიზეზია. ყოველწლიურად მსოფლიოში სარძევე ჯირკვლის კიბოს 1.2 მილიონი ახალი შემთხვევა ფიქსირდება (Guidelines for management of breast cancer,

World Health Organization., by WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean., 2006). სარძევე ჯირკვლის კიბოს რისკი ორმოცი წლის შემდეგ იზრდება. 30-39 წლის ასაკში მომდევნო ათ წელიწადში სარძევე ჯირკვლის ინვაზიური კიბოს განვითარების რისკი 0.4%-ია, 40-49 წლის ქალებში ეს მაჩვენებელი 1.5%-ს, 50-59 წლის ქალებში 2.8%-ს შეადგენს, ხოლო 60-69.5 წლის ასაკში 3.6%-მდე იზრდება. ასაკის გარდა, გასათვალისწინებელია სხვა ინდივიდუალური ფაქტორები, რაც ზეგავლენას ახდენს სარძევე ჯირკვლის კიბოს რისკზე, როგორცაა: სარძევე ჯირკვლის კიბოს პირადი ან ოჯახურ ანამნეზი; ბიოფსიით დადგენილი ატიპური ჰიპერპლაზია და პირველი მშობიარობა 30 წლის შემდეგ ასაკში.¹⁵⁵

2005 წლის მონაცემებით საქართველოში სარძევე ჯირკვლის კიბოთი ავადობა 100.000 მოსახლეზე 49.4-ს შეადგენდა, რაც მატების ტენდენციას მიუთითებს (საქართველოს ჯანმრთელობის ეროვნული მოხსენება, 2007). ზოგადად, ძალიან მაღალია (43%) IV სტადიაზე გამოვლენილი სიმსივნური დაავადებებისა და მ.შ. სარძევე ჯირკვლის კიბოს შემთხვევების რაოდენობა, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის მკურნალობის ხარჯებს და აუარესებს გამოსავლებს.

2.1.3. სარძევე ჯირკვლის კიბოზე სკრინინგის მნიშვნელობა

სარძევე ჯირკვლის კიბოზე სკრინინგის ეფექტიანობაზე ზეგავლენას ახდენს პაციენტის ინდივიდუალური რისკი და დიაგნოსტიკური ტესტის მახასიათებლები.

სარძევე ჯირკვლის კიბოს გამოვლენისთვის შესწავლილია სამი სკრინინგული ტესტის სიზუსტე და დამაჯერებლობა: მამოგრაფია, მკერდის კლინიკური გასინჯვა და მკერდის თვით-გასინჯვა.

(ა) მამოგრაფია

ერთ-ერთი კარგი ხარისხის სისტემური მიმოხილვის მონაცემებით, მამოგრაფიით გამოვლინდა კიბოს შემთხვევების 77-დან 95%-მდე, რომელთა დიაგნოსტიკა სავარაუდოდ შემდეგ წელს მოხდებოდა. თუმცა, მომდევნო ორი წლის მანძილზე იდენტიფიცირებადი შემთხვევებისთვის ეს მაჩვენებელი მხოლოდ 56-86% იყო.^{156,157}

(I) მამოგრაფიის მგრძობელობა შედარებით დაბალია 50 წლამდე ასაკის პირებში, ასევე ქალებში, რომლებიც ჰორმონჩანაცვლებით თერაპიას იტარებენ ან, ვისაც მაღალი აქვს სარძევე ჯირკვლის ქსოვილის სიმკვრივე (Humphrey LL 2002). ცრუ დადებითი შედეგების მაჩვენებელი შედარებით მაღალია 40-59 წლის ასაკის ქალებში (7-8%), მაშინ როდესაც 60-79 წლის ასაკში ცრუ დადებითი შედეგები 4-5%-ს არ აღემატება.¹⁵⁸

ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება იმის ალბათობა, რომ მამოგრაფიაზე პათოლოგიური ცვლილებები კიბოთი იყოს გამოწვეული. ჩრდილოეთ კალიფორნიაში ჩატარებული კვლევით გამოვლინდა, რომ მამოგრაფიაზე

პათოლოგიური ცვლილებების დადებითი პროგნოზული ღირებულება 40-49 წლის ასაკში 2-4%, 50-59 წლის ასაკში 5-9%, ხოლო 60 წლის და ზემოთ ასაკის პირებში 7-19%.¹⁵⁹

(ბ) მკერდის კლინიკური გასინჯვა

სხვადასხვა კვლევების მონაცემებით, სარძევე ჯირკვლის კლინიკური გასინჯვის მგრძობელობა 40-დან 69%-მდე მერყეობს, სპეციფიკურობა 86-99%-ია, ხოლო დადებითი პროგნოზული ღირებულება 4-50%-ს შეადგენს.¹⁶⁰ ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში ჩატარებულ ერთ-ერთ კვლევაში სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზი დაუდასტურდა იმ პაციენტების მხოლოდ 4%-ს, ვისაც კლინიკური გასინჯვისას ცვლილებები აღმოაჩნდათ.¹⁶¹

(გ) სარძევე ჯირკვლის თვით-გასინჯვა

სარძევე ჯირკვლის თვით-გასინჯვის სიზუსტე დადგენილი არ არის.¹⁶² გარკვეული მონაცემებით მამოგრაფიასა და სარძევე ჯირკვლის კლინიკურ გასინჯვასთან შედარებით, თვით-გასინჯვის მგრძობელობა 26-დან 41%-მდე მერყეობს. სპეციფიკურობა უცნობია (Breg Alfred O, 2002).

სარძევე ჯირკვლის თვით-გასინჯვის ეფექტიანობა კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის შემცირების თვალსაზრისით რამოდენიმე კვლევაში იქნა შესწავლილი.^{163(II);164(II);165(III);166(III)} 5-დან 14 წლამდე მეთვალყურეობის განმავლობაში სარძევე ჯირკვლის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება ან კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება არ დადასტურდა. თუმცა შესაძლებელია ეს დაკვირვების შედეგებით ხანმოკლე პერიოდით იყო განპირობებული (Breg Alfred O, 2002).

ამერიკის პრევენციის სამუშაო ჯგუფის შეფასებით, მეცნიერული მონაცემები სარძევე ჯირკვლის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის შემცირების თვალსაზრისით 12-33 თვის ინტერვალებით სკრინინგის ეფექტიანობის შესახებ საკმარისად დამაჯერებელი არ არის (Breg Alfred O, 2002). შედეგებით უკეთესი ხარისხის მტკიცებულებები მოიპოვება 50-69 წლის ასაკში სკრინინგის სარგებლობის შესახებ.^{167(II)} 40-49 წლის ასაკში სკრინინგის მოსალოდნელი სარგებელი, უფროსი ასაკის ქალებთან შედარებით ნაკლებია.^{168(II)} ზოგიერთი კვლევა მიუთითებს, რომ სკრინინგის დაწყება 40 წლის ასაკიდან ამცირებს სარძევე ჯირკვლის კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილობას. მაგრამ, შედეგების გვიანი მანიფესტირება აფერხებს 50 წლის ნაცვლად 40 წლის ასაკში, სკრინინგის დაწყების დამატებითი სარგებლის განსაზღვრას (Nystrom L, 2002).¹⁶⁹ ამასთან, 50 წლის ასაკამდე დაბალია სარძევე ჯირკვლის კიბოთი ავადობის რისკი, რაც ამცირებს სკრინინგის აბსოლუტურ სარგებელს. ამდენად, რეგულარული მამოგრაფიის სარგებელი ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება, ხოლო პოტენციური ზიანი (ცრუ დადებითი შედეგებით გამოწვეული ნერვიულობა (Humphrey LL 2002),

ბიოფსია და ხარჯები) მცირდება. ზუსტი ასაკი, როდესაც სარძევე ჯირკვლის კიბოზე სკრინინგის სარგებელი, მის პოტენციურ ზიანს აჭარბებს რამდენადმე სუბიექტურია და ინდივიდუალური პაციენტის რისკის პროფილის შესწავლის საფუძველზე უნდა განისაზღვროს.

2.1.4. დიაგნოზი

სარძევე ჯირკვლის კიბოს საბოლოო დიაგნოზი ემყარება ანამნეზურ (სიმპტომები, ოჯახური ანამნეზი, რეპროდუქციული ანამნეზი: მენარხეს და პირველი მშობიარობის ასაკი, ჰორმონჩანაცვლებითი თერაპია, თანმხლები დაავადებები), კლინიკურ (ზოგადი მდგომარეობა და ლოკალური ნიშნები: ჯირკვლის კვანძები, სიწითლე, დვრილის ცვლილებები და ა.შ.), მამოგრაფიული და პათანატომიურ მონაცემებს. სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზის დადასტურება სცილდება წინამდებარე გაიდლაინის ამოცანებს და, ამდენად ამ თავში წარმოდგენილი არ არის.

2.1.5. სკრინინგის პერიოდულობა და მეთვალყურეობის სქემა

40 წლამდე ასაკის ქალებში, სარძევე ჯირკვლის კიბოს რისკის გათვალისწინებით, მამოგრაფიით სკრინინგი მიზანშეწონილი არ არის. თუმცა, ყველა ქალს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია სარძევე ჯირკვლის პათოლოგიებისა და თვით-გასინჯვის წესების შესახებ (იხ. ცხრილი 15).

რეკომენდაციები:

- სარძევე ჯირკვლის კიბოზე სკრინინგი მამოგრაფიის საშუალებით რეკომენდებულია 2 წელიწადში ერთხელ 50-69 წლის ასაკის ქალებში.(A)
- 40-49 წლამდე სარძევე ჯირკვლის კიბოს რისკის, თვით-გასინჯვის წესებისა და მამოგრაფიის თაობაზე კონსულტირება უნდა ჩატარდეს ყველა პაციენტს.(D)
- მამოგრაფიის ჩატარების შემთხვევაში, სარძევე ჯირკვლის კლინიკური გასინჯვა საჭირო არ არის. (D)

სარძევე ჯირკვლის კიბოს რისკის შეფასება და მეთვალყურეობის სქემა

სარძევე ჯირკვლის კიბოს რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>ზომიერი ან მცირედ მომატებული</p> <ul style="list-style-type: none"> სარძევე ჯირკვლის კიბოს ოჯახური ანამნეზი არ დასტურდება; ერთ პირველი რიგის ნათესავს დაუსვებს სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზი 50 წლის შემდეგ ასაკში. ერთ მეორე რიგის ნათესავს დაუსვებს სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზი, ასაკის მიუხედავად. ორ პირველი ან მეორე რიგის ნათესავს დაუსვებს სარძევე ჯირკვლის დიაგნოზი 50 წლის შემდეგ ასაკში. 	<p>პაციენტის განათლება და თვით-გასინჯვის წესების განმარტება მამოგრაფია</p>	<p>50-დან 69 წლამდე 2 წელიწადში ერთხელ</p>	<p>IA 170,171, 172, 173,174</p>
<p>მომატებული</p> <ul style="list-style-type: none"> ერთ ან ორ ნათესავს 50 წლის ასაკამდე დაუსვებს სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზი (პოტენციური მაღალი რისკის დამატებითი ნიშნების გარეშე). ორი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავს, ოჯახის ერთი და იგივე შტოდან, დაუსვებს მკერდის ან საკვერცხის კიბოს დიაგნოზი (პოტენციური მაღალი რისკის დამატებითი ნიშნების გარეშე) 	<p>პაციენტის განათლება და თვით-გასინჯვის წესების განმარტება მამოგრაფია</p>	<p>50-დან 69 წლამდე, სულ მცირე, 2 წელიწადში ერთხელ</p>	<p>IIIC 175</p>
<p>მაღალი</p> <ul style="list-style-type: none"> ორი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავს, ოჯახის ერთი და იგივე შტოდან, დაუსვებს მკერდის ან საკვერცხის კიბოს დიაგნოზი, ამასთანავე ოჯახის იმავე მხარეს სახეზეა შემდეგი ნიშნები: <ul style="list-style-type: none"> ✓ სხვა ნათესავები სარძევე ჯირკვლის ან საკვერცხის კიბოს დიაგნოზით; ✓ სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზი 40 წლამდე ასაკში; ✓ საკვერცხის კიბოს დიაგნოზი 50 წლამდე ასაკში; ✓ სარძევე ჯირკვლის ბილატერალური კიბო ✓ ერთდროულად სარძევე ჯირკვლისა და საკვერცხის კიბო ✓ ებრაული წარმომავლობა ✓ სარძევე ჯირკვლის კიბო აღენიშნება მამრობითი სქესის ნათესავს. ერთი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავს სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზი 45 წლის ასაკამდე. ამასთანავე, ოჯახის იმავე მხრიდან, სხვა პირველი ან მეორე რიგის ნათესავს 45 წლის ასაკამდე აღენიშნება სარკომა (მკლის ამ რბილი ქსოვილების) ოჯახის რომელიმე წევრს დაუდგინდა კიბოს გენური მუტაციის მაღალი რისკი. 	<p>მეთვალყურეობის ინდივიდუალური გეგმის შემუშავების მიზნით რეკომენდებულია ონკოლოგის კონსულტაცია.</p>	<p>მეთვალყურეობის ინდივიდუალური პროგრამა</p>	

2.2. საშვილოსნოს ყელის კიბო

2.2.1. პრობლემის განმარტება

საშვილოსნოს ყელის კიბოს ქალის სასქესო ორგანოთა სიმსივნეებს შორის მეორე ადგილი უკავია. დადგენილია საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეტიოლოგიაში ადამიანის პაპილომავირუსის (HPV) როლი, რაც სქესობრივი გზით გადაეცემა. HPV-ით ინფიცირების შემთხვევათა 70%-ში პათოლოგიური პროცესი სპონტანურ უკუგანვითარებას განიცდის. წინააღმდეგ შემთხვევაში დაავადება პერსისტირებს, და პრეკანცერისა და კიბოს განვითარებით მთავრდება. ინფიცირებიდან ინვაზიური კიბოს განვითარებამდე პერიოდი, ჩვეულებრივ, 10-20 წელს შეადგენს. ამდენად, პრეკანცერული ცვლილებების ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის საშუალებით შესაძლებელია კიბოს შორსწასული შემთხვევებისა და სიკვდილობის თავიდან აცილება.¹⁷⁶

2.2.2. ეპიდემიოლოგია

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით 2005 წელს მსოფლიოში საშვილოსნოს ყელის კიბოს 500000 ახალი შემთხვევა დაფიქსირდა, მ.შ. 90% განვითარებად ქვეყნებში. სადღეისოდ, მსოფლიოში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი 1 მილიონზე მეტი ქალია დაავადებული. ამ პაციენტების უმრავლესობას არასოდეს ჩაუტარებია გამოკვლევები და მკურნალობა, რასაც მათი გადარჩენა შეეძლო. 2005 წელს საშვილოსნოს ყელის კიბოთი გარდაიცვალა 260.000 პაციენტი. სიკვდილობის 95% განვითარებად ქვეყნებში აღინიშნა (Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice, World Health Organization 2006).

საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატების ტენდენცია საგანგაშოა საქართველოშიც. 2005 საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მაჩვენებელი 100.000 ქალზე 14,5-ს შეადგენდა, რაც ორჯერ აღემატება 2000 წლის მაჩვენებელს (საქართველოს ჯანმრთელობის ეროვნული მოხსენება, 2007). შედარებისთვის საინტერესოა ამერიკის შეერთებული შტატების მონაცემები, სადაც 1973 წლიდან 1994 წლამდე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მაჩვენებელი 100.000 ქალზე 14.2-დან 7.8-მდე შემცირდა.¹⁷⁷

2.2.3. საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგის მნიშვნელობა

უდავოა საშვილოსნოს ყელის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკის მნიშვნელობა. ლოკალიზებული კიბოს ადრეული გამოვლენისას მომდევნო 5 წლის მანძილზე პაციენტის გადარჩენის ალბათობა 92%-ია, მაშინ როდესაც, შორსწასულ შემთხვევებში ეს მაჩვენებელი 13%-ს არ აღემატება.¹⁷⁸ სკრინინგული პროგრამის

წარმატებას მნიშვნელოვნად განაპირობებს მაღალი მგრძობელობისა და სპეციფიკურობის სკრინინგული ტესტის არსებობა, როგორცაა პაპანიკოლაუს მეთოდით საშვილოს ყელის ნაცხის ციტოლოგიური გამოკვლევა. პაპ-ტესტის მგრძობელობა, შესრულების ხარისხიდან გამომდინარე, ძირითადად 60-დან 80%-მდე მერყეობს,¹⁷⁹ თუმცა შეიძლება 38%-ზე ნაკლებიც კი იყოს. პაპ-ტესტის სპეციფიკურობა, ჩვეულებრივ 90%-ზე მაღალია(Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice, World Health Organization 2006). საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგის პროგრამების წარმატებით განხორციელებისას სამი წლის მანძილზე მოსალოდნელია დაავადებულობის 60-90%-ით შემცირება.^{180,181}(IV) პაპ-ტესტის ეფექტიანობის შემსწავლელი პროსპექტული კვლევა არასოდეს ჩატარებულა. თუმცა, აშშ-სა და ევროპაში ჩატარებული კორელაციური კვლევებით დასტურდება პაპანიკოლაუს მეთოდით სკრინინგის ფონზე საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური კიბოთი ავადობისა და სიკვდილობის 20-დან-60%-მდე შემცირება. ასევე არ არსებობს პროსპექტული კვლევების მონაცემები სკრინინგის ოპტიმალური პერიოდულობის შესახებ. ერთ-ერთ კვლევაში შესწავლილ იქნა 8 სკრინინგის პროგრამის შედეგები, რომლებშიც 35-64 წლის 1.8 ქალი მონაწილეობდა. 5 წლიანი ინტერვალით სკრინინგის ფონზე საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური კიბოთი ავადობა 84%-ით, 3 წლიანი ინტერვალისას 91%-ით, 2 წლიანი ინტერვალისას 93%-ით, ხოლო ყოველწლიური სკრინინგისას 94%-ით შემცირდა.¹⁸²(IV) აშშ-ში ჩატარებული ფართომასშტაბიანი სკრინინგის პროგრამის შედეგები მიუთითებს, რომ ინტერვალის 3 წლამდე გახანგრძლივება (1 ან 2 წელთან შედარებით) არ არის დაკავშირებული მაღალი ხარისხის დაზიანების რისკის მატებასთან.¹⁸³

მეცნიერული მონაცემები 65 წლის ზემოთ ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგის ეფექტიანობის თაობაზე რამდენადმე შეზღუდულია. ცნობილია, რომ ამ ასაკობრივ ჯგუფში განსაკუთრებით მაღალია სკრინინგის არასასურველი შედეგები. კერძოდ, მაღალია ცრუ დადებითი პასუხების ალბათობა, რაც ხშირად არასაჭირო ინვაზიური პროცედურების მიზეზი ხდება.¹⁸⁴(IV) 65 წლის ზემოთ საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დაბალი მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად იკლებს, ამდენად სკრინინგის სარგებელიც ნაკლებია.¹⁸⁵ (V)

საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგის პოტენციური ზიანი სათანადოდ შესწავლილი არ არის (Breg Alfred O, 2003).(V) ზოგიერთი ავტორი მიუთითებს ცრუ დადებითი შედეგებით გამოწვეული ნერვიულობის, პარტნიორთან ურთიერთობის გართულების, დაბალი ხარისხის დაზიანების გაუმართლებელი მკურნალობისა და არააუცილებელი ბიოფსიის თაობაზე. თუმცა, 65 წლამდე, სკრინინგის პოტენციურ სარგებელთან შედარებით ეს ნაკლი იმდენად უმნიშვნელოა, რომ მცირე ყურადღებას იმსახურებს.

2.2.4. დიაგნოზი

საშვილოსნოს ყელის დიაგნოზი ემყარება ანამნეზური, კლინიკური და ციტოლოგიური გამოკვლევების მონაცემებს. ციტოლოგიური შესწავლისათვის უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება მასალის სწორად აღებას, რადგან ცნობილია, რომ არასწორად აღებული მასალა შემთხვევათა დაახლოებით 62%-ში ცრუ ციტოლოგიური დიაგნოზის მიზეზი ხდება. მასალის აღება არ შეიძლება საშოს გამორეცხვის, მედიკამენტების შეყვანისა და სქესობრივი აქტის შემდეგ მინიმუმ 4-5 დღის განმავლობაში. მასალის აღება მაქსიმალურად ინფორმაციულია 28-დღიანი ციკლის დროს მე-8-21 დღეებს შორის ინტერვალში.¹⁸⁶

პაპ-ტესტის შესრულების წესებისა და დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებისთვის იხელმძღვანელეთ გაიდლაინით: “საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიათა ციტოლოგიური დიაგნოსტიკა პაპანიკოლაუს მეთოდით: კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია” (საქართველოს პათოლოგთა ასოციაცია XXI., 2008 www.moh.gov.ge)

2.2.5. სკრინინგის პერიოდულობა და მეთვალყურეობის სქემა

ზოგადსაეიქიმო პრაქტიკაში საშვილოსნოს ყელის კიბოსთან დაკავშირებული რისკისა და სკრინინგის სარგებლობის შესახებ კონსულტირება უნდა ჩატარდეს სქესობრივად აქტიურ ყველა ქალს. პაციენტს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია იმის შესახებ თუ სად შეუძლია პაპ-ტესტის ჩატარება_იქნება ეს პირველადი ჯანდაცვის, თუ სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულება.

რეკომენდაციები:

- საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგი პაპ-ტესტის საშუალებით რეკომენდებულია სქესობრივად აქტიურ ქალებში, რომლებსაც შენარჩუნებული აქვთ საშვილოსნოს ყელი, სქესობრივი ცხოვრების დაწყებიდან 3 წელიწადში. (A)
- 65 წლის ასაკიდან სკრინინგის გაგრძელება, თუ პაციენტს მანამდე პათოლოგიური ცვლილებები არ აღენიშნებოდა და იგი საშვილოსნოს ყელის კიბოს მაღალი რისკის ჯგუფს არ მიეკუთვნება, რეკომენდებული არ არის. (D)
- საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგი რეკომენდებულია 3 წელიწადში ერთხელ.(D)

საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკის პროფილის გათვალისწინებით სკრინინგის პერიოდულობა და მეთვალყურეობის სქემა იხილეთ ცხრილში 17.

საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგის პერიოდულობა და მეთვალყურეობის სქემა

საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>ზომიერი</p> <p>სქესობრივად აქტიური ქალები, რომლებსაც შენარჩუნებული აქვთ საშვილოსნოს ყელი.</p>	პაპ-ტესტი	3 წელიწადში ერთხელ 65 წლის ასაკამდე.	II A
<p>მომატებული</p> <p>ადამიანის პაპილომაჯირუსით ინფიცირება საშვილოსნოს ყელის განვითარებისთვის აუცილებელი, მაგრამ არასაკმარისი წინაპირობაა. სხვა რისკ-ფაქტორებს შორის უნდა აღინიშნოს: იმუნოსუპრესია და ორალური კონტრაცეპტივების ხანგრძლივი მოხმარება (5 წელზე მეტი)</p>	პაპ-ტესტი	2 წელიწადში ერთხელ 65 წლის ასაკამდე.	III C
<p>მომატებული</p> <p><i>პაპ-ტესტის შედეგი:</i> დაბალი ხარისხის ინტრაეპითელური დაზიანება.</p>	<p>განმეორებითი პაპ-ტესტი 12 თვეში</p> <p>ონკოლოგის/გინეკოლოგის კონსულტაცია</p> <p>განმეორებითი პაპ-ტესტი 6 თვეში</p> <p>ონკოლოგის/გინეკოლოგის კონსულტაცია</p>	<p>30 წლამდე ქალები, გასული 2-3 წლის მანძილზე უარყოფითი პაპ-ტესტით.</p> <p>30 წლის ზემოთ ასაკის ქალები, რომლებსაც გასული 3 წლის მანძილზე პაპ-ტესტი არ ჩატარებიათ.</p>	III C
<p><i>პაპ-ტესტის შედეგი:</i> მაღალი ხარისხის სქვამოზური ინტრაეპითელური დაზიანება ან ნებისმიერი სახის ჯირკვლოვანი დაზიანება.</p>	<p>კოლპოსკოპია</p> <p>ონკოლოგის/გინეკოლოგის კონსულტაცია</p>	ასაკის მიუხედავად	IV

2.3. მსხვილი ნაწლავის კიბო

2.3.1. პრობლემის განმარტება

მსხვილი ნაწლავის კიბო (ICD-10 C18-C21) კოლინჯისა და სწორი ნაწლავის სიმსივნურ დაზიანებას გულისხმობს. მსხვილი ნაწლავის კიბო მსოფლიოში მამაკაცებში მეოთხე, ხოლო ქალებში კიბოს მესამე ყველაზე გავრცელებული ფორმაა.¹⁸⁷

2.3.2. ეპიდემიოლოგია

2002 წელს მსოფლიოში კოლინჯისა და სწორი ნაწლავის კიბოს 1 მილიონი ახალი შემთხვევა და 529000 სიკვდილი დაფიქსირდა. ავადობის მაჩვენებელი მამაკაცებში 20,1, ხოლო ქალებში 14,6-ს, სიკვდილობა კი შესაბამისად 10,2-ს და 7,6-ს შეადგენდა. დიაგნოსტიკების შემდეგ, მომდევნო 5 წლის მანძილზე, გადარჩენის ალბათობა ჩრდილოეთ ამერიკაში 65%-ს, დასავლეთ ევროპაში 54%, ხოლო აღმოსავლეთ ევროპაში 34%-ია. მსოფლიოში კოლორექტალური კიბოს გავრცელების მაჩვენებელი ფართო საზღვრებში ვარირებს. ავადობა ყველაზე მაღალია ჩრდილოეთ ამერიკაში, ავსტრალია/ახალ ზელანდიაში, დასავლეთ ევროპასა და, განსაკუთრებით, იაპონიაში (მამაკაცებში)(Parkin D. Max, Bray Freddie, 2005). საქართველოში 2005 წელს სწორი ნაწლავის კიბოთი ავადობამ მამაკაცებში 5,6-ს, ხოლო ქალებში 7,1-ს მიაღწია, რაც 2000 წლის მაჩვენებლებს ორჯერ აღემატება.⁴

2.3.3. კოლინჯისა და სწორი ნაწლავის კიბოზე სკრინინგის მნიშვნელობა

საკმაოდ დამაჯერებელი მეცნიერული მონაცემებით დასტურდება, რომ ფარულ სისხლდენაზე ტესტის, სიგმოიდოსკოპიის ან კოლონოსკოპიის საშუალებით წარმატებით ხერხდება ადრეულ სტადიაზე კოლორექტალური კიბოსა და ადენომატოზური პოლიპების გამოვლენა. ამასთან, სკრინინგის შედეგად მოსალოდნელია 50-75 წლის პირებში კოლორექტალური კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება (Whitlock EP, 2008).^{188,189} (I) უახლესი მეტა-ანალიზის მონაცემებით ორ-წელიწადში ერთხელ ფარულ სისხლდენაზე განავლის ტესტით სკრინინგის საშუალებით 15%-ით მცირდება კოლორექტალური კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა.¹⁹⁰(IV) 75 წლის შემდეგ სკრინინგისა და ადრეული ჩარევის სარგებელი იკლებს. ვინაიდან, სხვა მიზეზით გამოწვეული სიკვდილობის მაღალი ალბათობის გამო ვეღარ ესწრება სკრინინგისა და ადრეული მკურნალობის სარგებლის სრულად რეალიზება.

სკრინინგის ზიანი, უპირატესად, ინვაზიური პროცედურების გამოყენებითაა განპირობებული. ამერიკის შეერთებულ შტატებში 10000 კოლონოსკოპიიდან 3,8 პერფორაციით რთულდება (Whitlock EP, 2008). (V) გაცილებით ხშირია ისეთი

გართულებები, როგორცაა სისხლდენა, დივერტიკულიტი, მუცლის ძლიერი ტკივილი და კარდიოვასკულური მოვლენები (10000 კოლონოსკოპიაზე 25 მძიმე გართულება) (Whitlock EP, 2008). შედარებით ნაკლები სერიოზული გართულებაა მოსალოდნელი დრეკადი სიგმოიდოსკოპიის ფონზე (10000 სიგმოიდოსკოპიაზე 3,4 მძიმე გართულება) (Whitlock EP, 2008). მეცნიერული მონაცემები ფარულ სისხლდენაზე განავლის ტესტის პოტენციურ ზიანზე მცირეა, თუმცა ითვლება, რომ ამ გამოკვლევასთან დაკავშირებული რისკი მინიმალურია.^{191(V)}

მგრძნობელობისა და სპეციფიკურობის მიხედვით კოლორექტალურ კიბოზე სკრინინგისთვის რეკომენდებული გამოკვლევები შემდეგი სახით შეიძლება წარმოვიდგინოთ:¹⁹²

მგრძნობელობა: ჰემოკულტ II<განავლის იმუნოქიმიური ტესტი≈ჰემოკულტ SENSE≈დრეკადი სიგმოიდოსკოპია<კოლონოსკოპია

სპეციფიკურობა: ჰემოკულტ SENSE<განავლის იმუნოქიმიური ტესტები≈ჰემოკულტ II<დრეკადი სიგმოიდოსკოპია≈კოლონოსკოპია

სამედიცინო პერსონალის შესაბამისი მომზადება მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს კოლონოსკოპიისა და დრეკადი სიგმოიდოსკოპიის დიაგნოსტიკურ შესაძლებლობებს.

2.3.4. დიაგნოზი

კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზის დადასტურება წინამდებარე გაიდლაინის ამოცანებს სცილდება.

დიაგნოზის დადასტურების მიზნით პაციენტი იგზავნება სპეციალიზებულ კლინიკაში, თუ:

- განავლის ტესტი ფარულ სისხლდენაზე დადებითია
- პაციენტს აღენიშნება კოლორექტალური კიბოს დამძიმებული ოჯახური ანამნეზი (იხ. ცხრილი 18 გვ.63)

2.3.5. სკრინინგის პერიოდულობა და მეთვალყურეობის სქემა

ზოგად საექიმო პრაქტიკაში კოლორექტალურ კიბოზე სკრინინგის პროგრამა ძირითადად განავალში ფარული სისხლდენის ტესტს ემყარება. თუმცა, პაციენტის რისკის პროფილის გათვალისწინებით აუცილებელია მისი კონსულტირება სკრინინგის სხვა მეთოდების თაობაზე და, საჭიროების შესაბამისად, სპეციალიზებულ კლინიკაში მისი მიმართვა (იხ. ცხრილი 18).

რეკომენდაციები:

- ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში კოლინჯისა და სწორი ნაწლავის კიბოს ადრეული იდენტიფიცირების მიზნით რეკომენდებულია განავლის ტესტი ფარულ სისხლდენაზე. (A)
- ფარულ სისხლდენაზე განავლის ტესტით სკრინინგის პერიოდულობა კოლორექტალური კიბოს ზომიერი ან მცირედ მომატებული რისკის შემთხვევაში განისაზღვროს 2 წლიანი პერიოდულობით.(D)
- სწორი ნაწლავის კიბოზე სკრინინგის მიზნით დიგიტალური რექტალური გასინჯვა რეკომენდებული არ არის. (D)
- კოლორექტალური კიბოს რისკის შეფასებისას მნიშვნელოვანია ოჯახური ანამნეზის გათვალისწინება.(A)
- სკრინინგი რეკომენდებულია 50-დან 75 წლამდე პირებში. სკრინინგის ტესტის შესარჩევად იხელმძღვანელებთ ცხრილი #18 -ით. (A)
- კოლორექტალურ კიბოზე რუტინული სკრინინგი 75 წლის ზემოთ პირებში მიზანშეწონილი არ არის. (A)

ცხრილი 18

კოლორექტალური კიბოს რისკის შეფასება და მეთვალყურეობის სქემა

კოლორექტალური კიბოს რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>ზომიერი ან მცირედ მომატებული</p> <ul style="list-style-type: none"> • ნაწლავის კიბოს, წყლულოვანი კოლიტის ან კოლორექტალური კიბოს ოჯახური ანამნეზი არ აღენიშნება; ან • ერთი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავი 55 წლის ასაკამდე კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზით. 	განავლის ტესტი ფარულ სისხლდენაზე	50 წლის ასაკიდან ყოველ 2 წელიწადში ერთხელ	IA (193,194)
<p>მომატებული</p> <ul style="list-style-type: none"> • ერთი პირველი რიგის ნათესავი, კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზით 55 წლის ასაკამდე; ან • ორი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავი ოჯახის იმავე შტოდან, კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზით ნებისმიერ ასაკში. 	სპეციალისტის კონსულტაცია; კოლონოსკოპია.	ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ 50 წლის ასაკიდან.	III (C) 227

კოლორექტარული კიბოს რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>მაღალი</p> <ul style="list-style-type: none"> სამი ან მეტი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავი ოჯახის იმავე შტოდან, კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზით ნებისმიერ ასაკში. <p>ან</p> <ul style="list-style-type: none"> ორი ან მეტი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავი ოჯახის იმავე შტოდან, კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზით და, ამასთან ერთად რომელიმე ქვემოთ ჩამოთვლილი: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ერთ პიროვნებას აღენიშნებოდა კოლორექტალური კიბოს მრავლობითი ფორმა; ✓ კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზი 50 წლამდე ასაკში; ✓ ოჯახის წევრი გენეტიკურად განპირობებული არაპოლიპოზური კოლინჯის კიბოს ან სხვა მასთან ასოცირებული კიბოს (ენდოთელიუმის, საკვერცხის, კუჭის, წვრილი ნაწლავის, თირკმლის მენჯის ან შარდის ბუშტის, სანაღველე ტრაქტის, ტვინის ან კანის კიბო) დიაგნოზით. <p>ან</p> <ul style="list-style-type: none"> ერთი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავი კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზით, როდესაც ასევე საექვოა ოჯახური ადენომატოზური პოლიპოზი. 	<p>აუცილებელია ონკოლოგის კონსულტაცია, რომელიც დაგეგმავს შემდგომ მეთვალყურეობას.</p>	<p>განისაზღვრება სპეციალისტის გადაწყვეტილების შესაბამისად</p>	<p>III(C) 195</p>

2.4. პროსტატის კიბო

2.4.1. პრობლემის განმარტება

პროსტატის კიბო პროსტატის უჯრედების მუტაციითა და ავთვისებიანი ზრდით მიმდინარე დაავადებაა. მეტასტაზები, როგორც წესი, ძვლებსა და ლიმფურ კვანძებში ვრცელდება. პროსტატის კიბო ხანგრძლივად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს და მხოლოდ დაავადების გვიან სტადიებზე ვლინდება. სიმპტომებიდან აღსანიშნავია შარდვის გაძნელება, ერექციის დარღვევა და ტკივილი.

2.4.2. ეპიდემიოლოგია

პროსტატის კიბო მსოფლიოში მეხუთე, ხოლო მამაკაცებში კიბოს მეორე ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. თუმცა, პროსტატის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა შედარებით დაბალია და მამაკაცებში კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის 5,8%-ს შეადგენს.

პროსტატის კიბოს შემთხვევათა სამი მეოთხედი 65 წლის ზემოთ პირებში აღინიშნება. ასიმპტომური პირების სკრინინგის შედეგად ამერიკის შეერთებულ შტატებში განსაკუთრებით მაღალია პროსტატის კიბოთი ავადობის მაჩვენებელი (124,8 100000 მამაკაცზე). ასევე, მაღალია ავადობა ჩრდილო და დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში, ავსტრალიასა და ახალ ზელანდიაში. დიაგნოსტიკის შემდეგ გადარჩენის ალბათობა აშშ-ში 87%, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში 45%-ია. ეს განსხვავება სავარაუდოდ, სკრინინგის ფონზე კიბოს მეტი ლატენტური ფორმის გამოვლენითაა განპირობებული (Parkin D. Max, Bray Freddie, 2005).

საქართველოში პროსტატის კიბოთი ავადობა 2005 წლის მონაცემებით 9,1-ს შეადგენს, რაც 2000 წლის მაჩვენებელს (5,5) თითქმის ორჯერ აღემატება (საქართველოს ჯანმრთელობის ეროვნული მოხსენება 2007). მატების ამგვარი ტენდენცია, ისევე როგორც სხვა ქვეყნებში, შესაძლოა დიაგნოსტიკის მეთოდების გაუმჯობესებითა და დაავადების ადრეული გამოვლენით იყოს განპირობებული.

2.4.3. პროსტატის კიბოზე სკრინინგის მნიშვნელობა

პროსტატის კიბო კლინიკურად ჰეტეროგენული დაავადებაა. უნდა აღინიშნოს, რომ სკრინინგის შედეგად გამოვლენილი პროსტატის კიბოს შემთხვევათა დიდი ნაწილი პაციენტის მთელი დარჩენილი სიცოცხლის მანძილზე სიმპტომებს არ გამოიწვევდა. ამერიკის შეერთებულ შტატებში პროსტატის კიბოთი ავადობის მონაცემებზე დამყარებული მოდელირების კვლევებით ვლინდება, რომ პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენით (პსა) სკრინინგის ფონზე ჰიპერდიაგნოსტიკა მოსალოდნელია შემთხვევათა 29-44%-ში.¹⁹⁶ ცხადია, ამ პაციენტებში “ფსევდო-დაავადებით” სკრინინგის არა თუ სასარგებლო, არამედ საზიანოც კია.

მეცნიერული მონაცემები პროსტატის კიბოზე სკრინინგის შედეგად ჯანმრთელობის გამოსავლების გაუმჯობესებისა და სიკვდილობის შემცირების შესახებ მცირეა. რაც შეეხება სადიაგნოსტიკო ტესტების მახასიათებლებს, ბიოფსიასთან შედარებით პსა-ის მგრძნობელობისა და სპეციფიკურობის დადგენა რამდენადმე გართულებულია, ვინაიდან თავად ბიოფსიის დიაგნოსტიკური თვისებები აღებული ბიოპტატების რაოდენობაზეა დამოკიდებული.¹⁹⁷ მგრძნობელობისა და სპეციფიკურობის განსაზღვრის ალტერნატიული მეთოდია სკრინინგის შემდეგ პაციენტებზე ხანგრძლივი დაკვირვება. ამ გზით, ერთ-ერთ რეტროსპექტული კვლევაში პსა-ის 4μგრ/ლ-ში ან მეტის მგრძნობელობა სკრინინგიდან 2 წლის მანძილზე

მანიფესტირებული პროსტატის კიბოს აგრესიული ფორმების დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით 91%; ხოლო, იმავე პერიოდში არააგრესიული ფორმების გამოსავლენად 56% იყო. მამაკაცების 9%-ს ვისი სპა სკრინინგის მომენტში 4 მკგ/ლ-ს აღემატებოდა (რაც 91% სპეციფიკურობას ნიშნავს) პროსტატის კიბო მომდევნო 10 წლის მანძილზე არ გამოვლენია.¹⁹⁸ (III)

მეცნიერული მონაცემები პროსტატის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ეფექტიანობის შესახებ მცირე და ნაკლებად დამაჯერებელია (USPSTF 2008). მკურნალობის ეფექტიანობის შემსწავლელი კვლევები სკრინინგის საფუძველზე დიაგნოსტირებული შემთხვევების უმნიშვნელო რაოდენობას მოიცავს და, ამდენად, ადრეული დიაგნოსტიკის მნიშვნელობის დადგენის საშუალებას არ იძლევა. ერთ-ერთ რანდომიზებულ კონტრილირებად კვლევაში 695 მამაკაცს პროსტატის ლოკალური კიბოს დიაგნოზით ჩაუტარდა რადიკალური პროსტატექტომია, რის ფონზეც ამ ჯგუფში, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით (ჩარევის გარეშე, მოცდის ტაქტიკა) საერთო სიკვდილობა რამდენადმე შემცირდა. თუმცა, სკრინინგის შედეგად დიაგნოსტირებული იყო ამ პაციენტების მხოლოდ 5.2%. 40%-ზე მეტი დიაგნოზის მომენტისთვის უკვე რამოდენიმე სიმპტომს აღწერდა, ხოლო 77.8%-ს პალპირებადი (T2 სტადია) კიბო აღენიშნებოდა.¹⁹⁹ (II) მომდევნო მეთვალყურეობის 8,2 წლის მანძილზე პროსტატის კიბოს დიაგნოზით საკონტროლო ჯგუფში გარდაიცვალა მამაკაცების 14%, ხოლო ინტერვენციის ჯგუფში 8,6%. უნდა აღინიშნოს, რომ 372 მამაკაცისაგან შემდგარ ჯგუფში, რომლებიც კიბოს დიაგნოზის მომენტისთვის, სულ მცირე, 65 წლის იყვნენ, მომდევნო 10 წლის მანძილზე პროსტატის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა ორივე ჯგუფში თანაბარი იყო, რაც ამ ასაკში ქირურგიული ჩარევის უსაფუძვლობაზე მიუთითებს. აშშ პრევენციის სამუშაო ჯგუფის შეფასებით, რაც კვლევების სისტემატურ მიმოხილვას ემყარება, 75 წლის ზემოთ პირებში პროსტატის კიბოზე სკრინინგის მოსალოდნელი სარგებელი მინიმალურია და მის პოტენციურ ფსიქოლოგიურ და ფიზიკურ ზიანს არ აღემატება (USPSTF 2008). (V)

2.4.4. სკრინინგის პერიოდულობა და მეთვალყურეობის სქემა

- ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში რუტინული სკრინინგი პროსტატის კიბოზე დიგიტალური რექტალური გასინჯვის ან პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის ან ტრანს-აზდომინალური ულტრაბგერის საშუალებით რეკომენდებული არ არის. (B)
- ნებისმიერ შემთხვევაში, სკრინინგი პაციენტის ინფორმირებულ გადაწყვეტილებას უნდა ემყარებოდეს. (D)

პროსტატის კიბოს რისკის შეფასება და მეთვალყურეობის სქემა

პროსტატის კიბოს რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>ზომიერი</p> <p>პროსტატის კიბოს რისკი ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება. თუმცა, 75 წლის ზემოთ მამაკაცებში და პაციენტებში, რომელთა სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 10 წელზე ნაკლებია, პროსტატის კიბოთი გამოწვეული ლეტალობის ალბათობა დაბალია. მამაკაცებში გაურთულებელი ქვედა საშარდე გზების ინფექციებით პროსტატის კიბოს რისკი მაღალი არ არის. ქვედა საშარდე გზების ინფექციები უპირატესად პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერტროფიითაა განპირობებული. პროსტატის კიბოს ადრეულ სტადიაზე სიმპტომები, ჩვეულებრივ არ აღინიშნება.</p>	<p>პროსტატის კიბოზე სკრინინგის რისკისა და სარგებლის შესახებ პაციენტების ინფორმირება.</p>	<p>ოპორტუნისტულად</p>	<p>V(D) (USPSTF 2008)</p>
<p>მაღალი</p> <p>მამაკაცები ერთი ან მეტი პირველი რიგის ნათესავით, რომელსაც პროსტატის კიბოს დიაგნოზი 60 წლამდე დაუსვეს.</p>	<p>პროსტატის კიბოზე სკრინინგის რისკისა და სარგებლის შესახებ პაციენტების ინფორმირება.</p>	<p>ოპორტუნისტულად</p>	<p>V(D) 200,201</p>

3. ეთიკურ სამართლებრივი რეკომენდაციები

ჯანმრთელი 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. აუცილებელია პაციენტს დეტალურად განემარტოს სკრინინგის მიზნით შეთავაზებული გამოკვლევების სარგებელი და მათთან დაკავშირებული რისკი. ასევე, პირადად ეცნობოს სკრინინგის შედეგები და მასთან ერთად შემუშავდეს მომდევნო მოქმედების გეგმა. პაციენტის ოჯახის წევრებისა ან ნებისმიერი სხვა პირისთვის სკრინინგის პროცედურებისა და მათი შედეგების შესახებ ინფორმაციის გადაცემა პაციენტის თანხმობის გარეშე (თუ პაციენტს შენარჩუნებული აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარი) დაუშვებელია.²⁰²

4. 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.

4.1. ჯანმრთელ პირთა და ახალი პაციენტების სამედიცინო მეთვალყურეობის პრაქტიკის შეფასებისთვის რეკომენდებული აუდიტის კრიტერიუმები

სტრუქტურა:

- საანგარიშო პერიოდში რამდენი ჯანმრთელი პირი მომართავს
- საანგარიშო პერიოდში რამდენი ახალი პაციენტი მომართავს პრაქტიკას
- გამოძახებული პირებიდან რამდენი მათგანი გამოცხადდა ჯანმრთელობის შესამოწმებლად?
- რამდენი პიროვნება შემოწმდა?
- რამდენი ახალი პაციენტი შემოწმდა?
- რამდენი მათგანი გაიგზავნა ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან შემდგომი გამოკვლევისათვის?

პროცესი:

- შეფასდა გიდ-ს, დიაბეტის განვითარების რისკი
- ჩატარდა ლაბორატორიული გამოკვლევები (სისხლში შაქრის, ქოლესტერინის ტესტირება)
- ჩატარდა კონსულტაციები ჯანსაღი ცხოვრების წესის დანერგვასთან დაკავშირებით

გამოსავლები:

- გიდ, დიაბეტის რისკის მქონე რამდენი პიროვნება გამოვლინდა?
- ჭარბწონიანობის რამდენი შემთხვევა გამოვლინდა?

- ჰიპერტენზიის რამდენი შემთხვევა გამოვლინდა?
- დაისვა დიაბეტის ან გლუკოზის ტოლერანტობის გაუარესების დიაგნოზი

5. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის გადასინჯვა და განახლება მოხდება დანერგვიდან 2 წლის ვადაში.

6. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინი შემუშავდა საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ ევროკავშირის მიერ დაფინანსებული „პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ხელშემწყობი პროექტის“ ფარგლებში. პირველ ეტაპზე, ჯანმრთელი მოსახლეობაში სკრინინგისა და პრევენციული ღონისძიებების თაობაზე უახლესი, მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების მოპოვების მიზნით, სამუშაო ჯგუფმა ჩაატარა ლიტერატურული ძიება ინტერნეტის შესაფერისი პროგრამების საშუალებით მედლაინის, კოკრეინისა და სხვა მონაცემთა ბაზებში. მოძიებული 600-მდე აბსტრაქტიდან შეირჩა 200-მდე გამოქვეყნებული ნაშრომი, რომელიც ყველაზე მეტად შეეფერებოდა საკვლევ თემას და მოიცავდა სარწმუნო მეცნიერულ მტკიცებებს (მსგავს თემებზე დიდ ბრიტანეთში, ამერიკაში, კანადასა და ავსტრალიაში შემუშავებული გაიდლაინები, რანდომიზებული და არარანდომიზებული კვლევები ან ამ კვლევების მეტა-ანალიზი, და კლინიკური მიმოხილვა). გამოყენებული ლიტერატურის ზუსტი ნუსხა თან ერთვის გაიდლაინს.

i. 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, 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		

7. ალტერნატიული გაიდლაინის მითითება

ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს.

8. გამოყენებული ლიტერატურა

1. *. World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002. <http://www.who.int/whr/2002>.
2. *. Strong Kathleen, Mathers Colin, Leeder Stephen, Beaglehole Robert., Preventing chronic diseases: how many lives can we save?., *Lancet* 2005; 366: 1578–82.
3. *. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ ოფისს შორის ორწლიანი (2006-2007) თანამშრომლობის შეთანხმება., პრევენტაბელურ არაგადამდებ დაავადებათა ტვირთის შემცირება არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში 2006-2007 წწ., თბილისი 2007.
4. *. Tools for Advancing Tobacco Control in the XXIst century: Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence: Tools for public health., *Edited by Dr Vera da Costa e Silva.*, World Health Organization 2003.
5. *. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, 2005 წელის მონაცემებით, თბილისი, 2007.
6. *. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 1990.
7. *. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2nd ed. Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
8. *. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Rockville MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
9. *. Counseling to prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease: USPSTF recommendations., 2003.
10. *. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Rockville MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
11. *. Sussman S, Lichtman K, Ritt A, Pallonen UE. Effects of thirty-four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products. *Subst Use Misuse*. 1999;34(11):1469–1503.
12. *. Stanton WR, Smith KM. A Critique of Evaluated Adolescent Smoking Cessation Programs. *Adolesc*. 2002;25:427–438.
13. *. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Rockville MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
14. *. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med*. 1997;337(17):1195–1202.
15. *. Jorenby DE, Leischow S, Nides M, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med*. 1999;340(9):685–691.
16. *. Wall MA, Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Zoref L. Pediatric office-based smoking intervention: impact on maternal smoking and relapse. *Pediatrics*. 1995;96(4Pt1):622–628.
17. *. Groner JA, Ahijevych K, Grossman LK, Rich LN. The impact of a brief intervention on maternal smoking behavior. *Pediatrics*. 2000;105(1Pt3):267–271.

18. *. Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Wall M, Akers L. Reducing maternal smoking and relapse: long-term evaluation of a pediatric intervention. *Prev Med*. 1997;26(1):120–130.
19. *. The Tobacco Use and Dependence Guideline Panel SaCR. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. AUS Public Health Service Report. *JAMA* 2000;238(24):3244–54.
20. *. Zwar N, Richmond R, Borland R, Stillman S, Cunningham M, Litt J. Smoking cessation guidelines for Australian general practice. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing, 2004.
21. *. Wynn A, Coleman T, Barrett S, Wilson A. Factors associated with the provision of anti-smoking advice in general practice consultations. *Br J Gen Pract* 2002;52:997–9.
22. *. The Tobacco Use and Dependence Guideline Panel SaCR. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. AUS Public Health Service Report. *JAMA* 2000;238(24):3244–54.
23. *. Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract* 1997;14:160–76.
24. *. Fiore M, Bailey W, Cohen S, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guidelines. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 2000.
25. *. Miller M, Wood L. Smoking cessation interventions: review of evidence and implications for best practice in Australian health care settings. Canberra: Commonwealth of Australia, 2001.
26. *. He J. Passive smoking and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med*, 1999;340:920–6.
27. *. World Health Organisation. Report on passive smoking and children. Geneva: WHO, 2000.
28. *. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest*. 2002;121(3):932–941.
29. *. World Health Organization (2000) (PDF). [Technical report series 894: Obesity: Preventing and managing the global epidemic.](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_(part1).pdf) Geneva: World Health Organization. ISBN 92-4-120894-5. [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO TRS 894 \(part1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_(part1).pdf).
30. *. Farooqi S, O’Rahilly S: Genetics of obesity in humans. *Endocr Rev* 2006;27:710–18.
31. *. Kyrou I, Chrousos GP, Tsigos C: Stress, visceral obesity, and metabolic complications. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1083:77–110.
32. *. Bray George A. and Bellanger Tracy., Epidemiology, Trends, and Morbidities of Obesity and the Metabolic Syndrome., *Endocrine*, vol. 29, no. 1, 109–117, February 2006.
33. *. James WP: The epidemiology of obesity: the size of the problem. *J Intern Med* 2008;263:336–52.
34. *. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T (eds): The challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response: Summary. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007.
35. *. Tsigos Constantine et al. :for the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity., Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. *The European Journal of Obesity*, 2008.
36. *. McTigue Kathleen M., Harris Russell, Hemphill Brian; Lux Linda, Sutton Sonya, Bunton Audrina J., Lohr Kathleen N., Screening and Interventions for Obesity in Adults: Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2003;139(11):933–949.

37. *. Shaper AG, Wannamethee SG, Walker M. Body weight: implications for the prevention of coronary heart disease, stroke, and diabetes mellitus in a cohort study of middle aged men. *BMJ*. 1997;314:1311–1317.
38. *. Kim KS, Owen WL, Williams D, Adams-Campbell LL. A comparison between BMI and Conicity index on predicting coronary heart disease: the Framingham Heart Study. *Ann Epidemiol*. 2000;10:424–431.
39. *. Folsom AR, Kushi LH, Anderson KE, et al. Associations of general and abdominal obesity with multiple health outcomes in older women: the Iowa Women’s Health Study. *Arch Intern Med*. 2000;160:2117–2128.
40. *. Nilsen TI, Vatten LJ. Prospective study of colorectal cancer risk and physical activity, diabetes, blood glucose and BMI: exploring the hyperinsulinaemia hypothesis. *Br J Cancer*. 2001;84:417–422.
41. *. Roe DA, Eickwort KR. Relationships between obesity and associated health factors with unemployment among low income women. *J Am Med Womens Assoc*. 1976;31(5):193–194,198–199, 203–204.
42. *. Galuska DA, Will JC, Serdula MK, Ford ES. Are health care professionals advising obese patients to lose weight? *JAMA*. 1999;282(16):1576–1578.
43. *. Alfred O. Berg, U.S. Preventive Services Task Force., Screening for Obesity in Adults., AHRQ Pub. No. 04-0528A, 2003.
44. *. McTigue K, Harris R, Hemphill MB, et al. *Screening and Interventions for Overweight and Obesity in Adults*. Systematic Evidence Review No. 21 (Prepared by the Research Triangle Institute-University of North Carolina) Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. December 2003. (Available on the AHRQ Web site at: www.ahrq.gov/clinic/serfiles.htm).
45. *. NHLBI Obesity Education Initiative. *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the Evidence Report*. NIH Publication No. 98-4083. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute; 1998.
46. *. Douketis JD, Feightner JW, Attia J, Feldman WF. Periodic health examination, 1999 update: 1. Detection, prevention and treatment of obesity. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*. 1999;160(4):513–525. Available at: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/160/4/513.pdf>.
47. *. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346(6):393–403.
48. *. Deurenberg P, van der Kooy K, Hulshof T, Evers P. Body mass index as a measure of body fatness in the elderly. *Eur J Clin Nutr*. 1989;43(4):231–236.
49. *. Gray DS, Fujioka K. Use of relative weight and body mass index for the determination of adiposity. *J Clin Epidemiol*. 1991;44(6):545–550.
50. *. Deurenberg P, Weststrate JA, Seidell JC. Body mass index as a measure of body fatness: age and sex-specific prediction formulas. *Br J Nutr*. 1991;65(2):105–114.
51. *. Janssen Ian, Katzmarzyk Peter T and Ross Robert., Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk., *The American journal of clinical nutrition*, 2004 vol:79 iss:3 pg:379
52. *. National Health and Medical Research Council. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults. Canberra: NHMRC, 2003.
53. *. Little P, Barnett J, Margetts B, et al. The validity of dietary assessment in general practice. *J Epidemiol Commun Health*. 1999;53(3):165-172.

54. *. HU FB, Manson JE, Willett WC. Types of dietary fat and risk of coronary heart disease: a critical review. *J Am Coll Nutr* 2001;20:5-19.
55. *. Hu F, Salmeron J, Manson J, Stampfer M, Colditz G, Rimm E, Willett W: Dietary fat and risk of type 2 diabetes in women [Abstract]. *Am J Epidemiol* 149:S1, 1999.
56. *. de Lorgeril M, Renaud S, Mamelle N, Salen P, Martin JL, Munjaud I, Guidollet J, Toulioul P, Delaye J. Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease, *Lancet*. 1994;343: 1454-9.
57. *. Singh RB, Rastogi SS, Verman R, Laxmi B, Singh R, Ghosh S, Niaz MA: Randomised controlled trial of cardioprotective diet in patients with recent acute myocardial infarction: results of one year follow up. *BMJ* 304:1015–1019, 1992.
58. *. Kromhout D, Menotti A, Bloemberg B, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R, Dontas AS, Fidanza F, Giampaoli S, Jansen A, et al.: Dietary saturated and trans fatty acids and cholesterol and 25-year mortality from coronary heart disease: the Seven Countries Study. *Prev Med* 24:308–315, 1995.
59. *. Hermansen Kjeld., Diet, blood pressure and hypertension., *British Journal of Nutrition* (2000), 83, Suppl. 1, S113–S119.
60. *. Lissner L, Heitmann BL. Dietary fat and obesity: evidence from epidemiology. *Eur J Clin Nutr* 1995; 49: 79-90
61. *. Martinez J. Alfredo., Body-weight regulation: causes of obesity., *Proceedings of the Nutrition Society* (2000), 59, 337–345
62. *. Breg Alfred O., Behavioral Counseling in Primary Care to promote a Healthy Diet., U.S. Preventive Services Task Force., *American Journal of preventive Medicine.*, 2003; 24(1):93-100.
63. *. Steptoe A, Perkins-Porras L, McKay C, Rink E, Hilton S, Cappuccio FB. Behavioural counselling to increase consumption of fruit and vegetables in low income adults: randomised trial. *BMJ* 2003;326:855–7.
64. *. Ammerman A, Lindquist C, Lohr K, Hersey. The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence. *J Prev Med* 2002;35:25–41.
65. *. US Preventive Services Task Force. Behavioral counselling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale. *Am Fam Physician* 2003;67:12.
66. *. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010*, conference edition. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2000. Available at: http://www.health.gov/healthypeople/Document/HT_ML/Volume2/22Physical.htm. Accessed May 30, 2002.
67. *. Bauman A, Bellew B, Vita P, Brown W, Owen N. Getting Australia active: towards better practice for the promotion of physical activity. Melbourne: National Public Health Partnership, 2002.
68. *. U.S. Department of Health and Human Services. *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996. Available at: <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/sgrfull.pdf>. Accessed May 30, 2002.
69. *. Eden KB, Orleans TC, Mulrow CD, Pender NJ, Teutsch SM. Counseling by clinicians: does it improve physical activity: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002;137(3):208-215.

70. *. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med.* 2002;22(4S):67-72. Available at: <http://www.thecommunityguide.org/>.
71. *. The Writing Group for the Activity Counseling Trial Research Group. Effects of physical activity counseling in primary care: The activity counseling trial: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2001;286:677-687.
72. *. The Royal Australian College of General Practitioners. SNAP guide: a population health guide to behavioural risk factors in general practice. Melbourne: RACGP, 2004.
73. *. National Vascular Disease Prevention Alliance. Consensus statement on the prevention of vascular disease. *Aust Fam Physician* 2004;33(4):235-9.
74. *. Tenth special report to the U.S. Congress on alcohol and health from the Secretary of Health and Human Services. U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC: National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). NIH Publication No.00-1583; June 2000.
75. *. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2000;160(13):1977-1989.
76. *. Friedmann PD, Saitz R, Gogineni A, Zhang JX, Stein MD. Validation of the screening strategy in the NIAAA "Physicians' Guide to Helping Patients with Alcohol Problems." *J Stud Alcohol.* 2001;62(2):234-238.
77. *. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. 2nd ed. World Health Organization; 2001.
78. *. Calonge Ned., Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse., *Ann Internal Med.* 2004;140:555-557.
79. *. Reid MC, Fiellin DA, O'Connor PG. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Arch Intern Med.* 1999;159(15):1681-1689.
80. *. WHO. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.
81. *. National Health and Medical Research Council. Australian alcohol guidelines: health risks and benefits. Canberra: Commonwealth of Australia, 2001.
82. *. არტერიული ჰიპერტენზია, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი), საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოება, საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯი და ჯანმრთელობის სერვისების კვლევების ცენტრი. 2006 თბილისი. *გადმოტვირთულია ვებ-გვერდიდან www.moh.gov.ge, 2009 წლის იანვარში.*
83. *. World Health Organization, The European health report 2005 : public health action for healthier children and populations, p-111.
84. *. Ong, Kwok Leung; Cheung, Bernard M.Y.; Man, Yu Bun; Lau, Chu Pak; Lam, Karen S.L., Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension Among United States Adults 1999-2004., *Hypertension.*, Volume 49(1), January 2007, pp 69-75.
85. *. Padwal R, Straus SE, McAlister FA. Evidence based management of hypertension. Cardiovascular risk factors and their effects on the decision to treat hypertension: evidence based review. *BMJ.* 2001;322 (7292):977-980.
86. *. Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. *JAMA.* 1996;275(20):1571-1576.

87. *. Klein R, Klein BE, Moss SE. The relation of systemic hypertension to changes in the retinal vasculature: the Beaver Dam Eye Study. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 1997;95:329–348; discussion 348–350.
88. *.Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Chute EP, Littooy FN, Bandyk D, et al. Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. Aneurysm Detection and Management (ADAM) Veterans Affairs Cooperative Study Group. *Ann Intern Med.* 1997;126(6):441–449.
89. *. Leiter LA, Abbott D, Campbell NR, Mendelson R, Ogilvie RI, Chockalingam A. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. Recommendations on obesity and weight loss. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. *CMAJ.* 1999;160(9 Suppl):S7–S12.
90. *. Gueyffier F, Froment A, Gouton M. New meta-analysis of treatment trials of hypertension: improving the estimate of therapeutic benefit. *J Hum Hypertens.* 1996;10(1):1–8.
91. *. Hooper L, Bartlett C, Davey Smith G, Ebrahim S. Systematic review of long term effects of advice to reduce dietary salt in adults. *BMJ.* 2002; 325(7365):628.
92. *. Cleroux J, Feldman RD, Petrella RJ. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. Recommendations on physical exercise training. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. *CMAJ.* 1999;160(9 Suppl):S21–S8.
93. *.U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*, 2nd ed. Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion; 1996. “Screening for hypertension,” pp. 39–51.
94. *. Sheridan S., Pignone M., Donahue K., Screening for High Blood Pressure: A review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force., AHRQ pub. No. 03-0522B June 2003.
95. *. Reeves RA. Does this patient have hypertension? How to measure blood pressure. *JAMA.* 1995; 273(15):1211–1218.
96. *. McAlister FA, Straus SE. Evidence based treatment of hypertension. Measurement of blood pressure: an evidence based review. *BMJ.* 2001;322(7291): 908–911.
97. *. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, U.S. Department of health and human services, National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. 2003.
98. *. Perry HM Jr, Miller JP. Difficulties in diagnosing hypertension: implications and alternatives. *Journal of Hypertens.* 1992;10(8):887–896.
99. *. Ohkubo T, Imai Y, Tsuji I, et al. Prediction of mortality by ambulatory blood pressure monitoring versus screening blood pressure measurements: a pilot study in Ohasama. *Journal of Hypertension.* 1997;15(4): 357–364.
100. *. Ferrucci L, Furberg CD, Penninx BW, et al. Treatment of isolated systolic hypertension is most effective in older patients with high-risk profile. *Circulation.* 2001;104(16):1923–1926.
101. *. Ogden LG, He J, Lydick E, Whelton PK. Long-term absolute benefit of lowering blood pressure in hypertensive patients according to the JNC VI risk stratification. *Hypertension.* 2000;35(2):539–543.
102. *. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet.* 2000;355(9207):865–872.

103. *. Polk BF, Harlan LC, Cooper SP, et al. Disability days associated with detection and treatment in a hypertension control program. *Am J Epidemiol*. 1984;119(1):44–53.
104. *. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, Gibson ES, Johnson AL. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *N Engl J Med*. 1978;299(14):741–744.
105. *. Harlan LC, Polk BF, Cooper S, et al. Effects of labeling and treatment of hypertension on perceived health. *Am J Prev Med*. 1986;2(5):256–261.
106. *. United States Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure: recommendations and rationale. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2003.
107. *. U.S. Preventive Services Task Force., Screening for igh Blood Presuure: U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement., *Annals of Internal Medicine*, Volume 147, Number 11, December 2007.
108. *. National Heart Foundation. Hypertension management guide for doctors. Available at:
109. www.heartfoundation.com.au/downloads/hypertension_management_guide_2004.pdf.
110. *. United States Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure: recommendations and rationale. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2003.
111. Go A, Chertow G, Fan D, McCulloch C, Hsu C-y. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalisation. *N Engl J Med* 2004;351:1296–305.
112. *. Culleton B, Larson M, Wilson P, Evans J, Parfrey P, Levy D. Cardiovascular disease and mortality in a community based cohort with mild renal insufficiency. *Kidney Int* 1999;56(6):2214–9.
113. *. The Expert Panel. Second Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. NIH Publication No. 93-3095. US Government Printing Office, Washington, DC, 1993.
114. *. Pignone MP, Phillips CJ, Lannon CM et al. Screening for Lipid Disorders. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2001. AHRQ Publication No. 01-S004.
115. *. Tran ZV, Weltman A. Differential effects of exercise on serum lipid and lipoprotein levels seen with changes in body weight: A meta-analysis *JAMA* 1985;254:919-924.
116. *. Pignone M, Phillips C, Mulrow C. Use of lipid lowering drugs for primary prevention of coronary heart disease: meta-analysis of randomized trials. *BMJ* 2000;321:983-986.
117. *. Ford I, Murray H, Packard CJ et al. Long-term follow-up of the West of Scotland Coronary Prevention Study Group. *New Engl J Med* 2007;357(15):1477-1486.
118. *. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002;360:7-22.
119. *. Sever PA, Dahlof B, Poulter NR et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial—Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA,): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361:1149-1158.
120. *. Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): Multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;364:685-696.

121. *. Sheperd J, Blauw GJ, Murphy MB, et al, Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;360:1623-1630.
122. *. ALLHAT Investigators. Major outcomes in moderately hypercholesterolemic, hypertensive patients randomised to pravastatin versus usual care. *JAMA* 2002;288:2998-3007.
123. *. Grady D, Chaput L, Kristof M. Systematic Review of Lipid Lowering Treatment to Reduce Risk of Coronary Heart Disease in Women. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality; 2003.
124. *. Tran ZV, Weltman A. Differential effects of exercise on serum lipid and lipoprotein levels seen with changes in body weight: A meta-analysis *JAMA* 1985;254:919-924.
125. *.U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), Screening for Lipid Disorders in Adults, Recommendation Statement, Date: June 2008.
126. *. Management of Dyslipidemia Working Group. VA/DoD clinical practice guideline for the management of dyslipidemia. Washington (DC): Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2006. 140 p.
127. *. National Heart Foundation of Australia, The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Lipid management guidelines. *Med J Aust* 2001;175(Suppl):S57-88.
128. *. National Heart Foundation of Australia, The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Lipid management guidelines. *Med J Aust* 2001;175(Suppl):S57-88.
129. *. National Heart Foundation of Australia, The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Lipid management guidelines. *Med J Aust* 2001;175(Suppl):S57-88.
130. *. Go A, Chertow G, Fan D, McCulloch C, Hsu C-y. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalisation. *N Engl J Med* 2004;351:1296-305.
131. *. National Heart Foundation of Australia, The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Lipid management guidelines. *Med J Aust* 2001;175(Suppl):S57-88.
132. *. National Heart Foundation of Australia. Guide to risk reduction for patients with/or 'at risk' of cardiovascular disease. *Melbourne: NHFA, 2002.*
133. *. National Health and Medical Research Council. Food for health: dietary guidelines for Australian Adults. Available at: www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/n33.pdf.
134. *. National Heart Foundation of Australia. A review of the relationship between dietary fat and cardiovascular disease. *Aust J Nutr Diet* 1999; 56(4 Suppl):S5-22.
135. *. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R., European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force Of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice.
136. *. European Society of Cardiology; SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) Risk Charts
137. *. Ian Graham et al., European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary., *Atherosclerosis* 194 (2007) 1-45., 2007.08.024
138. *. Country-Specific Prevalence [International Diabetes Federation (IDF), 2007., Prevalence - © Boehringer Ingelheim, Oct. 2008 – International R&D Press Conference.
139. *. Wild S, Roglic G, Green G, Sicree R, King H, Global Prevalence of Diabetes Estimates for the Year 2000 and Projections for 2030., *Diabetes Care* 27(5):1047-1053, 2004 *American Diabetes Association, Inc.*

140. *. Cowie CC, Rust KF, Byrd-Holt DD, Eberhardt MS, Flegal KM, Engelgau MM, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults in the U.S. population: National Health and Nutrition Examination Survey 1999- 2002. *Diabetes Care*. 2006;29:1263-8.
141. *. U.S. Preventive Services Task Force., Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement., *Annals of Internal Medicine*, 2008 Volume 148, Number 11.
142. *. Engelgau MM, Thompson TJ, Herman WH, Boyle JP, Aubert RE, Kenny SJ, et al. Comparison of fasting and 2-hour glucose and HbA1c levels for diagnosing diabetes. Diagnostic criteria and performance revisited. *Diabetes Care*. 1997;20:785-91.
143. *. McCance DR, Hanson RL, Charles MA, Jacobsson LT, Pettitt DJ, Bennett PH, et al. Comparison of tests for glycated haemoglobin and fasting and two hour plasma glucose concentrations as diagnostic methods for diabetes. *BMJ*. 1994;308:1323-8.
144. *. Coutinho M, Gerstein HC, Wang Y, Yusuf S. The relationship between glucose and incident cardiovascular events. A metaregression analysis of published data from 20 studies of 95, 783 individuals followed for 12.4 years. *Diabetes Care*. 1999;22:233-40.
145. *. Little RR, Rohlfing CL, Wiedmeyer HM, Myers GL, Sacks DB, Goldstein DE. NGSP Steering Committee. The national glycohemoglobin standardization program: a five-year progress report. *Clin Chem*. 2001;47:1985-92.
146. *. Peters AL, Davidson MB, Schriger DL, Hasselblad V. A clinical approach for the diagnosis of diabetes mellitus: an analysis using glycosylated hemoglobin levels. Meta-analysis Research Group on the Diagnosis of Diabetes Using Glycated Hemoglobin Levels. *JAMA*. 1996;276:1246-52.
147. *. Edelman D, Olsen MK, Dudley TK, Harris AC, Oddone EZ. Utility of hemoglobin A1c in predicting diabetes risk. *J Gen Intern Med*. 2004;19:1175- 80.
148. *. Norberg M, Eriksson JW, Lindahl B, Andersson C, Rolandsson O, Stenlund H, et al. A combination of HbA1c, fasting glucose and BMI is effective in screening for individuals at risk of future type 2 diabetes: OGTT is not needed. *J Intern Med*. 2006;260:263-71.
149. *. Gregg EW, Cadwell BL, Cheng YJ, Cowie CC, Williams DE, Geiss L, et al. Trends in the prevalence and ratio of diagnosed to undiagnosed diabetes according to obesity levels in the U.S. *Diabetes Care*. 2004;27:2806-12.
150. *. Harris MI, Klein R, Welborn TA, Knudman MW. Onset of NIDDM occurs at least 4-7 yr before clinical diagnosis. *Diabetes Care*. 1992;15:815-9.
151. *. Chowdhury TA, Lasker SS. Complications and cardiovascular risk factors in South Asians and Europeans with early-onset type 2 diabetes. *QJM*. 2002;95: 241-6.
152. *. Pan WH, Cedres LB, Liu K, Dyer A, Schoenberger JA, Shekelle RB, et al. Relationship of clinical diabetes and asymptomatic hyperglycemia to risk of coronary heart disease mortality in men and women. *Am J Epidemiol*. 1986;123: 504-16.
153. *. National Health and Medical Research Council. National evidence based guidelines for the management of type 2 diabetes mellitus: primary prevention, case detection and diagnosis. *Canberra: NHMRC*, 2001.
154. *. Guidelines for management of breast cancer, World Health Organization., by WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean., 2006.
155. *. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program 1995-1997. Available at: <http://www.nci.nih.gov>. Accessed February 18, 2002.

156. *. Humphrey LL, Chan BKS, Detlefsen S, Helfand M. *Screening for Breast Cancer*. Systematic Evidence Review No. 15 (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0018). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September 2002. (Available on the AHRQ Web site at: www.ahrq.gov/clinic/serfiles.htm).
157. *. Mushlin AI, Kouides RW, Shapiro DE. Estimating the accuracy of screening mammography: a metaanalysis. *Am J Prev Med*. 1998;14(2):143-153.
158. *. Elmore JG, Barton MB, Mocerri VM, et al. Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. *N Engl J Med*. 1998;338(16):1089-1096.
159. *. Kerlikowske K, Carney PA, Geller B, et al. Performance of screening mammography among women with and without a first-degree relative with breast cancer. *Ann Intern Med*. 2000;133(11):855- 863.
160. *. Barton MB, Harris R, Fletcher SW. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? *JAMA*.1999;282(13):1270-1280.
161. *. Bobo JK, Lee NC, Thames SF. Findings from 752,081 clinical breast examinations reported to a national screening program from 1995 through 1998. *J Natl Cancer Inst*. 2000;92(12):971-976.
162. *. Breg Alfred O., Screening for Breast Cancer., Recommendations and Rationale., U.S. Preventive services Task Force, *Ann intern Med* 2002; 137 (5 part 1):344-346.
163. *. Thomas DB, Gao DL, Self SG, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: methodology and preliminary results. *J Natl Cancer Inst*. 1997;89(5):355-365.
164. *. Semiglazov VF, Moiseenko VM, Manikhas AG, et al. Interim results of a prospective randomized study of self examination for early detection of breast cancer. Russia/St.Petersburg/World Health Organization. *Vopr Onkol*. 1999;45(3):265-271.
165. *. UK Breast Cancer Detection Working Group. 16- year mortality from breast cancer in the UK trial of early detection of breast cancer. *Lancet*. 1999;353(9168):1909-1914.
166. *. Harvey BJ, Miller AB, Baines CJ, Corey PN. Effect of breast self-examination techniques on the risk of death from breast cancer. *CMAJ*. 1997;157(9):1205- 1212.
167. *. Nystrom L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjöld B, Rutqvist LE. Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomized trials. *Lancet*. 2002;359(9310):909-919.
168. *. Bjurstam N, Bjorneld L, Duffy SW, et al. The Gothenburg breast screening trial: first results on mortality, incidence, and mode of detection for women ages 39-49 years at randomization. *Cancer*. 1997;80(11):2091-2099.
169. *. Tabar L, Vitak B, Chen HH, et al. The Swedish Two- County Trial twenty years later: updated mortality results and new insights from long-term follow-up. *Radiol Clin North Am*. 2000;38(4):625-651.
170. *. Early Detection of Breast Cancer Group. 16 year mortality from breast cancer in the UK trial of early detection of breast cancer. *Lancet* 1999; 353(9168):1909-14.
171. *. Irwig L, Macaskill P. Evidence relevant to guidelines for the investigation of breast symptoms. Kings Cross: NHMRC National Breast Cancer Centre, 1997.
172. *. Humphrey L, Helfand M, Chan B, Woolf S. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137(5 Part 1):347-60.
173. *. IARC. Breast cancer screening/IARC Working Group on the evaluation of cancer: preventive strategies. Lyon, France: IARC, 2002.

174. *. National Breast Cancer Centre. Position statement: early detection of breast cancer. Available at: www.nbcc.org.au/bestpractice/screening/index.html.
175. *. National Breast Cancer Centre. Advice about familial aspects of breast cancer and ovarian cancer: a guide for health professionals. Available at: www.nbcc.org.au/bestpractice/screening.
176. *. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice, World Health Organization 2006.
177. *. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.
178. *. Ries LA, Kosary CL, Hankey BF, et al., eds.: SEER Cancer Statistics Review 1973-1995. Bethesda, Md: National Cancer Institute, 1998.
179. *. McCrory DC, Mather DB, Bastian L. *Evaluation of Cervical Cytology: Evidence Report/Technology Assessment No. 5. (Prepared by Duke University under Contract No. 290-97-0014.)* AHCPR Publication No. 99-E010. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research. February 1999. Available at: <http://www.ahrq.gov/clinic/epcix.htm>. Accessed November 25, 2002.
180. *. International Agency for Research on Cancer (IARC) Working Group on the Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *Br Med J*. 1986;293(6548): 659–664.
181. *. Sasieni PD, Cuzick J, Lynch-Farmery E. Estimating the efficacy of screening by auditing smear histories of women with and without cervical cancer. The National Co-ordinating Network for Cervical Screening Working Group. *Br J Cancer*. 1996; 73(8):1001–1005.
182. *. Berg Alfred O., Screening for Cervical Cancer., recommendations and Rationale., U.S. Preventive services Task Force., AHRQ., 2003.
183. *. Sawaya GF, Kerlikowske K, Lee NC, Gildengorin G, Washington AE. Frequency of cervical smear abnormalities within 3 years of normal cytology. *Obstet Gynecol*. 2000;96(2):219–23.
184. *. Pearce K, Haefner H, Sarwar S, Nolan T. Cytopathological findings on vaginal Papanicolaou smears after hysterectomy for benign gynecological disease. *N Engl J Med*. 1996(21);335:1559–1562.
185. *. Hartman KE, Hall SA, Nanda K, Boggess JF, Zolnoun D. *Screening for Cervical Cancer*. Systematic Evidence Review. No. 25. (Prepared by the Research Triangle Institute-University of North Carolina Evidence-based Practice Center under contract No. 290-97-0011). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2002. Available on the AHRQ Website at: <http://www.ahrq.gov/clinic/serfiles.htm>.
186. *. “საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიათა ციტოლოგიური დიაგნოსტიკა პაპანიკოლაუს მეთოდით: კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია” (საქართველოს პათოლოგთა ასოციაცია XXI., 2008 www.moh.gov.ge)
187. *. Parkin D. Max, Bray Freddie, Ferlay J. and Pisani Paola, Global Cancer Statistics, 2002., CA Cancer J Clin 2005; 55:74-108.
188. *. Maciosek MV, Solberg LI, Coffield AB, Edwards NM, Goodman MJ. Colorectal cancer screening: health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med*. 2006;31:80-9.
189. *. Whitlock EP, Lin JS, Liles E, Beil TL, Fu R, O'Connor E, et al. Screening for colorectal cancer: an updated systematic review. Evidence Synthesis No. 65, Part 1. AHRQ publication no. 08-05124-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; October 2008.

190. *. Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;CD001216.
191. *. U.S. Preventive Services Task Force., Screening for Colorectal Cancer: U.S. Preventive services Task Force Recommendation statement., *Ann Intern Med.* 2008; 149:627-637.
192. *. U.S. Preventive Services Task Force., Screening for Colorectal Cancer: U.S. Preventive services Task Force Recommendation statement., *Ann Intern Med.* 2008; 149:627-637.
193. *. National Health and Medical Research Council. Guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer. Canberra: NHMRC, 1999.
194. *. Canadian Task Force on Periodic Health Examination. The Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Health Canada, 2000.
195. *. Australian Cancer Network. Familial aspects of bowel cancer: a guide for health professionals. Canberra: NHMRC, 2002.
196. *. Etzioni R, Penson DF, Legler JM, di Tommaso D, Boer R, Gann PH, et al. Overdiagnosis due to prostate-specific antigen screening: lessons from U.S. prostate cancer incidence trends. *J Natl Cancer Inst.* 2002;94:981-90.
197. *. U.S. Preventive Services Task Force., Screening for Prostate Cancer., Recommendation Statement., *Ann Internal Med.* 2008;149:185-191.
198. *. Gann PH, Hennekens CH, Stampfer MJ. A prospective evaluation of plasma prostate-specific antigen for detection of prostatic cancer. *JAMA.* 1995; 273:289-94.
199. *. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M, Haeggman M, Andersson SO, Bratell S, et al. Scandinavian Prostate Cancer Group Study No. 4. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med.* 2005;352:1977-84.
200. *. Valeri A, Cormier L, Moineau M, et al. Targeted screening for prostate cancer in high risk families: early onset is a significant risk factor for disease in first degree relatives. *J Urology* 2002;168(2):483-7.
201. *. Catalona W, Antenor J, Roehl K, Moul J. Screening for prostate cancer in high risk populations. *J Urol* 2002;168(5):1980-3.
202. *. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2000. www.parliament.ge
203. *. Norman P, Jamrozik K, Lawrence-Brown M, et al. Population based randomised controlled trial on impact of screening on mortality from abdominal aortic aneurysm. *BMJ* 2004;329:1259.
204. *. Kirkpatrick P, McConnell R. Screening for familial intracranial aneurysms. *BMJ* 1999;319:1512-3.
205. *. Marcus P, Bergstralh E, Fagerstrom R, et al. Lung cancer mortality in the Mayo Lung Project: impact of extended follow up. *J Natl Cancer Inst* 2000;92(16):1308-16.
206. *. Pinnock C. PSA testing in general practice: can we do more now? *Med J Aust* 2004;180(8):379-81.
207. *. Hill J, Timmis A. Exercise tolerance testing. *BMJ* 2002;324:1084-7.
208. *. Wilkin T, Devendra D. Bone densitometry is not a good predictor of hip fracture. *BMJ* 2001;323:795-9.
209. *. Weetman A. Hypothyroidism: screening and subclinical disease. *BMJ* 1997;314:1175.
210. *. Van Schayck C, Loozen J, Wagena E, Akkermans R, Wesseling G. Detecting patients at a high risk of developing chronic obstructive pulmonary disease in general practice: cross sectional case finding study. *BMJ* 2002;324:1370.

211. *. Nicolle L. Screening of asymptomatic bacteremia in the elderly. In: Canadian Task Force on Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada, 1994;966–73.
212. U.S. Preventive Services Task Force., Screening for Iron Deficiency Anemia-Including Iron Supplementation for Children and Pregnant Women.

9. ავტორთა ჯგუფი

- ⇒ თ.გაბუნია, ი.ქაროსანიძე, რ.თათარაძე, დ.კუჭავა, ე.ჯაჯანიძე
- ⇒ „CINDI“-ს (Countrywide Integrated Non communicable Disease Intervention Group) საქართველოს ჯგუფი
- ⇒ საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი

ექსპერტები

- ⇒ გივი ჯავაშვილი - საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის გამგეობის წევრი. თსსუ საოჯახო მედიცინის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;
- ⇒ ლელა წოწორია - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.
- ⇒ თამარ ძაგნიძე - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.

დანართი 1: სკრინინგული ტესტები, რომელთა გამოყენება დაბალი რისკის პოპულაციაში გაუმართლებელია

სკრინინგული ტესტი	პათოლოგია	განმარტება	წყარო
მუცლის ულტრაბგერა	მუცლის აორტის ანევრიზმა	მეცნიერული მონაცემებით გამოსავლების გაუმჯობესება არ დასტურდება.	203
მაგნიტურ რეზონანსული ანგიოგრაფია ან დიგიტალური სუბტრაქციული ანგიოგრაფია	ცერებროვასკულური პათოლოგიები	დაბალი პრევალენსი, დაბალი მგრძნობელობა და გამოსავლების გაუმჯობესების შესახებ მტკიცებულებების არ არსებობა	204
გულმკერდის რენტგენოსკოპია	ფილტვის კიბო	მტკიცებულებები, რომ ეს შეამცირებს ფილტვის კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილობას არ არსებობს.	205
პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენი	პროსტატის კიბო	დაბალი სპეციფიკურობა და მგრძნობელობა. სარგებელი არ დასტურდება	206
დატვირთვის ეკგ ტესტი	გულის კორონარული დაავადება	დაბალი სპეციფიკურობა და მგრძნობელობა.	207
ძვილის დენსიმეტრია	ოსტეოპოროზი	დაბალი სპეციფიკურობა. მოტეხილობების რისკის შეფასებისთვის დაბალი პროგნოზული ღირებულება.	208
ტესტი ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციებზე (ახალშობილებში თანდაყოლილ ჰიპოთირეოზზე სკრინინგის გარდა)	ჰიპერ- ან ჰიპოთირეოზი	დაბალი პრევალენსი და სარგებლის შესახებ მტკიცებულებების არარსებობა.	209
სუნთქვის ფუნქციური ტესტები	ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება	ტექნიკურად შესაძლებელია, თუმცა მტკიცებულებები რეკომენდაციების ჩამოსაყალიბებლად არასაკმარისია.	210
სკრინინგის ასიმპტომურ ბაქტერიურიაზე	საშარდე გზების ინფექცია	მტკიცებულებები სარგებლის დასადასტურებლად არასაკმარისია.	211
ჰემოგლობინომეტრია (ორსულების გარდა)	რკინადეფიციტური ანემია	მტკიცებულებები სარგებლის დასადასტურებლად არასაკმარისია.	212

დანართი 2: კითხვარი მწველობის სტატუსის შეფასებისთვის

ეწეოდით თუ არა ოდესმე ყოველდღიურად? (ე.ი. თითქმის ყოველდღე სულ მცირე 1 წელი)?

- 1 = დიახ.
- 2 = არა.
- 3 = არაზუსტი პასუხი (დაუზუსტებელი).
- 4 = არასაკმარისი ინფორმაცია.

ეწევით თუ არა ამჟამად?

- 1 = დიახ, ყოველდღიურად.
- 2 = დიახ, იშვიათად.
- 3 = საერთოდ არა.
- 4 = არასაკმარისი ინფორმაცია.

როდის შეწყვიტეთ ყოველდღიური მოწევა?

- 1 = დღეს ან გუშინ.
- 2 = 2-6 დღის წინ.
- 3 = 1 კვირა - 1 თვის წინ.
- 4 = 1 თვე - 1 წლის წინ.
- 5 = 1-5 წლის წინ.
- 6 = 5 წელზე მეტი ხნის წინ.
- 9 = არასაკმარისი ინფორმაცია.

თამბაქოს რომელ პროდუქტს ეწევით უხშირესად?

- ქარხნული წარმოების სიგარეტს (1=დიახ, 2=არა, 9=არასაკმარისი ინფორმაცია).
- თვითნაკეთ სიგარეტს (1=დიახ, 2=არა, 9=არასაკმარისი ინფორმაცია).
- ჩიბუხს (1=დიახ, 2=არა, 9=არასაკმარისი ინფორმაცია).
- სიგარას (1=დიახ, 2=არა, 9=არასაკმარისი ინფორმაცია).

მიგიღიათ თუ არა უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე რჩევა ჯანდაცვის პროფესიონალისაგან მოწევის შეწყვეტის შესახებ?

- 1 = დიახ.
- 2 = არა.
- 3 = არ ვეწეოდი უკანასკნელი 12 თვე.
- 4 = არასაკმარისი ინფორმაცია.

დანართი 3: კითხვარი ალკოჰოლის მოხმარების შეფასებისთვის

რამდენი ჭიქა ან ბოთლი შემდეგი სასმელებისა მიგიღიათ უკანასკნელი 7 დღის მანძილზე?

1. ბოთლი (=500 მლ) ლუდი
2. ულუფა (=50 მლ) მაგარი სპირტიანი სასმელი
3. ჭიქა (=200 მლ) ღვინო ან მისი ეკვივალენტი
4. არაფერი მსგავსი
5. არასაკმარისი ინფორმაცია

რამდენად ხშირად ღებულობთ ლუდს?

- 1 = არასდროს
- 2 = წელიწადში რამდენჯერმე
- 3 = თვეში 2-3-ჯერ
- 4 = კვირაში ერთხელ
- 5 = კვირაში 2-3-ჯერ
- 6 = გამოსასვლელ დღეებში
- 7 = ყოველდღიურად
- 9 = არასაკმარისი ინფორმაცია

რამდენად ხშირად ღებულობთ მაგარ სპირტიან სასმელს?

- 1 = არასდროს
- 2 = წელიწადში რამდენჯერმე.
- 3 = თვეში 2-3-ჯერ
- 4 = კვირაში ერთხელ
- 5 = კვირაში 2-3-ჯერ
- 6 = გამოსასვლელ დღეებში
- 7 = ყოველდღიურად
- 9 = არასაკმარისი ინფორმაცია

რამდენად ხშირად ღებულობთ ღვინოს?

- 1 = არასდროს
- 2 = წელიწადში რამდენჯერმე
- 3 = თვეში 2-3-ჯერ
- 4 = კვირაში ერთხელ
- 5 = კვირაში 2-3-ჯერ
- 6 = გამოსასვლელ დღეებში
- 7 = ყოველდღიურად
- 9 = არასაკმარისი ინფორმაცია

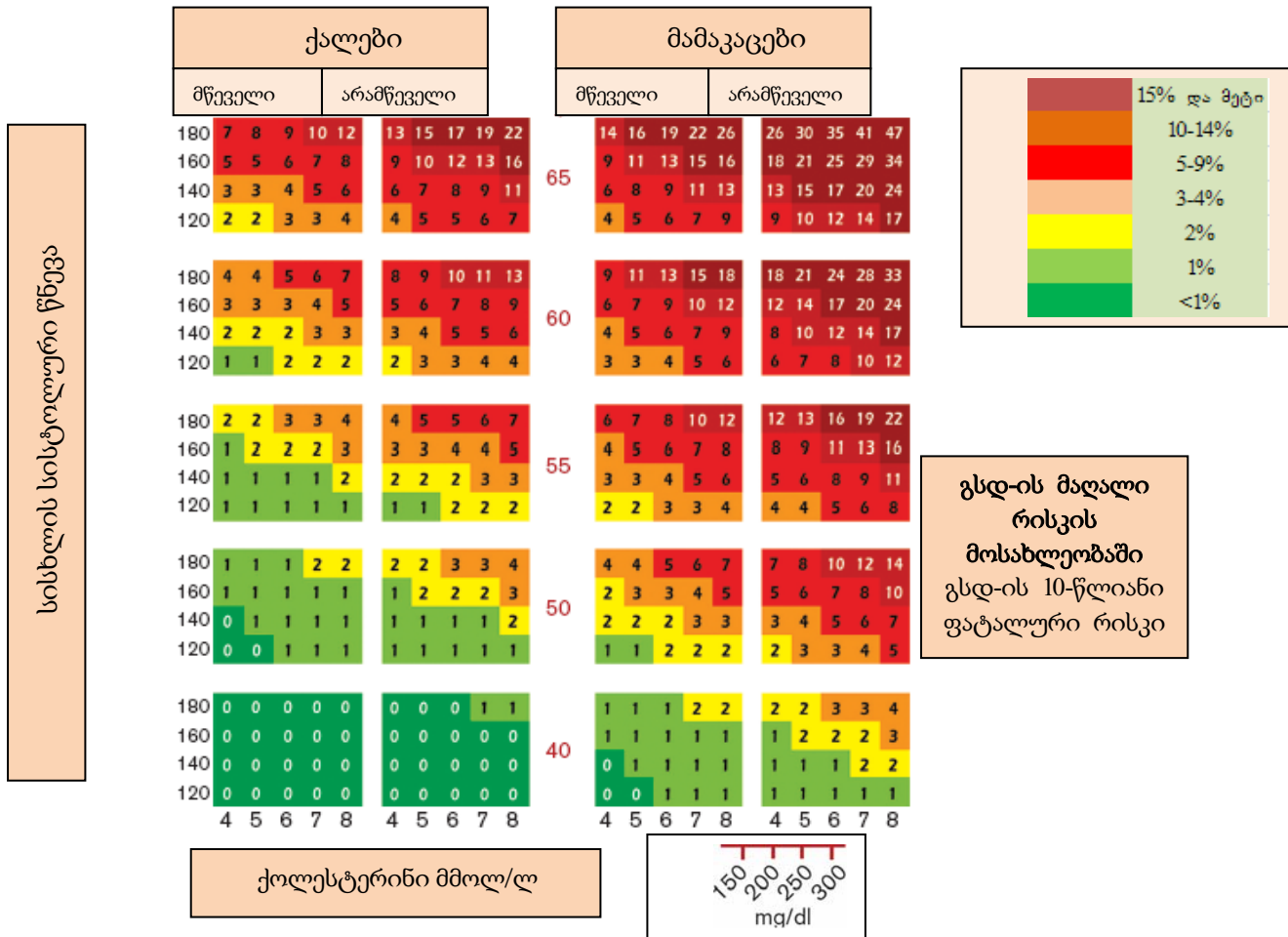
რა სიხშირით სვამთ ერთჯერადად ექვს ჭიქა/ბოთლ ალკოჰოლს ან მეტს?

- 1 = არასდროს
- 2 = თვეში ერთხელაც კი არა
- 3 = თვეში ერთხელ
- 4 = კვირაში ერთხელ
- 5 = ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე
- 9 = არასაკმარისი ინფორმაცია

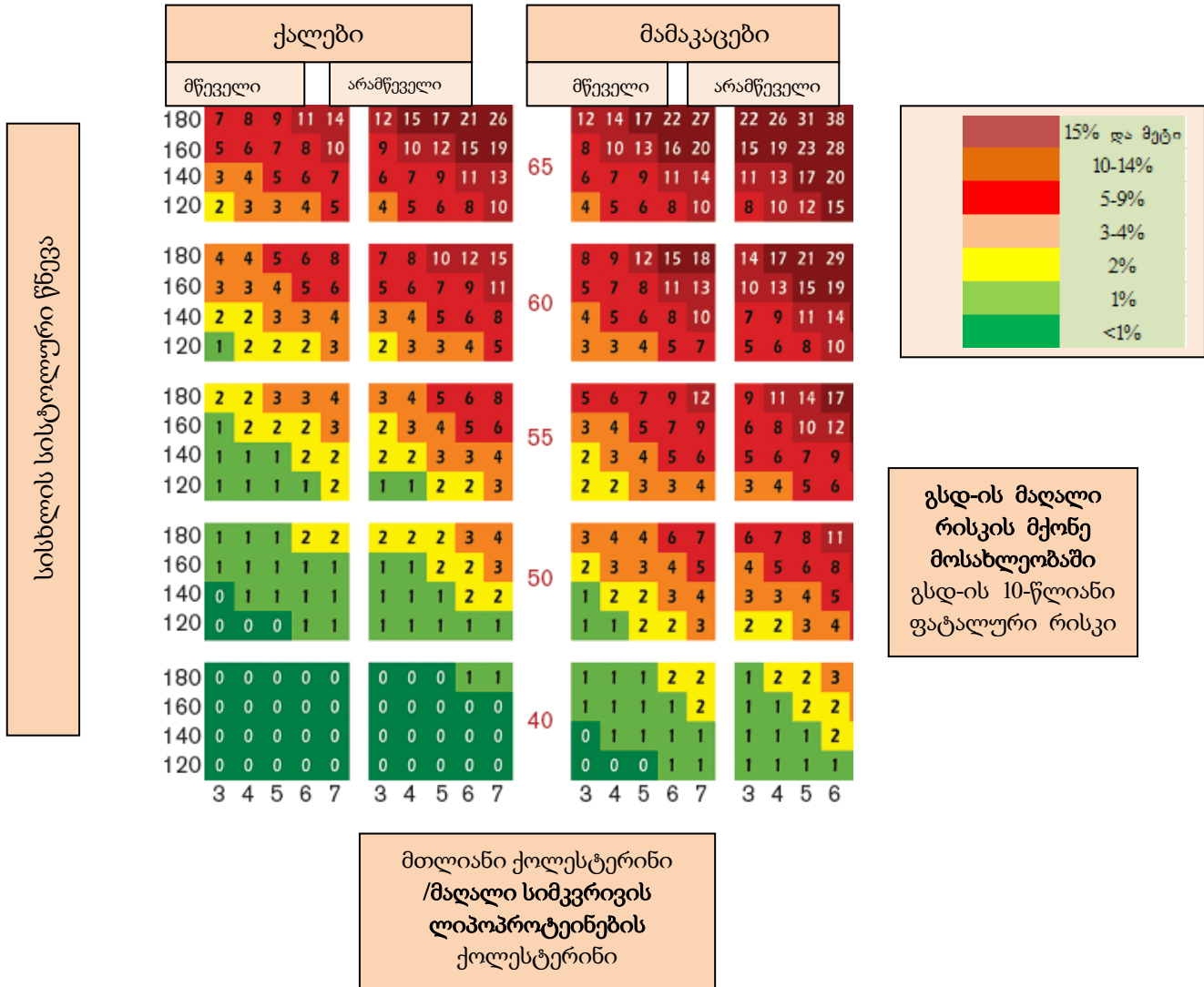
დანართი 4: გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების აბსოლუტური რისკის შეფასების ინსტრუმენტი

ცხრილი 1.

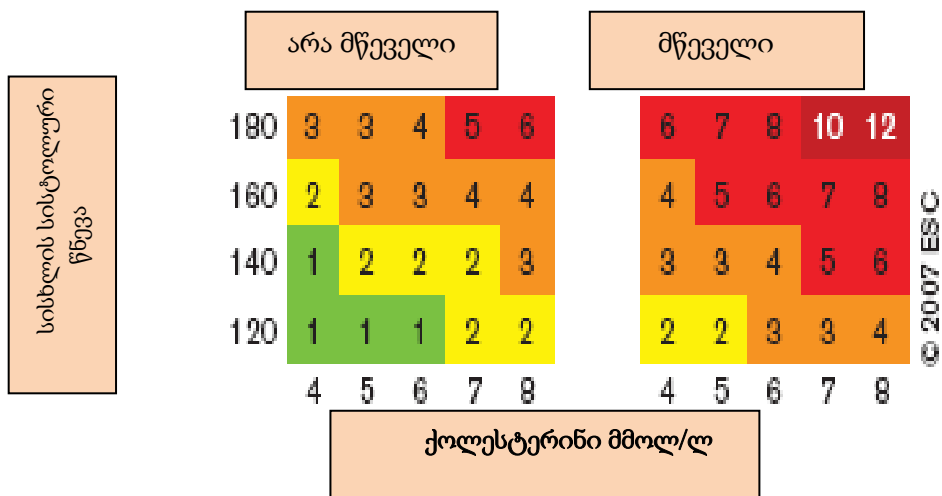
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების 10-წლიანი ფატალური რისკის “SCORE” სქემა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მაღალი რისკის მოსახლეობაში ასაკის, სქესის, თამბაქოს მოწევის, სისხლის სისტოლური წნევისა და მთლიანი ქოლესტერინის საფუძველზე.



გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების 10-წლიანი ფატალური რისკის “SCORE” სქემა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მაღალი რისკის მოსახლეობაში ასაკის, სქესის, თამბაქოს მოწევის, სისხლის სისტოლური წნევისა და მთლიანი ქოლესტერინის/მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის პროპორციის საფუძველზე.



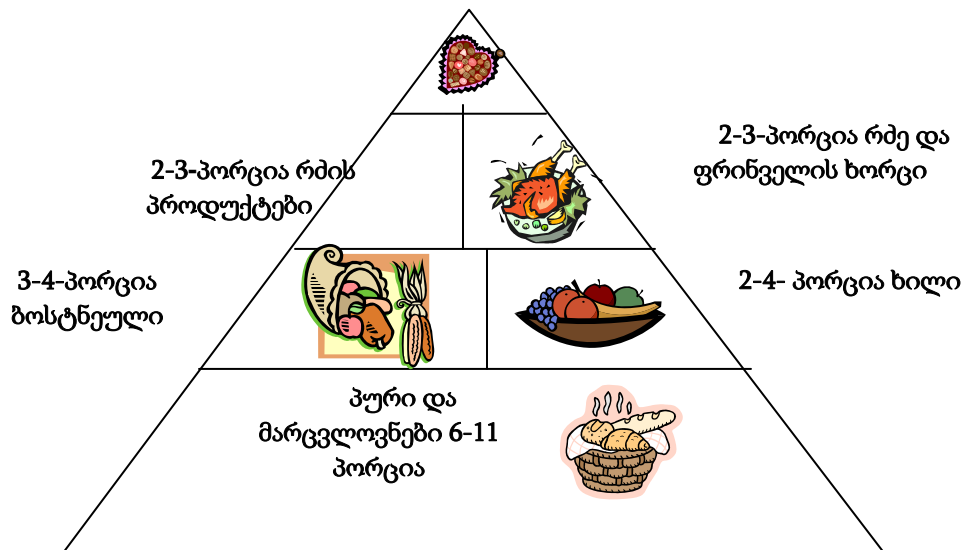
ფარდობითი რისკის სქემა



დანართი 5: ზოგადი დიეტური რეკომენდაციები

- ურჩიეთ პაციენტს საკვების ბალანსირებული მიღება პროდუქტების 5 ძირითადი ჯგუფიდან (იხ. ჯანსაღი კვების პირამიდა);
- ხაზი გაუსვით ყოველდღიურად ხილისა და ბოსტნეულის, არანაკლებ 5-ჯერად, ხოლო პურისა და მარცვლოვანის 6-ჯერად მიღებას;
- ასწავლეთ პაციენტს, როგორ დაიცვას ენერგეტიკული ბალანსი და კალორაჟი სასურველი წონის შესანარჩუნებლად. გააკონტროლეთ წონაში ცვლილებები და რეკომენდებულ სხეულის მასის ინდექსს შეადარეთ;
- ურჩიეთ პაციენტებს, შეზღუდონ ცხიმის მიღება ისე, რომ საერთო კალორაჟის 30%-ს არ აღემატებოდეს;
- ურჩიეთ კალციუმის ადეკვატური რაოდენობით მიღება;
- აკონტროლეთ, რათა აღნიშნული რეკომენდაციების დაცვისას არ მოხდეს საერთო ენერგეტიკული ღირებულებისა და საკვები მიკროელემენტების შემცირება;
- ურჩიეთ ცხოველური ცხიმის შემცველი პროდუქტების მიღების შემცირება;
- ურჩიეთ კვება ზომიერი ულუფებით.

ჯანსაღი კვების პირამიდა



*ერთი პორცია გულისხმობს: ნახევარი ჭიქა ჩაშუშული ან წვრილად დაჭრილი ბოსტნეული; 1 ჭიქა ნედლი ფოთლოვანი ბოსტნეული; ერთი მთლიანი ხილი, მაგ. ვაშლი, ფორთოხალი ან ბანანი; 3/4 ჭიქა წვენი; 1/2 ჭიქა მარცვლოვანი ან კონსერვირებული ხილი; 1/4 ჭიქა გამომშრალი ხილი; 1 ნაჭერი პური; ბუტერბროდისათვის განკუთვნილი ფუნთუშას ნახევარი; 4 კრეკერი; 1/2 ჭიქა ბრინჯი, წიწიბურა, მაკარონი ან ბურღულის ფაფა; 4 სუფრის კოვზი მზა "ბურბუშელა"; 1 ჭიქა პოპ-კორნი (შაქრის გარეშე); 1 ჭიქა რძე, დაუმტკბარი იოგურტი, კეფირი, მაწონი; 45 გრ მაგარი ყველი; 65 გრ რბილი ყველი; 1/2 ჭიქა ხაჭო; 75-90 გრ საქონლის ან ფრინველის ხორცი ან თევზი; 2 კვერცხი; 1 ჭიქა ჩაშუშული პარკოსნები; 4 სუფრის კოვზი არაქისის ზეთი (ცილის შეცვლობით უახლოვდება ხორცს და არ შეიცავს ქოლესტერინს).