تقرير المراجعة الإقليمي للشرق الأوسط وإفريقيا

الوبائيات والتكاليف والأعباء المرتبطة بترقق العظم في الشرق الأوسط وإفريقيا لعام ٢٠١١

International Osteoporosis Foundation

www.iofbonehealth.org

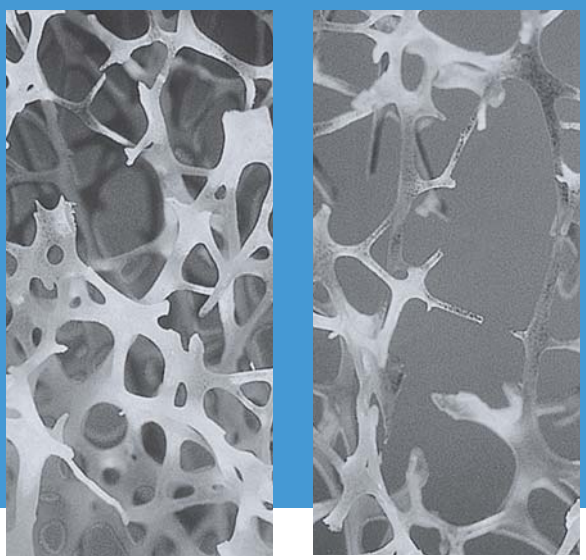
International Osteoporosis Foundation

ما هو ترقق العظم؟

ترقق العظم مرضٌ يتمثّل بنقص في كثافة العظم ونوعيته ما يؤدي إلى ضعف الهيكل العظمي وارتفاع خطر الإصابة بكسور لا سيّما في العمود الفقري والرسغ والورك والحوض وأعلى الذراع. ويشكّل ترقق العظم والكسور المرتبطة به أحد أهمّ الأسباب المؤدية إلى الأمراض والوفيات؛ فلدى النساء اللواتي تجاوزن سنّ الخامسة والأربعين يمثّل ترقق العظم السبب الأوّل لفترات الاستشفاء متقدّماً على الكثير من الأمراض الأخرى مثل مرض السكّري واحتشاء عضل القلب (النوبة القلبية) وسرطان الثدي[1]. وقد لا يُظهر ترقق العظم أيّ عارضٍ إلى حين حصول كسرٍ، ومع ذلك يُقدّر أنّ حالة من كلّ ثلاث حالات كسر في العمود الفقري تلقى الرعاية السريرية[2].

1. Kanis JA, Delmas P, Burckhardt P, et al. (1997) Guidelines for diagnosis and management of osteoporosis. The European Foundation for Osteoporosis and Bone Disease. Osteoporos Int 7:390-406.

2. Cooper C, Atkinson EJ, O'Fallon WM, et al. (1992) Incidence of clinically diagnosed vertebral fractures: a population-based study in Rochester, Minnesota, 1985-1989. J Bone Miner Res 7:221-227.



عظام مترققة　　عظام سليمة

المؤسسة الدولية لترقق العظم (IOF)

هي منظمة دولية غير حكومية تتألف من تحالف عالمي يشمل مرضى ومجتمعات طبيّة وبحثيّة وعلماء وأخصائيي الرعاية الصحية ومعنيين بمجال الصحة. وتعمل المؤسسة الدولية لترقق العظم بالشراكة مع أعضائها ومنظمات أخرى حول العالم على رفع مستوى التوعية وتحسين سُبل الوقاية من ترقق العظم والتشخيص المبكر والرعاية الملائمة. يصل عدد المجتمعات الأعضاء في المؤسسة إلى مائتين في ٩٣ موقع حول العالم، وتتألف هذه المجتمعات الأعضاء من حوالى ٥,٢٣ مليار شخص ما يوازي ٨٢٪ من مجموع سكان العالم.

المؤلف الرئيسي : **البروفسور غادة الحاج فليحان**

المؤلف الأوّل : **الدكتورة الطبيبة جيما أديب**

المؤلف الثاني : **الدكتورة لايتيشيا نوروي،**
المؤسسة الدولية لترقق العظم

المحرّرون : **جودي ستنمارك، لورا ميستلي،**
المؤسسة الدولية لترقق العظم

المراجعون : **البروفسور سايرس كوبر، الدكتور نيكولاس هارفي،**
الدكتور كريس هولروويد (وحدة علم الوبائيات في مجلس البحوث الطبّية، جامعة ساوثامبتون، المملكة المتحدة.)

التصميم : **جيلبرتو دومينغوس لونترو**
المؤسسة الدولية لترقق العظم

شكر خاص:

الدكتورة نجلاء عيتاني:
طبيبة مقيمة، الجامعة الأميركية في بيروت. شكر خاص لمساهمتها الكبيرة في التصميم وإجراء مراجعة المواد والبحث وتأليف نماذج الدول.

الدكتورة أسما العربي:
بروفسور في الطبّ، الجامعة الأميركية في بيروت. شكر خاص للمساعدة التي قدمتها في مراجعة النصوص والنماذج وتثبيت صحة المعلومات التي قدمتها الدول غير المنتمية للجمعية العربية لترقق العظم.

البروفسور رفيق بدّورة:
جامعة القديس يوسف "سان جوزف". شكر خاص لتقديمه بيانات أساسيّة من دراسة المراجعة حول ترقق العظم التي أجراها في المنطقة الشرقية للبحر الأبيض المتوسط.

البروفسور غسان معلوف:
جامعة القديس يوسف "سان جوزف" وجامعة البلمند، مركز "بلفو" لتقويم العظام، رئيس اللجنة العلمية للجمعية العربية لترقق العظم. شكر خاص للمساعدة التي قدّمها في المنشورات وجمع البيانات من الدول المنتمية للجمعية العربية لترقق العظم.

الدكتور باسل المصري:
ممثل المؤسسة الدولية لترقق العظم في الشرق الأوسط وإفريقيا. شكر خاص لمساعدته في جمع البيانات من دول الجمعية العربية لترقق العظام

*NOTE PAOS denotes Pan-Arab Osteoporosis Society

©2011 International Osteoporosis Foundation

102011-5000

تمهيد

غادة الحاج فليحان
دكتوراه في الطبّ وحائزة على ماجستير في الصحة العامّة

المؤلف الرئيسي
بروفسور في الطبّ ومديرة برنامج ترقق العظم
مركز الكالسيوم وأمراض العظم الأيضية المتعاون مع منظمة الصحة العالمية. المركز الطبيّ التابع للجامعة الأميركية في بيروت، بيروت، لبنان. رئيسة مؤسّسة، الجمعية اللبنانية لترقق العظم وأمراض العظم الأيضية. عضو في لجنة المستشارين العلميين، المؤسسة الدولية لترقق العظم.

الدكتورة جيما أديب دكتوراه في الطبّ

المؤلف الأوّل
طبيبة مستشارة اختصاصية في الطب الباطني
مركز ترقق العظم في المستشفى الإيطالي، دمشق، سوريا. مستشارة طبيّة لدى منظمة الأمم المتحدة والإتحاد الأوروبي. رئيسة مؤسّسة، الجمعية الأهلية السورية لترقق العظام (SYNOS). الأمين العامّ، الجمعية العربية لترقق العظام (PAOS)

أعلنت منظمة الصحة العالمية، في تقريرها حول الوضع العالمي للأمراض غير المنقولة لعام ٢٠١٠، أنّ الأمراض غير المنقولة هي السبب الرئيسي للوفيات بما أنّ ثلثيّ (٣/٢) أسباب الوفيات حول العالم مرتبط بها. إنّ تأثير الأمراض غير المنقولة الذي حدّدته منظمة الصحة العالمية، وبالأخص أمراض القلب والأوعية الدموية وداء السكري والبدانة والسرطان والأمراض التنفسيّة الحادّة، يُتوقّع أن يزيد أكثر بعد نظراً للتمدّن العالمي ونمط الحياة القليل الحركة وانتشار وباء البدانة وارتفاع متوسّط العمر المتوقّع للسكان حول العالم.

ولا يشكّل ترقق العظم أيّ استثناء في هذا المدّ المتزايد للأمراض غير المنقولة، فهو لا يتشارك عوامل الخطر مع الأمراض الأخرى فحسب بل يساهم أيضاً بشكلٍ كبير في العبء الاجتماعي والاقتصادي على المجتمع. يحصل كسرٌ ناتج عن ترقق العظم كلّ ثلاث ثوانٍ حول العالم، وكسرٌ في الفقرات كلّ ٣٣ ثانية. إنّ واحدة من كلّ امرأتين فوق سِنّ الخمسين ستُصاب في ما تبقى من حياتها بكسرٍ في الفقرات، وواحدة من كلّ ثلاث نساء فوق سِنّ الخمسين ستُصاب بكسرٍ في الورك؛ وتؤدي الحالتان إلى المرض والوفاة. إنّ عشرة في المئة من مرضى الكسر في الورك يصابون في نهاية المطاف بكسرٍ في ورك الجانب المقابل، ويفقد عشرون إلى أربعين في المئة منهم حياتهم في خلال السنة الأولى، بينما يخسر ثلاثون إلى خمسين في المئة منهم الاستقلال الوظيفي. يفتقر الكثيرون من مرضى ترقق العظم في المنطقة، ومن حول العالم، إلى توفّر الرعاية، ومن منهم يحصل على العلاج يكون العلاج متقطّع ودون المستوى الجيد.

تتطلع المؤسسة الدولية لترقق العظم إلى 'عالم خالٍ من الكسور الناتجة عن ترقق العظم' وهي ملتزمة بالتوجّه إلى الحاجات المحليّة للمناطق من حول العالم؛ تُعبّر إستراتيجية الأقلمة عن هذا التطلّع وهي تتضمن تنمية خمس مناطق جغرافية تابعة للمؤسسة الدولية لترقق العظم، بما في ذلك إجراء مراجعات وبائية إقليمية مفصلية وإطلاقها في إطار الاجتماعات العلمية الإقليمية الكبرى.

إنّ تقرير المراجعة حول 'الوبائيات والتكاليف والأعباء المتعلقة بترقق العظم في الشرق الأوسط وإفريقيا' لعام ٢٠١١ هو الثالث من نوعه ويلي ثلاثة تقارير مراجعة إقليمية ناجحة: تقرير المراجعة الأوروبي لعام ٢٠٠٨، وتقرير المراجعة الأسيوي لعام ٢٠٠٩، وتقرير المراجعة لأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى لعام ٢٠١٠. وقد شكّلت هذه التقارير أدوات مفيدة جداً للمجتمعات والعلماء في البلاد المعنية وكان لها أثر بعيد المدى وفعالية عالية في رفع مستوى الوعي على الصعيدين السياسي والشعبي.

يقيّم هذا التقرير أعباء المرض الحالية والمتوقّعة ويحدّد الثغرات على مستوى المعرفة والرعاية في ما يخص ترقق العظم في الشرق الأوسط وإفريقيا، كما يسلّط الضوء على قلّة المعلومات المتوفرة ونقص دراسات الأتراب الواسعة النطاق المرتكزة على السكان وقواعد البيانات والسجّلات الوطنية اللازمة لتقييم دقيق لنتائج ترقق العظم الرئيسية في معظم البلدان. وثمة قيود أخرى في الكثير من الحالات وهي تتضمن عدم وجود معطيات واضحة وطبيعة البيانات غير المنشورة الواردة في هذا التقرير، إلا أنّ هذا التقرير هو الأوّل من نوعه للمنطقة ويقدّم تقييماً شاملاً لوضع ترقق العظم، وهو داءٌ مُهمَل لكن كثير الانتشار.

نوّد أن نعبّر عن تقديرنا للمساهمة التي قدّمها مسؤولون كثر في مجال الصحة العامة من حول المنطقة وبالتحديد وزارات الصحة التي شاركتنا المعلومات الأساسية حول الرعاية الصحية الوطنية ومعلومات السجلات السكانية لأغراض هذا التقرير (لا سيّما وزارة الصحة العامة اللبنانية). ونثق بأنّ هذا التقرير سيمكّن المعنيين في الشرق الأوسط وإفريقيا من وضع لائحة بالأولويات وجدول زمني لخطة عمل تقضي بإنشاء برامج ملائمة والمطالبة بتغيير السياسات ذات الصلة بغية توفير تشخيص الإصابة بترقق العظم وعلاجه لكلّ المعرّضين للخطر. كما يقدّم هذا التقرير البيّنة القاعدية اللازمة لمراقبة الفترات الزمنية اللازمة لتحقيق النتائج الرئيسية، ويقيّم التقدُّم المنجز بغية تقليص الثغرة الكبيرة في الرعاية الخاصة بترقق العظم في المنطقة.

المؤلفون والمساهمون بحسب البلد

مصر	المؤلف	سمير البداوي
	المساهمون	حازم عبد العظيم، أحمد راشد، أحمد مرتجي، عمر حسين
إيران	المؤلف	باغر لاريجاني
	المساهمون	إغبال طاهري، عباسلي كشتكار، حميدرضا آغي ميبودي، باتريسيا كشايار، زهرا جويندي، مهدية شجاع، زهرا محمدي
العراق	المؤلف	زياد س. الراوي
	المساهمون	نزار الجاسم، داوود العبيدي، ضياء الصالح، محمد المنشد، غازي رديني، علاء بدر، محمد العباس، علي القزاز، فايق جوريال
الأردن	المؤلف	إفطيم عازار
	المساهمون	باسل مصري، سعيد عبد المجيد، مازن قاقيش
كينيا	المؤلف	جوزف كابيا
لبنان	المؤلفون	غادة الحاج فليحان، رفيق بدورة، نجلاء عيتاني
	المساهمون	أسما عرابي، غسان معلوف، صاني حليس
المغرب	المؤلف	عبد الله المغراوي
فلسطين	المؤلف	إلياس سابا
جنوب إفريقيا	المؤلف	تيريزا هوف
سوريا	المؤلفون	جيما أديب، حكمت أبو سمرا
	المساهمون	رامي عيد، بشار مير علي، أسامة أبو سمرا
تونس	المؤلف	ليث زقراوي
	المساهمون	صونيا كشاو، بشير زعيري
تركيا*	المؤلف	سانسين توزون
	المساهم	أولكو أكاريرماك
الإمارات العربية المتحدة	المؤلف	مصطفى العزي
	المساهمون	عبد الرحيم السهيلي، محمد المحمود، هميره بدشا، أحمد الصياد

البلدان الأخرى الواردة في التقرير

البحرين، قطر، الكويت، السعودية

*بالرغم من أنّ تركيا ليست رسمياً ضمن عضوية المؤسسة الدولية لترقق العظم لمنطقة الشرق الأوسط وإفريقيا إلا أنها مدرجة هنا لأغراض التقرير الراهن.

الجمعيات الأعضاء في المؤسسة الدولية لترقق العظم في منطقة الشرق الأوسط وإفريقيا

مملكة البحرين	الجمعية البحرينية لهشاشة العظام	*www.bos-bh.org*
الكونغو	الجمعية الكونغولية لترقق العظام	
مصر	الجمعية المصرية للوقاية من ترقق العظام	*www.egyptianops.org*
جمهورية إيران الإسلامية	معهد الأبحاث حول الغدد الصماء والأيض	*http://emrc.tums.ac.ir*
العراق	الجمعية العراقية للوقاية من هشاشة العظام	
الأردن	الجمعية الأردنية للوقاية من هشاشة العظام	
الأردن	جمعية الأطباء الأردنيين لهشاشة العظام	
كينيا	جمعية الوقاية من ترقق العظم ورعاية المسنين	*http://osteoelderly.tripod.com*
الكويت	الجمعية الكويتية لمكافحة هشاشة العظام	
لبنان	الجمعية اللبنانية للوقاية من ترقق العظام	
لبنان	الجمعية اللبنانية لترقق العظام وأمراض العظم الأيضية	*www.osteos.org.lb*
لبنان	الجمعية اللبنانية لأمراض الروماتيزم	
ليبيا	الجمعية الليبية لترقق العظام	
المغرب	الجمعية المغربية لأمراض العظام والمفاصل والروماتيزم	*www.smr.ma*
فلسطين	الجمعيّة الفلسطينيّة للوقاية من ترقق العظام	
المملكة العربية السعودية	الجمعية السعودية لهشاشة العظام	*www.saudiosteo.org*
جنوب أفريقيا	الجمعيّة الوطنيّة لترقّق العظام في جنوب إفريقيا	*www.osteoporosis.org.za*
الجمهورية العربية السورية	الجمعية العربية لترقق العظام	
الجمهورية العربية السورية	الجمعية الأهلية السورية لترقق العظام	*www.sy-nos.org*
تونس	الجمعية التونسية للوقاية من هشاشة العظام	
الإمارات العربية المتحدة	الجمعية الإماراتية لهشاشة العظام	*www.emiratesosteoporosissociety.com*

تجدون على الموقع الالكتروني للمؤسسة الدولية لترقق العظم معلومات الاتصال بالجمعيات المعنية:
http://www.iofbonehealth.org/about-iof/member-societies.html

جدول المحتويات

الملخص التنفيذي ١
النتائج الرئيسية في الشرق الأوسط وإفريقيا لعام ٢٠١١ ٤
مقارنات أساسية ٨
حالة الفيتامين "د" في الشرق الأوسط وإفريقيا ١٣
البحرين ١٧
مصر ١٩
إيران ٢٢
العراق ٢٦
الأردن ٢٨
كينيا ٣١
الكويت ٣٣
لبنان ٣٥
المغرب ٤١
فلسطين ٤٤
قطر ٤٦
السعودية ٤٨
جنوب إفريقيا ٥١
سوريا ٥٤
تونس ٥٧
تركيا ٥٩
الإمارات العربية المتحدة ٦٣
النتائج والتوصيات ٦٥
ملحق ٦٧

الملخص التنفيذي

إنّ التكاليف البشرية والاجتماعية والاقتصادية لترقق العظم، في ظلّ المجتمعات المعمّرة وتغيُّر أنماط المرض حول العالم، ستظلّ ترتفع في دول العالم كافةً وسترتفع أكثر في منطقة الشرق الأوسط وإفريقيا؛ وبالفعل، تبلغ حالياً نسبة سكان المنطقة الذين يفوق عمرهم الخمسين عاماً ٨ إلى ٢٠ في المئة ولكنّها ستصل إلى ٢٥ في المئة مع حلول عام ٢٠٢٠ و٤٠ في المئة مع حلول عام ٢٠٥٠ في عدة دول (بيانات البنك الدولي المتوفرة على شبكة الانترنت *http://web.worldbank.org*.) لكن، ومع أنّ معدّلات كسور الورك في المنطقة تقع حالياً في الثلث الأدنى من سلّم المعدّلات العالمية، فالانفجار الديمغرافي الوارد شرحه أعلاه والاتجاهات الطويلة الأمد المتوقّعة مع تزايد التمدّن سيؤديان إلى أعلى زيادة نسبية متوقّعة في معدّلات كسور الورك بالمقارنة مع مناطق عدة أخرى حول العالم. ويرصد هذا التقرير البراهين، والإحصاءات المتوفرة، والحقائق ذات الصلة الخاصة بكلّ بلد، اللازمة لإطلاق إستراتيجية فعالة لمواجهة الخطر المتزايد.

أجرى فريق من الجامعة الأميركية في بيروت بحثاً مفصّلاً شاملاً حول المواد المكتوبة عن الموضوع على شبكة الانترنت للدول السبعة وستين التي حدّدها البنك الدولي ضمن منطقة الشرق الأوسط وإفريقيا؛ عيّن البحث ٣٦٥٠ مقالاً: ٤٢٣ مقالاً ضمن الفرز الأوّلي على أساس العنوان، و١٠٦ مقالات ضمن الفرز على أساس الملخص، و٧٠ مقالاً ضمن الفرز على أساس المقال كاملاً (راجع الملحق للتفاصيل كاملةً). كما أخذنا في الاعتبار مقالات إضافية زودنا بها مؤلفون ومساهمون في العمل معنا.

ركّز تقرير المراجعة على ١٧ بلداً في المنطقة ممثَلين في لجنة المجتمعات المحلية التابعة للمؤسسة الدولية لترقق العظم وقد تمّ تحديد معلومات كافية من خلال البحث عن المواد المكتوبة و/أو من خلال ما قدّمه باحثون ذات مرجعية للتمكّن من استخلاص الاستنتاجات؛ وبالتالي تمّت دراسة المعلومات حول البحرين، ومصر، وإيران، والعراق، والأردن، وكينيا، والكويت، ولبنان، وفلسطين، والمغرب، وقطر، والسعودية، وجنوب إفريقيا، وسوريا، وتونس، وتركيا، والإمارات العربية المتحدة (بالترتيب الأبجدي للغة الإنكليزية).

الجدول ١: المعدّلات الخام للإصابة بكسر الورك لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة للذين يتجاوز عمرهم الـ٥٠ عاماً في الشرق الأوسط وإفريقيا

البلد	السنة	رجال	نساء	نوع الدراسة	مستوى البرهان
إيران [1]	٢٠٠٠-٢٠٠٣	٢٤-٢٢٨٧*	٤٢-١٩٥٨*	دراسة استعادية	مقبول
إيران [2]	٢٠٠٣- أربعة أشهر	١١٥,٢	١١٥,٦	دراسة استعادية	مقبول
إيران [3]	٢٠١٠	٤٧٢,١*		----	جيد
الكويت [4]	١٩٩٢-١٩٩٨	١٥١,٨	١٥٢,٤	دراسة استعادية	مقبول
لبنان [5]	٢٠٠٦	٨٨,١	١٨٧,٥	السجل السكاني الوطني لكسور الورك	جيد
	٢٠٠٧	١٠٦,٥	١٧٤,٤		
	٢٠٠٨	١٠٥,٣	١٦٣,٩		
	٢٠٠٩	١٣٣,٢	١٣٣,٢		
المغرب [6]	٢٠٠٢	٤٣,٧	٥٢,١	دراسة استعادية	مقبول
السعودية [7]	١٩٩٠-١٩٩١	٧١	١٠٠	دراسة استعادية	مقبول
تركيا [8]	٢٠٠٩	١٠٩	٢٢٦	السجلات السكانية للمستشفيات	مقبول

*متوسط مجال الفئة العمرية ٥٥ إلى ٨٥ عاماً وما فوق (المتوسط غير متوفر)

1 Soveid et al, Osteoporos Int 2005; 2 Moayyeri A et al, Osteoporos Int 2006; 3 Keshtkar et al, Osteoporos Int 2010; 4 Memon V et al, Int J Epidemiol 1998; 5 Sibai A et al, Osteoporos Int 2010; 6 Al Maghraoui et al, Osteoporos Int 2005; 7 Al Nuaim et al, Calcif Tiss Int 1995. 8 Tuzun S et al, Osteoporos Int 2011 EPUB ahead of print

الجدول ٢: معدّلات الإصابة بكسر الورك لدى النساء لكل ١٠٠,٠٠٠ امرأة (بفارق خمس سنوات للفئات العمرية) في بلاد شرق البحر الأبيض المتوسط

البلد	٥٠ – ٥٤	٥٥ – ٥٩	٦٠ – ٦٤	٦٥ – ٦٩	٧٠ – ٧٤	٧٥ – ٧٩	٨٠+
لبنان	٢٤,٢	٣٠,٦	٤٣,١	٨٠,٧	١٩٨,٢	٤٢٩	١٦٨٥,٧
الكويت	–	٢٨,٢	–	١٢٣,٩	–	٤٥٧,٩	١١٨٨,٧
إيران	٣٤,٩	٢٦,٣	٦٩,٧	٨٤,١	٢٠٤,١	٢٥٩,٢	٥٧٢,٤
السعودية	–	١٤,٦	–	٧٩	–	٣٩٤	–
المغرب	٧	١٢,٦	٧٤,٦	٢٢,٦	٨٥	٢١٥,٤	–

REF Baddoura R, Hoteit M, El-Hajj Fuleihan G. J Clin Densitom. In Press
1 Lebanon: Sibai et al. Osteoporos Int 2011; 2 Kuwait: Memon et al. Int J Epidemiol 1998; 3 Iran: Moayyeri et al. Osteoporos Int 2006; 4 Saudi Arabia: Al Nuaim et al. Calcif Tiss Int 1995; 5 Morocco: El Maghraoui et al. Osteoporos Int 2002

إنّ البيانات حول حوادث الكسر في الورك نادرة، والبيانات السكانية قليلة جداً والبراهين المرتبطة بكسور الفقرات شبه معدومة في المنطقة كلها. تمّ توفير بيانات حول حوادث الكسر في الورك من تسعة دول ولكنّها بمعظمها ليست بيانات مرتكزة على السكان، وفي بعض الحالات تمّ توفير تقديرات للحوادث لكنّ البيانات المنشورة لم تكن متوفرة. أمّا المعدلات بحسب العمر، إن توافرت، فتفاوتت بين ٢٥٠ و٣٥٠/١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة في لبنان والكويت وإيران، بحسب نوع الاجتماعي من إناث وذكور والبلد. وجاءت المعدلات قريبة من تلك المبلّغ عنها في أوروبا الجنوبية باستثناء تركيا حيث كانت المعدّلات بأدنى حدّ (جدول ١).

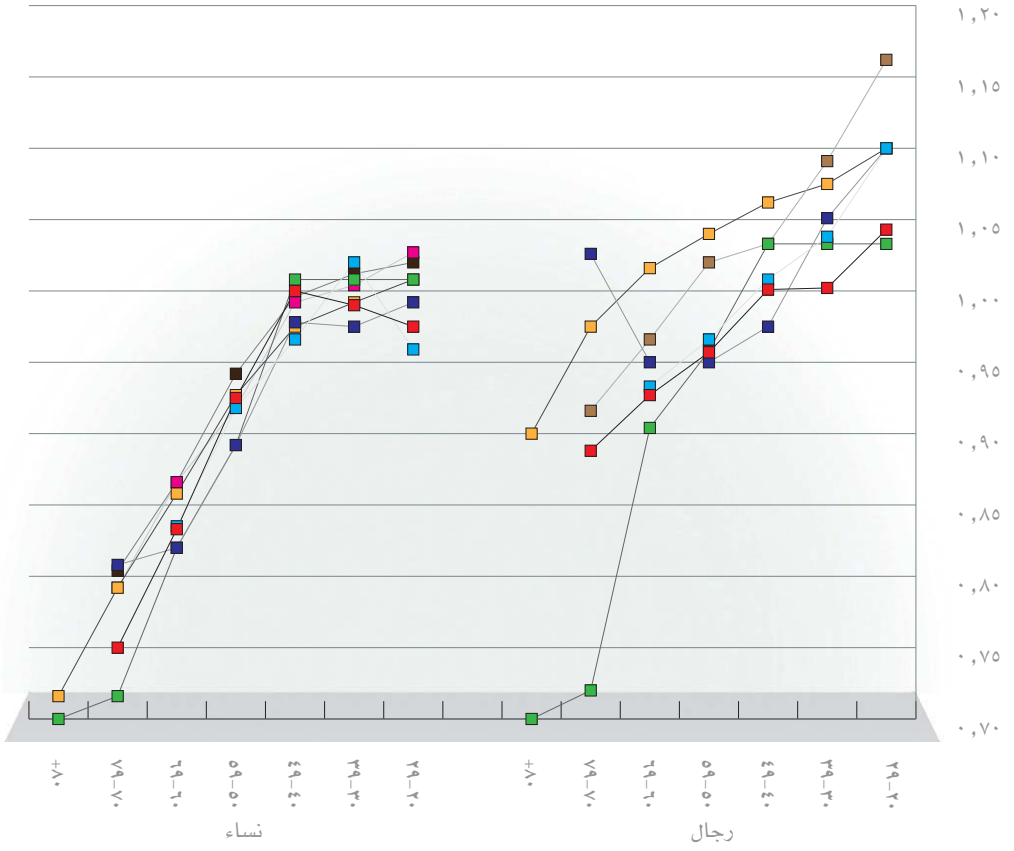
إنّ أربعة بلدان فقط من أصل ٦٧ لديهم حاسبة فراكس FRAX®، أداة تقييم لخطر الكسور، متوفرة على شبكة الإنترنت: الأردن، ولبنان، وتونس وتركيا. وقد تمّ إنشاء الأداة الخاصة بلبنان بالاستناد إلى البيانات من السجّل الوطني للسكان الخاص بكسور الورك أعدّته وزارة الصحة عام ٢٠٠٦. أمّا المعلومات عن انتشار الكسور الفقرية فكانت بعد أقلّ بكثير، فلم يُحصَل عليها إلا من ثلاث بلدان حيث تراوحت النسب بين ٢٠ و ٢٥٪ لدى النساء اللواتي تجاوزن الـ ٦٥ عاماً، بينما البيانات حول الإصابة بالكسور الفقرية فهي شبه منعدمة.

تمّ تصنيف ترقق العظم أولويةً في مجال الصحة في ثلاثة بلدان، والإرشادات الوطنية الخاصة بترقق العظم متوفرة في خمسة بلدان، وأقرّتها الحكومة في بلدين اثنين فقط. إنّ توفّر أجهزة قياس الكثافة المعدنية العظمية DXA (مقياس امتصاص الأشعة السينية ثنائي البواعث) محدودٌ جداً، حيث قدّرت معظم الدول توافر الجهاز بمعدّل خمسة أجهزة لكلّ مليون شخص، باستثناء البحرين والكويت ولبنان وتركيا والإمارات العربية المتحدة. كانت معظم الأدوية المضادة للارتشاف الموافق عليها متوافرة في أغلبية البلدان، أما مضاهئات هرمون الغدة جار الدرقية (PTH) فلم تكن متوفرة إلا في نصف عدد البلدان، وتعويض تكاليف عمليات التشخيص والعلاجات يختلف كثيراً من بلدٍ إلى آخر.

وتبيّن أنّ عوز الفيتامين "د" منتشرٌ في أنحاء المنطقة (أكثر من ٥٠٪ من المجموعات المحددة للدراسة)، بالرغم من المواقع الجغرافية الواقعة ضمن خطوط العرض الملائمة للتعرّض للشمس، مع منبئات ثابتة تتضمن التقدّم في السِّن، والنوع الاجتماعي "إناث"، وتعدّد الولادات لدى المرأة، وتغيّر المواسم، واللباس المحافظ، وتدني الوضع الاجتماعي الاقتصادي. ولا تتوجه الإرشادات الدولية الحالية إلى هذه المشكلة الصحيّة.

كان من الواضح بالنسبة لمنطقة الشرق الأوسط وإفريقيا أنّ الحصول على التشخيص أمرٌ محدودٌ، والحصول على الرعاية اللازمة متغاير جداً. ويشكّل هذا التقرير إذاً نداءً للتحرّك وتضافر جهود التعاون بين المؤسسات الأكاديمية والمجتمعات الوطنية والكيانات الحكومية لجمع الأدلة الدامغة على عبء هذا الداء وتحسين مستوى الوعي وإطلاق الاستراتيجيات الوقائية الميسورة التكلفة على صعيد الصحة العامة والعمل على توفير العلاجات الفعّالة للأشخاص الأكثر عرضة لخطر ترقق العظم والكسور الناتجة عنه. إنّ هذه المقاربة المشتركة هي الوسيلة الوحيدة بغية ردم الهوة (الشاسعة) القائمة حالياً في مجال الرعاية الصحية بين هذه المنطقة ومنطقة أوروبا الغربية وبغية التأثير بشكلٍ كبير على هذا الداء الصامت، والمكلف جداً.

الرسم ١: مجموع الكثافة العظمية المعدنية لعظم الفخذ (غرام/سنتمتر٢) للفئات العمرية بفارق عشر سنوات لدى الرجال (قائمة اليسار) والنساء (قائمة اليمين) في عدة بلاد من منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط



¤ تمّ التأكد من القيمة كما وردت في المقال الأصلي
* في دراسة الصالحي وغيره، إنّ أدنى مستويات الكثافة لمنطقة عظم الفخذ وعنق عظمة الفخذ ككلّ وردت تحت عنوان الكثافة العظمية المعدنية لعظم الفخذ.

هذه البيانات مستخرجة من دراسات تمت باستخدام أجهزة قياس كثافة العظم «دي بي إكس» لونار DPX-Lunar.
تمّ استخراج قاعدة بيانات مسح اختبارات الصحة والتغذية القومي NHANES من مصنّعي أجهزة «لونار». يُظهر الرسم ٢، باستخدام تقنية مقياس امتصاص الأشعة السينية ثنائي البواعث ومصنّع الجهاز ذاته، الكثافة العظمية المعدنية في عظم الفخذ كاملة (الورك) لدى عدة سكان من الشرق الأوسط وهي مماثلة للقيَم الواردة في قاعدة البيانات المعيارية العالمية NHANES أو أقلّ منها بشيء بسيط.

النتائج الرئيسية في الشرق الأوسط وإفريقيا لعام ٢٠١١

معدّلات مرتفعة لكسور العظم في المنطقة كلّها وتوقّع زيادات كبرى بحلول العام ٢٠٥٠

- إنّ الانفجار الديمغرافي المتوقّع (سيشكّل الأشخاص الذين يتجاوزون الخمسين عاماً ٢٥٪ من مجموع السكان بحلول ٢٠٢٠ و٤٠٪ بحلول ٢٠٥٠) والاتجاهات الطويلة الأمد المقدّرة مع التمدّن المتزايد في المنطقة ككل، عوامل ستؤدي إلى أعلى زيادة نسبية متوقّعة في معدّلات كسور الورك بالمقارنة مع مناطق عدة أخرى حول العالم.
- تشهد كلّ سنة حدوث حوالى ١,٦ مليون كسر في الورك حول العالم، وقد يتضاعف هذا الرقم ثلاث أو أربع مرات بحلول عام ٢٠٥٠ ليصل إلى ما يتراوح بين ٤,٥ مليون و٦,٣ مليون.[١]
- تتحمّل إيران ٠,٨٥٪ من العبء العالمي لكسور الورك و١٢,٤٪ من عبء كسور الورك في الشرق الأوسط.[٢]
- تُظهر بيانات السجل الوطني لكسور الورك، الذي أنشأته وزارة الصحة اللبنانية عام ٢٠٠٦، أنّ عدد كسور الورك لدى الأشخاص الذين يتجاوزون الخمسين عاماً يتراوح بين ١،٢٠٠ و ١،٤٠٠ في السنة، ويُتوقّع أن تتضاعف هذه الأرقام أربعَ مرات، وأن تتضاعف معدّلات الإصابة الخام لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص حوالى مرتين بحلول العام ٢٠٥٠.
- يُقدّر حالياً عدد كسور الورك السنوية في الأردن بـ ١٠٠٨، لكن وبالاستناد إلى الدراسة الأردنية الأولى لإحصاء كسور الورك (٢٠٠٨) سيتضاعف هذا الرقم أربعَ مرات بحلول عام ٢٠٥٠.
- يصل عدد كسور الورك السنوي في سوريا إلى حوالى ٤٠٠٠ كسرٍ ويُتوقع أن يصل هذا الرقم إلى ٥٥٠٠ بحلول عام ٢٠٢٠ وأن يتراوح حتى بين ١٥،٠٠٠ و ٢٠،٠٠٠ حالة بحلول ٢٠٥٠.
- وصل عدد كسور الورك السنوي في تركيا لعام ٢٠١٠ إلى ٢٤،٠٠٠ لدى الرجال والنساء البالغ عمرهم خمسين عاماً وأكثر، ويُتوقّع أن يصل إلى ٣٦،٠٠٠ في عام ٢٠٢٠.
- ويُقدّر أنّ عدد كسور الورك السنوي في السعودية للعام ٢٠١٠ وَصَل إلى ٩٠٠٠[٣]
- وصل عدد كسور الورك في إيران لعام ٢٠١٠ إلى ٥٠،٠٠٠ ويتوقع أن يصل إلى ٦٢،٠٠٠ لعام ٢٠٢٠.

ترقق العظم، مرضٌ مهمل

- نتج عن التنمية الاقتصادية تغيّرات اجتماعية اقتصادية سريعة في الدول المعنية بتقرير المراجعة هذا وأصبحت الأمراض غير المنقولة السبب الأوّل للمرض والوفيات.
- شدّد تقرير منظمة الصحة العالمية عن الوضع الصحي العالمي لعام ٢٠١٠ على أهمية عدة أمراض غير منقولة تضم أمراض القلب والأوعية الدموية وداء السكري والبدانة والسرطان وأمراض الانسداد الرئوي المزمن، إلا أنّه قد تمّ إهمال ترقق العظم بشكلٍ ملحوظ. ويحظى داء السكري ومرض الانسداد الرئوي المزمن في تركيا بأهمية أكبر من ترقق العظم.
- يُصنّف مستوى الوعي لدى أخصائيي الرعاية الصحيّة الأساسيين بين السيئ والمتوسط في دولٍ عدة.
- إنّ أصحاب المهن شبه الطبية غير مجهزين للعناية بمرضى ترقق العظم في كثيرٍ من البلدان.
- يُصنّف مستوى الوعي في بعض الاختصاصات، غالباً طبّ الغدد الصم وطبّ الروماتيزم وأحياناً جراحة العظام وطبّ النساء والتوليد، بين المتوسط والجيد في الأردن وإيران والعراق ولبنان والمغرب وفلسطين وسوريا وتركيا والإمارات العربية المتحدة.
- لا يندرج ترقق العظم ضمن المناهج الدراسية لكليات الطبّ في معظم الدول باستثناء لبنان والمغرب.
- إنّ مستوى وعي أخصائيي الرعاية الصحية في كينيا متدنٍ، ومعظم الأطبّاء الممارسون، باستثناء جرّاحي العظام وهم مدرّبون جيداً، يفتقرون للتجهيزات والتدريبات اللازمة لتشخيص ترقق العظم ومعالجته.

المنافسة مع الأمراض المُعدية

- إنّ الحكومات والمانحين ومنظمة الصحة العالمية في المنطقة يقومون تقليدياً بتركيز الاهتمام وتخصيص الموارد لمكافحة مرض الإيدز وفيروس نقص المناعة المكتسب وغيره من الأمراض المعدية.
- عانت البشرية من داء السِّل لآلاف السنين، وبالرغم من أنّ علاجات

السِّل الأولى تمّ اكتشافها منذ أكثر من ستين عاماً إلا أنّ السِّل ما زال يقتل ١,٧ مليون شخص سنوياً.[٤]

- يُتوقّع أن يتراوح عدد الوفيات الحاصلة بعد الإصابة بكسر في الورك بين ١,٤ مليون و٢ مليون وفاة سنوياً بحلول العام ٢٠٥٠، ومع ذلك ما زال هذا المدّ المرتفع غير معترف به على نطاق واسع.
- إنّ الحاجة ملحّة مثلاً في جنوب إفريقيا والكثير من البلدان الأخرى في المنطقة إلى إجراء إحصاءات دقيقة ومحدّدة عن نسبة انتشار المرض والكسور لتمكين المجتمعات من العمل بنجاح على تغيير السياسات.
- ما زال أمام ترقق العظم شوطاً طويلاً ليقطعه قبل أن يتمّ الاعتراف به كداءٍ خطير في البلدان التي تنتشر فيها أمراض مثل الإيدز وفيروس نقص المناعة المكتسب والسِّل وسوء التغذية وتتسبب حالياً بمعظم الوفيات فيها.
- فيما تتولى منظمة الصحة العالمية قيادة العمليات المركزية للسيطرة العالمية على داء السِّل فهي لم ترد حتى ذكراً لترقق العظم في تقريرها للعام ٢٠١٠ عن الوضع الصحي العالمي للأمراض غير المنقولة.

نقص الفيتامين "د"

- بالرغم من وفرة أشعة الشمس في الشرق الأوسط (١٥°- ٣٦° شمالاً) وإفريقيا (٣٥° جنوباً - ٣٧° شمالاً) إلا أنّ المنطقة تسجّل أعلى معدّلات داء الكساح، تليّن العظام، من حول العالم.
- يُقدّر أنّ انتشار عوز الفيتامين «د» يتراوح بين ٥٠ إلى ٩٠٪ في معظم البلدان ولمختلف الفئات العمرية، وفقاً للحدّ الأدنى المعيّن.
- تضمّ المنبئات الثابتة للمستويات المتدنية لـ ٢٥ هيدروكسي الفيتامين «د»: التقدّم في السِّن، النوع الاجتماعي «إناث»، تعدّد الولادات لدى المرأة، الموسم، اللباس المحافظ، تدني الوضع الاجتماعي الاقتصادي، والعيش في المدن.
- يصل الفيتامين «د» إلى أدنى مستوياته في دول الخليج في خلال فصل الصيف بسبب الحرّ الخانق لذلك الموسم ما يدفع الناس إلى البقاء في الداخل.
- قد لا تنطبق التوصيات والإرشادات العالمية حول الجرعات والمستويات اللازمة على سكان المنطقة.

تشكّل الكسور عبئاً شخصياً واجتماعياً واقتصادياً في الدول كافة

- قد تكون معدّلات الوفيات التالية لكسر الورك أعلى في هذه المنطقة مما هي لدى الشعوب في الغرب؛ تتراوح هذه المعدّلات بين ٢٥ و٣٥٪ لدى الشعوب في الغرب بينما تشكّل ضعفيْ إلى ثلاثة أضعاف ذلك في المنطقة هنا، كما ورد في دراسة مراجعة حديثة.[٥]
- تبيّن في إطار دراسة استرجاعية للرسوم البيانية حول ٢٧٤ مريض دخلوا مراكز العلاج المتخصصة بحالة كسر في الورك، بين عاميْ ١٩٩٢ و٢٠٠٢ في بيروت، لبنان، أنّ معدّل الوفيات ضمن مجموعة ثانوية من المجموعة الأولى للدراسة كان ٤٧٪ بالإجمال، ٧٣٪ رجالاً و٢٨٪ نساءً (القيمة الاحتمالية أقلّ من ٠,٠٠٠١)؛ ٧٠٪ من الوفيات حصلت في خلال السنة الأولى التالية للإصابة.[٦]
- تمّ توثيق حالات الوفاة في دراستيْ سلسلة حالات؛ دراسة في تركيا وتضمنت ٩٢ مريضاً مصاباً بكسر في الورك (٥٦ امرأة و٣٦ رجلاً) خضعوا للعملية مع ٣٦ شهراً من المتابعة حيث سُجِّلَ معدّل وفيات على ثلاث سنوات بنسبة ٦١٪ لدى النساء و٥٠٪ لدى الرجال[٧]. أمّا الثانية فهي دراسة استرجاعية في السعودية حيث سُجِّلَ معدّل وفيات على سنتين بنسبة ٢٧٪[٨].
- أبلغت دولٌ عدة عن فقدان الإنتاجية في العمل بعد التعرّض لكسر في الورك لفترة تتراوح بين ٣ و٦ أشهر. وجاء في إحدى الدراسات من لبنان أنّ ٨٠٪ من المرضى المصابين بكسر في الورك سيستعيدون في نهاية المطاف القدرة على المشي بشكلٍ طبيعي.
- كانت المعلومات حول التكاليف الاجتماعية ونوعية الحياة شبه معدومة.

قلة البيانات

- هناك نقصٌ كبير في البيانات الوبائية الثابتة في المنطقة ككل. وفي حال تواجدت البيانات فهي غالباً ما تكون غير مرتكزة على السكان ودرجة البرهان فيها تكون في أحسن الأحوال درجة مقبول كحدّ أعلى؛ من الأمثلة على ذلك: مصر والبحرين والإمارات العربية المتحدة.
- تتوفر بيانات منشورة حول معدّلات الإصابة بكسور الورك في ست دول فقط: إيران والكويت والسعودية ولبنان والمغرب وتركيا. تمّ تقديم بيانات إضافية غير منشورة حول كسور الورك في الأردن وسوريا. ولا تتوفر معدّلات انتشار الكسور الفقرية التي تظهر في شكل العظم (morphometric fracture) إلا في ثلاث دول ألا وهي لبنان والمغرب ومصر، أمّا المعلومات عن معدّل الإصابة بالكسور الفقرية التي تظهر في شكل العظم فلا تتوفر إلا من دراسة واحدة أجريت في لبنان.

- لا تتوفّر حاسبة فراكس (وهي أداة تقييم لخطر الكسور من منظمة الصحة العالمية) إلا في الأردن ولبنان وتونس وتركيا.

توفّر محدود لأدوات التشخيص

- إنّ معظم البلدان المعنية بتقرير المراجعة هذا تملك عدداً محدوداً من أجهزة قياس الكثافة العظمية المعدنية «دي أكس إي» (مقياس امتصاص الأشعة السينية ثنائي البواعث).
- في العراق مثلاً تصل نسبة توزيع أجهزة ماسحات «دي أكس إي» إلى ٠,٥ لكلّ مليون شخص، وفي المغرب ٠,٦ لكلّ مليون.
- في المقابل، توجد في تركيا والإمارات العربية المتحدة أكثر من ١٠ أجهزة قياس الكثافة العظمية المعدنية «دي أكس إي» لكلّ مليون شخص، وفي لبنان يصل العدد إلى ٢٠ جهاز لكلّ مليون شخص وذلك إن لم نحسب إلا أجهزة قياس الكثافة العظمية المعدنية «دي أكس إي» الموافق عليها من الهيئة العامة للغذاء والدواء FDA.
- للمقارنة، إنّ ٦٠٪ من الدول الأعضاء، في أوروبا، لديهم ١٠,٦ جهاز «دي أكس إي» على الأقلّ لكلّ مليون شخص (العدد الموصى به في أوروبا) وفقاً لما جاء في تقرير لعام ٢٠٠٨. أمّا في الصين فهناك ٠,٣ جهاز لكلّ مليون شخص.
- في بلاد عدّة، لا تتوفر أجهزة «دي أكس إي» إلا في المناطق المُدنية؛ فمثلاً في المغرب وسوريا ومصر والبحرين تتوفر أجهزة «دي أكس إي» إجمالاً في المدن الكبرى والعيادات الخاصة، ما يجعل أجهزة قياس الكثافة العظمية المعدنية بعيدة المنال بالنسبة لقسم كبير من السكان.

البرامج التعليمية وبرامج الوقاية المتعلقة بنمط الحياة

- تضم منطقة الشرق الأوسط وإفريقيا الشعوب الأكثر شباباً بالمقارنة مع ما جاء في تقارير المراجعة الثلاثة التي أجرتها مؤخراً المؤسسة الدولية لترقق العظم (آسيا؛ أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى؛ الشرق الأوسط وإفريقيا). ويكمن التحدي في تحفيز الشباب وإطلاق برامج تعليمية فعّالة لرفع مستوى الوعي العام حول المشكلة.
- ما من تطبيق لبرامج تعليمية عامة أو متعلقة بنمط الحياة في الكثير من الدول المعنية بتقرير المراجعة هذا، مثل مصر والمغرب والأردن.
- يوجد في كينيا وإيران برامج توعية عامة حكومية حول ترقق العظم وكسور الهشاشة من حيث الوقاية والتشخيص والإدارة.
- إنّ مستوى الوعي حول ترقق العظم متدنٍ عموماً في معظم البلدان المعنية بهذا التقرير؛ فلدى سكان المغرب مثلاً مستوى الوعي متدنٍ جداً، وكذلك لدى النساء الفلسطينيات في سِنّ ما بعد انقطاع الطمث. ويرتبط مستوى الوعي المتدني عند هذه المجموعة بالمستوى التعليمي المتدني، وقلة التواصل مع الخدمات الصحيّة، وكثرة أفراد العائلة الواحدة، وتدني الظروف الاقتصادية.

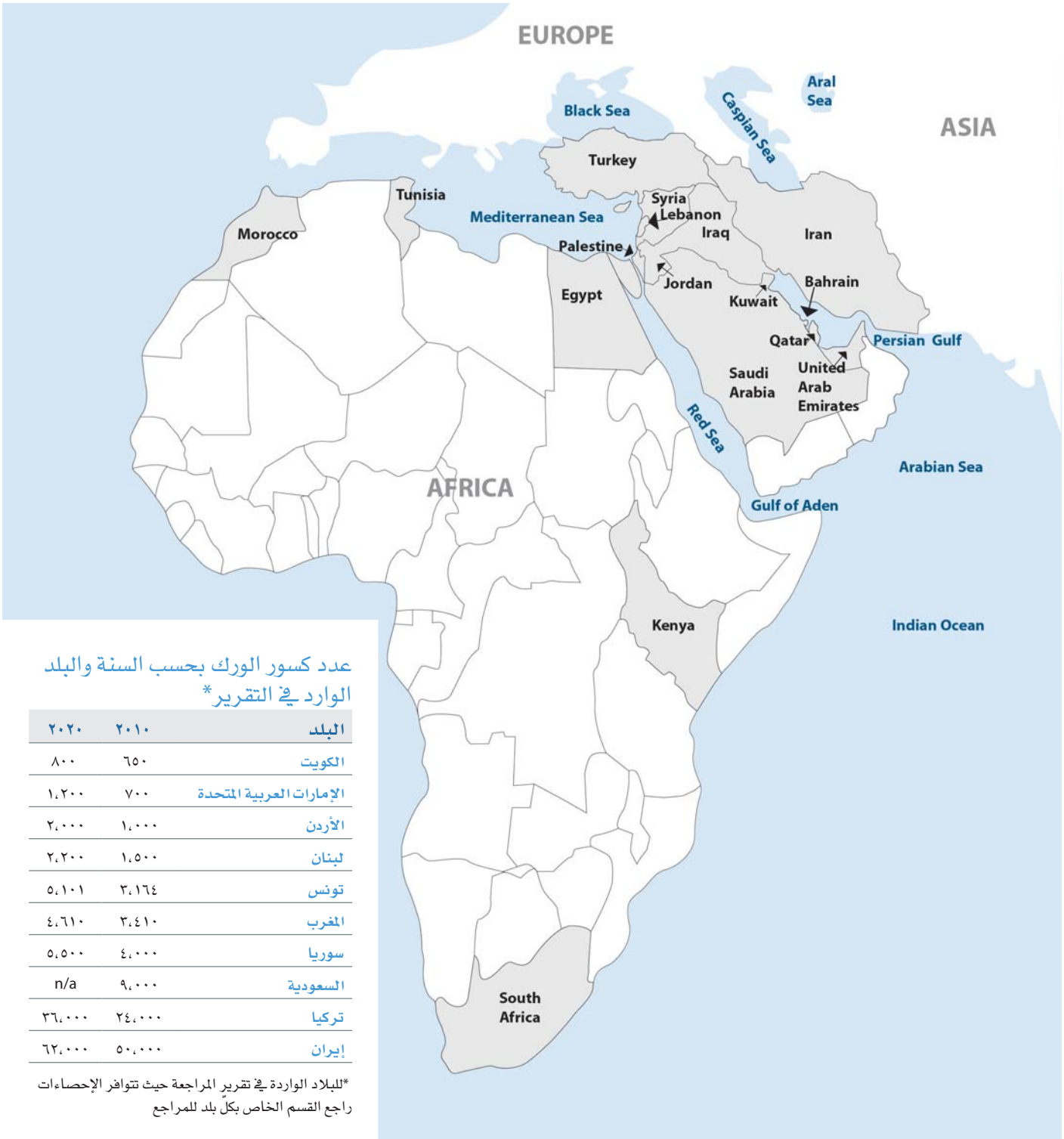
الإرشادات، والإقرارات والسياسات الحكومية

- لا يُعتبَر ترقق العظم أولويةً في مجال الصحة إلا في ثلاثة بلدان من أصل السبعة عشر بلداً المعنيين بهذا التقرير (إيران والعراق والأردن).
- تتوافر الإرشادات الوطنية الخاصة بترقق العظم في خمسة بلدان: مصر، وإيران، والعراق، ولبنان، وجنوب إفريقيا. وقد أقرّت وزارة الصحة هذه الإرشادات، وهي قيد الإقرار في إيران، وفي طور الإقرار في العراق.

المراجع:

1. Cooper C, Campion G, Melton LJ, 3rd (1992) Hip fractures in the elderly: a world-wide projection. Osteoporos Int 2:285
2. Ahmadi-Abhari S, Moayyeri A, Abolhassani F (2007) Burden of hip fracture in Iran. Calcif Tissue Int 80:147
3. Bubshait D, Sadat-Ali M.Economic implications of osteoporosis-related femoral fractures in Saudi Arabian society (2007) Calcif Tissue Int 81(6):455-8
4. Lawn SD, Zumla AI. (2011) Tuberculosis. Lancet; 378:57-72
5. Baddoura R, Hoteit M, El-Hajj Fuleihan G (in press). Osteoporotic fractures, DXA and fracture risk assessment: meeting future challenges in the Eastern Mediterranean Region. J Clin Densitom 2011 Aug 10 [Epub ahead of print]
6. Hreybe H, Salamoun M, Badra M, Afeiche N, Baddoura O, Boulos S, Haidar R, Lakkis S, Musharrafieh R, Nsouli A, Taha A, Tayim A, El-Hajj Fuleihan G (2004) Hip fractures in Lebanese patients: determinants and prognosis. J Clin Densitom 7(4):368-375
7. Oztürk I, Toker S, Ertürer E, Aksoy B, Seçkin F (2008) Analysis of risk factors affecting mortality in elderly patients (aged over 65 years) operated on for hip fractures. Acta Orthop Traumatol Turc 42(1):16-21
8. Al-Omran A, Sadat-Ali M (2006) Is early mortality related to timing of surgery after fracture femur in the elderly? Saudi Med J 27(4):507-510

المنطقة المعنية بتقرير المراجعة



تظهر الدول المعنية بالتقرير باللون الرمادي

عدد كسور الورك بحسب السنة والبلد الوارد في التقرير*

البلد	٢٠١٠	٢٠٢٠
الكويت	٦٥٠	٨٠٠
الإمارات العربية المتحدة	٧٠٠	١،٢٠٠
الأردن	١،٠٠٠	٢،٠٠٠
لبنان	١،٥٠٠	٢،٢٠٠
تونس	٣،١٦٤	٥،١٠١
المغرب	٣،٤١٠	٤،٦١٠
سوريا	٤،٠٠٠	٥،٥٠٠
السعودية	٩،٠٠٠	n/a
تركيا	٢٤،٠٠٠	٣٦،٠٠٠
إيران	٥٠،٠٠٠	٦٢،٠٠٠

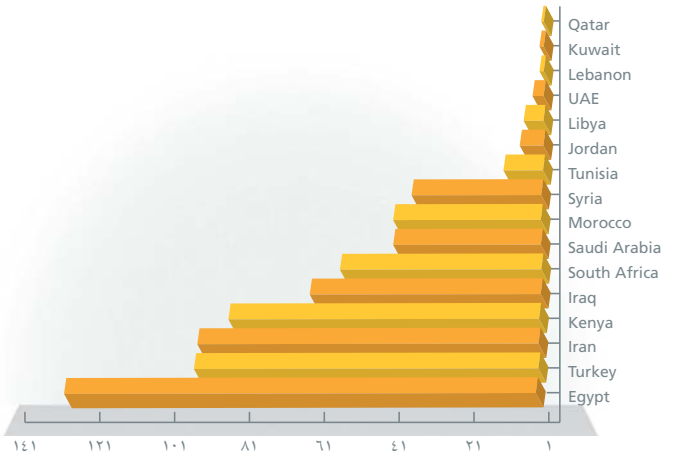
*للبلاد الواردة في تقرير المراجعة حيث تتوافر الإحصاءات
راجع القسم الخاص بكلّ بلد للمراجع

مقارنات أساسيّة

بيانات ديمغرافية

يُتوقّع بحلول العام ٢٠٥٠ أن تضمّ مصر أكبر عدد سكان في المنطقة مع ما يقارب ١٣٠ مليون نسمة ما يشكّل زيادة نسبتها ٥٠٪ مقارنةً مع عدد السكان الحالي، وأكثر من ٣٠٪ من سكان مصر سيكونون بسِنّ الخمسين عاماً وما فوق (الرسم ١). في لبنان، وإيران، وتونس، سيبلغ ٤٠٪ من السكان سِنّ الخمسين عاماً وما فوق مقارنةً مع النسبة الحالية البالغة ٢٠٪ في تونس ولبنان و١٥٪ في إيران.

الرسم ١: مجموع السكان لكلّ بلد بحلول ٢٠٥٠



المرجع: توقعات البنك الدولي

الجدول ١ أ: التوقعات السكانيّة: الشرق الأوسط في الأعوام ٢٠١٠، ٢٠٢٠، ٢٠٥٠

البلد	نسبة السكان البالغ عمرهم أكثر من ٥٠ سنة		
	٢٠١٠	٢٠٢٠	٢٠٥٠
البحرين	١٠،٣٪	١٧،٤٪	٣٢،٩٪
إيران	١٤،٩٪	١٩،٣٪	٣٩،٨٪
العراق	١٠،٢٪	١٢،٢٪	٢٣،٨٪
الأردن	١٠،٧٪	١٣،٩٪	٢٩،٨٪
السعودية	١٠،٦٪	١٦،٣٪	٣١،٥٪
الكويت	١١،٣٪	١٨،٦٪	٣٥،٤٪
لبنان	١٩،٨٪	٢٤،٣٪	٤٠،٠٪
قطر	٨،٥٪	١٠،٠٪	٢٨،٧٪
سوريا	١٠،٤٪	١٣،٦٪	٣٠،٥٪
تركيا	١٧،٨٪	٢٢،٤٪	٣٧،٥٪
الإمارات العربية المتحدة	٨،٤٪	١٣،٠٪	٢٧،٣٪
النطاق	٨،٤ – ١٩،٨٪	١٠،٠ – ٢٤،٣٪	٢٣،٨ – ٤٠،٠٪

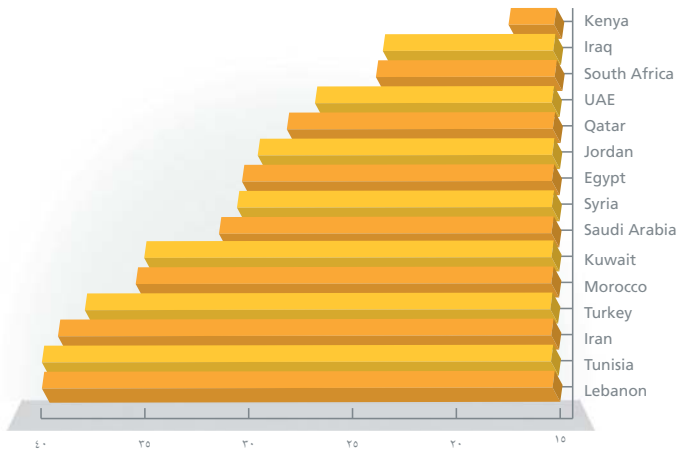
REF http://www.worldbank.org 3-2011

الجدول ١ب: التوقعات السكانيّة: إفريقيا في الأعوام ٢٠١٠، ٢٠٢٠، ٢٠٥٠

البلد	نسبة السكان البالغ عمرهم أكثر من ٥٠ سنة		
	٢٠١٠	٢٠٢٠	٢٠٥٠
الجزائر	١٤،٣٪	١٩،٠٪	٣٦،٣٪
مصر	١٤،٩٪	١٧،٤٪	٣٠،٣٪
كينيا	٨،٨٪	٩،٥٪	١٧،٣٪
ليبيا	١٣،٧٪	١٧،٧٪	٣٢،٠٪
المغرب	١٦،٩٪	٢٠،٦٪	٣٥،٨٪
جنوب أفريقيا	١٥،٣٪	١٧،٣٪	٢٤،١٪
تونس	١٩،٣٪	٢٣،٥٪	٤٠،٠٪
النطاق	٨،٨ – ١٩،٣٪	٩،٥ – ٢٣،٥٪	١٧،٣ – ٤٠،٠٪

REF http://www.worldbank.org 3-2011

الجدول ٢: تكلفة فحص «دي أكس إي» في البلاد المعنية بالدراسة

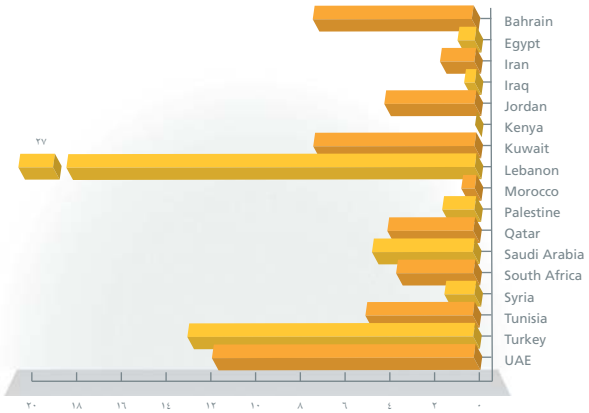


المرجع: توقعات البنك الدولي

أدوات التشخيص وتكاليفه

إنّ قياس الكثافة العظمية المعدنية باستعمال مقياس امتصاص الأشعة هو تقنية التشخيص المعيارية (DXA) "السينية ثنائي البواعث «دي أكس إي لتشخيص ترقق العظم. لكّن تقنية «دي أكس إي» مكلفة نسبياً ولا تتوفّر على نطاق واسع في الشرق الأوسط والبلدان الإفريقية الواردة في تقرير المراجعة هذا. إنّ عدد ماسحات «دي أكس إي" الموصى به إجمالاً لكلّ مليون شخص في أوروبا هو ١١.

الرسم ٣: عدد أجهزة "دي أكس إي" لكلّ مليون شخص في الشرق الأوسط وإفريقيا



SOURCE Kanis JA, data on file, 2010 and data supplied by IOF societies

ملاحظة: قد يتضمن تعداد أجهزة قياس الكثافة العظمية "دي أكس إي" أجهزة من نوع هولوجيك، ونورلاند، ولونار، بالإضافة إلى أجهزة أخرى لقياس الكثافة العظمية المعدنية غير موافق عليها من الهيئة العامة للغذاء والدواء.

تكلفة فحص الكثافة العظمية المعدنية باستعمال جهاز «دي أكس إي» في البلدان المعنية بالدراسة

تختلف تكلفة فحص "دي أكس إي" (الجدول ٢) كثيراً بين مكان وآخر ويجب أن تتم مقارنتها مع متوسط الدخل في كلّ بلد. ففي جنوب إفريقيا مثلاً يصل تقريباً متوسط الدخل الشهري للفرد إلى ٤٥٠ دولار أميركي (٢٠٠٨). إذاً إنّ تكلفة فحص الكثافة العظمية المعدنية «دي أكس إي» البالغة تكلفته ١٣٠ دولار أميركي تشكّل ثلث الدخل الشهري، وعلى معظم الناس أن يتحمّلوا التكلفة بنفسهم.

دورات تدريبية على قياس الكثافة العظمية

أجرت كلٌ من المؤسسة الدولية لترقق العظم IOF والجمعية الدولية لقياس الكثافة العظمية السريري (ISCD) دورات تدريبية عدة حول قياس الكثافة العظمية في المنطقة منذ العام ٢٠٠٠. وقد منحت المؤسسة الدولية لترقق العظم شهادات لأكثر من ٢٣٠ شخصاً في المنطقة، ومنحت الجمعية الدولية لقياس الكثافة العظمية السريري شهادات لأكثر من مئة شخص. تجدر الملاحظة أنّ الدورات التدريبية كافة التي أجرتها المؤسسة الدولية لترقق العظم قد نظمتها لجنة المجتمعات المحلية التابعة للجمعية العربية لترقق العظم. وقد ضمّت المؤسسة الدولية لترقق العظم والجمعية الدولية لقياس الكثافة العظمية السريري جهودهما لاستكمال العمل في إطار تعاون عالمي رسمي يسعى لإنشاء دورة تدريبية دولية من شأنها أن ترسي معايير جديدة لتعليم تشخيص ترقق العظم وإدارته.

الجدول ٢: تكلفة فحص "دي أكس إي" في البلاد المعنية بالدراسة

البلد	الدخل القومي الإجمالي للفرد (بالدولار الأميركي) (بيانات الأمم المتحدة ٢٠١٠)	الدخل الشهري (بالدولار الأميركي)	تكلفة فحص "دي أكس إي" (بالدولار الأميركي)
البحرين	٢٦،٦٦٣,٩٠	٢،٢٢١,٩٩	غير متوفر
مصر	٥،٨٨٩,٢٠	٤٩٠,٧٧	٥٠
إيران	١١،٧٦٤,٢٠	٩٨٠,٣٥	٤٨,٥
العراق	غير متوفر	غير متوفر	٦٠
الأردن	٥،٩٥٦,٠٠	٤٩٦,٣٣	٧٠
الكويت	٥٥،٧١٨,٦٠	٤،٦٤٣,٢٢	٥٠
لبنان	١٣،٤٧٤,٦٠	١،١٢٢,٨٨	٢٠-١٧٠**
المغرب	٤،٦٢٧,٦٠	٣٨٥,٦٣	١٠٠
فلسطين	غير متوفر	غير متوفر	٢٥
قطر	٧٩،٤٢٦,٦٠	٦،٦١٨,٨٨	غير متوفر
السعودية	٢٤،٧٢٦,٣٠	٢،٠٦٠,٥٣	غير متوفر
جنوب إفريقيا	٩،٨١٢,١٠	٨١٧,٦٨	١٣٠
سوريا	٤،٧٥٩,٩٠	٣٩٦,٦٦	٥٠
تونس	٧،٩٧٩,٣٠	٦٦٤,٩٤	٤٠
تركيا	١٣،٣٥٩,٢٠	١،١١٣,٢٧	٥٠
الإمارات العربية المتحدة	٥٨،٠٠٥,٨٠	٤،٨٣٣,٨٢	١٠٠-٢٠٠

*تكلفة الفحص الواحد الذي يشمل عادةً أكثر من موضع واحد (مثلاً العمود الفقري والورك)

**التكلفة الوسطية لفحص ثلاثة مواضع هي ٥٢ دولار أميركي بالاستناد إلى المعلومات التي قدّمها سبعين مركزاً يستخدمون أجهزة قياس الكثافة العظمية الموافق عليها من الهيئة العامة للغذاء والدواء (لونار، هولوجيك، نورلاند).

العلاجات

الجدول ٣: علاجات ترقق العظم المتوفّرة في كلّ بلد

البلد	البيسفوسفونات	العلاج بتعويض الهرمونات	معادلات مستقبلات هرمون الأستروجين الانتقائية	سترونتيوم رانيليت	الكالسيتونين	مضاهئات هرمون الغدة جار الدرقية
البحرين	المعلومات غير متوفرة	المعلومات غير متوفرة	المعلومات غير متوفرة	✓	المعلومات غير متوفرة	المعلومات غير متوفرة
مصر	✓	✓	✓	✓	✓	✓
إيران	✓	✓	✓	غير موجود	✓	✓
العراق	✓	✓	✓	غير موجود	✓	غير موجود
الأردن	✓	✓	✓	✓	✓	غير موجود
كينيا	✓	✓	✓	✓	✓	المعلومات غير متوفرة
الكويت	✓	✓	✓	✓	✓	✓
لبنان	✓	✓	✓	✓	✓	✓
المغرب	✓	✓	غير موجود	✓	✓	✓
فلسطين	✓	✓	✓	غير موجود	✓	✓
قطر	المعلومات غير متوفرة	المعلومات غير متوفرة	المعلومات غير متوفرة	✓	المعلومات غير متوفرة	المعلومات غير متوفرة
السعودية	✓	✓	✓	✓	✓	المعلومات غير متوفرة
جنوب إفريقيا	✓	✓	✓	✓	✓	✓
سوريا	✓	✓	✓	✓	✓	غير موجود
تونس	✓	✓	✓	✓	غير موجود	غير موجود
تركيا	✓	✓	✓	✓	✓	✓
الإمارات العربية المتحدة	✓	✓	✓	✓	✓	✓

n/a Information not available
*SERM Selective Estrogen Receptor Modulator

سياسة الحكومات والإرشادات وأولوية الصحة العامة

يدلّ الجدول التالي على البلدان حيث تمّ تحديد ترقق العظم كأولوية للصحة العامة والبلدان حيث تمّ وضع إرشادات حول ترقق العظم و/أو تمّ إقرارها من الحكومة.

الجدول ٤

البلد	ترقق العظم، أولوية في إطار الصحة العامة	إرشادات حول ترقق العظم	إرشادات أقرّتها الحكومة
	نعم	نعم	نعم
*البحرين			
*مصر		✓	
*إيران	✓	✓	في طور الإقرار
*العراق	✓	✓	✓
*الأردن	✓		
كينيا			
*الكويت			
*لبنان		✓	✓
المغرب			
*فلسطين			
قطر			
*السعودية			
جنوب إفريقيا		✓	في طور الإقرار
*سوريا			
*تونس			
تركيا	في طور التحقيق		
الإمارات العربية المتحدة			

*نشرَ ممثلون عن جمعيات ترقق العظم واختصاصيون من البلاد المعنية دراسة مراجعة وتوصيات حول ترقق العظم.
معلوف ج.، جناجي-يارد م.ه.، عز الدين ج.، لاريجاني ب.، بدوي س.، راشد أ.، زكراوي ل.، مصري ب.، عازار إ.، سابا إ.، نمّاري ر.، أديب ج.، أبو سمرا ه.، الراوي ز.، سلمان س.، المنتصر ك.، تارسين ر.، الخاروسي و.، اللمكي م.، العثمان أ.ن.، المرزوق ن.، الدسوقي م.، سليماني ر.، صالح ج.، سهيلي أ.ر.، خان أ.، دلماس ب.، سمعان إ. (٢٠٠٧) التفاعل العصبي للجهاز العضلي الهيكلي The Middle-East and North Africa Consensus on Osteoporosis (٢٠٠٧) J Musculoskelet Neuronal Interact ٧(٢):١٣١-١٤٣.

ملاحظة: لم يتمّ مسبقاً وضع معايير تحديد ترقق العظم كأولوية في إطار الصحة العامة في البلدان المعنية بهذا التقرير، وبالتالي فإنّ التصريحات الإيجابية تستند بمعظمها على آراء أهل الاختصاص.

سياسة التعويض

تتبع بعض الدول سياسة تعويض جيدة جداً لأدوات التشخيص والعلاجات بينما ينعدم التعويض تماماً في دولٍ أخرى وعلى المرضى أن يدفعوا تكاليف فحوصات التشخيص والعلاج.

الجدول ٥: سياسة التعويض بحسب البلد

البلد	العام	الخاص
البحرين	معلومات غير متوفرة	معلومات غير متوفرة
مصر	معلومات غير متوفرة	معلومات غير متوفرة
إيران	يتمّ تعويض ٧٠٪ من تكلفة فحص الكثافة العظمية المعدنية DXA من شركات التأمين الحكومي، وبعض الشركات لا تدفع إلا إذا كانت الوصفة الطبية محرّرة من اختصاصي الغدد الصمّاء أو اختصاصي الروماتيزم أو اختصاصي أمراض الكلى. ويغطي التأمين الحكومي تكلفة أدوية ترقق العظم الإيرانية الصنع كلّها ما عدا الأدوية من مضاهئات هرمون الغدة جار الدرقية.	يتم التعويض بنسبة ١٠٠٪ لفحص الكثافة العظمية المعدنية DXA . تدفع شركات التأمين الخاص تكلفة الأدوية الإيرانية الصنع كافةً.
العراق	يتمّ تعويض الفحوصات والعلاجات	
الأردن	يتمّ تعويض الفحوصات والعلاجات	يتمّ تعويض معظم الفحوصات والعلاجات
كينيا	لا تعويض	التعويض موجود
الكويت	يتمّ تعويض الفحوصات والعلاجات للمواطنين.	التعويض موجود لكن مع حدّ أدنى من الرسوم للأجانب.
لبنان	يتمّ تعويض الفحوصات والعلاجات بنسبة ٨٠ إلى ١٠٠٪ بشرط تقديم إثبات.	يتمّ تعويض الفحوصات والعلاجات وفقاً للأحكام الخاصة لخطة التأمين، وتكون عادةً مع تغطية متكاملة إضافية لتعويض الأدوية.
المغرب	يتمّ تعويض تكاليف التشخيص للمرضى المسجّلين في الضمان الصحيّ ومن دون قيود. ويتمّ تعويض الأدوية المتوفرة للمرضى المسجّلين في الضمان الصحي ومن دون قيود.	تختلف النسب وقيود التعويض وفقاً لنوع التأمين الخاص. يتم تعويض تكلفة الأدوية المتوفرة من قبل شركات التأمين الخاص ولكن مع نسب تعويض مختلفة (٧٠–٩٨٪) وللبعض يكون ذلك بعد الكسر الأوّل.
فلسطين	معلومات غير متوفرة	معلومات غير متوفرة
قطر	معلومات غير متوفرة	معلومات غير متوفرة
السعودية	معلومات غير متوفرة	معلومات غير متوفرة
جنوب إفريقيا	لا تعويض	يتم التعويض في حالات نقص العظم الحادّة، وترقق العظم، وكسور الهشاشة، ووجود عوامل الخطر، وللمرضى الذين لديهم الخطط التأمينية ذات الحدّ الأعلى.
سوريا	بشكل جزئي لموظفي الدولة	يتم تعويض الفحوصات التي تم إجراؤها حديثاً والأدوية المحليّة الصنع.
تونس	يتمّ تعويض علاجات ترقق العظم. لا يتمّ تعويض فحوصات التشخيص.	يتمّ تعويض الفحوصات والعلاجات.
تركيا	ما من قيود على تعويض فحص الكثافة العظمية المعدنية السنوي DXA، بينما تتمّ تغطية العلاج وفقاً لقواعد التعويض.	تنطبق قواعد التأمين الحكومي لتعويض فحص الكثافة العظمية المعدنية DXA وتعويض العلاجات
الإمارات العربية المتحدة	يتمّ التعويض لمواطني الإمارات العربية المتحدة/ ما من قيود.	يتمّ التعويض عادةً لمعظم الأجانب/ ما من قيود.

REF Kanis JA, Johnell O (2005) Requirements for DXA for the management of osteoporosis in Europe. Osteoporos Int 16: 229-238

حالة الفيتامين "د" في الشرق الأوسط وإفريقيا

بالرغم من وفرة أشعة الشمس في الشرق الأوسط (١٥° - ٣٦° شمالاً) وإفريقيا (٣٥° جنوباً - ٣٧° شمالاً) إلا أنّ المنطقة تسجّل أعلى معدّلات داء الكساح، تليّن العظام، من حول العالم. ويُعزى ذلك أساساً إلى التعرّض المحدود لأشعة الشمس بسبب الممارسات الثقافية، وتعدد الولادات، والإرضاع المطوّل، من دون تناول مكمّلات الفيتامين «د» في الشرق الأوسط[١]، وإلى لون البشرة الداكن ونقص الكالسيوم، بدلاً من نقص الفيتامين «د»، في بلدان إفريقية عدة[٢]. إلا أنّ كلتيْ المنطقتين تشهدان انتشاراً واسعاً لعوز الفيتامين "د"، بل هو شائع جداً ويطال حتى الأطفال[٣،٤]. إنّ نسبة كبيرة من الفتيات المراهقات، نسبة تصل إلى ٧٠٪ في إيران[٥] وإلى ٨٠٪ في السعودية[٦]، تعاني من مستويات ٢٥ هيدروكسي فيتامين "د" أدنى من ٢٥ نانومول/لتر. أمّا في لبنان فكانت النِسَب ٣٢٪ عند الفتيات، و٩٪ إلى ١٢٪ لدى الفتيان من المراهقين[٧،٨]. إنّ عوامل الخطر المستقلة المساهمة في تدني مستويات ٢٥ هيدروكسي فيتامين "د"[٥-٧،١١] لدى الرُضّع هي الإسهال وحالة الفيتامين "د" لدى الأم[٩،١٠]، ولدى الأطفال الأكبر سناً العوامل هي النوع الاجتماعي-إناث، وأسلوب اللباس، والموسم، والوضع الاجتماعي الاقتصادي. وتشكّل عدّةٌ من هذه العوامل منبئات لاستهلاك الكالسيوم والفيتامين "د"[١٢].

بيّنت دراسة السجل الأردني الوطني الأوّل لترقق العظم FiJoNOR (٢٠٠٤-٢٠٠٥)، التي أجريت على عيّنة محلية من ٨٢١ امرأة بعمر يتراوح بين ٢٠ و٨٩ عاماً، أنّ ٥٠,٣٪ يعانين من قصور في الفيتامين «د» (مستوى ٢٥ هيدروكسي فيتامين «د» أقلّ من ٥٠ نانومول/لتر) و٣٣,٣٪ يعانين من نقص (مستوى ٢٥ هيدروكسي فيتامين «د» أقلّ من ٢٥ نانومول/لتر)[١٣].

أجريَت الدراسة الأولى للبالغين في المنطقة على طلاب جامعيين ومسّنين من السعودية وأظهرت متوسط مستوى ٢٥ هيدروكسي فيتامين "د" يتراوح بين ١٠ و٣٠ نانومول/لتر[١٤]. بلغ متوسط مستوى ٢٥ هيدروكسي فيتامين "د" حوالى ٢٥ نانومول/لتر لدى النساء اللبنانيات والسعوديات والإماراتيات والإيرانيات[١٥-١٨]، وكان متوسط المستوى لدى المسّنات اللبنانيات مماثلاً. اختلفت نسب الأشخاص الذين لديهم مستويات فيتامين "د" أدنى من الحدود المعيّنة، فكانت بين ٦٠ إلى ٦٥٪ في لبنان والأردن وإيران[١٥،٢٠،٢١]؛ وبلغت ٤٨٪ لحدّ أقل من ٣٧,٥ نانومول/لتر لدى الأفراد من تونس[٢٢]. بالنسبة للمسّنين من اللبنانيين، ٣٧٪ من الرجال و٥٦٪ من النساء لديهم مستويات فيتامين "د" أدنى من ٢٥ نانومول/لتر. وقد أظهرت دراسة مماثلة أجريَت على النساء المصابات بترقق العظم أنّ أعلى نسبة لعوز الفيتامين "د" موجودة في الشرق الأوسط؛ إنّ الكميات غير الكافية من الفيتامين "د"، والعيش في المدن، والنوع الاجتماعي من الإناث، ولبس الحجاب، وفصل الشتاء، والعمر، وكثرة الإنجاب، كلها منبئات لمستويات الفيتامين "د" المنخفضة[١٦،٢٠-٢٢]. إنّ حديثي الولادة من أمهات ذات مستويات فيتامين "د" منخفضة يعانون من انخفاض مستويات الفيتامين "د" في الحبل السُرّي وقد يتعرّضون لمرض الكساح وغيره من المضاعفات[٢٣-٢٥]. وتبيّن الدراسات من السعودية والكويت والإمارات العربية المتحدة وإيران أنّ ١٠ إلى ٦٠٪ من الأمهات و٤٠ إلى ٨٠٪ من أطفالهم المولودين حديثاً لديهم مستويات فيتامين «د» منخفضة غير ملحوظة (٠-٢٥ نانومول/لتر) عند الولادة[٢٦-٢٩]. لم يتمّ شرح نتائج ما بعد الولادة في معظم الدراسات. ويرتبط عامل المستوى الاجتماعي الاقتصادي الجيد وعامل الحصول على الفيتامين «د» بمستويات فيتامين "د" أعلى[٢٩].

يظهر الأثر السلبي لمستوى الفيتامين "د" المنخفض في العلاقة العكسية بين الفيتامين "د" ومستويات هرمون الغدة جار الدرقية PTH الملاحظ لدى اللبنانيات من كافة الفئات العمرية والإماراتيات والإيرانيات (معامل الترابط r= -٠,٢- ٠,٢٥-٠) [١٨،٢٠،٣١]. تمت ملاحظة ترابط إيجابي بين مستوى ٢٥ هيدروكسي فيتامين "د" والكثافة العظمية المعدنية للعمود الفقري، لكن ليس للورك (الدرجة المعيارية Z-score) لدى النساء الإيرانيات في فترة ما بعد انقطاع الطمث[٣٢]. كما تمت ملاحظة ترابط مماثل بين المسّنات اللبنانيات مع الكثافة العظمية المعدنية للعمود الفقري والورك والساعد (معامل الترابط r=٠,١٣-٠,٣) ولكنّ الترابط ما عاد قائماً بعد التسوية بحسب العمر، والطول، ووزن الأنسجة غير الدهنية، ومستويات هرمون الغدة جار الدرقية [١٠٢]، بالتناسق مع النتائج لدى النساء الإيرانيات[٢٠].

قد يكون لحالة الفيتامين "د" لدى الأمّ أثرٌ على حجم الرُضّع أو على الكتلة العظمية لديهم[٣]. لم يُلحَظ أي تأثير لمستويات الفيتامين "د" لدى الأم على وزن حديثي الولادة في إطار عيّنة من ٥٠ أمّاً وأطفالهم المولودين حديثاً في إيران بعد التسوية بحسب طول الأم وعمرها وعدد الولادات لديها[٢٦]. وفي المقابل، في إطار عيّنة من ٤٤٩ امرأة وأطفالهم المولودين حديثاً في طهران، كان حديثو الولادة من أمّهات يحصلنّ على الكميات اللازمة من الكالسيوم والفيتامين "د" أطول بـ ٠,٩ سنتمر وكانت نتائج حرز "أبغار" (المعتمد لتقييم حديثي الولادة Apgar) أفضل عند الولادة[٣٣]. وقد أدى تناول مكمّلات الفيتامين «د» لمدة سنة واحدة إلى زيادة وزن الأنسجة غير الدهنية والمساحة العظمية والكتلة العظمية لدى المراهقات اللبنانيات ضمن تجربة موجّهة تمّ اختيار أفرادها عشوائياً[٨].

والخلاصة هي أنّ مستويات الفيتامين «د» كانت منخفضة بالنسبة للفئات العمرية كافة في المنطقة؛ والمنبئات الثابتة لهذه المستويات المنخفضة هي:

- التقدّم في السّن
- النوع الاجتماعي-الإناث
- تعدد الولادات
- فصل الشتاء، باستثناء في بلاد الخليج العربي حيث تمت ملاحظة

نمط عكسي يقلّ فيه التواجد في الخارج بسبب الحرّ الخانق في خلال أشهر الصيف.

- اللباس المتحفّظ
- تدني الوضع الاجتماعي الاقتصادي والعيش في المدن

إنّ الأثر السلبي لمستويات الفيتامين «د» المنخفضة على مؤشرات أيض المعادن في العظم، والتحسُّن الواضح في المعالم العضلية الهيكلية مع تناول مكمّلات الفيتامين «د» ضمن الدراسة على المراهقات اللبنانيات، يتناغمان مع الاستنتاجات من حول العالم، ولو كانت تُعنى بالبالغين أساساً، ويدعمان التوصيات الداعية إلى تحسين حالة الفيتامين «د» لدى سكّان المنطقة. كما تأتي هذه النتائج بالتناسق مع التوصيات الأخيرة من المؤسسة الدولية لترقق العظم ومعهد الطبّ الأميركي، ولكنّه من المستبعد أن تنطبق التوصيات الموضوعة للشعوب في الغرب على شعوب المنطقة من دون أيّ تغيير.

Adapted from Mithal A., Wahl D.A., Bonjour J-P. et al. on behalf of the IOF Committee of Scientific Advisors (CSA) Nutrition Working Group. (2009) Global vitamin D status and determinants of hypovitaminosis D. Osteoporos Int 20:1807-1820.

الجدول ١: انتشار عوز الفيتامين "د" بحسب البلد لدى الأطفال في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

المؤلف	السنة	البلد - المدينة	خط العرض	العدد	العمر (بالسنوات)		٢٥ هيدروكسي فيتامين «د» نانوغرام/مللتر			المنبّئات	ملاحظات
					النوع الاجتماعي	متوسط ± نطاق الانحراف المعياري	المتوسط ± الانحراف المعياري	٪ أقلّ من ١٠-١٢	٪ بين ١٠ و٢٠		
الحاج فليحان	٢٠٠١	لبنان-بيروت	٣٣° شمالاً	٣٤٦	٨١ فتيان ٨٨ فتيات	١٣,٣ ± ١,٦	فتيان:١٩ ± ٧ فتيات:١٥ ± ٨ الكلّ:١٧ ± ٨	فتيان: ٩٪ فتيات: ٣٢٪ الكلّ: ٢١٪	فتيان: ٤٦٪ فتيات: ٤٢٪ الكلّ: ٤٤٪	النوع الاجتماعي الموسم الوضع الاجتماعي الاقتصادي	تمّ اختيار الأطفال من ثلاث مدارس ومن أوضاع اجتماعية اقتصادية مختلفة
					٨٣ فتيان ٩٤ فتيات	١٣,٣ ± ١,٧	فتيان:٢٤ ± ٦ فتيات:١٩ ± ٧ الكلّ:٢٢ ± ٧	فتيان: ٠٪ فتيات: ٨٪ الكلّ: ٤٪	فتيان: ٢٥٪ فتيات: ٤٦٪ الكلّ: ٣٦٪	اللباس	
بهيجري	٢٠٠١	السعودية - جدّة	٢١° شمالاً	٩٣٥		٤-٧٢ شهر	٤-٦ شهر:٢٦,٢ ± ١٤,١ ٦-١٢ شهر:٢٤,٩ ± ١٤,١ ١٢-٢٤ شهر:٢٤,٦ ± ١٤ ٢٤-٣٦ شهر:٦,٧ ± ١١,٣ ٣٦-٧٢ شهر:٤,٢ ± ١١,٥	بين ٥ و١٠ نانوغرام/مللتر ٤-٦ أشهر: ١٤٪ ٦-١٢ شهر: ١٣٪ ١٢-٢٤ شهر: ١٤٪ ٢٤-٣٦ شهر: ٤٪ ٣٦-٧٢ شهر: ٨٪	حالات الإسهال الاستهلاك الغذائي للفيتامين «د» التعرّض للشمس	طريقة اختيار عشوائية تشمل المحافظات كافة ومختلف الأوضاع الاجتماعية الاقتصادية
موساوي	٢٠٠٥	إيران - أصفهان	٣٢° شمالاً	٣١٨	١٥٣ فتيان ١٦٥ فتيات	١٤-١٨	فتيان: ٣٧,٣ ± ١٨,٨ فتيات: ١٦,٨ ± ٨,٤	أقلّ من ٢٠ نانوغرام/مللتر فتيان: ١٨٪ فتيات: ٧٢٪		النوع الاجتماعي التعرّض للشمس	اختيار عشوائي متعدد المراحل ومتقاطع من المدارس
دهيفار	٢٠٠٦	إيران - طهران	٣٥° شمالاً	٤١٤	فتيات	١١-١٥	الكلّ: ٣٠	الكلّ: ٣,٦٪		استهلاك الكالسيوم التعرّض للشمس	اختيار عشوائي متقاطع من المدارس
الحاج فليحان	٢٠٠٦	لبنان - بيروت	٣٣° شمالاً	٣٦٣	١٨٤ فتيان ١٧٩ فتيات	١٠-١٧	الكلّ: ١٦ ± ٩	فتيان: ١٢٪ فتيات: ٣٣٪	فتيان: ٦٦٪ فتيات: ٥١٪	النوع الاجتماعي موسم الشتاء	عيّنة مختارة بحسب التيسير، من أربع مدارس مختلفة، وذات تمثيل جغرافي واجتماعي اقتصادي متوازن.
صديقي	٢٠٠٧	السعودية - جدة	٢١° شمالاً	٤٣٣	فتيات	١٢-١٥		الكلّ: ٨١٪		الدخل العائلي، التعرّض للشمس، استهلاك منتجات الحليب	اختيار عشوائي من مدارس مختلفة

* يُقاس مستوى ٢٥ هيدروكسي فيتامين "د" بوحدة نانومول/لتر إلا إذا جاء غير ذلك. يتمّ التحويل من نانومول/لتر إلى نانوغرام/مللتر عبر القسمة بـ ٢,٤٩٦

REF El-Hajj Fuleihan G. (2009) Vitamin D Deficiency in the Middle East and its Health Consequences. Clinical Reviews in Bone and Mineral Metabolism 7:77-93

الجدول ٢: انتشار عوز الفيتامين "د" بحسب البلد لدى البالغين في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

المؤلف	السنة	البلد – المدينة	خط العرض	العدد	النوع الاجتماعي	العمر (بالسنوات) متوسط ± نطاق الانحراف المعياري	٢٥ هيدروكسي فيتامين «د» نانوغرام/مللتر			المنبّئات	ملاحظات
							المتوسط ± الانحراف المعياري	٪ أقلّ من ١٠-١٢	٪ بين ١٠ و٢٠		
الصنباطي	١٩٩٦	الكويت – مدينة الكويت	٢٩° شمالاً	٧٢	نساء: ٥٠ محجبات ٢٢ غير محجبات	١٤–٤٥	محجبات: ٢٥,٨ غير محجبات : ١٢ ±٣,٣		**أقلّ من ٨ نانوغرام/مللتر** محجبات: ٨٦٪	الحجاب	دراسة للحالات والشواهد، عيّنة مختارة بحسب التيسير
الحاج فليحان	١٩٩٩	لبنان – بيروت	٣٣° شمالاً	٤٦٥	نساء	١٥– ٦٠	الكلّ: ١١ ±١٤	الكلّ: ٦٠٪	الكلّ: ٣٥٪	الحجاب	عينة مختارة عشوائياً من بلدة في وسط لبنان
غنّام	١٩٩٩	السعودية– الرياض	٢٤° شمالاً	٣٢١	نساء	٥٠> – ١٠	الكلّ: ٨± ١٠	الكلّ: ٥٢٪		الرضاعة وتعدد الولادات	دراسة أتراب، عينة مختارة حسب التيسير من خلال الإعلانات
غناج	٢٠٠٠	لبنان – بيروت	٣٣° شمالاً	٣١٠	٩٩ رجال ٢١٧ نساء	٣٠–٥٠	رجال: ١٤,٣ ±٧,٥ نساء: ٧,٦ ±٥,٨ الكلّ: ٩,٧ ±٧,١	**أقلّ من ١٢ نانوغرام/مللتر** رجال: ٤٨٪ نساء: ٨٤٪ **أقلّ من ٥ نانوغرام/مللتر** رجال: ٤١٪ محجبات: ٦٢٪		استهلاك "د" الفيتامين في المدن الحجاب كثرة الولادات	عينة مختارة حسب التيسير من مراكز العيش مدنية وريفية مختلفة
مشعل	٢٠٠١	الأردن –عمان	٣١° شمالاً	١٤٦	٢٢ رجال ١٢٤ نساء	١٨–٤٥	**فصل الصيف** رجال: ٤٣,٨ ±٥,٢ النساء بحسب اللباس: الغربي: ٣٦,٧ ±٦,١ الحجاب:٢٨,٣ ±٤,٥ النقاب:٢٤,٣ ±٥,٨ **فصل الشتاء** رجال:٣٤,٧ ±٤,٢ النساء بحسب اللباس: الغربي:٣٠,٩ ±٤,٦ الحجاب:٢٤,٤ ±٣,٩ النقاب:٢٢,٧ ±٣,٠	**٥– ١٢ نانوغرام/مللتر** **فصل الصيف** رجال: ١٨٪ النساء بحسب اللباس: الغربي: ٣١٪ الحجاب: ٥٥٪ النقاب: ٧٥٪ **فصل الشتاء** رجال: ٤٦٪ النساء بحسب اللباس: الغربي: ٧٥٪ الحجاب: ٧١٪ النقاب: ٨٢٪		نوع اللباس فصل الشتاء	عينة مختارة حسب التيسير
مرسعيد	٢٠٠٤	إيران– طهران	٣٥° شمالاً	١١٧٢	٦٨٢ رجال ٤٩٠ نساء	٣– ٦٩	رجال: ٣٥ ±٢٦ نساء: ٢١ ±٢٢	**أقلّ من ٢٠ نانوغرام/مللتر** رجال: ٣٥٪ نساء: ٦٩٪		الموسم	عيّنة عشوائية متفاوتة. تغاير أكثر من النساء.
مديب	٢٠٠٥	تونس– تونس	٣٦° شمالاً	٣٨٩	١٢٨ رجال ٢٦١ نساء	٢٠– ٦٠	محجبات: ١٤ غير محجبات: ١٧	**أقلّ من ١٥ نانوغرام/مللتر** الكلّ: ٤٧٪ محجبات: ٧٠٪ غير محجبات: ٥٠٪		العمر الحجاب تعدد الولادات انقطاع الطمث فصل الشتاء	استجواب وصفي مستعرض
هاشمي بور	٢٠٠٦	إيران– طهران	٣٥° شمالاً	١٢١٠	٤٩٥ رجال ٧١٥ نساء	٢٠–٦٩	الكلّ: ١٣ ±١٦,٥	**أقلّ من ٥ نانوغرام/مللتر** الكلّ: ٩٪ **٥–١٠ نانوغرام/مللتر** الكلّ: ٥٦٪		النوع الاجتماعي الموسم	عينة متفاوتة عشوائية من سكّان طهران
سعادي	٢٠٠٦	الإمارات العربية المتحدة– العين	٢٤° شمالاً	٢٥٩	نساء	٢٠–٨٥	الكلّ: ١٠,١ ±٤,٣	**أقلّ من ٨ نانوغرام/مللتر** ما قبل انقطاع الطمث: ٣٩٪		الموسم (متدنٍ خلال فصل الصيف بسبب تجنّب الحرّ)	تمّ استجلاب المعنيين بالدراسة من خلال الإعلانات. كانت مستويات الفيتامين "د" منخفضة لدى الجميع.
عرابي	٢٠٠٦	لبنان– بيروت	٣٣° شمالاً	٤٤٣	١٥٧ رجال ٢٨٦ نساء	٦٥ –٨٥	**المتوسط** رجال: ١١,٣ نساء: ٩,٦	رجال: ٣٧٪ نساء: ٥٦٪	رجال: ٥٧٪ نساء: ٣٩٪	النوع الاجتماعي	اختيار عشوائي بالاستناد على الخرائط الجغرافية
حسين باناه	٢٠٠٨	إيران– طهران	٣٥° شمالاً	٢٤٥	نساء في سنّ ما قبل انقطاع الطمث	٤٠ – ٨٠	الكلّ: ٢٩,٢ ±٢٤,٩	الكلّ: ٥٪	الكلّ: ٣٨٪	انقطاع الطمث	عينة مختارة عشوائياً بالتقاطع

* يُقاس مستوى ٢٥ هيدروكسي فيتامين «د» بوحدة نانومول/لتر إلا إذا جاء غير ذلك. يتمّ التحويل من نانومول/لتر إلى نانوغرام/مللتر عبر القسمة بـ ٢,٤٩٦

REF El-Hajj Fuleihan G. (2009) Vitamin D Deficiency in the Middle East and its Health Consequences. Clinical Reviews in Bone and Mineral Metabolism 7:77-93.

المراجع:

1. Baroncelli G, Bereket A, El Kholy M et al (2008) Rickets in the Middle East: role of environment and genetic predisposition. J Clin Endocrinol Metab 93:1743–1750
2. Pettifor JM (2004) Nutritional rickets: deficiency of vitamin D, calcium, or both? Am J Clin Nutr 80:1725S–1729S
3. Kimball S, Fuleihan GEH, Vieth R (2008) Vitamin D: a growing perspective. Crit Rev Clin Lab Sci 45:339–414
4. El-Hajj Fuleihan G (2009) Vitamin D deficiency in the Middle East and its health consequences. In: Holick MF (ed) Vitamin D: physiology, molecular biology, and clinical applications, 2nd edn. Humana Press, New Jersey
5. Moussavi M, Heidarpour R, Aminorroaya A et al (2005) Prevalence of vitamin D deficiency in Isfahani High School students in 2004. Horm Res 64:144–148
6. Siddiqui AM, Kamfar HZ (2007) Prevalence of vitamin D deficiency rickets in adolescent school girls in Western region, Saudi Arabia. Saudi Med J 28:441–444
7. El-Hajj Fuleihan G, Nabulsi M, Choucair M et al (2001) Hypovitaminosis D in healthy schoolchildren. Pediatrics 107:E53
8. El-Hajj Fuleihan G, Nabulsi M, Tamim H et al (2006) Effect of vitamin D replacement on musculoskeletal parameters in school children: a randomized controlled trial. J Clin Endocrinol Metab 91:405–412
9. Bahijri SM (2001) Serum 25-hydroxy cholecalciferol in infants and preschool children in the Western region of Saudi Arabia— etiological factors. Saudi Med J 22:973–979
10. Dawodu A, Dawson KP, Amirlak I et al (2001) Diet, clothing, sunshine exposure and micronutrient status of Arab infants and young children. Ann Trop Paediatr 21:39–44
11. Dahifar H, Faraji A, Ghorbani A, Yassobi S (2006) Impact of dietary and lifestyle on vitamin D in healthy student girls aged 11–15 years. J Med Invest 53:204–208
12. Salamoun MM, Kizirian AS, Tannous RI et al (2005) Low calcium and vitamin D intake in healthy children and adolescents and their correlates. Eur J Clin Nutr 59:177–184
13. FiJoNOR Survey, first announced in June 2005 in a meeting in Amman, Jordan. Published in poster presentations at various regional meetings. Vitamin D results to be presented in poster at 1st Middle-East & Africa Osteoporosis Meeting, Dubai, October 19-222, 2011
14. Sedrani SH, Elidrissy A, Elarabi KM (1983) Sunlight and vitamin D status in normal Saudi subjects. Am J Clin Nutr 38:129–132
15. El-Hajj Fuleihan G, Deeb M (1999) Hypovitaminosis in a sunny country. N Engl J Med 340:1840–1841
16. Gannage-Yared MH, Chemali R, Yaacoub N, Halaby G (2000) Hypovitaminosis D in a sunny country: relation to lifestyle and bone markers. J Bone Miner Res 15:1856–1862
17. Ghannam NN, Hammami MM, Bakheet SM, Khan BA (1999) Bone mineral density of the spine and femur in healthy Saudi females: relation to vitamin D status, pregnancy, and lactation. Calcif Tissue Int 65:23–28
18. Saadi HF, Nagelkerke N, Sheela B et al (2006) Predictors and relationships of serum 25 hydroxyvitamin D concentration with bone turnover markers, bone mineral density, and vitamin D receptor genotype in Emirati women. Bone 39:1136–1143
19. Arabi A, Baddoura R, Awada H et al (2006) Hypovitaminosis D osteopathy: is it mediated through PTH, lean mass, or is it a direct effect? Bone 39:268–275
20. Hashemipour S, Larijani B, Adibi H et al (2006) The status of biochemical parameters in varying degrees of vitamin D deficiency. J Bone Miner Metab 24:213–218
21. Mishal AA (2001) Effects of different dress styles on vitamin D levels in healthy young Jordanian women. Osteoporos Int 12:931–935
22. Meddeb N, Sahli H, Chahed M et al (2005) Vitamin D deficiency in Tunisia. Osteoporos Int 16:180–183
23. El Sonbaty MR, AbdulGhaffar NU (1996) Vitamin D deficiency in veiled Kuwaiti women. Eur J Clin Nutr 50:315–318
24. Mirsaeid Ghazi AA, Rais Zadeh F, Pezeshk P, Azizi F (2004) Seasonal variation of serum 25 hydroxy D3 in residents of Tehran. J Endocrinol Invest 27:676–679
25. Biale Y, Shany S, Levi M et al (1979) Hydroxycholecalciferol levels in Beduin women in labor and in cord blood of their infants. Am J Clin Nutr 32:2380–2382
26. Bassir M, Laborie S, Lapillonne A et al (2001) Vitamin D deficiency in Iranian mothers and their neonates: a pilot study. Acta Paediatr 90:577–579
27. Ainy E, Ghazi AAM, Azizi F (2006) Changes in calcium, 25 (OH) vitamin D3 and other biochemical factors during pregnancy.J Endocrinol Invest 29:303–307
28. Molla AM, Al Badawi M, Hammoud MS et al (2005) Vitamin D status of mothers and their neonates in Kuwait. Pediatr Int 47:649–652
29. Serenius F, Elidrissy ATH, Dandona P (1984) Vitamin D nutrition in pregnant women at term and in newly born babies in Saudi Arabia. J Clin Pathol 37:444–447
30. Hosseinpanah F, Rambod M, Hossein-Nejad A et al (2008) Association between vitamin D and bone mineral density in Iranian postmenopausal women. J Bone Miner Metab 26:86–92
31. Vieth R, Fuleihan GE (2005) There is no lower threshold level for parathyroid hormone as 25-hydroxyvitamin D concentrations increase—contraopinion. J Endocrinol Invest 28:183–186
32. Rassouli A, Milanian I, Moslemi-Zadeh M (2001) Determination of serum 25-hydroxyvitamin D-3 levels in early postmenopausal Iranian women: relationship with bone mineral density. Bone 29:428–430
33. Sabour H, Hossein-Nezhad A, Maghbooli Z et al (2006) Relationship between pregnancy outcomes and maternal vitamin D and calcium intake: a cross-sectional study. Gynecol Endocrinol

منشورات هامّة:

1. Mithal A, Wahl DA, Bonjour J-P et al. on behalf of the IOF Committee of Scientific Advisors (CSA) Nutrition Working Group. (2009) Global vitamin D status and determinants of hypovitaminosis D Osteoporos Int 20: 1807-1820
2. Dawson-Hughes B, Mithal A, Bonjour J.-P, Boonen S, Burckhardt P, El-Hajj Fuleihan G, Josse RG, Lips P, Morales-Torres J, Yoshimura N. on behalf of the IOF CSA Nutrition Working Group and Endorsed by the Committee of Scientific Advisors. (2010) IOF position statement: vitamin D recommendations for older adults. Osteoporos Int 21: 1151-1154
3. Institute of Medicine of the National Academies. DRIs for Calcium and Vitamin D. http://www.iom.edu/Reports/2010/Dietary-Reference-Intakes-for-Calcium-and-Vitamin-D/DRI-Values.aspx2011
4. Holick et al (2011) Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 96: 1911-1930
5. El-Hajj Fuleihan G (2009) Vitamin D Deficiency in the Middle East and its Health Consequences. Clinical Reviews in Bone and Mineral Metabolism 7:77-93
6. Arabi A, El Rassi R, El-Hajj Fuleihan G (2010) Hypovitaminosis D in Developing Countries—Prevalence, Risk Factors and Outcomes. Nat Rev Endocrinol 6: 550-561

البحرين

لمحة عامة

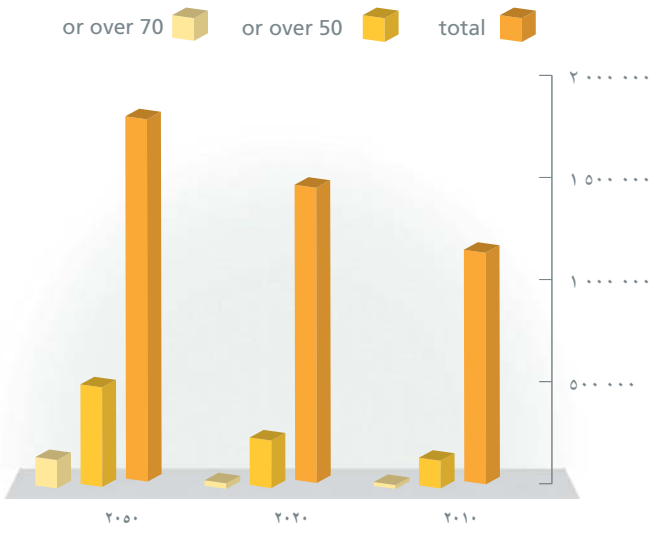
أدى النمو الاقتصادي في البحرين إلى تغيّرات اجتماعية اقتصادية سريعة بين السكّان البحرينيين، وأصبحت الأمراض غير المنقولة السبب الأوّل للأمراض والوفيات. كما أنّ عدد الأشخاص الذين يتجاوزن الستين عاماً يتزايد بسرعة وبات بالتالي ترقق العظم وكسور الهشاشة الناتجة عنه مشكلةً صحيّة خطيرة.

بدأت الجمعية البحرينية لهشاشة العظام (BOS) نشاطها منذ العام ٢٠٠٠، والجمعية تعمل على توفير المعلومات والدعم لمرضى ترقق العظم وتعزيز التعليم للاختصاصيين العاملين في القطاع العام والخاص والضغط على الحكومة والسلطات الصحيّة لتغيير السياسات المعنية وتشجيع تمويل الأبحاث حول الوقاية من ترقق العظم وعلاجه.

وتكرّس الجمعية جهودها للحدّ من الإصابة بترقق العظم وتعزيز صحة العظام، وهي توفِّر المعلومات لعامة الناس والاختصاصيين حول الجوانب كافة المتعلقة بالمرض وتقدِّم الدعم لمرضى ترقق العظم والأشخاص المعرّضين للإصابة بكسور.

أطلقت الجمعية البحرينية لهشاشة العظام عدة حملات توعية للعامّة ناجحة على مرّ العقد الفائت كما وفّرت الفحص بالموجات فوق الصوتية

الرسم ١: توقّع نمو السكّان في البحرين لغاية العام ٢٠٥٠



المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

والاستشارات الطبيّة. وقد تمّ تنظيم دورة حول تشخيص ترقق العظم في البحرين في شباط/فبراير ٢٠١٠ شكّلت نجاحاً باهراً إذ جذبت ٢٢٠ مشاركاً من مختلف أنحاء المنطقة.

النتائج الرئيسية

يُقدّر عدد السكان الحالي في البحرين بـ ١,٢ مليون نسمة، و١٢٪ منهم يبلغ عمرهم ٥٠ عاماً أو أكثر و١,٥٪ منهم ٧٠ عاماً أو أكثر. ومن المتوقع أنّه بحلول العام ٢٠٥٠ سيكون ٢٧٪ من السكّان بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و٨٪ بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر بينما سيزيد عدد السكان الكليّ ليبلغ ١,٨ مليون نسمة (الرسم ١).

يتوقّع أنّه بحلول العام ٢٠٢٥ سيزيد الطلب على العلاجات المتعلقة بالأمراض العضلية الهيكلية بنسبة ١٦٢٪ في البحرين[١].

الوبائيات

تمّ إجراء دراسة عام ٢٠٠٧ في خمسة مراكز رعاية صحيّة أوليّة مختارة عشوائياً في البحرين لاختبار الترابط بين فقدان الأسنان وترقق العظم. وتمّ اختيار ١٧٠ امرأة في فترة ما بعد انقطاع الطمث وقياس الكثافة العظمية باستخدام الموجات فوق الصوتية. وتبيّن أنّ ٢١,٧٪ فقط من النساء المعنيات بالدراسة لديهنّ كثافة عظمية طبيعية، بينما ٥١,٢٪ يعانين من قلة العظم و٢٧,١٪ يعانين من ترقق العظم[٢].

كسور الورك

المعلومات غير متوفرة

الكسور الفقرية، وغيرها من كسور الهشاشة

المعلومات غير متوفرة

التشخيص

المعلومات غير متوفرة

سياسة التعويض

توفّر البحرين للمواطنين تغطية للأدوية كافة التي لا تباع إلا بوصفة طبية الموزّعة أو المعطاة في المرافق العامّة شرط أن تكون مدرجة ضمن كتيّب الوصفات ٣٣ وأن يتمّ وصفها من جهة مصرّح لها. وقد يختار المرضى، في إطار القطاع العام، استعمال أدوية ذات علامة تجارية أو منتجات غير مدرجة ضمن كتيّب الوصفات التابع للقطاع العام، وبالتالي يدفعون ثمن هذه المنتجات بالكامل؛ والحالة الأخرى التي قد يضطر فيها المرضى إلى دفع ثمن المنتجات الصيدلانية هي في حالة المنتجات غير المتوفرة في المخزون. وقد تنقطع أحياناً بعض الأدوية من المستشفيات الحكومية، ويُخيّر المريض عند ذلك بين انتظار إجراءات التوريد الرسمية أو شراء الدواء/الأدوية بنفسه. ويتحمّل المريض كامل تكاليف الأدوية المبتاعة من الصيدليات التي تبيع بالتجزئة أو المزوّدين غير المتاجرين بالتجزئة، إلا في حال كان يتمتّع بتغطية خطة تأمين اختياري تدفع ثمن الأدوية. إنّ خطط التأمين الصحي الخاص الاختياري تؤدي نوعاً معاً دور «المُسدّد السلبي» إذ تقوم بالتعويض للمشتركين فيها (المتوجّب عليهم تسديد التكاليف من مالهم الخاص أوّلاً ثم السعي للحصول على التعويض) عن تكلفة الأدوية الموصوفة. إلا أنّ بعض خطط التأمين تتطلب من المستفيد تشارك التكلفة مع شركة التأمين بالنسبة لتكاليف الأدوية.

الكالسيوم والفيتامين "د"

حقق، في العام ٢٠٠٢، حوالى ٨٠٪ من الرجال و٧٠٪ من النساء استهلاك الكالسيوم وفق تحديد المملكة المتحدة للجرعات المعيارية للمغذّيات ٣. إنّ التوصيات الراهنة لمنظمة الصحة العالمية تقضي بـ ١٠٠٠ ملغ يومياً للرجال البالغ عمرهم بين ١٩ و٦٥ عاماً، و١٣٠٠ ملغ للبالغ عمرهم أكثر من ٦٥ عاماً. أما التوصيات للنساء فهي ١٠٠٠ ملغ يومياً للبالغ عمرهن بين ١٩ عاماً وسِّن انقطاع الطمث، و١٣٠٠ ملغ للنساء في فترة ما بعد انقطاع الطمث.

الجدول ١: استهلاك الكالسيوم عند البحرينيين

	الرجال		النساء	
	١٩-٥٠ عاماً	أكثر من ٥٠ عاماً	١٩-٥٠ عاماً	أكثر من ٥٠ عاماً
الكالسيوم (ملغ)	٥٨٨	٥٨٩	٤٩٨	٤٨٨

المراجع

١. تمويل الرعاية الصحية في البحرين، وزارة الصحة، ٢٠٠٨.
٢. شهاب الصاوي، جامعة الخليج العربي، فقدان الأسنان كمنبئ لترقق العظم بين النساء البحرينيات ما بعد انقطاع الطمث، اجتماع مشترك بين الجمعية الدولية لقياس الكثافة العظمية السريري والمؤسسة الدولية لترقق العظم ٢٠٠٩.
٣. مملكة البحرين، وزارة الصحة، الدراسة الوطنية للتغذية للبالغين البحرينيين بعمر ١٩ سنة وما فوق، ٢٠٠٢.

مصر

لمحة عامة

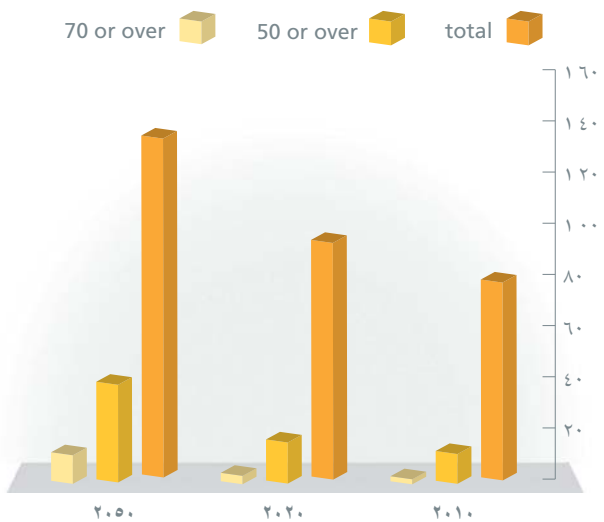
أنشئت الجمعية المصرية للوقاية من ترقق العظام (EOPS) عام ١٩٩٩، والهدف الرئيسي للجمعية هو تقديم برامج التوعية والوقاية لعامة الناس والمرضى عبر تنظيم دورات ودعم تعليمي وأحداث رسمية، كما يجري تعليم الأطباء من خلال اجتماعات وورش عمل سنوية تزودهم بأحدث المواد المتعلقة بتشخيص ترقق العظم والفصال العظمي وعلاجهما.

قدمت الجمعية المصرية للوقاية من ترقق العظام، عام ٢٠١٠، برامج تعليمية للأطباء المبتدئين تتضمن معلومات حول أحدث الحقائق وأكثرها منفعة المتعلقة بترقق العظم. وقد تضمنت الدورة الثانية ما يلي:

- ترقق العظم لدى الأطفال والمراهقين
- واسِمات العظم
- قياس الكثافة العظمية: الكاشف الأمثل عن ترقق العظم
- ترقق العظم الناشئ عن استعمال الستيروئيدات القشرية السكرية Glucocorticoid

تلتزم حالياً الجمعية بمشروع كبير: 'انتشار ترقق العظام بين المصريين' الذي يتوجّه إلى فئة عمريّة مُحدّدة. كما يجري العمل على دراستين: 'كسور الورك الناتجة عن ترقق العظم'، و'انتشار ترقق العظم والفصال العظمي لدى مرضى الروماتويد'. إضافةً إلى ذلك، تقدّم الجمعية المصرية للوقاية من ترقق العظام برامج توعية في الضواحي وقد أجرت مؤخراً دورات في المنيا والأقصر، وسيستمر تنظيم هذه الأحداث في مختلف أنحاء المحافظات الخمسة الأساسية في مصر وذلك ضمن خطة نشاط ثلاثية. وقد تمت إعادة إطلاق الموقع الالكتروني للجمعية منذ سنتين وتُجرى تحديثات منتظمة عليه. www.egyptianops.org

الرسم ١: توقع نمو السكان في مصر لغاية العام ٢٠٥٠



الاعداد بالملايين

المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

النتائج الرئيسية

يُقدّر عدد السكان الحالي في مصر بـ ٨٠ مليون نسمة، و١٥٪ منهم (أيّ ١٢ مليون) يبلغ عمرهم ٥٠ عاماً أو أكثر و٢,٥٪ منهم (٢ مليون) ٧٠ عاماً أو أكثر. ومن المتوقع أنّه بحلول العام ٢٠٥٠ سيكون ٢٩٪ (٤٠ مليون) من السكان بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و٨,٤٪ (١١ مليون) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر بينما سيزيد عدد السكان الكليّ ليبلغ ١٣٨ مليون نسمة (الرسم ١).

الوبائيات

إنّ ترقق العظم مرضٌ قديم جداً، وقد كان موجوداً في أيام المصريين القدامى (٢٦٨٧-٢١٩١ قبل المسيح)! تمّ فحص ٧٤ هيكل عظمي، في إطار دراسة لزكي وغيره، وأجريَ مسح بمقياس امتصاص الأشعة السينية ثنائي البواعث «دي أكس إي» على هؤلاء المصريين القدامى.

الجدول ١: انتشار ترقق العظم وقلة العظم لدى المصريين القدامى[١]

	قلة العظم (٪)	ترقق العظم (٪)
الذكور (عدد=٤٣)	١٨,٦	٩,٣
الإناث (عدد=٣١)	٢٢,٥	١٦,١

تبيّن وفقاً لدراسات مختلفة أنّ ٥٣,٩٪ من النساء في سِنّ ما بعد انقطاع الطمث في مصر الحديثة يعانين من قلة العظم و٢٨,٤٪ من ترقق العظم[٢]؛ أمّا الرجال فيعاني ٢٦٪ منهم من قلة العظم و٢١,٩٪ من ترقق العظم.

الجدول ٢: انتشار ترقق العظم وقلة العظم في مصر الحديثة

	قلة العظم (٪)	ترقق العظم (٪)
الرجال في سِنّ ٢٠-٨٩	٢٦	٢١,٩
النساء في سِنّ ما بعد انقطاع الطمث	٥٣,٩	٢٨,٤

كسور الورك

المعلومات غير متوفرة

التشخيص

المعلومات غير متوفرة

الكسور الفقرية، وغيرها من كسور الهشاشة

أجرى راشد وغيره دراسة عام ٢٠١٠على ١٨،٠٠٠ امرأة مصرية في سِّن ما بعد انقطاع الطمث وقام بقياس الكثافة العظمية المعدنية باستعمال تقنية مقياس امتصاص الأشعة السينية ثنائي البواعث «دي أكس إي»، وبتقييم انتشار الكسور الفقرية لدى النساء السليمات والمصابات بقلة العظم والمصابات بترقق العظم. (الجدول ٣)

سياسة التعويض

المعلومات غير متوفرة

الجدول ٣: انتشار الكسور الفقرية لدى النساء المصريات السليمات والمصابات بقلة العظم والمصابات بترقق العظم.

	سليمات		مصابات بقلة العظم		مصابات بترقق العظم		الجميع	
	لا	٪	لا	٪	لا	٪	لا	٪
كسر واحد إلى ثلاثة كسور	٩٠	٨,٣٪	٦٣٠	٥,٦٪	١١٣٤	١٩,٨٪	١٨٥٤	١٠,٣٪
أكثر من ٣ كسور	٩	٠,٨٪	٤٥	٠,٤٪	٢٥٢	٤,٤٪	٣٠٦	١,٧٪
الكسور كافة	٩٩	٩,٠٩٪	٦٧٥	٦,٠٣٪	١٣٨٦	٢٤,٢٪	٢١٦٠	١٢٪
المجموع	١٠٨٩	١١١٨٧	٢٧٧٢	١٥٠٤٨				

الكالسيوم والفيتامين «د»

أجرى البدوي وغيره من كليّة الطب في جامعة الزقازيق ومن قسم طب الروماتزم في جامعة القاهرة، دراسة عام ٢٠٠٩ لتقييم مستويات الفيتامين «د» لدى ٤٣٢ أنثى في سّن الإنجاب (متوسط العمر ٣٧,٣ ± ٩,١٣) في قريتيْن من محافظة الشرقية[3]. وقد حددت الدراسة دور عوامل خطر مختلفة مرتبطة بالفيتامين «د» مثل التعرّض لأشعة الشمس وعادات متعددة متعلقة بنمط الحياة كاللباس والعوامل الاجتماعية البيولوجية والاستهلاك الغذائي للفيتامين «د». كما قدرّت الدراسة الترابط بين مستويات الفيتامين «د» وبعض المعادن والهرمونات مثل الكالسيوم والفُسفات الفوسفاتاز القلوي الخاص بالعظم والهرمون الدرقي. وكان الحدّ الأدنى لمستوى ٢٥ هيدروكسي فيتامين «د» ليصنّف قصوراً أقلّ من ٤٠ نانومول/لتر. وأظهرت النتائج أنّ ٨٠,٦٪ من النساء يعانين من قصور الفيتامين «د»، ويمكن أن يُعزى ذلك إلى عدم التعرّض الكافي لأشعة الشمس والاستهلاك الغذائي القليل للفيتامين «د».

الوقاية والتعليم ومستوى الوعي

تمّ إثبات مستويات الوعي المتدنية حول ترقق العظم من خلال دراسة عام ٢٠٠٨ تمّت خلالها مقابلة ٤٦٢ امرأة بسّن ٤٠ عاماً وأكبر و٢٦٢ طبيباً من غير جراحي العظام وأطباء الأشعة[4]. وبيّنت النتائج أنّ مستوى الوعي بين النساء حول عوامل الخطر والتدابير الوقائية متدنٍ جداً، فحوالى ثلث النساء المعنيات بالدراسة ليس لديهن توعية كافية عن المرض. وقد وُجِدَ ترابط هام بين مستوى الوعي والعوامل الاجتماعية الديموغرافية مثل الدخل ومكان الإقامة ونوع المهنة. وتبين أنّ حوالى ٤٧٪ من مزودي الرعاية الصحيّة لديهم مستويات وعي غير كافية وذلك بمعظمه متعلق بمعرفتهم لأنواع المرض (أوليّ وثانوي)، وعوامل الخطر وأساليب التشخيص؛ أمّا العوامل الاجتماعية الديمغرافية فليست مرتبطة بمستوى الوعي لديهم.

تمّ تطوير التوصيات المصرية حول تشخيص ترقق العظم وإدارته لتحسين استخدام الأدوات المتوفرة للتشخيص المبكر لترقق العظم ولمساعدة أطباء الصحة العامة بالإضافة إلى الاختصاصيين في فحص الأشخاص المعرّضين أو غير المعرّضين لعوامل الخطر بغية تجنّب الإصابة بكسور، لا سيّما الكسر الأوّل. لم توافق وزارة الصحة بعد على هذه التوصيات.

التوصيات

ثمة حاجة لتطبيق تدابير الصحة العامة لتحسين حالة الفيتامين «د» عبر مكمّلات الفيتامين «د» الواسعة الانتشار، والتعرّض باعتدال لأشعة الشمس، وزيادة الأغذية المدعّمة بالفيتامين «د». بالإضافة إلى ذلك، وبالنظر إلى مستويات الوعي المتدنية حول ترقق العظم بين عامة الناس واختصاصيي الصحة، يجب أن تُبذل الجهود لتحسين مستوى المعرفة حول المرض وكسور الهشاشة الناتجة عنه والاعتراف بهما.

المراجع:

1. Zaki et al. (2009) Osteoporosis among ancient Egyptians. Int. J. Osteoarchaeol. 19:78-89
2. MohyTaha, MD, (2011) Prevalence of osteoporosis in Middle East systemic literature review, 10th ECOO, April 2011- http://www.scribd.com/doc/53103901/Osteopoorosis-Cairo-April-2011-v1
3. El Badawy AA, Eassa S, GhalilGM, Gharib AS, El Badawy SA. Vitamin D status and some related factors among a sample of females living in rural area of Sharkia Governorate. Egyptian Osteoporosis Prevention Society Conference, 2009
4. 4. El Badawy AA, SharkawyGFEl, Fahmy HH, Demitry SR, Sherif NA, El Badawy SA.Awareness about osteoporosis among a sample of women and healthcare providers in Zagazig District Egypt. Egyptian Osteoporosis Prevention Society Conference, 2008

إيران

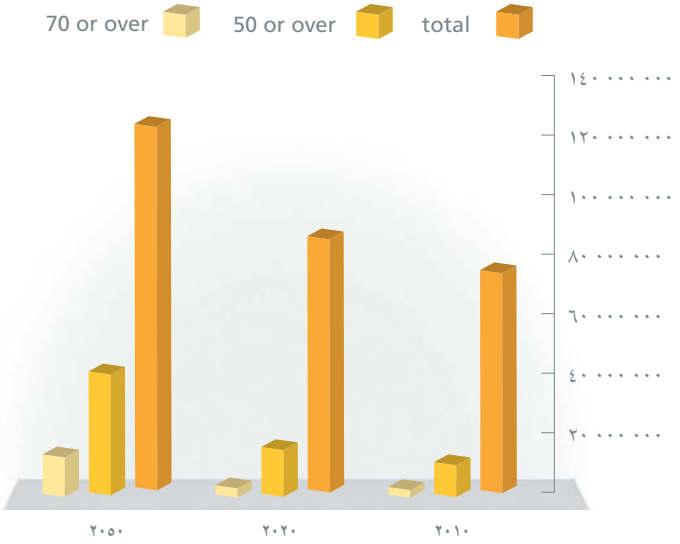
لمحة عامة

يُصنّف ترقق العظم، المعروف بالداء الصامت، أولويةً في مجال الصحة في إيران. ويُعتبَر هذا المرض مسؤولاً عن عدد كبير من الكسور المرضية التي تحمّل المجتمع عبئاً ثقيلاً[١،٢،٣]. وبيّنت دراسات سابقة أجريَت في هذا المجال أنّ نسبة انتشار ترقق العظم وقلة العظم، في موقع دراسة واحد على الأقل، بين الإيرانيين البالغ عمرهم ٥٠ عاماً أو أكثر تصل إلى ٢٢,٢٪ و٥٩,٩٪ لدى النساء، و١١,٠٪ و٥٠,١٪ لدى الرجال على التوالي. أمّا بين الأشخاص الأصغر من ٥٠ عاماً فحوالى ٣٣,٠٪ من النساء و٣١,٦٪ من الرجال يعانون من انخفاض في الكتلة العظمية[٤،٥].

لكن، وبالرغم من نسبة الانتشار العالية لترقق العظم وقلة العظم في إيران، ما من معلومات كافية حول انتشار المرض والكسور الناتجة عنه والعبء الذي يشكله. ونظراً للنقص في البيانات، يقوم مركز أبحاث ترقق العظام- معهد الأبحاث حول الغدد الصماء والأيض التابع لجامعة طهران للعلوم الطبيّة، وهي عضو مشارك في منظمة الصحة الدولية والمؤسسة الدولية لترقق العظم، بمشاريع وطنية عديدة وتتضمن: 'إنشاء سجلّ لكسور الورك الناتجة عن ترقق العظم'، 'عبء ترقق العظم في إيران'، 'تطوير نسخة إيرانية عن أداة فراكس لتقييم خطر الكسور'، 'تقييم الهندسة السكانية في إيران'، توسيع 'الدراسة الإيرانية المتعددة المراكز حول ترقق العظم' (IMOS)، التي تمّ إجراؤها سابقاً في خمس مدن رئيسية إيرانية، إلى محافظتين أخريين. كما أنّ 'تدعيم الحليب بمكمّلات الفيتامين «د»' هو مشروع رئيسي آخر يجريه المركز بهدف معالجة نقص الفيتامين «د» الذي يشكّل أحد عوامل الخطر الأساسية المساهمة في الإصابة بترقق العظم. وأطلق مركز أبحاث ترقق العظام برنامجاً لتطوير نظام تسجيل وقيد طبيّ إلكتروني لمرضى ترقق العظم؛ وفي المراحل اللاحقة للبرنامج سيتمّ توزيع البرنامج الالكتروني في أنحاء البلد كافةً بغية إنشاء نظام سجلّ وطني.

تؤدي المواقع الالكترونية على شبكة الانترنت في العالم الحديث دوراً مهماً في تعليم العامّة كما ومزودي الرعاية الصحية. وقد أطلق مركز أبحاث ترقق العظام موقعاً الكترونياً بالفارسية(http://emir.tums.ac.ir/osteo) وآخر بالانكليزية (http://emir.tums.ac.ir/osteo-en) بغية توفير المعلومات اللازمة حول ترقق العظم للجميع. ويُصدر المركز في إطار نشاطات أخرى منشورات وكتيبات تعليمية ويعقد مؤتمرات وورش عمل وطنية ودولية عدة وذلك لكلٍّ من عامة الناس ومزودي الرعاية الصحية بهدف إطلاع عامة الشعب على مختلف نواحي ترقق العظم. يتمّ توزيع هذه المنشورات عادةً على المرضى الذين يتوجهون لعيادات ترقق العظم. وتجدر الملاحظة أنّ وزارة الصحة والتعليم الطبي الإيرانية تنوي الموافقة على النسخة المعدّلة لـ'الإرشادات الوطنية حول ترقق العظام'، التي طوّرها المركز ليستخدمها أطباء العائلات العاملين في هذا المجال.

أنشئت شبكة مركز أبحاث ترقق العظام في أولى أيام العام ٢٠١١، وتسعى هذه الشبكة التي تضم أعضاءً من مراكز أبحاث تابعة لجامعات طبيّة متعددة إلى توفير قاعدة لإطلاق عدة دراسات متعددة المراكز حول ترقق العظم، وذلك بغية تمهيد الطريق لمعالجة الداء الصامت. كما تسعى الشبكة إلى تحسين مراقبة المرض وعلاجه والوقاية منه في مختلف أنحاء البلد.



المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

النتائج الرئيسية

يُقدّر عدد السكان الحالي في إيران بـ ٧٦ مليون نسمة، و١٤٪ منهم (أيّ ١١ مليون) يبلغ عمرهم ٥٠ عاماً أو أكثر و٣٪ منهم (أيّ ٢,٦ مليون) ٧٠ عاماً أو أكثر. ومن المتوقع أنّه بحلول العام ٢٠٥٠ سيكون ٣٤٪ من السكان (أيّ ٤٢ مليون) بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و١١٪ (أيّ ١٤ مليون) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر، بينما سيزيد عدد السكان الكلّي ليبلغ ١٢٧ مليون نسمة (الرسم ١).

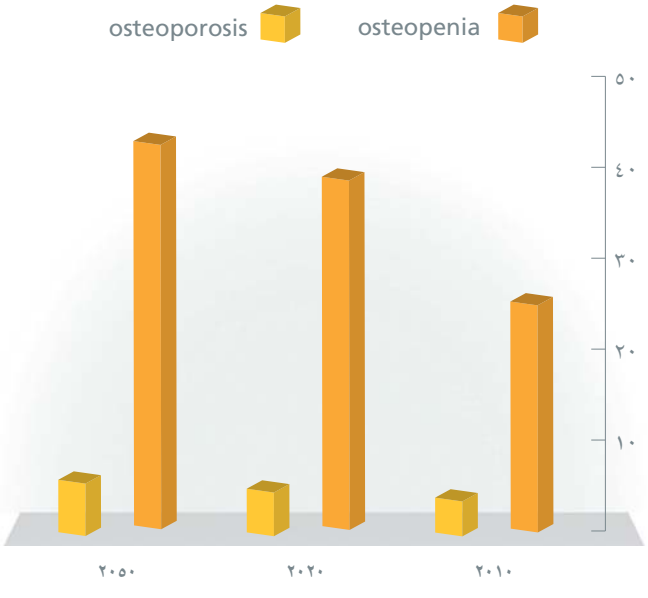
الوبائيات

يُقدّر أنّ نسبة ٣٤٪ من إجمالي السكان في إيران حالياً تعاني من قلة العظم، ووفقاً لمركز الأبحاث حول الغدد الصماء والأيض يبلغ عدد الأشخاص المعرّضين للكسور مليونيّ شخص، ما يضع ترقق العظم على لائحة المشاكل الصحيّة الرئيسية في إيران[٦،٧].

الجدول ١: قلة العظم وترقق العظم في العام ٢٠١٠ والتوقعات المستقبلية

السنة	قلة العظم	ترقق العظم
٢٠١٠	٢٥،٩٦٩،٠٤٦	٣،٠٢٤،٧٩٨
٢٠٢٠	٤٠،٣٠٣،٧٣٠	٣،٥٩٢،٧٠٨
٢٠٥٠	٤٤،٢٧٦،٠٧١	٥،٥٤٨،٢٠٣

الرسم ٢: عدد المصابين بقلة العظم وترقق العظم في الأعوام ٢٠١٠ و٢٠٢٠ و٢٠٥٠



المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

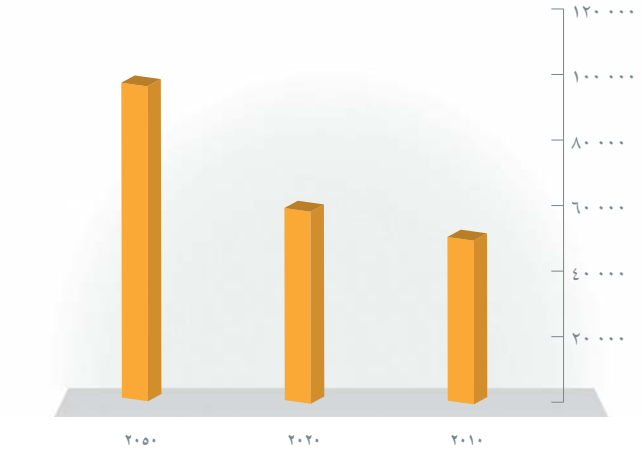
تبيّن في إطار دراسة أجراها حسين باناه وغيره عام ٢٠٠٨ (Hosseinapanah et al.) تضمنت ٢٤٥ امرأة بفترة ما بعد انقطاع الطمث مع متوسط عمر يبلغ ٥٧,٧ عاماً ± ٧ أعوام تمّ اختيارهن عشوائياً أنّ ١١٪ من النساء يعانين من ترقق العظم في عنق الفخذ و٢٥,٣٪ في العمود الفقري القطني٨. وتبيّن في إطار تحقيق مقطعي لتقييم عوامل الخطر المؤدية لترقق العظم يتضمن تسعين امرأة في سِنّ ٤٨,٥ عاماً ± ٨,٣ أعوام، أنّ ٢٧,٨٪ منهنّ يعانين من قلة عظم في العمود الفقري القطني و٣٥,٦٪ في عنق الفخذ. وكانت نسبة انتشار ترقق العظم ١٣,٣٪[٦]. (الجدول ١ والرسم ٢)

كسور الورك

تبيّن في إطار دراسة استباقية شاملة للبلد بكامله لتقييم عبء كسور الورك أنّ إيران تتحمل ٠,٨٥٪ من عدد كسور الورك العالمي و١٢,٤٪ من عدد كسور الورك في الشرق الأوسط[٩].

تمّ تقدير عدد كسور الورك لدى الأشخاص الذين تجاوز عمرهم الخمسين عاماً بـ ٤٧٢,١ حالة لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص لعام ٢٠١٠. (الرسم ٣)

الرسم ٣: عدد كسور الورك لعام ٢٠١٠ والتوقعات للعام ٢٠٢٠ و٢٠٥٠ للذين تجاوز عمرهم ٥٠ عاما ٧



تضمنت دراسة أتراب أجريَت في شيراز، إيران عام ٢٠٠٥، ١٨٣٣ شخص من مرضى كسر الورك حيث كان متوسط العمر للنساء ٧٤,٣ عاماً وللرجال ٧٤,٢ عاماً. وكانت نسبة الإصابة بكسر الورك، المعدّلة على أساس العمر والمُقاسَة بحسب سكان الولايات المتحدة من العرق الأبيض لعام ١٩٨٥، ١٠٠،٠٠٠/٣٢٥,٧ للرجال و١٠٠،٠٠٠/٥١٩,١ للنساء. أمّا نسبة الإصابة بكسر الورك المعدّلة على أساس العمر والمُقاسَة بحسب سكان الولايات المتحدة من العرق الأبيض لعام ١٩٨٩ فكانت ١٠٠،٠٠٠/٣٨٤,٦ للرجال

و٢,٥٤٨/١٠٠،٠٠٠ للنساء[١٠]. وفي إطار دراسة استباقية أجراها المعايري وغيره (Moayyeri et al.) في ٩ محافظات حول البلاد تمّ تقدير النسبة السنوية للإصابة بكسر الورك المُقاسَة على أساس العمر بـ ٣,١٢٧/١٠٠،٠٠٠ للرجال و٦,١٦٤/١٠٠،٠٠٠ للنساء[١١].

وتبيّن في إطار دراسة إيرانية أجراها أبو الحساني (Abolhassani et al) وغيره لتقييم حوادث السقوط المؤدية لكسر في الورك أنّ نسبة حوادث السقوط السنوية الخام وكسور الورك المرتبطة بها للذين تجاوزت أعمارهم ٥٠ عاماً تصل إلى ١,٢٣٧ و٦,٩٣ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة على التوالي[١٢].

إنّ ٣,٨٤٪ من كسور الفخذ المدورية والعنقية في إيران تتم معالجتها جراحياً، ومتوسط فترة الاستشفاء بسبب كسور الورك هو ٣,٨ أيام.

الجدول ٢: التكاليف المباشرة لكسور الورك (بالدولار الأميركي)[١٣]

السنة	مجموع التكلفة المباشرة (مليون دولار أميركي)
٢٠١٠	٢٨
٢٠٢٠	٥١
٢٠٥٠	٢٥٠

الجدول ٣: جداول مقارنة لفترة الاستشفاء والتكاليف

المرض	أيام الإستشفاء لكل سنة	التكاليف المباشرة (مليون دولار أميركي)	التكاليف الكليّة (مليون دولار أميركي)
كسور الورك (علاج جراحي)	٣٠٠،٠٠٠	٢٨	معلومات غير متوفرة
مرض القلب[١٥،١٦]	٣٢٨،٩٠٤	٧٤	معلومات غير متوفرة
غير ذلك[١٧]	٢٤٢٩	٥٩٠	٧٤٣

أجرى أحمدي أبهري وغيره (Ahmadi-Abhari et al.) دراسة تمّ فيها تطبيق طريقة منظمة الصحة العالمية لقياس العبء العالمي للمرض. وتبيّن أنّ كسور الورك سجّلت ١,٩ على حساب سنوات العمر المعدلة حسب العجز (مؤشّر دالي DALY) وذلك لكلّ ١٠٠٠ شخص من الذين يتجاوز عمرهم ٥٠ عاماً[١٤]. إنّ مؤشّر سنوات العمر المعدّلة حسب العجز لكلّ ١٠٠٠ شخص من الإيرانيين والإيرانيات معاً أدنى من مؤشر نظرائهم من حول العالم[٩].

الكسور الفقرية، وغيرها من كسور الهشاشة

المعلومات غير متوفرة

دورات التدريب / التشخيص

يوجد في إيران بالإجمال ١٢٦ جهاز قياس الكثافة العظمية المعدنية "دي أكس إيDXA " (أيّ ٠,٠١٧ لكلّ ١٠،٠٠٠ شخص)، ووفقاً للبيانات المتوفرة يوجد في طهران، عاصمة إيران، حوالى ٥٢ جهاز «دي أكس إي»، وحوالى ٧٤ جهاز في المحافظات الثلاثين الأخرى في البلد (ويتراوح عدد الأجهزة في هذه المحافظات بين ١ و٨). يتوفّر جهاز قياس الكثافة العظمية المعدنية «دي أكس إي» تقريباً في المدن الكبرى كلها حول البلد. تجدر الملاحظة أنّ الجهاز غير متوفر في خمسة محافظات. ما من وقت انتظار لإجراء الفحص إذ أنّه يتمّ ما أن يتمّ تحويل المريض إلى مركز التصوير. تصل تكلفة فحص «دي أكس»إي» إلى ٤٨,٥٠ دولار أميركي وتكلفة التصوير بالموجات فوق الصوتية إلى القيمة ذاتها.

سياسة التعويض

يعوّض التأمين الحكومي ٧٠٪ من تكلفة فحص قياس كثافة العظم المعدنية «دي أكس إي». تجدر الملاحظة أن «خدمات درماني»، وهي إحدى أهمّ شركات التأمين الحكومي، لا تقوم بتعويض التكلفة إلا إذا جاءت الوصفة الطبية من اختصاصي غدد صمّاء أو اختصاصي روماتيزم أو اختصاصي أمراض الكلى. ويدفع التأمين الحكومي تكاليف الأدوية الإيرانية الصنع كافةً ما عدا مضاهئات هرمون جار الدرقية. أمّا التأمين الخاص فيعوّض ١٠٠٪ من تكلفة فحص الكثافة العظمية المعدنية «دي أكس إي» والأدوية الإيرانية الصنع كافة.

الكالسيوم والفيتامين "د"

تتوفر في إيران مكمّلات الكالسيوم والفيتامين «د» والأغذية المدعّمة، إلا أنّ الحليب وبعض أنواع عصير الفواكه هي وحدها المنتجات المدعّمة بالكالسيوم والفيتامين «د». ولا تتوفر هذه المنتجات في كلّ مكان وقليلون هم الأشخاص الذين يستهلكونها. يجري معهد الأبحاث حول الغدد الصماء والأيض، بالتعاون مع وزارة الصحة والتعليم الطبي الإيرانية، مشروعاً يهدف إلى تسليط الضوء على فوائد استهلاك الحليب المدعّم لدى مجموعات مختلفة. وبالإضافة إلى هذا المشروع يعقد البلد ندوات ومؤتمرات لرفع مستوى الوعي العام حول ترقق العظم وأهمية تناول المكمّلات الغذائية والحليب المدعّم لتقوية العظم. كما تبث وسائل الإعلام الوطنية (التلفزيون، والراديو، والصحف) برامج كثيرة حول المسائل ذات الصلة.

الوقاية والتعليم ومستوى الوعي

تشكّل الكسور الناتجة عن ترقق العظم، بصفتها أولوية في مجال الصحة في إيران، جزءاً من برنامج المراقبة في البلاد الذي أطلقته وكالات حكومية وغير حكومية عدة:

- تمكنت إيران من تطوير شبكة إيرانية لترقق العظم تهدف إلى رفع مستوى الوعي في مختلف أنحاء البلاد وتحسين العناية بالمرضى وإجراء بحث متعدد المراكز في هذا المجال. وفي إطار دراسة تعتمد نموذج المعتقد الصحي للوقاية من ترقق العظم أجريَت بين تلامذة المدرسة الإعدادية من البنات، اعترف ٧٦٪ من التلاميذ باستهلاك أقلّ من ٦٧٠ ملغ من الكالسيوم في اليوم قبل التدخّل الذي قامت به الدراسة. وبعد التدخل، زاد ٧٤٪ من التلامذة استهلاكهم للكالسيوم إلى ما بين ٦٥٠ ملغ إلى ١٣٠٠ ملغ. كما أنّ ٥٠٪ من الفتيات المعنيّات بالدراسة كان مستوى النشاط البدني لديهم أقلّ من ٢٠ إلى ٣٠ دقيقة ثلاثة مرات أسبوعياً وقد ازدادت هذه النسبة إلى ٨٩٪ بعد التدخل[١٨].

- عقد ندوات تعليمية للعامّة، لا سيّما في شهر تشرين الأوّل/أكتوبر الذي يتضمن اليوم العالمي لترقق العظم.

- يتمّ إعداد منشورات وكتيبات وملصقات عدة حول مختلف المواضيع المتعلقة بترقق العظم ويتم إرسالها إلى مناطق مختلفة في البلاد.

- تمّ تطوير إرشادات وطنية حول ترقق العظم.

- تُجرى دراسة متعددة المراكز حول انتشار ترقق العظم ونقص الفيتامين «د» في عدة مدن إيرانية رئيسية.

- تُعقَد ندوات وورش عمل متعددة لتزويد اختصاصيي الصحة العاملين بالمجالات ذات الصلة بالمعلومات المحدّثة.

تمّ تطوير إرشادات وطنية حول الوقاية من ترقق العظم وتشخيصه وإدارته وهي في طور المراجعة والترجمة إلى الانكليزية للاستعمال الإقليمي؛ يتمّ توزيع إرشادات على الممرضين والمعالجين الفيزيائيين واختصاصيي التغذية العاملين في هذا المجال.

تعمل الجمعية الإيرانية لترقق العظام بالتزام عالٍ لرفع مستوى الوعي العام حول ترقق العظم، وفي هذا الإطار تقدِّم لكلٍ من العامّة ومزودي الرعاية الصحية المعلومات ذات الصلة من خلال موقعها الالكتروني (emir.tums.ac.ir/ios). كما تساعد في إعداد المواد حول مواضيع عدة متعلقة بترقق العظم وترسلها إلى مختلف أنحاء البلاد. وبالرغم من المشاريع المتعددة المراكز التي يتمّ إجراؤها إلا أنّ دراسة حديثة أظهرت أنّ معلومات الإيرانيين منخفضة المستوى في ما يتعلق بأهمية استهلاك الكالسيوم والفيتامين «د» في تحسين صحة العظام. ولكنّ بالمقابل معلوماتهم حول مصادر الأغذية الغنية بالكالسيوم كانت أفضل نسبياً[١٩].

التوصيات

نظراً لنقص المعلومات المتعلقة بمستوى العبء الفعلي الذي يشكّله ترقق العظم في إيران ونقص السجلات حول الكسور، فإنّ معظم التقارير والدراسات المعدّة في هذا المجال تبدو غير مكتملة. إلا أنّه سيتم تطبيق بعض المشاريع الوطنية التي ستقدّم لنا بيانات أكثر دقة في المجالات المذكورة في خلال السنوات القادمة.

المراجع

1. Larijani B, Bonjour J, Aghaei Meybodi HR, Mohajery Tehrani M (2007) Osteoporosis in Iran, overview and management. Iranian J Publ Health; Supplement Osteoporosis: 1-13
2. Aghaei Meybodi HR, Heshmat R, Maasoumi Z, Soltani A, Hossein-Nezhad A, Keshtkar A, et al. (2008) Iranian Osteoporosis Research Network: Background, Mission and Its Role in Osteoporosis Management. Iranian J Publ Health; A supplementary issue on Osteoporosis and Bone Turnover(1):1-6
3. Maalouf G, Gannage-Yared M, Ezzedine J, Larijani B, Badawi S, Rached A, et al. (2007) Middle East and North Africa consensus on osteoporosis. J Musculoskelet Neuronal Interact. 7(2):131-43
4. Aghaei Meybodi HR, Khashayar P, Heshmat R, Rezaei Homami M, Nabipour I, Rajabian R, Omrani GH, Bahrami A, Larijani B. The prevalence of osteoporosis in an Iranian Population. [Unpublished Data]
5. Salehi I, Khazaeli S, Najafizadeh SR, Ashraf H, Malekpour M (2009) High prevalence of low bone density in young Iranian healthy individuals. Clin Rheumatol 28: 173-177
6. Aghaei Meybodi HR, Khashayar P, Heshmat R, Rezaei Homami M, Nabipour I, Rajabian R, Omrani GH, Bahrami A, Larijani B. The prevalence of osteoporosis in an Iranian Population [Unpublished Data]
7. Keshtkar A, Larijani B, Satleghi M, Majidian M, Heshmat R (2010) The incidence of osteoporotic hip fracture in Iran, a review. Osteoporos Int 21 (Suppl. 1)
8. Hosseinpanah F, Rambod M, Hossein-nejad A, Larijani B, Azizi F. (2008) Association between vitamin D and bone mineral density in Iranian postmenopausal women. J Bone Miner Metab 26: 86-92
9. Ahmadi-Abhari S, Moayyeri A, Abolhassani F. (2007) Burden of hip fracture in Iran. Calcif Tissue Int 80: 147-153
10. Soveid M, Serati AR, Masoompoor M (2005) Incidence of hip fracture in Shiraz, Iran. Osteoporos Int 16:1412-1416
11. Moayyeri A, Soltani b, Larijani B, Naghavi M, Alaeddini F, Abolhassani F (2006) Epidemiology of hip fracture in Iran: results from the Iranian multicenter study on accidental injuries. Osteoporos Int 17: 1252-1257
12. Abolhassani F, Moayyeri A, Naghavi M, Soltani A, Larijani B, Shalmani HT (2006) Incidence and characterisitics of falls leading to hip fracture in Iranian population. Bone 39: 408-413
13. Aghaei Meybodi HR, Khashayar P, Heshmat R, Rezaei Homami M, Nabipour I, Rajabian R, Omrani GH, Bahrami A, Larijani B. The prevalence of osteoporosis in an Iranian Population [Unpublished Data]
14. Johnell O, Kanis JA (2004) An estimate of the worldwide prevalence, mortality and disability associated with hip fracture. Osteoporos Int 15: 897-902
15. Larijani B, Fakhrzadeh H, Mohaghegh M, Pourebrahim R, Akhlaghi MR (2003) Burden of coronary heart disease on the Iranian oil industry. Eastern Mediterranean Health Journal 9(5-6)
16. Hadaegh F, Harati H, Ghanbarian A, Azizi F (2009) Prevalence of coronary heart disease among Tehran adults : Tehran Lipid and Glucose Study. Eastern Mediterranean Health Journal 15(1): 157- 166
17. Madanchi N, Pajouhi M, Mohajeri Tehrani MR, Heshmat R, Tabatabaei Melazi O, Larijani B. The efficacy of care provided for diabetic foot patients in Shariati and Imam Khomeini Hospital [Unpublished Data]
18. Hazavehei SM, Taghdisi MH, Saidi M (2007) Application of the health belief model for osteoporosis prevention among middle school girl students, Garmsar, Iran. Education for Health 20(1): 1-11
19. Azemati, B, Heshmat, R, Keshtkar, AA, Bagheri, M, Sheykholeslam, R, Nadim, A (2010) Comparison of knowledge, attitude and practice of urban and rural households towards nutritional factors related to osteoporosis and osteopenia. Iranian Journal of Epidemiology 5(4): 14-20

العراق

لمحة عامة

أنشئت الجمعية العراقية للوقاية من هشاشة العظام (IOS) عام ٢٠٠١ من قبل عدد من الأطباء العراقيين المهتمين بمجال ترقق العظم. تتعدّد الأهداف الرئيسية للجمعية وهي:

- تحسين المستوى العلمي لأعضاء الجمعية عبر إيجاد الفرص المناسبة لعقد الاجتماعات العلمية والسريرية وتشجيع الأبحاث العلمية حول ترقق العظم.
- تحسين مستوى التدريب للاختصاصيين من الأطباء والعاملين في المهن شبه الطبية حول مواضيع ترقق العظم من التشخيص والوقاية والعلاج عبر إجراء دورات تدريبية وورش عمل في العراق وعبر المشاركة في اجتماعات ودورات خارج العراق.
- طباعة النشرات العلمية وإنشاء موقع الكتروني على شبكة الانترنت.
- التعاون مع الجمعيات العراقية الأخرى المعنية باختصاصات طبيّة مختلفة ومع جمعيات ترقق العظم العربية والإقليمية والدولية.
- العمل المشترك مع المؤسسات التعليمية والمعنية بالشؤون الصحيّة في مختلف المجالات؛ تقديم الآراء والاستشارات عن حلول المشاكل الصحيّة المتعلقة بترقق العظم.
- عقد ندوات للعامّة بغية رفع مستوى الوعي حول الوقاية من ترقق العظم والمضاعفات التي تنتج عنه.

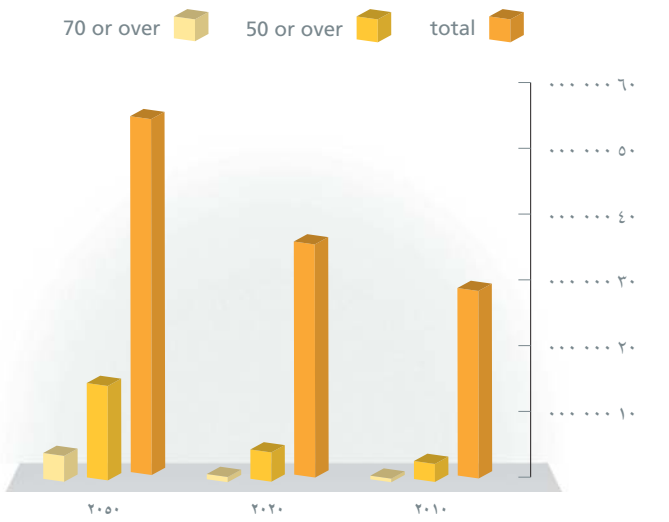
دخلت الجمعية العراقية منذ تأسيسها في عضوية الجمعية العربية لترقق العظام وشاركت في نشاطاتها كافة. كما نظمت الجمعية ندوات علمية وسريرية متعددة وتابعت نشاطاتها بالرغم من الأوضاع الصعبة السائدة في البلد في تلك الفترة؛ وكان النشاط الأخير الذي نظمته الجمعية ندوةً حول المعلومات الجديدة في مجال ترقق العظم أقيمت في مدينة سليماني في أيلول/ سبتمبر ٢٠١٠ بمشاركة متحدثين بارزين وحضور أكثر من ١٥٠ طبيباً مهتمين بصحة العظام.

وضعت الجمعية العراقية للوقاية من هشاشة العظام بالتعاون مع وزارة الصحة إرشادات حول تشخيص ترقق العظم وعلاجه في العراق، وإرشادات حول الوقاية من المرض على صعيد مراكز الرعاية الصحية والوقاية الأولية في العراق. وتعمل الجمعية بالتعاون مع وزارة الصحة لتقديم أدوات الفحص والتشخيص لمرض ترقق العظم (مقياس امتصاص الأشعة السينية ثنائي البواعث DXA وجهاز فوق الصوت الكمي QUS) في أغلب مناطق البلد. تنظّم الجمعية العراقية للوقاية من هشاشة العظام دراسة لتقييم انتشار ترقق العظم في أمراض مختلفة وانتشاره بين العراقيين.

النتائج الرئيسية

يُقدّر عدد السكان الحالي في العراق بـ ٢٩,٦ مليون نسمة، و٥,٩٪ منهم (أيّ ٢,٨ مليون) يبلغ عمرهم ٥٠ عاماً أو أكثر، و١,٩٪ منهم (أيّ ٥٧٠٠٠٠) ٧٠ عاماً أو أكثر. ومن المتوقّع أنّه بحلول العام ٢٠٥٠ سيكون ٢٦٪ (١٥ مليون) من السكان بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر، و٧,٢٪ (٤ مليون) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر، بينما سيزيد عدد السكان الكليّ ليبلغ حوالى ٥٦ مليون نسمة (الرسم ١).

الرسم ١: توقع نمو السكان في العراق لغاية العام ٢٠٥٠



المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

الوبائيات

المعلومات غير متوفرة

كسور الورك

إنّ ٧٥ إلى ٨٠٪ من كسور الورك في العراق تتم معالجتها جراحياً، ويكون متوسط مدة الاستشفاء من ٥ إلى ١٠ أيام، ما يؤدي إلى فقدان الإنتاجية في العمل لمدة ٩٠ يوماً.

وتقدّر تكاليف الاستشفاء المباشرة لكلّ كسر في الورك بـ ١٠٠٠ إلى ٣٠٠٠ دولار أميركي. أمّا تكاليف الاستشفاء غير المباشرة فتبلغ حوالى ٥٠٠ إلى ١٥٠٠ دولار أميركي.

الكسور الفقرية وغيرها من كسور الهشاشة

ما من بيانات حول عدد كسور الهشاشة أو الكسور الفقرية في العراق ولكن يُقدّر أنّ ٢٠٪ فقط من الكسور الفقرية و٤٠٪ فقط من كسور الهشاشة تتمّ معالجتها من قبل طبيب.

دورات التدريب/ التشخيص

يوجد في العراق ١٥ جهاز قياس الكثافة العظمية المعدنية DXA (مقياس امتصاص الأشعة السينية ثنائي البواعث)، و٣ أجهزة موجات فوق صوتية وجهاز تصوير مقطعي محوسب كميّ. ولا تتوفر هذه الأجهزة إلا في المراكز ضمن المدن. يكلّف فحص الكثافة العظمية المعدنية DXA ٦٠ دولار أميركي والفحص بالموجات فوق الصوتية ٢٥ دولار أميركي.

تعوّض خطة التأمين الحكومي كلاً من الفحصيْن المذكوريْن وعلاجات ترقق العظم. لا تتوفر الأدوية إلا بوصفة طبيّة.

الكالسيوم والفيتامين "د"

إنّ مكمّلات الكالسيوم ومكمّلات الفيتامين «د» والأغذية المدعّمة كلها متوفرة.

كما تتوفّر برامج للوقاية من خلال نمط الحياة لمكافحة ترقق العظم.

الوقاية والتعليم ومستوى الوعي

لقد تمّ الاعتراف بترقق العظم في العراق كمشكلة صحيّة كبرى ووافقت الحكومة على الإرشادات ذات الصلة وطوّرت دورات تدريبية للاختصاصيين في مجال الصحة. يُصنّف مستوى الوعي لدى اختصاصيي الرعاية الصحية بالجيد إلا أنّه متدنٍ لدى العاملين في المهن شبه الطبية. وتعقد الجمعية الوطنية المعنية بترقّق العظم ندوات علمية حول مواضيع ترقق العظم من التشخيص والوقاية والعلاج كما تساهم في نشاطات الجمعية العربية لترقق العظام (PAOS) والمؤسسة الدولية لترقق العظم (IOF).

إنّ الانجازات الرئيسية الحاصلة مؤخراً هي:

١. توافر أجهزة قياس الكثافة العظمية المعدنية DXA بأعدادٍ جيدة في المستشفيات الحكومية.

٢. وضع إرشادات للوقاية من ترقق العظم على صعيد مراكز الوقاية الأوّلية.

٣. وضع إرشادات عراقية للوقاية من ترقق العظم وعلاجه من قبل وزارة الصحة.

٤. تحسين البرامج التعليمية للوقاية من ترقق العظم وعلاجه.

التوصيات

تقضي التوصيات الأساسية بزيادة عدد أجهزة قياس الكثافة العظمية المعدنية DXA وإجراء دورات تدريبية أكثر في مجال ترقق العظم.

الأردن

لمحة عامة

إنّ الجمعية الأردنية للوقاية من هشاشة العظام (JOPS) هي منظمة لا تبغي الربح أنشئت في شباط/فبراير ١٩٩٨ تحت مظلة وزارة التنمية الاجتماعية والرئاسة الشرفية لسمو الأميرة ثروت الحسن.

تشكّل الجمعية الأردنية للوقاية من هشاشة العظام عضواً تأسيسياً للجمعية العربية لترقق العظم التي أنشئت عام ١٩٩٨ وشملت جمعيات ترقق العظم من عدة دول عربية. كما أنّ الجمعية الأردنية عضو ناشط في المؤسسة الدولية لترقق العظم (IOF) التي تترأسها جلالة الملكة رانيا العبدالله.

أهداف الجمعية:

- نشر التوعية بين السكان وبين الأطباء حول طبيعة ترقق العظم وآثاره على الشخص المصاب وعلى المجتمع.
- العمل على الوقاية من هذا الداء الصامت قبل حصول الكسور.
- تسهيل تنفيذ البحث العلمي حول ترقق العظم لخدمة المجتمعيْن المحلي والدولي بأفضل شكل.
- مساعدة مرضى ترقق العظم من خلال برامج خاصة ترعاها الجمعية.

النشاطات الرئيسية للجمعية:

حملات التوعية حول ترقق العظم: محاضرات عن صحة العظام وتشخيص ترقق العظم والوقاية والعلاج، وهي تشكّل نشاطاً أساسياً ويتم تقديمها كعروض باللغة العربية باستخدام برنامج «باور بوينت» Power Point في عدة أمكنة مثل المدارس والنوادي وقاعات الاجتماعات الخ. وتختلف المواد المعروضة باختلاف الحضور الموجّهة له. وتُعقَد المحاضرات بمعدّل ١٥ إلى ٢٠ محاضرة سنوياً، عادةً بطلبٍ من المدارس والمجتمعات المختلفة.

نشاطات تعليمية لتحقيق التوعية حول ترقق العظم، في أنحاء البلد كافة: نظمت الجمعية الأردنية للوقاية من هشاشة العظام عدة ندوات ومؤتمرات موجّهة إلى الأطباء في الأردن والعالم العربي غالباً ما تتضمن مشاركة اختصاصيين دوليين في ترقق العظم.

دراسات وطنية عن ترقق العظم: أطلقت الجمعية دراستيْن رئيسيتين؛ بين عاميْ ٢٠٠٤ و٢٠٠٥، حدّد السجل الأردني الوطني الأوّل لترقق العظم FiJoNOR الكتلة العظمية القصوى لدى الأردنيات وانتشار ترقق العظم لدى النساء الأردنيات في فترة ما بعد انقطاع الطمث. وقد أدت هذه الدراسة إلى نتائج منبثقة مثل تحديد مستويات الفيتامين «د» لدى النساء الأردنيات.

بيّن مسح السجل الأردني الوطني الأوّل لترقق العظم، الذي تضمن عيّنة من ٨٢١ أنثى في سِنّ ٢٠ إلى ٨٩ عاماً، أنّ ٥٠,٣٪ يعانون قصوراً في الفيتامين «د» (مستوى ٢٥ هيدروكسي فيتامين «د» أقلّ من ٥٠ نانومول/لتر) و٣٣,٣٪ يعانون نقصاً (مستوى ٢٥ هيدروكسي فيتامين «د» أقلّ من ٢٥ نانومول/لتر). (بيانات غير منشورة)

وصُمِّمت الدراسة الرئيسية الثانية لتحديد نسبة الإصابة بكسور الهشاشة الوركية (الناتجة عن ترقق العظم) في الأردن (أول سجل وطني أردني لكسور الورك FiJoHip). وقد تمّ ذلك عام ٢٠٠٨-٢٠٠٩ وتضمن الاستحصال على بيانات حول كلٍّ من المرضى المصابين بكسر في الورك الذين سجلوا دخولهم إلى أيٍّ من مستشفيات الأردن على مدى سنة كاملة.

وقد تمّ استعمال بيانات هاتين الدراستين لإدراج الأردن ضمن نموذج أداة تقييم خطر الكسور «فراكس».

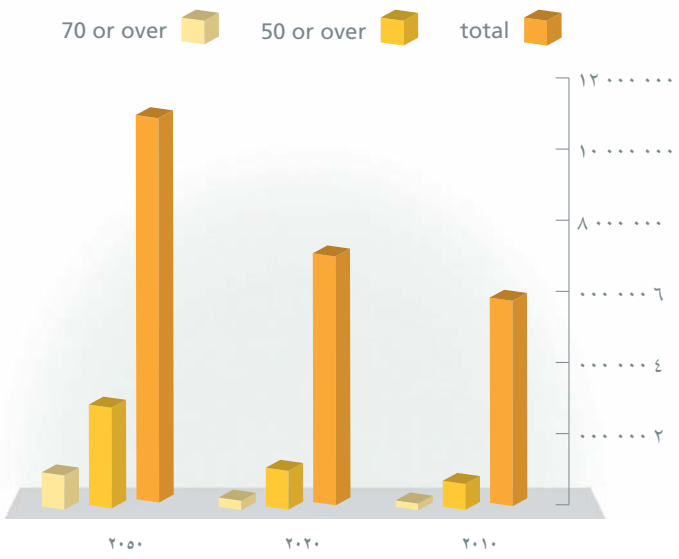
وُكِّلت الجمعية الأردنية للوقاية من هشاشة العظام بمهمة ترجمة مواد «فراكس» إلى اللغة العربية. ويمكن الإطلاع على ذلك على الموقع الالكتروني التالي *http://www.shef.ac.uk/FRAX*

كان لوزارة الصحة الأردنية ودائرة الإحصاءات دوراً مركزياً في تنسيق كلٍّ من الدراستين. يتمّ إحياء اليوم العالمي لترقق العظم قرابة العشرين من شهر تشرين الأوّل/أكتوبر من كلّ سنة عبر عقد جلسات عامّة تجتذب مئات الأشخاص حيث يشاهدون عروضاً عن ترقق العظم ويناقشون المشاكل المتعلقة بصحة عظامهم مع أطباء متطوعين كما يتابعون مسرحية فكاهية يتعلمّون منها عن ترقق العظم في جوٍّ لطيف خارج إطار الرسميات. كما قامت عدة شركات للأدوية معنية بعلاجات ترقق العظم برعاية نشاطات ودراسات متعددة.

نتائج رئيسية

يُقدّر عدد السكان الحالي في الأردن بـ ٦ مليون نسمة؛ ١٢٪ منهم (٧٥٠،٠٠٠) يبلغ عمرهم ٥٠ عاماً أو أكثر و٣٪ (١٩٤،٠٠٠) ٧٠ عاماً أو أكثر. ومن المتوقع أنّه بحلول العام ٢٠٥٠ سيكون ٢٦٪ من السكان (٣ مليون) بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و٩٪ (١ مليون) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر، بينما سيزيد عدد السكان الكلّي ليصل إلى حوالى ١١ مليون نسمة (الرسم ١).

الرسم ١: توقع نمو السكان في الأردن لغاية ٢٠٥٠



المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

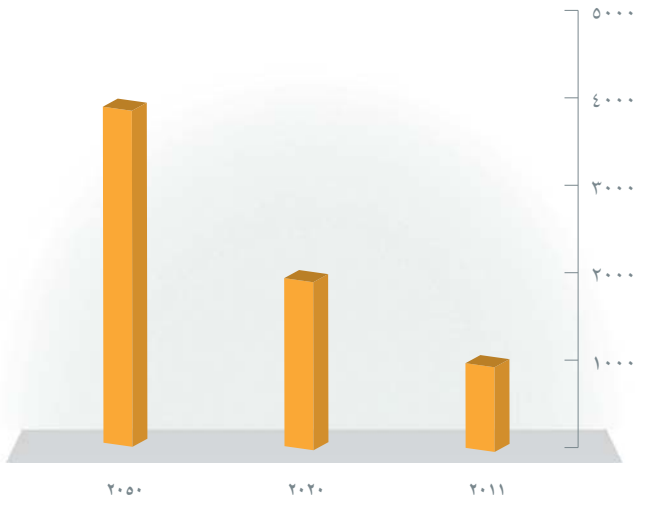
الوبائيات

المعلومات غير متوفرة

كسور الورك

يُقدّر حالياً عدد كسور الورك السنوية في الأردن بـ ١٠٠٨ كسر، ولكن استناداً إلى أول سجل وطني أردني لكسور الورك (٢٠٠٨) من المتوقع أن يزيد هذا الرقم أربعة أضعاف بحلول ٢٠٥٠.

الرسم ٢: توقعات عدد كسور الورك



إنّ ٨٠٪ من كسور الورك في الأردن تُعالج جراحياً.

تقدّر تكاليف الاستشفاء المباشرة بـ ٧٠٠٠ دولار أميركي.

إنّ متوسط عدد أيام الاستشفاء لكسور الورك كافةً هو ٧ أيام (عدد وسطي ناتج عن أول سجل وطني أردني لكسور الورك ٢٠٠٨).

الكسور الفقرية، وغيرها من كسور الهشاشة

المعلومات غير متوفرة

دورات تدريب / تشخيص

يوجد في الأردن ٢٥ جهاز لقياس الكثافة العظمية المعدنية «دي أكس إي» وأربعة أجهزة قياس بالموجات فوق الصوتية موضوعة في مراكز المدن. وتبلغ تكلفة فحص «دي أكس إي» ٧٠ دولار أميركي وتكلفة الفحص بالموجات فوق الصوتية ٤٠ دولار أميركي. تصل فترة الانتظار لإجراء فحص «دي أكس إي» إلى ١-٠ يوم وما من فترة انتظار لإجراء فحص الموجات فوق الصوتية.

سياسة التعويض

يتمّ تعويض الفحص بجهاز «دي أكس إي» والفحص بجهاز فوق الصوت الكمّي من خطة التأمين الحكومي ومن معظم شركات التأمين الصحي الخاصة.

الكالسيوم والفيتامين "د"

تتوفّر مكمّلات الكالسيوم والفيتامين «د» كما تتوفّر الأغذية المدعّمة.

الوقاية والتعليم ومستوى الوعي

تم الآن الاعتراف بترقق العظم كمشكلة صحية أساسية في الأردن.

ما من برامج وقاية من خلال نمط الحياة أو برامج حكومية للتوعية العامة. لكنّ إجماع الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حول ترقق العظام (٢٠٠٧) قد تمت الموافقة عليه من الحكومة.

يُعتبَر مستوى الوعي العام متوسطاً ومستوى الوعي لدى اختصاصيي الرعاية الصحية متدنياً ما عدا لدى جراحي العظام وأطباء الروماتزم واختصاصيي الغدد الصماء وبعض اختصاصيي الطب النسائي والتوليد. إنّ العاملين في المهن شبه الطبية هم بشكلٍ عام غير مجهزين ومدربين بما فيه الكفاية للمشاركة في رعاية مرضى ترقق العظم.

نشطت الجمعية الأردنية للوقاية من هشاشة العظام بشكلٍ مكثّف لتعزيز الوعي حول صحة العظام على الصعيد الوطني من خلال المحاضرات والمؤتمرات الطبية والمنشورات والنشرات ومشاركة وسائل الإعلام (إطلالات متلفزة، مقابلات على الراديو، صحف، مقالات في المجلات)، وقد أدى ذلك إلى رفع مستوى الوعي حول ترقق العظم لدى الجسم الطبيّ والعامّة. وتقوم اليوم عدة شركات تأمين خاصة بتغطية فحص «دي أكس إي» والعلاجات الطبية لترقق العظم نتيجة جهود الجمعية. كما باتت الإرشادات الحكومية متوفرة في البلد.

التوصيات

يجب مراجعة تكاليف العلاج عندما لا يتوفّر التأمين ويجب اعتماد تدابير لتحسين امتثال المريض للعلاج المناسب. كما يجب إطلاق استراتيجيات وبرامج لتحسين مستوى الوعي حول عبء ترقق العظم وإرشادات العلاج بين الأطباء، فمثلاً غالباً ما يتم الخلط بين ترقق العظم وغيره من الأمراض العضلية الهيكلية كالفصال العظمي.

كينيا

لمحة عامة

لا يشكّل ترقق العظم أولويةً في مجال الصحة في كينيا، ولا تتوفّر الإرشادات السريرية حول الوقاية من المرض وعلاجه، ونجد في المقابل خلفية إنذار متصاعد من بعض ممارسي الطبّ في البلد. تتّبع الأمراض غير المنقولة/المتعلقة بنمط الحياة منحاً تصاعدياً وعلى الحكومة أن تعمل على مواجهة هذه الأمراض المنتشرة عوضاً عن تركيز كامل اهتمامها على مرض نقص المناعة المكتسب، الإيدز، دون غيره وهو قد شهد انخفاضاً هائلاً في عدد الإصابات في خلال السنوات الماضية.

يتطلّب نقص البيانات حول ترقق العظم في كينيا مبادرةً طارئة في كلٍّ من الحكومة والقطاع الخاص لإجراء بحث سريري واسع النطاق حول وبائيات الكسور في منطقة شرق إفريقيا.

إنّ أحد أهمّ المبادرات التي أطلقتها منظمة الوقاية من ترقق العظم وأمراض التقدّم في السِّن (OPAC) كانت حملة وطنية إعلامية للتوعية حول ترقق العظم بدأت عام ٢٠٠٠ وتستمر لتاريخه. وكانت الحملة أساسيّة جداً في رفع مستوى الوعي في كينيا وشرق إفريقيا حول ترقق العظم، وهو المرض الذي كان مجهولاً تماماً في المنطقة حتى وقت قريب. ومن المبادرات الهامّة أيضاً التي أطلقتها المنظمة عامَ ٢٠٠٨ إحياء اليوم العالمي لترقق العظم في كينيا؛ وقد سجلت المنظمة حدثاً كبيراً بإحيائها اليوم العالمي لترقق العظم في منطقة شرق ووسط إفريقيا. أمّا المبادرة الهامة الثالثة فجاءت من خلال الجهود المبذولة لإشراك الحكومة في المكافحة ضد ترقق العظم في كينيا. واليوم، يشغل مدير قسم الأمراض غير المنقولة في وزارة الصحة منصبَ عضو في هيئة المستشارين العلميين للمنظمة في كينيا.

التزمت المنظمة بمبادرات أخرى أيضاً مثل التعاون مع المؤسسة الأفريقية الدولية للطب والبحوث (AMREF) لتقديم دورات على شبكة الانترنت عن ترقق العظم ليتمّ ضمّها إلى دراسات التمريض التي تقدّمها المؤسسة على شبكة الانترنت (AVNS). وما يعيق هذه المبادرة هو نقص المانحين أو التمويل، وهي تهدف إلى تقديم المعرفة حول صحة العظام لحوالى ٤٠ ألف ممرض وممرضة يتابعون حالياً دورات تحديثية في التمريض للانتقال من شهادة تمريض إلى دبلوم تمريض عبر دراسات خاصة موجّهة على شبكة الانترنت، ويتوزّع الطلاب في أنحاء منطقة شرق ووسط إفريقيا.

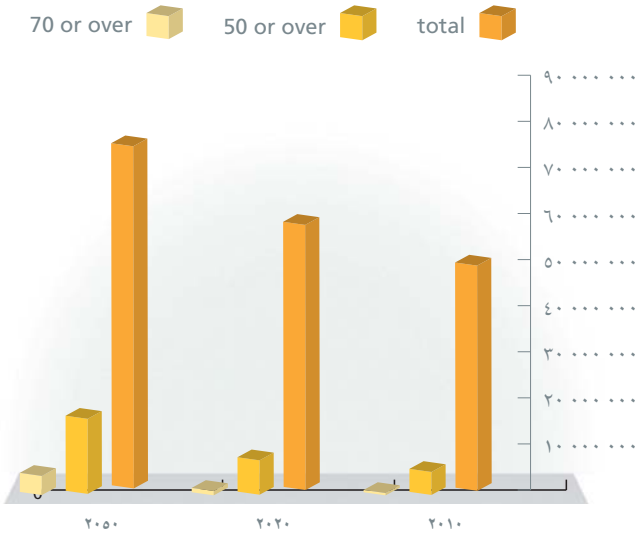
وتقضي الأولوية الطارئة في كينيا بإجراء بحث سريري شامل يغطي دول شرق إفريقيا، إذ من شأن ذلك أن يشكّل قاعدة بيانات قوية ستلعب دوراً أساسياً في تحليل وبائيات ترقق العظم في كينيا ومنطقة شرق إفريقيا.

والأولوية الأخرى هي التشارك مع المسؤولين الحكوميين الأساسيين والشركات الكبرى والضغط عليهم لدعم البرامج البحثية والتعليمية حول صحة العظام، وذلك بمساعدة من مكتب الشرق الأوسط وإفريقيا التابع للمؤسسة الدولية لترقق العظم. ويتضمن ذلك، بالمشاركة مع مكتب المؤسسة الدولية لترقق العظم، الضغط على الحكومة لتدريب الأطباء على تشخيص ترقق العظم وعلاجه. ويجب أن يتم الأمر بالتزامن مع الاستحصال على أجهزة قياس الكثافة العظمية المعدنية «دي أكس إي» للمستشفيات الحكومية كافة في شرق إفريقيا.

النتائج الرئيسية

يُقدّر عدد السكان الحالي في كينيا بـ ٤٠ مليون نسمة؛ ٩٪ منهم (أيّ ٣,٥ مليون) يبلغ عمرهم ٥٠ عاماً أو أكثر و٥٪ (أيّ ١,٩ مليون) ٧٠ عاماً أو أكثر. ومن المتوقّع أنّه بحلول العام ٢٠٥٠ سيكون ١٧٪ من السكان (أيّ ١٤ مليون) بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر، و١٠٪ (أيّ ٧,٨ مليون) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر، بينما سيزيد عدد السكان الكليّ ليبلغ ٨٠ مليون نسمة (الرسم ١).

الرسم ١: توقع نمو السكان في كينيا لغاية ٢٠٥٠



المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

يؤدي المسّنون في كينيا أكثر فأكثر الدور الرئيسي في رعاية البالغين الأصغر سناً المصابين بمرض نقص المناعة المكتسب، الإيدز، ورعاية أحفادهم الأيتام. فقد أظهرت دراسة بحثية حديثة في تايلاند وزمبابوي وأوغندا أنّ أكثر من

ثلثيّ المسنين المعنيين بالدراسة يشكّلون الراعين الأساسيين للبالغين المرضى أو الأطفال الأيتام الذين فقدوا أهلهم بسبب مرض الإيدز (Knodel et al.٢٠٠١; WHO ٢٠٠١; Ntozi and Nakayiwa، ١٩٩٩). وغالباً ما لا يتوفّر أمام المسّنين خيارٌ غير تقديم العناية التمريضية لأولادهم البالغين المرضى والعودة إلى لعب دور الأهل الفعلي بالإضافة إلى رعاية أنفسهم.

الوبائيات

أظهرت دراسة في إطار المستشفى حول ترقق العظم، أجراها «ف. أوداوا» (F.O. Odawa) أنّ نسبة انتشار ترقق العظم لدى النساء من العرق الأسود تصل إلى ٢٤,٥٪.

كسور الورك

المعلومات غير متوفرة

الكسور الفقرية وغيرها من كسور الهشاشة

المعلومات غير متوفرة

التشخيص

يُقدّر أنّه يوجد جهاز فحص بالموجات فوق الصوتية لكلّ ٦٠،٠٠٠ شخص، ولا يتوفّر هذا النوع من الأجهزة إلا في مراكز المدن. تبلغ تكلفة الفحص ٧٠ دولار أميركي، وخطة التأمين الحكومي لا تعوّض أياً من تكاليف هذه الفحوصات إذ أنّ ترقق العظم غير معترف به كأولوية في هذا القطاع إلا أنّ تأمين الرعاية الصحية الخاص يقوم بتعويض هذه التكاليف.

سياسة التعويض

المعلومات غير متوفرة

الكالسيوم والفيتامين "د"

تتوفّر في كينيا مكمّلات الكالسيوم والفيتامين «د» والأغذية المدعّمة.

الوقاية والتعليم وسياسة الحكومة

لا يُعترَف بترقق العظم كأولوية في مجال الصحة في كينيا وما من إرشادات رسمية أو برامج حكومية عامة للتوعية حول ترقق العظم وكسور الهشاشة من حيث الوقاية والتشخيص والإدارة. إنّ مستوى الوعي حول المرض بين اختصاصيي الرعاية الصحية متدنٍ؛ فترقق العظم ليس مدرجاً في البرنامج الدراسي لكلية الطب، ومعظم الأطباء، ما عدا جراحي العظام المدربين جيداً، لا يتمتعون بالتدريب والمعدات اللازمين لتشخيص ترقق العظم وعلاجه.

إنّ منظمة الوقاية من ترقق العظم وأمراض التقدّم في السِّن المتمركزة في كينيا تقوم حالياً، إلى جانب تنظيم أحداث اليوم العالمي لترقق العظم في كينيا، بتنظيم المسّنين وحشدهم وتوصيل مخاوفهم المتعلقة بصحتهم.

تقوم منظمة الوقاية من ترقق العظم وأمراض التقدّم في السِّن، كينيا، بوضع برامج الوقاية من خلال نمط الحياة.

التوصيات

التمويل: إنّ العائق الأساس لأيّ مبادرة تتعلق بترقق العظم في كينيا هو نقص التمويل اللازم لدعم نشاطات عدة. إذ يُشكِّل ترقق العظم مفهوماً حديثاً في كينيا، وفي منطقة شرق إفريقيا، وهو بالتالي ليس المجال التقليدي للتمويل ويصعب جذب المانحين إليه.

دعم الحكومة:

تشكّل أولويات الحكومة في مجال الصحة العامّة والأبحاث مشكلة كبرى أخرى. اعتادت الحكومات الإقليمية منذ سنوات عدة أن توجّه مبالغ طائلة من الأموال العامة إلى برامج الوقاية من مرض نقص المناعة المكتسب، الإيدز. وحان الآن الوقت لتركّز الحكومة اهتمامها أيضاً على الوقاية من الأمراض غير المنقولة ولا سيّما الوقاية من الكسور في العظم.

البنية التحتية:

تشهد كينيا، وبلدان شرق إفريقيا، نقصاً في المعدات المناسبة لقياس الكثافة العظمية. وقد شكّل هذا النقص في التسهيلات عائقاً كبيراً أمام ثقافة صحة العظام في كينيا وبلدان شرق إفريقيا.

المعلومات، الثقافة الكينية:

إنّ النظرة الإفريقية لترقق العظم مختلفة تماماً عن التعريف العلمي للمرض. إنّ مفاهيم المجتمعات التقليدية المتعلقة بالسحر وغيره من المعتقدات التقليدية ما زالت تعيق المفهوم الواضح لترقق العظم في إفريقيا ولا سيّما كينيا، فعلى سبيل المثال يعتقد بعض الناس أنّ العمود الفقري المنحني لدى المسّنين يرتبط بنذير شؤم أو لعنة تصيب الشخص عند التقدّم في السِّن.

الكويت

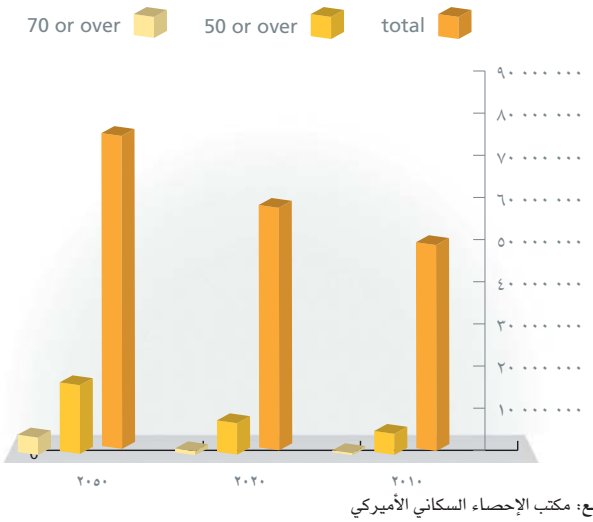
لمحة عامة

تمّ تأسيس الجمعية الكويتية لمكافحة هشاشة العظام عام ١٩٩٦ وهي عضو في المؤسسة الدولية لترقق العظم والجمعية العربية لترقق العظام منذ وقت طويل. تقوم الجمعية بنشطات تعليمية مع الأطباء والعاملين في المستشفيات من أطباء وممرضين، كما تعقد الاجتماعات والمؤتمرات بانتظام.

النتائج الرئيسية

يُقدّر عدد السكان الحالي في الكويت بـ ٢,٥ مليون، و١٠٪ منهم (أيّ ٢٦٠،٠٠٠) يبلغ عمرهم ٥٠ عاماً أو أكثر، و١٪ (٢٦،٠٠٠) ٧٠ عاماً أو أكثر. ومن المتوقّع أنّه بحلول العام ٢٠٥٠ سيكون ٢٢٪ من السكان (أيّ ٨٥٠،٠٠٠) بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر، و٦,٥٪ (أيّ ٢١٥،٠٠٠) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر، بينما سيزيد عدد السكان الكلّي ليبلغ ٤ مليون (الرسم ١).

الرسم ١: توقع نمو السكان في الكويت لغاية ٢٠٥٠



المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

الوبائيات

المعلومات غير متوفرة

كسور الورك

إنّ عدد الإصابات بكسر الورك في الكويت أعلى مما هو في البلدان الآسيوية الأخرى ويُقارب عدد الإصابات في بعض بلدان غرب أوروبا وشمال أميركا.

الجدول ١: المعدلات بحسب العمر (لكلّ ١٠٠ ألف شخص في السنة) لكسر الورك لدى النساء والرجال بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر في الكويت (١٩٩٢-١٩٩٥)[١]

	النساء	الرجال
الكويت، من غير الكويتيين	٣٧٤	٢١٥
الكويت، من الكويتيين	٢٩٥	٢٠٠

كانت معدلات كسر الورك لدى النساء الكويتيات (٢٩٥ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة؛ ٩٥٪ CI: ٢٣٨,٨-٣٥٠,٨) مماثلة للمعدلات في بعض البلدان الأوروبية (إيطاليا، والمملكة المتحدة، وفرنسا) ولدى النساء الآسيويات في الولايات المتحدة. ويتبيّن بعد المقارنة مع المعدلات في بلدان آسيوية أخرى أنّ الكويتيات لديهن أحد أعلى معدلات لكسر الورك. إنّ معدلات كسر الورك لدى النساء في الصين وسنغافورة وكوريا تساوي حوالى ثلث المعدلات لدى الكويتيات أو أقلّ.

كانت معدلات كسر الورك لدى الرجال الكويتيين (٢٠٠ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة؛ ٩٥٪ CI: ٢٣٨,٨-٣٥٠,٨) شبه مساوية للمعدلات لدى الرجال من العرق الأبيض في الولايات المتحدة. ويتبيّن بعد المقارنة مع المعدلات لدى الرجال في بعض البلدان الأوروبية (إيطاليا، والولايات المتحدة، وفرنسا، وهولندا) ولدى الرجال الآسيويين في الولايات المتحدة، أنّ الكويتيين لديهم معدّلات عالية لكسور الورك؛ وبالمقارنة مع المعدلات لدى الرجال في بلدان آسيوية أخرى تبيّن أنّ الرجال الكويتيين لديهم المعدل الأعلى للإصابة بكسر الورك. وتشكّل معدلات كسر الورك لدى الرجال في كوريا وسنغافورة والصين وماليزيا واليابان حوالى نصف المعدلات لدى الرجال الكويتيين أو أقلّ.

الكسور الفقرية وغيرها من كسور الهشاشة

المعلومات غير متوفرة

التشخيص

المعلومات غير متوفرة

سياسة التعويض

المعلومات غير متوفرة

الكالسيوم والفيتامين "د"

استهلاك الحليب لكلّ شخص (١٩٩٨): ١٧٧ كلغ في السنة (المصدر: منظمة الغذاء العالمية FAO) (للمقارنة: فنلندا ٣٧٠ كلغ في السنة، جمهورية الكونغو الديمقراطية ٠,٦ كلغ في السنة).

بيّنت نتائج دراسة أجريَت عام ٢٠٠٥ على ٢١٤ امرأة كويتية في فترة اكتمال الحمل وعلى أطفالهم الرُضّع أنّ ٤٠٪ من الأمّهات و٦٠٪ من الرُضّع يعانون من نقص في الفيتامين «د» يوم الولادة. إنّ مستويات الفيتامين «د» لدى الأمهات وحديثي الولادة مترابطة جداً (معامل الترابط r = ٠,٧٩٠، القيمة الاحتمالية أقلّ من ٠,٠٠١)[٢].

الوقاية والتعليم ومستوى الوعي

يجب توجيه الاهتمام إلى رفع مستوى الوعي حول ترقق العظم في الكويت، لا سيّما حول إشارات الخطر، والتدابير الوقائية، والفحوصات. يجب أن تعي النساء أنّ ترقق العظم مرضٌ يمكن تفاديه، وعندما يتمّ تشخيصه باكراً يمكن معالجته للحدّ من خسارة العظم[٣].

المراجع

1. Memon A, Pospula WM, Tantawy AY, Abdul-Ghafar S, Suresh A, Al-Rowaih A (1998) Incidence of hip fracture in Kuwait. Int J Epidemiol; 27:860-865
2. Molla AM, Al Badawi M, et al. (2005) Vitamin D status of mothers and their neonates in Kuwait. Pediatr Int. 47(6): 649-52
3. Jawhar SH, Taha HM, Ahmad DH, Al-Adwani M (2001) Osteoporosis awareness in Kuwaiti female teachers. Kuwait Medical Journal 33(2): 172-182

لبنان

لمحة عامة

إنّ مرض ترقق العظم منتشرٌ في لبنان، كما تبيّن الدراسة السكانية للمسِّنين في منطقة بيروت الكبرى[1]. وكانت نسبة انتشار الكسور الفقرية الظاهرة في شكل العظم، مع الأخذ في الحسبان الكسور المصنّفة من الدرجة الثانية وما فوق، ١٢٪ لدى الرجال و١٩٪ لدى النساء. أمّا نسبة انتشار ترقق العظم، بالاستناد إلى التعريف العملي المرتكز على قياس الكثافة العظمية المعدنية بحسب منظمة الصحة العالمية، فكانت ٣٣,٠٪ [٢٧,٥–٣٨,٨] لكسر الورك لدى النساء و٢٢,٧٪ [١٦,٢–٣٠,٢] لدى الرجال[1,2].

تتراوح المعدلات الخام السنوية لكسر الورك لدى الأشخاص الذين يتجاوزون الـ٥٠ عاماً بين ١٦٤ و١٨٨ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة للنساء وبين ٨٨ و١٠٧ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة للرجال، وهي معدّلات مشابهة للمعدلات في جنوب أوروبا[3]. تتراوح المعدلات السنوية بحسب العمر لكلّ ١٠٠،٠٠٠ لبناني بين ٣٢٩ و٣٧٠ لدى النساء و١١٠ و١٣٤ لدى الرجال[3].

وبالنظر إلى التقديرات الحالية لانتشار كسور الورك في خلال العقود المقبلة فإنّ التغيّر الديمغرافي وحده سيرفع المعدلات الخام الإجمالية لدى النساء إلى ١٧٩ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة عام ٢٠٣٠ و١٩٣ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة عام ٢٠٥٠، أمّا المعدلات الخام الإجمالية لدى الرجال فستصل إلى ١٢٤ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة عام ٢٠٣٠ و١٤٣ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة عام ٢٠٥٠[3].

لا يُعتبَر ترقق العظم في لبنان أولويةً في مجال الصحة، ولكنّ العمل يجري على تغيير ذلك. أنشأت وزارة الصحة سجلاً لكسور الورك عام ٢٠٠٦ وقد عملت مع محققين رئيسيين من مراكز أكاديمية لإقرار الإرشادات الوطنية حول ترقق العظم[4,5] (بدايةً في العام ٢٠٠٢ وتمّ التحديث الأوّل عام ٢٠٠٧) بالإضافة إلى الإرشادات حول كسور الهشاشة[6]. كما تمّ توفير البيانات الوطنية حول الإصابات بكسر الورك لإنشاء أداة «فراكس» FRAX®، أداة تقييم خطر الكسور، في لبنان عام ٢٠٠٨ التي تمّ إطلاقها بعد ذلك في أيلول ٢٠٠٩.

كما خصّصت منظمة الصحة فرقة عمل وطنية لترقق العظم وأمراض العظام الأيضية عام ٢٠١٠ ودعمت بشدّة تعيين مركز لأمراض العظام الأيضية متعاون مع منظمة الصحة العالمية في الجامعة الأميركية في بيروت.

إنّ الجمعية اللبنانية للوقاية من ترقق العظام، وهي جمعية مرضى ترقق العظم الأولى في الشرق الأوسط وإفريقيا، هي منظمة غير حكومية متعددة الاختصاصات مسجّلة لدى وزارة الشؤون الاجتماعية. تمّ افتتاح الجمعية عام ١٩٩٥ وقد بذلت منذ تأسيسها جهوداً كبيرة لرفع مستوى الوعي في المجتمع حول ترقق العظم. وقد ساعدت في إنشاء Bone Fund ٢٠٦ (٢٠٦ صندوق دعم العظم) والجمعية العربية لترقق العظام، وافتتحت مستوصفاً يوفّر فحصاً للكثافة العظمية بأسعار مخفّضة جداً ويوزّع على المرضى منشورات تعليمية؛ كما نظمت ندوة وطنية حول ترقق العظم وحدث Fun Run لنشر التوعية الذي حضره ١٧،٠٠٠ شخص. أمّا من ناحية التعليم حول المرض فقد أعطيت الجمعية اللبنانية الموافقة عام ١٩٩٨ على إدخال ترقق العظم في البرامج الدراسية المدرسية، بالتوجّه إلى الأطفال بعمر ٨ سنوات إلى ١٦ سنة. وأطلقت الجمعية الدورة التدريبية الأولى حول ترقق العظم في الشرق الأوسط عام ٢٠٠٥ وبدأت بنشر المجلة الفصلية Osteonews (أخبار العظام) لتعزيز التوعية. وابتداءً من شهر أيار/مايو ٢٠١١ تنطلق حملة إعلامية لمدة ستة أشهر لتعزيز التوعية حول الأمراض العضلية الهيكلية.

تأسست الجمعية اللبنانية لترقق العظام وأمراض العظم الأيضية (OSTEOS) عام ٢٠٠٦ وهي جمعية علمية متعددة الاختصاصات تابعة لنقابة الأطباء اللبنانية. تواجه الجمعية مرض ترقق العظم على ثلاثة أصعدة: المريض، واختصاصي الرعاية الصحية، والحكومة.

انخرطت الجمعية، في ما يتعلق بالمرضى، بوضع إرشادات للوقاية من حوادث السقوط ونشر كتيبات سريرية تعليمية وافقت عليها وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية ونقابة الأطباء اللبنانية. وقد نشطت في إطار اليوم العالمي لترقق العظم حيث أنتجت أغطية لطاولات مقصف المستشفى تحمل معلومات مفيدة عن العظام وقدّمت مجاناً فحوصات «دي أكس إي» لقياس الكثافة العظمية للمرضى المحتاجين. وتمّ تنظيم سلسلة من الجلسات التعليمية، بالتعاون بين وزارة الشؤون الاجتماعية وممثلي الجمعية اللبنانية لترقق العظام وأمراض العظم الأيضية، في المراكز الاجتماعية والخاصة بالرعاية الصحية التابعة للوزارة في مختلف أنحاء البلد. أمّا في ما يخص اختصاصيي الرعاية الصحية فتقوم الجمعية بتوزيع نشرة خاصة للأطباء ولوازم مكتبية عملية متعلقة بالإرشادات الوطنية وأداة تقييم خطر الكسور FRAX®، كما ترعى الجمعية ورش عمل حول الكثافة العظمية المعدنية ودورات من الجمعية الدولية لقياس الكثافة العظمية السريري. إنّ التزام الحكومة عبر وزارة الصحة العامة واضحٌ من خلال مصادقتها على الاجتماعات السنوية للجمعية (التي تدعمها أيضاً نقابة الأطباء اللبنانية ومنظمة الصحة العالمية) ومصادقتها على الإرشادات المذكورة.

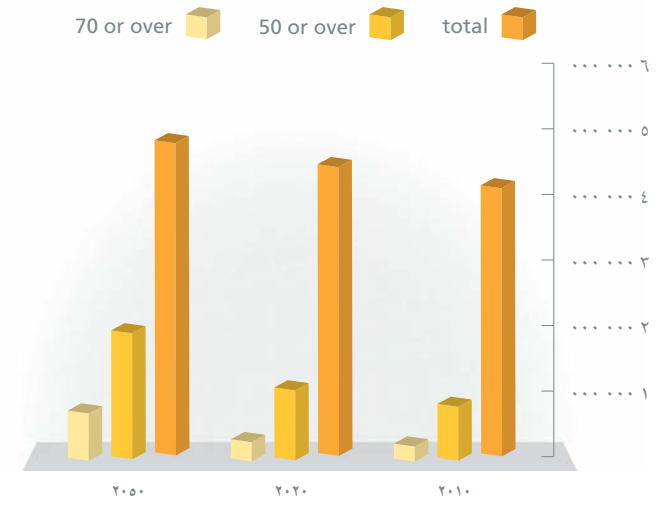
قامت فرقة العمل الوطنية لترقق العمل والجمعية اللبنانية لترقق العظام وأمراض العظم الأيضية بتحديد الأولويات للسنوات المقبلة وسيجري العمل عن كثب مع وزارة الصحة ومكتب منظمة الصحة العالمية في لبنان. وتتضمن

الأولويات: مراجعة الإرشادات اللبنانية حول ترقق العظم ونشرها على نطاق واسع؛ تطوير تدابير وطنية لضمان جودة فحص قياس الكثافة العظمية[٧] وإرشادات حول كيفية استعمال أداة تقييم خطر الكسور «فراكس» FRAX®، لبنان؛ فحوصات الفيتامين «د»؛ جمع البيانات الوطنية للكسور غير الوركية؛ تقييم العبء الاجتماعي (أمراض ووفيات) والاقتصادي لترقق العظم في لبنان، كما من الضروري جمع المعلومات من الدراسات حول نوعية الحياة.

النتائج الرئيسية

يُقدّر عدد السكان الحالي في لبنان بـ ٤,٣ مليون نسمة، و٢٠٪ منهم (أيّ ٨٥٠،٠٠٠) يبلغ عمرهم ٥٠ عاماً أو أكثر[٨]. ومن المتوقّع أنّه بحلول العام ٢٠٥٠ سيكون ٤٠٪ من السكان (أيّ ٢ مليون) بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر بينما سيزيد عدد السكان الكليّ ليبلغ ٥ ملايين نسمة. (الرسم ١)

الرسم ١: توقع نمو السكان في لبنان لغاية ٢٠٥٠

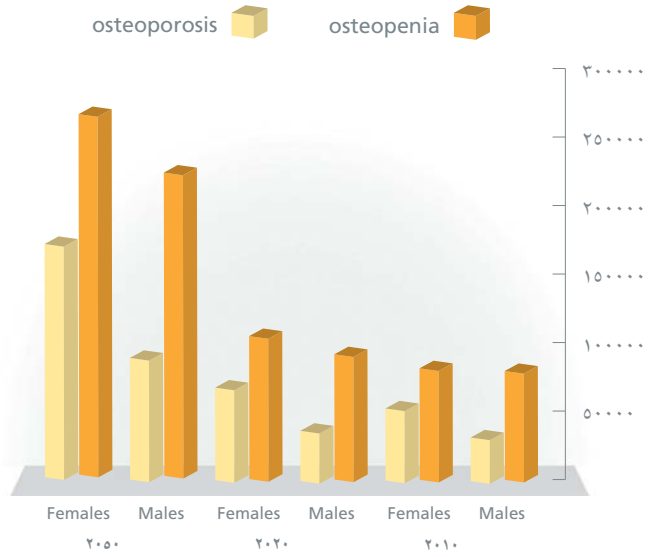


المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

الوبائيات

تبيّن من خلال دراسة على السكان تضمنت عيّنة عشوائية من ٤٣٢ شخصاً مسّناً من منطقة بيروت الكبرى يتراوح عمرهم بين ٦٥ و٨٤ عاماً، أنّ نسبة انتشار قلة العظم المُقاسة باستعمال جهاز «دي أكس إي» لمنطقة الورك، هي ٥١٪ لدى النساء و٥٦,٦٪ لدى الرجال[١] (بيانات غير منشورة). ويعني ذلك أنّ ٨٤،٦٦٠ امرأة و٨٢،٦٣٦ رجل بعمر ٦٥ عاماً أو أكثر يعانون من قلة العظم، وذلك بالاستناد إلى البيانات السكانية للبنك الدولي لعام ٢٠١٠. وتبيّن في إطار الدراسة ذاتها على المسّنين البالغ عمرهم ما بين ٦٥ و٨٤ عاماً، أنّ نسبة انتشار ترقق العظم المُقاس باستعمال جهاز «دي أكس إي» لمنطقة الورك هي ٣٣,٠٪ [٢٧,٥–٣٨,٨] لدى النساء و٢٢,٧٪ [١٦,٢–٣٠,٢] لدى الرجال[١٠٢] (بيانات منشورة). ويعني ذلك أنّ ٥٤،٧٨٠ امرأة و٣٣،١٤٢ رجل بعمر ٦٥ عاماً أو أكثر يعانون من ترقق العظم، وذلك بالاستناد إلى البيانات السكانية للبنك الدولي لعام ٢٠١٠. تحصل كسور الورك في لبنان في سنّ أصغر بالمقارنة مع البلدان الغربية، و٦٠٪ من مرضى كسور الورك يعانون من قلة العظم وليس من ترقق العظم[٩].

الرسم ٢: عدد المصابين بقلة العظم/ترقق العظم بعمر ٦٥ عاماً أو أكثر والتوقعات المستقبلية



كسور الورك

في إطار دراسة تستند على سجّل البيانات الذي وفّرته وزارة الصحة[٢]، اختلفت المعدلات الخام للإصابة بكسر الورك، للأشخاص البالغ عمرهم أكثر من ٥٠ عاماً، من سنة إلى أخرى (٢٠٠٦–٢٠٠٨) فتراوحت بين ١٦٤ و١٨٨ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة لدى النساء وبين ٨٨ و١٠٧ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة لدى الرجال. واختلفت المعدلات بحسب العمر لكلّ ١٠٠،٠٠٠ لبناني من سنة إلى أخرى فتراوحت بين ٣٢٩ و٣٧٠ في السنة لدى النساء وبين ١١٠ و١٣٤ في السنة لدى الرجال. وانحصرت الدراسة بالسكان المسجّلين في وزارة الصحة الذين يشكلون ٥٠٪ من سكان لبنان[٣].

ملاحظة: إنّ المعدلات بحسب العمر المناظرة في البلدان المجاورة في المنطقة والمُقاسة بحسب سكان الولايات المتحدة هي ٣٣٠ و٢٢٤ للكويتيين نساءً ورجالاً بالتتابع، وتراوحت بين ١٧١ و٢٥١ للإيرانيات وبين ١٣١ و١٩١ للإيرانيين وفقاً لموقع الدراسة والسنة.

تبيّن في إطار دراسة استباقية عام ١٩٩٦ أتمّ في إطارها جراحو عظام استبياناً منظّماً أنّ المعدّل السنوي المقدّر لإصابات كسر الورك لدى اللبنانيين البالغ عمرهم ٣٠ عاماً أو أكثر يبلغ ١٢٩ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص (النساء:

١٥٣/١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة والرجال: ١٠٠/١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة)[١٠].

التوقعات لعام ٢٠٢٠ والتوقعات لعام ٢٠٥٠: بالافتراض أنّ التقديرات الحالية لكسور الورك على أساس العمر ستستمر بالوتيرة ذاتها في العقود المقبلة، فإنّ التغيّر الديمغرافي وحده سيرفع المعدلات الخام الإجمالية لدى النساء إلى ١٧٩ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة لعام ٢٠٣٠ و١٩٣ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ شخص في السنة لعام ٢٠٥٠، والمعدلات الخام الإجمالية لدى الرجال إلى ١٢٤ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ في السنة لعام ٢٠٣٠ و١٤٣ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ في السنة لعام ٢٠٥٠. ٣

يُقدّر أنّ ٩٨٪ من كسور الورك تتم معالجتها جراحياً في لبنان.

تكاليف كسور الورك

يجب أن يتم تحديد مصادر التغطية التأمينية للرعاية الصحية الخاصة باللبنانيين بغية تحديد التكاليف المتوقعة الناتجة عن الرعاية الصحية: ٥٠٪ يحصلون على الرعاية الطبية من خلال وزارة الصحة، و٢٥٪ من خلال الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، و١٢,٥٪ من خلال شركات التأمين الخاصة، و١٢,٥٪ من خلال التعاونيات والجيش وقوى الأمن الداخلي. وقد يكون البعض من هذه المجموعة الأخيرة مضموناً أيضاً لدى شركات التأمين الخاصة.

التكاليف المباشرة (تكاليف الاستشفاء): قدّرَ التقرير البياني لمنظمة الصحة العالمية لعام ١٩٩٩ أنّ التكلفة للشخص الواحد تتفاوت مثلاً بين ١٢،٠٠٠ دولار أميركي في أستراليا و ٨،٧٠٠ دولار أميركي في لبنان[١١]. يجب ألا ننسى أنّ هذه الأرقام لا تمثّل إلا تكاليف الاستشفاء المباشرة؛ الرعاية الأولية والتابعة للعيادات الخارجية والمؤسساتية قد تضاعف التكلفة الفعلية لكسر الورك بـ ٢,٥ مرات. وبالتالي إنّ التكلفة الإجمالية المتوقعة لكسر الورك في لبنان، المباشرة وغير المباشرة، قد تصل إلى حدّ ٢١،٧٥٠ دولار أميركي للشخص الواحد. إنّ متوسط التكلفة للترميم الجراحي لكسر الورك، بالاستناد إلى كسور النوع الثاني كمرجع، في المركز الطبّي التابع للجامعة الأميركية في بيروت (وهو مركز رعاية أكاديمي وتخصصي من المستوى الثالث) تبلغ ١٢،١٢٦ دولار أميركي (متوسط مرجّح). أمّا التكلفة المقدّرة التي قدّمتها الجمعية اللبنانية للوقاية من ترقق العظام لمتوسط تكاليف الاستشفاء المباشرة لمعالجة كسر الورك فكانت ١٠،٠٠٠ دولار أميركي؛ وبالاستناد إلى بيانات وزارة الصحة فإنّ متوسط تكلفة علاج كسر الورك هو ٢،٠٦٩ دولار أميركي (المتوسط المرجّح).

إنّ التكلفة الإجمالية لكسور الورك في السنة، بالاستناد إلى الشرح المفصّل لمزودي الرعاية الصحية في لبنان، وزارة الصحة، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وشركات التأمين الخاصة، تقدّر بـ ٧،٧١٦،٧٧٥ دولار أميركي. والتوقّع للعام ٢٠٢٠: ١٠،١٨٦،١٤٣ دولار أميركي هي التكلفة الإجمالية في السنة لكسور الورك كافة؛ التوقّع للعام ٢٠٥٠: ١٧،٩٠٢،٩١٨ دولار أميركي هي التكلفة الإجمالية في السنة لكسور الورك كافة.

يتراوح متوسط فترة المكوث في المستشفى بين ٧ و١٠ أيام.

ويتضح من خلال دراسة استعادية أنّ مرضى كسر الورك الذين دخلوا المركز الطبي التابع للجامعة الأميركية في بيروت من عام ١٩٩٢ حتى ٢٠٠٢ ويتجاوز عمرهم الـ٥٠ عاماً، قد سجلوا معدّل فترة مكوث في المستشفى مساوٍ لـ ٩,٢ ± ٧ أيام بعد عملية كسر الورك الجراحية.[١٢]

تتراوح معدّل فترة المكوث في المستشفى، بالاستناد إلى بيانات المركز الطبي التابع للجامعة الأميركية لفترة أيار/مايو ٢٠١٠-٢٠١١، بين ٢ و١٠ أيام؛ معدّل ٦,٥ أيام للكسور في عنق الفخذ، و٦,٨ أيام لكسور بين المدورين أو كسور تحت المدور.

الجدول ١: عدد أيام المكوث في المستشفى السنوي

المشكلة الطبية	عدد الأيام في المستشفى
كسر الورك	٧٧٠٠ الى ١٢٠٠٠
سرطان الثدي	٨٧٥٥
سرطان المبيض	٨٥٥
سرطان البروستات	٣٨٠٥

REF Lebanon Ministry of Health and National Cancer Registry of Lebanon 2003-4

تُقدّر مدّة فقدان الإنتاجية في العمل بحوالى ٦ أشهر، ومن ناحية التكاليف الاجتماعية بالاستناد إلى دراسة استرجاعية لمئة حالة من ١٩٩٠-١٩٩٤، فإنّ ٧٩٪ من مرضى كسر الورك سيستعيدون القدرة على المشي بشكل طبيعي بينما ١٨٪ سيعاودون المشي ولكن مع مساعدة[١٣].

الكسور الفقرية وغيرها من كسور الهشاشة

قُدّرت نسبة انتشار الكسور الفقرية، ضمن العيّنة السكانية ذاتها للأشخاص البالغ عمرهم بين ٦٥ و٨٤ عاماً، بـ ١٩,٩٪ لدى النساء و١٢,٠٪ لدى الرجال[١]. كما تمّ تقدير نسبة الإصابات السنوية بالكسور الفقرية لدى النساء بـ ١,٥٪ [٦,٠-٣,٠] وذلك بالاستناد إلى بيانات المسّنين ضمن دراسة تقيّم تأثير هرمون الغدة جار الدرقية والفيتامين «د» على فقدان العظام، بالإضافة إلى بيانات النمو السكاني[١٤]. (قيد الطباعة). ما يعني أنّ ٢،٤٩٠ امرأة [٩٩٦-٤٩٨٠] بعمر ٦٥ عاماً وما فوق يصابون بكسور فقرية في السنة.

التشخيص

يوجد في لبنان مجموع ١٣٠ جهاز «دي أكس إي» DXA ومنها ثمانية أجهزة غير مستخدمة حالياً؛ لكنّ ٨٢ جهازاً فقط موافق عليهم من الهيئة العامة

للغذاء والدواء FDA (أيّ ١٩,٠/١٠،٠٠٠ أو ١٩ لكلّ مليون نسمة). ويتوقّع موزّعو شركتيْ تصنيع أجهزة «دي أكس إي» الأكثر استعمالاً في لبنان أن يزيد مجموع الأجهزة بمعدل ٤ إلى ٥ أجهزة في السنة لكلٍّ من الشركتين (أيّ مجموع حوالى عشرة أجهزة). تتوفّر معظم هذه التجهيزات في مراكز المدن.

يتراوح معدّل تكلفة فحص الكثافة العظمية المعدنية «دي أكس إي» بين ٣٠،٠٠٠ و ٢٥٥٠٠٠ ليرة لبنانية أيّ بين ٢٠ و١٧٠ دولار أميركي، وذلك وفقاً للمنطقة اللبنانية التي جرى فيها الفحص ووفقاً للمواضع التي يتضمنها الفحص، ٢ أو ٣ أو الجسم كاملاً (قدّم سبعون مركزاً لقياس الكثافة العظمية معلومات محدّثة لأغراض تقرير المراجعة الراهن). اختارت مراكز عدة عدم إجراء فحص «دي أكس إي» الثنائي المواضع واستبدلته بالفحص الثلاثي المواضع. وبالتالي فإنّ متوسّط التكلفة لفحص «دي أكس إي»، بالاستناد إلى تكلفة فحص «دي أكس إي» الثلاثي المواضع، يصل إلى ٩٣،٠٠٠ ليرة لبنانية أيّ ٦٢ دولار أميركي، والتكلفة الوسيطة تبلغ ٧٨،٠٠٠ ليرة لبنانية أيّ ٥٢ دولار أميركي. إنّ مدة الانتظار لإجراء الفحص هي عادةً أقلّ من يوم واحد ولكن في بعض المعاهد الأكاديمية قد تصل مدة الانتظار إلى أسبوع وذلك وفقاً لكمية العمل وتوافر التقنيين العاملين على الأجهزة.

سياسة التعويض

يعتمد تعويض الفحوصات والرعاية في العيادات الخارجية على نوع/مصدر التأمين الصحي بحسب ما تمّ شرحه أعلاه. أمّا في ما يخص فحص الكثافة العظمية المعدنية «دي أكس إي» فإنّ عدة من خطط التأمين الصحي الحكومي تقوم بالتعويض على المرضى بنسبة تتراوح بين ٨٠ و١٠٠٪ من تكلفة فحص «دي أكس إي». وفي ما يخص تعويض الأدوية، تغطي وزارة الصحة (التأمين الحكومي) البيسفوسفونات والكالسيتونين وهرمون الغدة جار الدرقية ولكن لا تغطي سترونتيوم رانيليت أو رالوكسيفين؛ تُعطى الأفضلية للأدوية الجنيسة إن توفرت.

لم يحدّد الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أية شروط للتعويض على المريض، ويغطي الأدوية الموافق عليها كافة ويعوّض ٨٠٪ من ثمن الأدوية طالما أنّ المريض قد سجّل T-score الكثافة العظمية المعدنية أدنى من -٢,٥ أو يحمل تقريراً من طبيبه.

تقوم شركات التأمين الصحي الخاصة بتعويض معظم الفحوصات التشخيصية، ويمكن أن تعوّض خطط التأمين الخاص ثمن العلاجات ولكنّ هذا لا يشكّل قاعدة عامة للتغطية التأمينية في العيادات الخارجية إلا إذا كان المريض قد اشترى أساساً تغطية متكاملة محدّدة تتيح له ذلك.

الكالسيوم والفيتامين "د"

تتوفّر مكملات الكالسيوم والفيتامين «د» والأغذية المدعّمة.

في إطار دراسة معنية بعوامل الخطر المؤدية إلى نقص الفيتامين «د»، سُئلَت ٢٥١ امرأة في فترة ما بعد انقطاع الطمث عن استهلاكهم للأغذية المدعمة بالكالسيوم والفيتامين «د»، وتبيّن أنّ الاستهلاك الوسطي للحليب لا يتعدى نصف كوب يومياً، ويعزى ذلك إلى انتشار حالات عدم تحمّل اللاكتوز لدى اللبنانيين[١٥]. تبيّن من خلال عدة دراسات أجريَت على البالغين من اللبنانيين أنّ نسبة انتشار عوز الفيتامين «د» هي نسبة لا يُستهان بها وبالتالي يُشكّل عوز الفيتامين «د» عاملاً مساهماً أساسياً في فقدان العظم[١٤،١٧].

لا يوجد في لبنان برامج وقاية من خلال نمط الحياة ولكنّ جمعيات عدة تعمل على تعزيز مستوى الوعي وبالتالي تعزيز الوقاية من ترقق العظم.

الوقاية والتعليم ومستوى الوعي

لم يُعترَف بترقق العظم في لبنان كمشكلة صحية كبرى ولكنّ جهوداً مكثفة جارية للتركيز الاهتمام على هذا الداء: عيّنت وزارة الصحة فرقة عمل وطنية لترقق العظم في آذار/مارس ٢٠١٠ وتضمنت أعضاء من الاختصاصات ذات الصلة كافة (طب الغدد الصماء، والروماتزم، وجراحة العظام، والأشعة، والطب النسائي والتوليد). وتقضي مهمة فرقة العمل هذه بوضع برنامج وطني لترقق العظم وبروتوكولات لعلاجه وإنشاء سجّل وطني لتحديد نسبة انتشار كسور الورك وأسبابها. وتتضمن الأولويات الأخرى تقييم عبء المرض في لبنان باستخدام أدوات قياس للأمراض والوفيات.

ما من دليل مناسب لتقييم مستوى الوعي العام حول ترقق العظم في لبنان، ولكنّ جاء في تقرير بياني لمنظمة الصحة العالمية لعام ١٩٩٩ أنّ الاستطلاعات حول التوعية أظهرت أنّ ٧٥٪ من اللبنانيين البالغين سبق أن سمعوا بمرض ترقق العظم[١٠]. ويعود ذلك إلى الجهود التي تبذلها الجمعية اللبنانية للوقاية من ترقق العظام التي تحرص على مشاركة الإعلام ضمن برامجها. إلا أنّ بيانات قليلة تتوفّر من عيّنات سكانية حديثة والمعلومات حول السلوك الصحي للوقاية من ترقق العظم نادرة جداً.

مستوى الوعي لدى اختصاصيي الرعاية الصحية

نسبة المرضى المصابين بترقق العظم والمعالجين بالمكمّلات الغذائية: في العام ١٩٩٥ أصبح قياس الكثافة العظمية متوفراً في لبنان وارتفع مستوى الوعي حول ترقق العظم. ويظهر ذلك في دراسة استرجاعية أجراها هريبه وغيره (Hreybe et al) على مرضى كسر الورك الذين دخلوا المركز الطبي التابع للجامعة الأميركية في بيروت بين عامي ١٩٩٢ و٢٠٠٢[١١]. تمّ تسجيل زيادة في نسبة مرضى كسر الورك الذين يستلمون مكمّلات الكالسيوم عند تسجيل الدخول إلى المركز بين ما قبل ١٩٩٥ وما بعد ١٩٩٥ من ٢,١٪ إلى ٨,٧٪، القيمة الاحتمالية=٠,٠١٣. وكذلك تمّ تسجيل زيادة في نسبة مرضى كسر الورك الذين يستلمون مكمّلات الكالسيوم عند الخروج من المركز بين ما

قبل ١٩٩٥ وما بعد ١٩٩٥، من ٣,٤٪ إلى ١١,٤٪ (قيمة احتمالية=٠,٠٧). ويمكن اعتبار ذلك انعكاساً لارتفاع مستوى الوعي لدى اختصاصيي الرعاية الصحية حول ترقق العظم بفضل تحسّن التشخيص عبر قياس الكثافة العظمية.

مواد تعليمية لاختصاصيي الرعاية الصحية: تقوم الجمعية اللبنانية لترقق العظام وأمراض العظم الأيضية بتوزيع نشرة أربع مرات في السنة لإطلاع الأطباء اللبنانيين على التطورات الحديثة المتعلقة بترقق العظم من أبحاث ورعاية تشخيصية وإرشادات ممارسة المهنة وبرامج العظام المستقبلية. كما تمّ إنتاج لوازم مكتبية خاصة بالأطباء تحمل مواضيع متعلقة بالإرشادات اللبنانية عن ترقق العظم وحاسبة «فراكس» لبنان، وتمّ توزيعها في اجتماعات محليّة وإقليميّة حول صحة العظام. كما نظّم مؤسّسو الجمعية اللبنانية لترقق العظام وأمراض العظم الأيضية ورشة عمل عن الكثافة العظمية المعدنية عام ٢٠٠٢ وذلك قبل أن يتمّ إنشاء الجمعية. ونظّمت الجمعية دورتين تدريبيتين عن قياس الكثافة العظمية، بالتعاون مع الجمعية الدولية لقياس الكثافة العظمية السريري ISCD، وتابعهما أكثر من ٢٠٠ شخص ونتج عنهما توزيع شهادات من الجمعية الدولية لقياس الكثافة العظمية السريري لحوالى ٩٥ شخص. وتقوم الجمعية، منذ العام ٢٠٠٩، بتنظيم اجتماعات علميّة سنوية برعاية وزارة الصحة العامة ونقابة الأطباء اللبنانية ومنظمة الصحة العالمية؛ وبدءاً من العام ٢٠١١ يتمّ تنظيم ندوات تعاونية إضافية متعددة الاختصاصات بين الجمعية وغيرها من الجمعيات العلمية الأساسية المعنية بترقق العظم وهي: الجمعية اللبنانية لاختصاصيي الأشعة، والجمعية اللبنانية لعلم الأورام، والجمعية اللبنانية للتوليد والأمراض النسائية، والجمعية اللبنانية لأمراض الروماتيزم. وقد شكلت هذه الندوات وسيلة مفيدة تمّ من خلالها نقل المعلومات المحدّثة حول أمراض العظم وتشخيصها وإدارتها إلى الأطباء والاختصاصيين المعنيين بترقق العظم.

كما انخرطت الجمعية اللبنانية للوقاية من ترقق العظام في توعية اختصاصيي الرعاية الصحيّة من خلال ندوتها الوطنية وإطلاق الدورة التدريبية حول ترقق العظم في الشرق الأوسط في عام ٢٠٠٥، ومؤخراً من خلال وضع إرشادات حول كسور الهشاشة. كما أنّ تعاونهم الناشط مع الجمعية العربية لترقق العظام قد رفع مستوى الوعي لدى اختصاصيي الرعاية الصحية في الشرق الأوسط.

الإرشادات

تمّ نشر الإرشادات اللبنانية حول ترقق العظم وعلاجه عام ٢٠٠٢ وجرى تحديثها الأقرب عام ٢٠٠٧. وقد تمّت مراجعة الإرشادات وإقرارها من الجمعيات اللبنانية العلمية للغدد الصماء وجراحة العظام والتوليد والأمراض النسائية والأشعة والروماتزم وبالتالي من مكتب منطقة الشرق الأوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية. حالياً أقرّت خمسة جمعيات علمية لبنانية الإرشادات المحدّثة بالإضافة إلى الجمعية اللبنانية لترقق العظام وأمراض العظم الأيضية OSTEOS، ومنظمة الصحة العالمية في لبنان، ووزارة الصحة.

تشمل الإرشادات مسائل هامة عدة ومنها الأشخاص الواجب فحصهم، والمقاييس التي يجب استعمالها، وتوقيت بدء العلاج[٤،٥]. كما وضعت مؤخراً الجمعية اللبنانية للوقاية من ترقق العظام إرشادات حول كسور الهشاشة وافقت عليها وزارة الصحة، والجمعية اللبنانية لجراحة العظم والمفاصل، والجمعية اللبنانية للعلاج الفيزيائي وإعادة التأهيل، وكليّة الطبّ في جامعة القديس يوسف[٦]. كما تمّ تطوير إرشادات إقليمية حول ترقق العظم لمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وقد أقرّتها عدة جمعيات في المنطقة ومنها الجمعية اللبنانية للوقاية من ترقق العظام[١٩].

يجب معالجة مسائل هامّة عدة:

- نقص البيانات الوطنية عن الكسور غير الوركية (البيانات عن كسور الورك المتوفرة حالياً هي من وزارة الصحة).
- نقص التحقيقات حول الأثر الاجتماعي والاقتصادي لكسور الورك وترقق العظم (مثل دراسة الحالات المرضية وحساب سنوات العمر معدّلة حسب نوعية الحياة QALYs).
- يجب تأمين التجهيزات الجيدة والتدريب الجيد حول إدارة مرضى ترقق العظم للاختصاصات الطبية اللازمة كافة وللعاملين في المهن شبه الطبية. ما يعني أنّه يجب أن يتم توزيع الإرشادات اللبنانية ليس على اختصاصيي الرعاية الصحية فحسب بل أيضاً على العاملين في المهن شبه الطبية.
- نقص في التدابير الوطنية لضمان جودة فحوصات قياس الكثافة العظمية التي تسمح بالكشف الدقيق عن المرض.
- نقص البيانات حول عوامل الخطر مثل النظام الغذائي والنشاط البدني وغير ذلك من أنماط أسلوب الحياة.
- ثغرات في إدارة الكسور.

التوصيات

يجب، على صعيد الفرد، أن يتمّ وضع برامج وقاية من خلال نمط الحياة تتوجّه إلى كلٍّ من النساء والرجال في سِنٍ أصغر، فمثلاً مثلما يتمّ تشجيع الشباب على اتخاذ الخطوات اللازمة لتجنّب البدانة يجب أن يتمّ تشجيعهم على اتخاذ خطوات للوقاية من ترقق العظم. كما أنّ إطلاق حملات توعية في المناطق المُدنية والريفية في لبنان سيُحدّث تغييراً في نمط حياة الأشخاص الذين لم يكونوا على دراية بخطر ترقق العظم وسيشجع أيضاً الأشخاص الأكثر عرضة لخطر ترقق العظم وكسر الورك على اتخاذ قرارات فعّالة لصالح صحتهم. ومن الضروري أن يتمّ تقييم السلوك الصحي في ما يتعلق بترقق العظم وتحديد العوائق التي تحول دون التزام الأفراد بنمط الحياة المناسب.

ويجب، على الصعيد الوطني، أن تتعاون فرقة العمل الوطنية لترقق العظم والجمعيات ذات الصلة لمراجعة الإرشادات اللبنانية حول ترقق العظم المعتمدة حالياً ونشرها في المجتمع، ولتطوير تدابير وطنية لضمان جودة فحص الكثافة العظمية٧ وإرشادات خاصة لاستعمال أداة تقييم خطر الكسور "فراكس®" لبنان، ولإجراء فحوصات الفيتامين «د»، ولجمع البيانات الوطنية حول كسور الورك والكسور غير الوركية عبر إنشاء سجلات وطنية وتعزيز جمع البيانات من خلال مرافق الرعاية الصحية، ولتقييم العبء الاجتماعي (أمراض ووفيات) والاقتصادي لترقق العظم في لبنان. إنّ هذا العمل المشترك هو السبيل الوحيد للوصول إلى كافة مزودي الرعاية الصحية المعنيين بالمرض ومن خلالهم تعزيز الوقاية من ترقق العظم وكشف الكسور الناتجة عنه.

وسيستمر انخراط اختصاصيي الرعاية الصحية في العمل عبر مرحلتين أساسيتين؛ المرحلة الأولى تستلزم إقرار الإرشادات الوطنية والتوصيات كافة الصادرة عن فرقة العمل الوطنية عبر الجمعيات العلمية التي ينتمي إليها الأعضاء، والمرحلة الثانية تتطلب مشاركتهم في جلسات تعليمية لنشر الإرشادات وتحسين مستوى الرعاية بترقق العظم وكسور الورك في البلد.

المراجع

1. Baddoura R, Arabi A, Haddad-Zebouni S, Khoury N, Salamoun M, Ayoub G, Okais J, Awada H, El-Hajj Fuleihan G (2007) Vertebral fracture risk and impact of database selection on identifying elderly Lebanese with osteoporosis. Bone 40 (4): 1066-1072
2. Baddoura R, Hoteit M, El-Hajj Fuleihan G (2011) Osteoporotic fractures, DXA and fracture risk assessment: Meeting future challenges in the Eastern Mediterranean Region. J Clin Densitom (in press)
3. Sibai AM, Nasser W, Ammar W, Khalife MJ, Harb H, El-Hajj Fuleihan G (2011) Hip fracture incidence in Lebanon: a national registry-based study with reference to standardized rates worldwide. Osteoporos Int 44(9): 2499-2506
4. El-Hajj Fuleihan G, Baddoura R, Awada H, McClung M (2005) Lebanese guidelines for osteoporosis assessment and treatment. J Clin Densitom 8: 148-163
5. El-Hajj Fuleihan G, Baddoura R, Awada H, Arabi A, Okais J (2008) First update of Lebanese guidelines for osteoporosis assessment and treatment. J Clin Densitom 11: 383-396
6. Eid R, Bachour F, Lidgren L, Issa M, Chammaa C, Daher C, Badran F, Atallah P, Yaghi Y, Wehbeh J, Dreinhofer K, Moucharrafieh R, Maalouf G (2011) Guidelines for fragility fracture in Lebanon (Available through www.iofbonehealth.org)
7. Baddoura R, Awada H, Okais J, Salamoun M, Ayoub G, Ziade N, El-Hajj Fuleihan G (2006) An audit of densitometry practice in reference to IOF, NOF and ISCD guidelines. Osteoporos Int 17(7): 1111-5
8. World Bank. http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTDATASTATISTICSHNP/EXTHNPSTATS/0,,contentMDK:21198536~menuPK:3385623~page PK:64168445~piPK:64168309~theSite PK:3237118,00.html. Last accessed March 4, 2010
9. Maalouf G, Wehbe J, Nehme A, Moucharafieh R, Gannage-Yared MH, Chidiac RM, Yaghi Y (2006) Characteristics of hip fracture in Lebanese population. Osteoporos Int 17(suppl.2):S170
10. Baddoura R (2001) Incidence of hip fractures in the Lebanese population. East Mediterr Health J 7(4-5): 725-729
11. Delmas PD, Fraser M (1999) Strong bones in later life: luxury or necessity? Bulletin of the World Health Organization 77(5): 416-422
12. Hreybe H, Salamoun M, Badra M, Afeiche N, Baddoura O, Boulos S, Haidar R, Lakkis S, Musharrafieh R, Nsouli A, Taha A, Tayim A, El-Hajj Fuleihan G (2004) Hip fractures in Lebanese patients: determinants and prognosis. J Clin Densitom 7(4): 368-375
13. Maalouf G, Salem S, Douaihy G, Habre G (1997) Mortalite morbidite dans les fractures de l'extremite proximale du femur a l"Hopital St. Georges 1990-1994: A propos de 100 cas. Revue Medicale Libanaise Premier Congres International de Traumatologie 9(1): 11-13
14. Arabi A, Baddoura R, El Rassi R, El Hajj Fuleihan G (2011) PTH level but not 25 (OH) vitamin D level predicts bone loss rates in the elderly. Osteoporos Int Jun 8. [Epub ahead of print]
15. Gannage-Yared MH, Maalouf G, Khalife S, Challita S, Yaghi Y, Ziade N, Chalfoun A, Norquist J, Chandler J (2009) Prevalence and predictors of vitamin D inadequacy amongst Lebanese osteoporotic women. Br J Nutr 101: 487-491
16. Arabi A, El Rassi R, El-Hajj Fuleihan G (2010) Hypovitaminosis D in developing countries– prevalence, risk factors, and outcomes. Nat Rev Endocrinol 6: 550-561
17. Arabi A, Baddoura R, Awada H, Salamoun M, Ayoub G, El-Hajj Fuleihan G (2006) Hypovitaminosis D osteopathy: Is it mediated through PTH, lean mass, or is it a direct effect? Bone 39: 268-275
18. International Society of Clinical Densitometry (ISCD) https://eweb.iscd.org/eweb/?site=ewebiscd&WebCode=CertReg. Last accessed April 17, 2011
19. Maalouf G, Gannagé-Yared MH, Ezzedine J, Larijani B, Badawi S, Rached A , Zakraoui L, Masri B, Azar E, Saba E, Nammari R, Adib G, Abou Samra H, Alrawi Z, Salman S, El Muntasser K, Tarseen R, El Kharousi W, Al-Lamki M, Alothman AN, Almarzook N, El Dessouki M, Sulaimani R, Saleh J, Suhaili AR, Khan A, Delmas P, Seeman E (2007) Middle East and North Africa Consensus on Osteoporosis. J Musculoskelet Neuronal Interact 7(2):131-143

المغرب

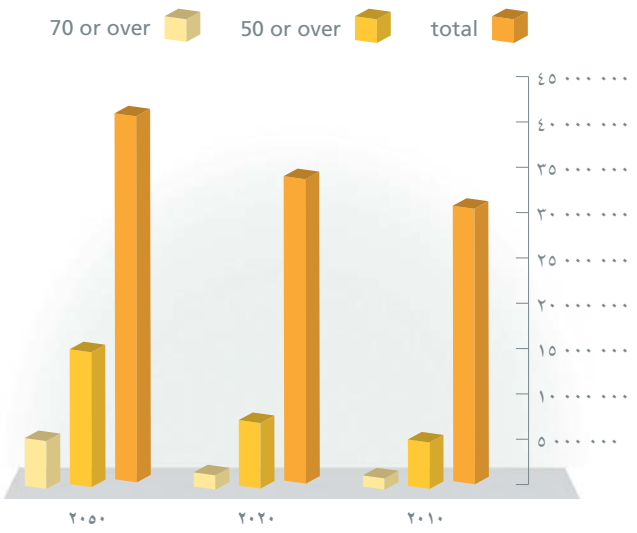
لمحة عامة

بلغ عدد سكان المغرب عام ٢٠١٠ حوالى ٣٢ مليون نسمة، والمغربيون يشكلون شعباً فتياً بما أنّ ٥,٦٣٧,٠٠٠ شخص فقط يتجاوزون الخمسين عاماً. إلا أنّ الفئة العمرية «أكبر من ستين عاماً» التي شكّلت ٨٪ من السكان عام ٢٠١٠ ستتضاعف بحلول العام ٢٠٣٠ (١٥,٤٪)، كما أنّ متوسط العمر المتوقّع الذي بلغ ٥٩ سنة عام ١٩٨١ ارتفع ليبلغ ٧٢ سنة عام ٢٠١٠ وما زال يرتفع. نجد في المغرب دراسات كثيرة حديثة عن وبائيات ترقق العظم: الإصابة بكسور الورك، وانتشار الكسور الفقرية لدى الرجال والنساء، توزّع الكثافة العظمية المعدنية، وانتشار عوز الفيتامين «د»، ونوعية حياة النساء المصابات بترقق العظم، كلها مواضيع تمت دراستها. يتبع أطباء الاختصاصات السريرية التوصيات الدولية لتشخيص ترقق العظم وعلاجه، والقاعدة الذهبية حالياً لتشخيص ترقق العظم هي قياس الكثافة العظمية المعدنية من خلال فحص "دي أكس إي" DXA، لكن في المغرب لا تتوفر أجهزة «دي أكس إي» إلا في المدن الكبرى والعيادات الخاصة وبالتالي هي بعيدة المنال بالنسبة للكثير من الناس. يُقدّر أنّ ١٣,٤٪ من الرجال الذين يتجاوز عمرهم الخمسين عاماً و٤٤,٦٪ من النساء في سِنّ ما بعد انقطاع الطمث يعانون من ترقق العظم[١-٣]، وحوالى ١٣٪ من الرجال و٢٦٪ من النساء فوق الخمسين عاماً لديهم كسر في الفقرات عديم الأعراض[٤-٥]. تُقدّر معدلات الإصابة السنوية بكسر الورك لكلّ ١٠٠,٠٠٠ شخص بـ ٥٢,١ لدى النساء و٤٣,٧ لدى الرجال، وتُقدّر نسبة انتشار عوز الفيتامين "د" بـ ٩١٪ لدى النساء[٦]. إذاً، وبالرغم من أنّ ترقق العظم يشكّل أحد أمراض العظم الأيضية الشائعة إلا أنّه ما زال دون مستوى التشخيص والعلاج اللازمين، وهو لا يحظى بالاهتمام ولا تؤخذ أيّ خطوات لمقاربته، وبطبيعة الحال ليس مصنّفاً أولوية في مجال الصحة في المغرب. استعانت الجمعية المغربية لأمراض الروماتيزم مؤخراً بتغطية إعلامية كبيرة لرفع مستوى الوعي حول ترقق العظم، ويتمّ حالياً العمل على دراسة أتراب متعددة المراكز حول ترقق العظم والإصابة بالكسور.

النتائج الرئيسية

يُقدّر عدد السكان الحالي في المغرب بـ ٣٢ مليون نسمة، و١٧,٣٪ منهم (أيّ ٥,٣ مليون) يبلغ عمرهم ٥٠ عاماً أو أكثر و٤٪ منهم (أيّ ١,٣ مليون) ٧٠ عاماً أو أكثر. ومن المتوقع أنّه بحلول العام ٢٠٥٠ سيكون ٣٧٪ من السكان (أيّ ١٥,٥ مليون) بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و١٣٪ (أيّ ٥,٥ مليون) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر، بينما سيزيد عدد السكان الكليّ ليبلغ ٤٢ مليون نسمة (الرسم ١).

الرسم ١: توقع نمو السكان في المغرب لغاية ٢٠٥٠



المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

الوبائيات

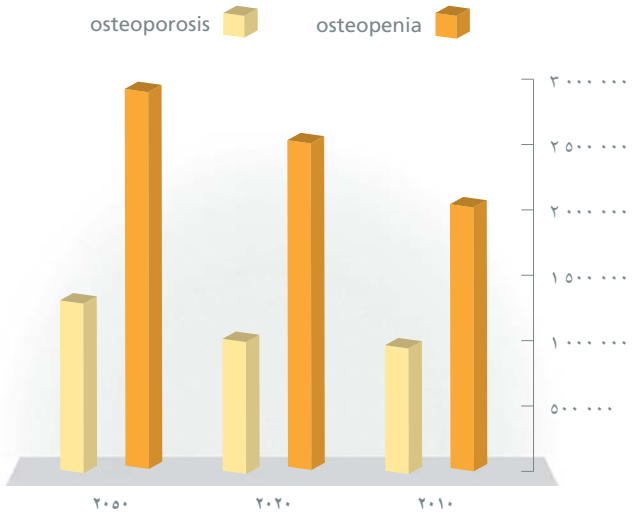
تمّ قياس القيَم الطبيعية للكثافة العظمية المعدنية لدى عيّنات سكانية كبيرة من المغربيين المعافين نساءً ورجالاً[٧] وتمّ تقييم نسبة قلة العظم وترقق العظم. وتبيّن، بالاستناد إلى استخلاصات هذه الدراسات وتقديرات فحص «دي أكس إي» وتصنيفات منظمة الصحة العالمية، أنّ ٢,١٣٧,٤١٠ شخص يعانون من قلة العظم (حوالى ٣٩٪ من السكان الذين تجاوزوا الخمسين عاماً) و٩٨٤,٧٣٠ شخص يعانون من ترقق العظم في المغرب (الرسم ٢).

وأظهرت دراسة لعام ٢٠٠٩ تقيّم العلاقة بين فقدان الطول مع مرور الوقت والكسور الفقرية، تضمنت ٢٨٨ امرأة مغربية في فترة ما بعد انقطاع الطمث، أنّ ٣١٪ من المعنيات بالدراسة مصابات بترقق العظم[٨]. وتبيّن في دراسة أخرى، تضمنت ٣٥٧ امرأة في فترة ما بعد انقطاع الطمث مقيمات في مناطق مُدنية ومتوسط العمر لديهن هو ٥٨,٧ ± ٧,٨ عاماً، أنّ ٤٢,١٪ مصابات بقلة العظم و٣٠,١٪ مصابات بترقق العظم.

كسر الورك

يُقدّر أنّ العام ٢٠١١ في المغرب سيشهد ٢,٧٠٧ إصابة بكسر في الورك.

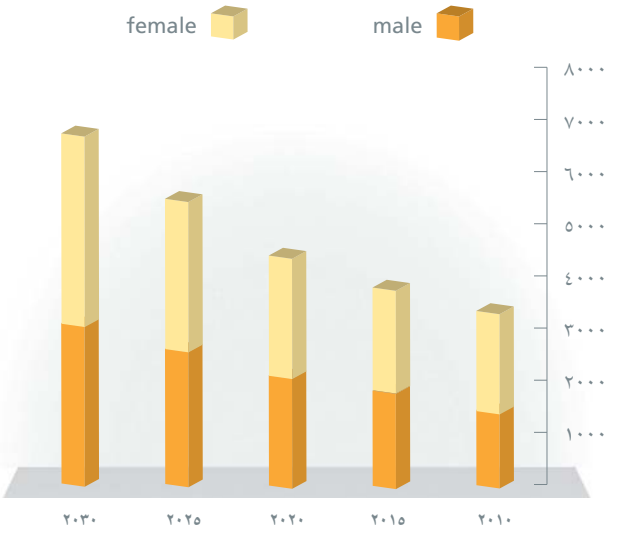
الرسم ٢: الإصابات بقلة العظم وترقق العظم في العام ٢٠١٠ والتوقعات لعاميّ ٢٠٢٠ و٢٠٣٠



ففي دراسة استرجاعية للعام ٢٠٠٢ تمّ تسجيل مجموع ١٥٠ كسراً في الورك لدى الذين تجاوز عمرهم الخمسين عاماً وذلك للفترة الممتدة بين الأوّل من كانون الثاني/يناير إلى ٣١ كانون الأوّل/ديسمبر في الرباط، وهي محافظة من محافظات المغرب[٧]. وكان المعدّل التراكمي المحسوب على أساس العمر للإصابة بكسر في الورك على مدى سنة ٥٢,١/١٠٠،٠٠٠ لدى النساء و٤٣,٧/١٠٠،٠٠٠ لدى الرجال.

وفي دراسة استرجاعية أخرى لتقييم الإصابة بكسور الورك بين عاميّ ٢٠٠٦ و٢٠٠٩ تعتمد التصميم ذاته، تمّ تسجيل ١٠٠٤ كسور في الورك وبلغ معدّل الإصابة المحسوب على أساس العمر ٦١,٨/١٠٠،٠٠٠ لدى النساء و٥٨,٠/١٠٠،٠٠٠ لدى الرجال (بيانات حديثة غير منشورة). يستند تقدير عدد كسور الورك على هذه الدراسة. (الرسم ٣)

الرسم ٣: عدد كسور الورك لعام ٢٠١٠ والتوقعات لعاميّ ٢٠٢٠، و٢٠٣٠



تبلغ التكاليف المباشرة (تكاليف الاستشفاء) لكسور الورك حوالى ١٥٠٠ إلى ٣٠٠٠ يورو. وتتوفّر الرعاية الصحية المجانية للناس كافةً في المستشفيات الحكومية.

الكسور الفقرية وغيرها من كسور الهشاشة

يُقدّر عدد الكسور الفقرية بـ ١،٥٥٣،٥٦٥ حالة، وفي دراسة أتراب تضمنت ٣٢٨ امرأة بمتوسط عمر ٦٥ ± ٦,٥، تمّ الكشف عن كسور في الفقرات لدى ٢٥,٦٪ منهنّ باستعمال فحص الكسور الفقرية (VFA) و٦٠٪ على الأقل من هذه النسبة مصابات بكسريْن اثنين[٢]. وفي دراسة تضمنت ٣٥٧ امرأة في سِنّ ما بعد انقطاع الطمث مقيمات في المناطق المُدنية حيث كان متوسط العمر ٥٨,٧ ± ٧,٨، تبيّن أنّ ٤٦,٧٪ يعانين من كسور في الفقرات٤. وتقدّر نسبة انتشار الكسور الفقرية العديمة الأعراض لدى الرجال بـ ١٣٪[٥].

التشخيص

يبلغ مجموع أجهزة «دي أكس إي» في المغرب ٢٠ جهازاً، وأجهزة الفحص بالموجات فوق الصوتية ٤ أجهزة، ولا تتوفّر هذه المعدّات إلا في بعض مراكز المدن. تبلغ تكلفة فحص الكثافة العظمية المعدنية «دي أكس إي» ١٠٠ دولار أميركي، والفحص بالموجات فوق الصوتية ١٨ دولاراً أميركياً، أمّا فترة الانتظار لإجراء فحص «دي أكس إي» فتتراوح بين ٠ و٢ يوم وما من حاجة للانتظار لإجراء الفحص بالموجات الصوتية.

سياسة التعويض

يتمّ تعويض هذه الفحوصات من دون قيود للمرضى الذين لديهم تأمين صحي، ولكن تختلف المعدلات وشروط التعويض بين شركات التأمين الصحي الخاصة. إنّ ١٧٪ فقط من المرضى في المغرب لديهم تأمين صحي، ولكن عددٌ كبيرٌ منهم يدفع مقابل فحص الكثافة العظمية[٥]. يتم، في ما يخص العلاج، تعويض تكلفة الأدوية المتوفرة للمرضى ذوي التأمين الصحي من دون قيود؛ تطبّق شركات التأمين الخاصة معدلات تعويض مختلفة (٧٠–٩٨٪) وبعض الشركات لا تعوّض إلا بعد حصول الكسر الأوّل. تتوفّر علاجات ترقق العظم بموجب وصفة طبيّة.

الكالسيوم والفيتامين "د"

إنّ مكمّلات الكالسيوم والفيتامين «د» متوفّرة بالإضافة إلى الأغذية المدعمّة. ما من برامج وقاية من خلال نمط الحياة.

الوقاية والتعليم ومستوى الوعي

إنّ ترقق العظم في المغرب لم يُصنّف بعد مشكلة صحية كبرى. ما من إرشادات صادقت عليها الحكومة لكنّ الأطباء يتّبعون الإرشادات الدولية.

إنّ مستوى الوعي حول ترقق العظم بين المغربيين هو بشكلٍ عام متدنٍ. تبيّن في دراسة تضمنت ٣٥٦ امرأة مغربية ذات صحة جيدة مع متوسط عمر يبلغ ٥٨,٩ ± ٧,٧، أنّ نسبة انتشار ترقق العظم هي على علاقة عكسية مع المستوى التعليمي، وتتراوح بين ١٩,٧٪ للنساء ذات المستوى التعليمي الأعلى و٥٠٪ للنساء الأميات (قيمة احتمالية أقلّ من ٠,٠٥)[١٠].

إنّ الأطباء الاختصاصيين (اختصاصيي أمراض الروماتزم، وجراحو العظام، واختصاصيي التوليد والأمراض النسائية، واختصاصيي الغدد الصماء) الذين يعالجون الفئة المعرّضة لترقق العظم هم مدربون جيداً لتشخيص المرض ومعالجته، كما أنّ ترقق العظم قد تمّ إدراجه في المناهج التعليمية للكليات الطبيّة. إلا أنّ معظم اختصاصيي الرعاية الصحية يفتقرون إلى المعدّات والتدريب لمعالجة مرضى ترقق العظم باستثناء أولئك الذين يعملون في المراكز المتخصصة.

تنشط الجمعية المغربية لأمراض الروماتيزم وتنظّم اجتماعات دورية تركّز على ترقق العظم وتتواصل مع العامّة من خلال الصحف ومختلف وسائل الإعلام ومن ضمنها الراديو والتلفزيون والمواقع على شبكة الانترنت إلخ.

المراجع

1. El Maghraoui A, Guerboub AA, Mounach A, Ghozlani I, Nouijai A, Ghazi M, Achemlal L, Bezza A, Tazi MA (2007) Body mass index and gynecological factors as determinants of bone mass in healthy Moroccan women. Maturitas 20;56(4): 375-382
2. El Maghraoui A, Guerboub AA, Achemlal L, Mounach A, Nouijai A, Ghazi M, Bezza A, Tazi MA (2006) Bone mineral density of the spine and femur in healthy Moroccan women. J Clin Densitom 9(4): 454-460
3. El Maghraoui A, Ghazi M, Gassim S, Mounach A, Ghozlani I, Nouijai A, Achemlal L, Bezza A, Dehhaoui M (2009) Bone mineral density of the spine and femur in a group of healthy Moroccan men. Bone 44(5): 965-969 Epub 2009 Jan 9
4. El Maghraoui A, Morjane F, Nouijai A, Achemlal L, Bezza A, Ghozlani I (2009) Vertebral fracture assessment in Moroccan women: prevalence and risk factors. Maturitas 62: 171-175
5. El Maghraoui A, Mounach A, Gassim S, Ghazi M. (2008) Vertebral fracture assessment in healthy men: prevalence and risk factors. Bone 43(3): 544-548
6. Allali F, El Aichaoui S, Khazani H, Benyahia B, Saoud B, El Kabbaj S, Bahiri R, Abouqal R, Hajjaj-Hassouni N (2009) High prevalence of hypovitaminosis D in Morocco: relationship to lifestyle, physical performance, bone markers, and bone mineral density. Semin Arthritis Rheum. 38(6): 444-451
7. El Maghraoui A, Koumba BA, Jroundi I, Achemlal L, Bezza A, Tazi MA (2005) Epidemiology of hip fractures in 2002 in Rabat, Morocco. Osteoporosis Int 16: 597-602
8. Bennani L, Allali F, Rostom S, Hmamouchi I, Khazzani H, El Manouri L, Ichchou L, Abourazzak FZ, Abouqal R, Hajjaj-Hassouni N (2009) Relationship between historical height loss and vertebral fractures in postmenopausal women. Clin Rheumatol 28: 1283-1289
9. Abourazzak FE, Allali F, Rostom S, Hmamouchi I, Ichchou L, El Mansouri L, Bennani L, Khazzani H, Abouqal R, Hajjaj-Hassouni N (2009) Factors influencing quality of life in Moroccan postmenopausal women with osteoporotic vertebral fracture assessed by ECOS 16 questionnaire. Health and Quality of Life Outcomes 7:23
10. Allali F, Rostom S, Bennani L, Abouqal R, Hajjaj-Hassouni N (2010) Educational level and osteoporosis risk in postmenopausal Moroccan women: a classification tree analysis. Clin Rheumatol 29: 1269-1275

فلسطين

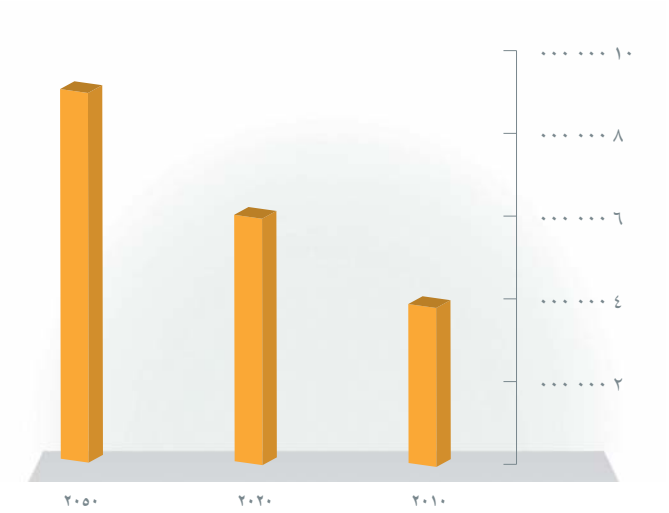
لمحة عامّة

ليس ترقّق العظم أولويّة في فلسطين بعد. ثمّة نقص في الدراسات الوبائيّة الأساسية ولا يوجد أي برهان إحصائي يتعلّق بالإصابات بكسور ترقّق العظم الرئيسية بالإضافة إلى غياب دور الدولة في الوقاية من ترقّق العظم. أجرت الجمعيّة الفلسطينيّة للوقاية من ترقّق العظام دراسة عن انتشار مرض ترقّق العظم بين النساء في فترة ما بعد انقطاع الطمث صدرت في أيّار/مايو ٢٠١٠ في Archives of Osteoporosis ووجدت أنّ ٤٠٪ من هذه النساء مصابات بالمرض. لا يعتبر ترقّق العظم بعد أولويّة في إستراتيجية الصحّة العامّة لدى وزارة الصحّة نتيجة الوضع الاجتماعي والاقتصادي المتردّي لدى الشعب الفلسطيني وكثرة الأولويّات الصحيّة الأخرى. يصعب على الكثير من السكّان الحصول على الدواء من خلال نظام الرعاية الصحيّة بالرغم من توافر الأدوية في السوق.

نتائج أساسيّة

يُقدّر عدد السكان الحالي في فلسطين بأربعة ملايين؛ ٩,٢٪ منهم في سنّ الخمسين أو أكثر (٣٦٨٠٠٠) و٥٤٪ منهم نساء.

الرسم ١: توقّع نمو السكّان في فلسطين لغاية عام ٢٠٥٠



الوبائيّات

يعاني أكثر من ٥٠٪ من الأشخاص الذين أجريت عليهم الدراسة من قلة العظم في سِنّ ٦٠-٦٩ عاماً. (الجدول ١ و٢)

الجدول ١: انتشار ترقّق العظام/قلة العظم بعد فترة انقطاع الطمث في العمود الفقري القطني وعنق عظمة الفخذ والورك بين الفلسطينيّات المقيمات في الضفّة الغربيّة.

الموضع	ترقق العظم	قلة العظم	طبيعي
فقري	٢٩,٧٪	٤٠,٤٪	٢٩,٩٪
عنق عظمة الفخذ	٢٤٪	٤٧,٩٪	٢٨,١٪
الورك	١٤٪	٤٦٪	٤٠٪
في أيّ من المواضع	٤٠,٦٪	٧٤٪	٥٠٪
في المواضع كلها	٨٪	٥,٥٪	١٦٪

كسور الورك

تقدّر تكاليف الاستشفاء المباشرة لعلاج كسور الورك بين ٣٥٠٠ و٤٥٠٠ دولار أميركي.

الكسور الفقريّة وغيرها من كسور الهشاشة

المعلومات غير متوفرة

التشخيص

نجد في فلسطين ٦ أجهزة لقياس الكثافة العظميّة المعدنيّة (DXA) وجهازان من أجهزة فوق الصوت الكمّي (QUS). لا تتوافر أجهزة التشخيص هذه إلا في المراكز المدنيّة. يكلّف الفحص بجهاز «دي أكس إي» DXA ٢٥ دولاراً أميركيّاً وبجهاز QUS ٧ دولارات. إن فترة الانتظار لإجراء كلٍّ من الفحصين هي بضعة أيام. لا تغطّي أي خطّة صحيّة حكوميّة هذين الفحصين فيما تغطّيهما قلّة من شركات التأمين الخاصّة.

سياسة التعويض

المعلومات غير متوفرة

الكالسيوم والفيتامين "د"

تتوفر مكمّلات الكالسيوم والفيتامين "د" لكنّها غير موزّعة على نطاق واسع، وتتوفر الأغذية المدعّمة بالكالسيوم أو الفيتامين "د".

الوقاية والتعليم ومستوى الوعي

يرتبط مستوى الوعي حول ترقق العظم لدى النساء الفلسطينيّات، في سِّن ما بعد انقطاع الطمث المقيمات في الضفّة الغربيّة، بالعمر والمستوى العلمي ومكان السكن واستخدام المكملات الغذائيّة (الكالسيوم والفيتامين "د" ومتعدّد الفيتامينات) وشرب الحليب. لا يرتبط علاج استبدال هرمون الأستروجين بمستوى الوعي إذ يعتمد العلاج الهرموني على الفحص السريري والتقييم.

أعطت ١٢٪ لا غير من النساء في سِّن ما بعد انقطاع الطمث إجابات صحيحة على ٧٠٪ من الأسئلة المطروحة لاحتساب نسبة معرفة المرأة لترقّق العظم. تعود هذه النسبة المتدنّية بشكلٍ أساسي إلى عوامل كثيرة تشمل:

- نقص في الثقافة الصحيّة الملائمة
- ضعف العلاقة بين الأشخاص والمراكز الصحيّة التي تُعنى بالنساء في سنّ ما بعد الإنجاب
- غياب البرامج الدائمة للاختبارات الصحيّة والسريريّة الدوريّة بسبب معتقدات ثقافيّة (الحليب للأطفال لا غير والأطبّاء لمعالجة المرضى لا غير)
- أُسر كبيرة بالإجمال
- ظروف اقتصاديّة صعبة

تشير هذه العوامل إلى الحاجة الماسّة لزيادة وعي المجتمع حول ترقّق العظم واعتباره إحدى أبرز المشاكل الصحيّة التي تستدعي اهتماماً فوريّاً على المستويين الرسمي والشعبي.

وقد تمّ تنفيذ برامج تعليمية ووقائية بدعم من وزارتي التربية والصحّة ويتمّ إعداد الإرشادات لإدارة ترقّق العظم بالتعاون مع وزارة الصحّة.

المرجع:

Ref. Abd-Alhameed I, Saba E, Darwish HM (2010) Prevalence and awareness of osteoporosis among postmenopausal Palestinian women. Arch Osteoporos 5: 111-118

الجدول ٣: انتشار ترقّق العظم وقلة العظم بين الأشخاص المعنيين بالدراسة بعد قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة في الفقرات والفخذ الكلّي بحسب العمر بالعقود[1].

الموضع		العمر (بالسنوات)				
		٤٩	٥٩-٥٠	٦٩-٦٠	٧٩-٧٠	≤٨٠
العمود الفقري القطني	ترقّق العظم	–	٪١٩	٪٣٦	٪٤٥,٢	٪٧٥
	قلة العظم	٪٢٣,٨	٪٤١,٧	٪٤٠,٧	٪٤١,٩	٪٢٥
	طبيعي	٪٧٦,٢	٪٣٩,٣	٪٢٣,٣	٪١٢,٩	–
الورك	ترقّق العظم	–	٪٤,٣	٪١٣,٤	٪٣٣,٣	٪٨٧,٥
	قلة العظم	٪٣٨	٪٣٦	٪٥٨,١	٪٥١,٦	٪١٢,٥
	طبيعي	٪٦٢	٪٥٩,٧	٪٢٨,٥	٪١٥,١	–
عنق عظمة الفخذ	ترقّق العظم	٪٤,٨	٪١١,٤	٪٢٧,٣	٪٤٧,٣	٪٦٢,٥
	قلة العظم	٪٣٣,٣	٪٤٤,٥	٪٥٦,٤	٪٤٤,١	٪٣٧,٥
	طبيعي	٪١٦,٩	٪٤٤,١	٪١٦,٣	٪٨,٦	–

REF Abd-Alhameed I, Saba E, Darwish HM (2010) Prevalence and awareness of osteoporosis among postmenopausal Palestinian women. Arch Osteoporos 5: 111-118

قطر

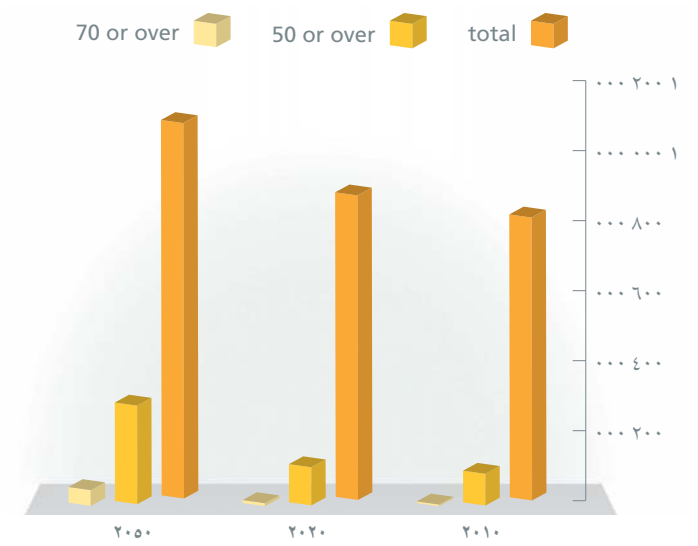
لمحة عامّة

قليلة هي المعلومات المتوافرة عن ترقّق العظم في قطر وما من جمعية قطرية لترقّق عظم في عضوية المؤسّسة الدوليّة لترقّق العظم حاليّاً. إنّ المجتمع القطري شبيه بالمجتمع السعودي وبحسب دراسات سعوديّة ودراسة قطريّة عن الفيتامين "د" واردة أدناه، تبيّن أنّه ثمّة انتشار واسع لنقص الفيتامين "د" وبخاصّة لدى النساء. على سبيل بلدان أخرى كثيرة في المنطقة، ترتدي المرأة ثياباً محتشمة تغطّي معظم جسمها ولا تتعرّض لأشعّة الشمس إلا قليلاً بالرغم من الأشعّة الساطعة طوال السنة. بالإضافة إلى ذلك، تتّبع المرأة القطريّة نمط حياة قليل الحركة ونادراً ما تمارس نشاطات خارج المنزل. هذا إلى جانب قلّة تناول الكالسيوم وتعدّد الولادات والإرضاع لفترات طويلة.

النتائج الرئيسية

يقدّر عدد السكّان الحالي في قطر بـ ٨٤١٠٠٠ من بينهم ١١٪ (٩٤٠٠٠) بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و٠,٦٪ (٥٠٠٠) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر. بحلول ٢٠٥٠، من المتوقّع أن يكون ٢٦٪ (٢٩٣٠٠٠) من السكّان بعمر ٥٠ أو أكثر و٤٪ (٤٦٠٠٠) بعمر ٧٠ أو أكثر في حين سيزيد عدد السكّان الكليّ إلى ١,١ مليون نسمة (الرسم ١).

الرسم ١: توقّع نموّ السكّان في السعوديّة لغاية عام ٢٠٥٠



المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

الوبائيّات

أُجريت سنة ٢٠٠٥ دراسة مقطعيّة على ٥٧٤ امرأة قطريّة من الفئة العمريّة ٢٠-٦٩ في قطر من خلال جهاز قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة (DXA)

الجدول ١: انتشار قلة العظم وترقّق العظم لدى السعوديين (≥ ٥٠ سنة)، بحسب بيانات مرجعيّة أميركيّة/أوروبيّة وسعوديّة٢

الفئة العمريّة	قطريّات	كويتيّات	سعوديّات	لبنانيّات	قوقازيّات
٢٠-٢٩	١,١٥٩	١,٢١٠	١,١٣١	١,١٠٠	١,١٩٦
٣٠-٣٩	١,١٦٤	١,٢٣٨	١,١٥٥	١,١١٣	١,٢١٠
٥٠-٥٩	١,٠٦٥	١,٠٩٨	١,٠٣٨	١,٠١٧	١,١٠٢
٤٠-٤٩	١,١٤٩	١,٢٠٠	١,١٠٩	١,١٠٣	١,١٨٠
٦٠-٦٩	٠,٩١٨	١,٠٠٨	٠,٩٩٣	٠,٩٥٣	١,٠١٥

الجدول ٢: مقارنة متوسط مقاييس الكثافة العظميّة المعدنيّة في الفخذ لدى المرأة القطريّة مع ذلك لدى المرأة القوقازيّة والكويتيّة بفارق عشر سنوات للفئات العمرية

الفئة العمريّة	القطريّات	الكويتيّات	القوقازيّات
٢٠-٢٩	٠,٩٩٠	١,٠٢٢	١,٠١٨
٣٠-٣٩	١,٠١٦	١,٠١٥	٠,٩٩٤
٤٠-٤٩	١,٠٤١	٠,٩٩٦	٠,٩٨٤
٥٠-٥٩	٠,٩٩٢	٠,٩٤٤	٠,٩٤١
٦٠-٦٩	٠,٨٦٨	٠,٨٧٠	٠,٨٧٥

لوضع قيم مرجعيّة عن الكثافة العظميّة المعدنيّة[1]. تمّ أخذ المقاييس في الفقرات القطنيّة وعظمة الفخذ الدانية. أظهرت النتائج أنّه لدى النساء اللواتي خضعن للدراسة تنخفض الكثافة العظميّة المعدنيّة في الفقرات مع تقدّم العمر في الفئة العمريّة ٣٠-٣٩ سنة وفي منطقة الفخذ لدى الفئة العمريّة ٤٠-٤٩ سنة. كانت قيم الكثافة العظميّة المعدنيّة للفقرات لدى المرأة القطريّة أقل من لدى المرأة القوقازيّة والكويتيّة لكن أعلى من اللّبنانيّة ومساوية للسعوديّة. أمّا قيم الكثافة العظميّة المعدنيّة للفخذ الكلّي فسجّلت معدّلات أعلى لدى المرأة القطريّة منها لدى المرأة القوقازيّة والكويتيّة واللّبنانيّة والسعوديّة في الفئة العمريّة ٤٠-٥٩ سنة ومعدّلات أدنى في الفئة العمريّة ٦٠-٦٩ سنة. (الجدول ١ و٢).

تمّت مراجعة بيانات الكثافة العظميّة المعدنيّة وتبيان علاقتها بانتشار ترقّق العظم وقلة العظم. لكن أجريت هذه الدراسة على أشخاص قادرين على السير مع اعتماد معايير استثناء مشدّدة، لذا لا تعكس البيانات انتشار قلة العظم/ترقّق العظم في البلاد. *(الجدول ٣)*

كسور الورك

المعلومات غير متوفرة

الكسور الفقرية وغيرها من كسور الهشاشة

المعلومات غير متوفرة

التشخيص

المعلومات غير متوفرة

سياسة التعويض

المعلومات غير متوفرة

الكالسيوم وفيتامين "د"

أظهرت دراسة أجريت سنة ٢٠٠٩ على ٤٥٨ طفلاً قطريّاً، دون ١٦ عاماً من العمر، نقصاً في الفيتامين "د" لدى الخاضعين للدراسة بنسبة ٦٨,٨٪ وبخاصّة في الفئة العمريّة ١١-١٦ سنة (٦١,٦٪)[2]. كان الفرق واضحاً بين الأطفال الذين يعانون نقصاً في الفيتامين "د" والأطفال الطبيعيّين عند المقارنة بحسب الأعمار (القيمة الاحتماليّة= ٠,٠١٣). ظهر أنّ نقص الفيتامين "د" أكثر شيوعاً بين الفتيات (٥١,٤٪) منه بين الفتيان (٤٨,٦٪). كما بيّنت هذه الدراسة انتشاراً واسعاً للنقص الفيتامين "د" لدى الأطفال القطريين وبنسب أكثر لدى الفتيات القطريّات. يبدو أنّ نقص الفيتامين "د" لدى الأطفال القطريّين يعود إلى تعرّضهم المحدود لأشعّة الشمس وتناولهم كميّات قليلة من الفيتامين "د". كما ظهر هذا النقص في دراسة مقطعيّة أُجريت على اختصاصيي الرعاية الصحية العاملين في مؤسّسة حمد الطبيّة، بيّنت أنّ متوسط مستوى الفيتامين "د" الكلّي هو ١١,٧ نانوغرام/مللتر، وهو أدنى لدى النساء (١٠,٣ نانوغرام/مللتر) منه لدى الرجال (١٣,٧ نانوغرام/مللتر).

المراجع

1. Hammoudeh M et al. (2005) Bone density measured by dual energy X-ray absorptiometry in Qatari women. Maturitas 52: 319–327
2. Bener A et al. (2009) High prevalence of vitamin D deficiency in young children in a highly sunny humid country: a global health problem. Minerva Pediatr. Feb; 61(1): 15-22

الجدول ٣: انتشار ترقّق العظم وقلة العظم بين الأشخاص المعنيين بالدراسة بعد قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة في الفقرات والفخذ الكلّي بحسب العمر بالعقود[1].

الفئة العمريّة	القطريّات	الكويتيّات	القوقازيّات
٢٠-٢٩	٠,٩٩٠	١,٠٢٢	١,٠١٨
٣٠-٣٩	١,٠١٦	١,٠١٥	٠,٩٩٤
٤٠-٤٩	١,٠٤١	٠,٩٩٦	٠,٩٨٤
٥٠-٥٩	٠,٩٩٢	٠,٩٤٤	٠,٩٤١
٦٠-٦٩	٠,٨٦٨	٠,٨٧٠	٠,٨٧٥

المملكة العربيّة السعوديّة

لمحة عامّة

الجمعيّة السعوديّة لهشاشة العظام هي جمعيّة علميّة تُعنى بترقّق العظم وأمراض العظام الأيضيّة الأخرى. وتقضي مهمّتها بتحسين العناية بمرضى ترقّق العظم من خلال التعلّم المعتمد على البراهين والتحليل المتقدّم والإدارة المعتمدة على دراسة الحالات.

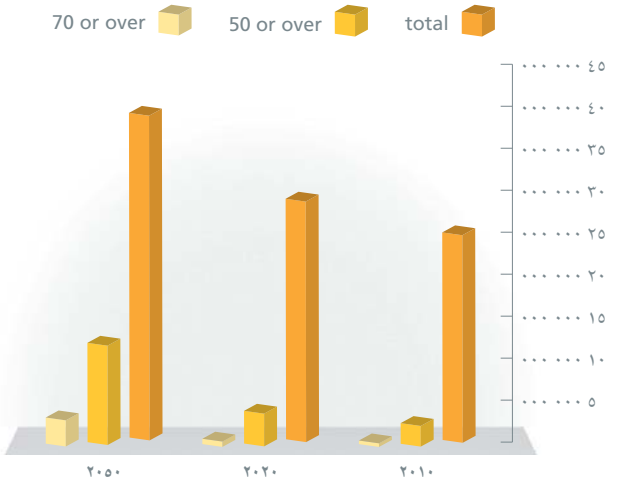
تسعى الجمعيّة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- تنمية الفكر العلمي وتطويره في اختصاصات الجمعيّة (ترقّق العظم والأمراض ذات الصلة).
- إعطاء أعضاء الجمعيّة فرصة المساهمة في تطوير مجالاتها علمياً.
- تعزيز تبادل الفكر العلمي في مجال اختصاصها بين مختلف المؤسّسات والجمعيّات داخل المملكة وخارجها.
- المساهمة في وضع إرشادات مرتبطة بتشخيص الاضطرابات الشائعة المتعلّقة باختصاصات الجمعيّة وإدارتها.
- المشاركة في التربية الصحيّة العامّة في المشاكل والأمراض المتعلّقة بترقّق العظم والأمراض ذات الصلة.
- إصدار كتيّبات ورسائل وغيرها من أجل التربية الصحيّة العامّة.
- إعداد برامج متعلّقة باختصاصات الجمعيّة ونشرها ودعمها. يمكن تشغيل أيٍّ من هذه البرامج كوحدة مستقلّة تحت إشراف الجمعيّة.
- التعاون مع جمعيّات ومؤسّسات أخرى في نشاطات مماثلة داخل المملكة وخارجها.

النتائج الرئيسية

يُقدّر عدد سكّان المملكة العربيّة السعوديّة الحالي بـ ٢٥,٧ مليون نسمة، ومنهم ١٠٪ (٢,٥ مليون) بعمر خمسين عاماً أو أكثر و٢٪ (٤٥٠٠٠٠) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر. بحلول عام ٢٠٥٠، من المتوقّع أن يكون ٣١٪ (١٢,٣ مليون) من السكّان بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و٨٪ (٣,٢ مليون) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر في حين سيزيد عدد السكّان الكليّ ليصل إلى ٤٠ مليون نسمة (الرسم ١).

الرسم ١: توقّع نموّ السكّان في السعوديّة لغاية عام ٢٠٥٠



المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

الجدول ١: انتشار قلة العظم وترقّق العظم لدى السعوديين (≥ ٥٠ سنة)، بحسب بيانات مرجعيّة أميركيّة/أوروبيّة وسعوديّة[٢]

الموضع		نساء		رجال	
		مرجع أميركي/أوروبي	مرجع سعودي	مرجع أميركي/أوروبي	مرجع سعودي
العمود الفقري (الفقرتان القطنيّتان ٢ و٤)	قلة العظم	٣٩,١٪	٤٢,٢٪	٣٢,٨٪	١٩,١٪
	ترقّق العظم	٤٧,٧٪	٣٠,٥٪	٣٨,٣٪	٤٩,٦٪
الفخذ (الكلّي)	قلة العظم	٥٧,٠٪	٥٨,٦٪	٣٢,٣٪	٥٦,٧٪
	ترقّق العظم	٧,٨٪	٤,٧٪	٦,٣٪	١,٢٪
إمّا (العمود الفقري أو الفخذ)	قلة العظم	٤١,٤٪	٤٣,٤٪	٤٦,٥٪	٥٤,١٪
	ترقّق العظم	٤٤,٥٪	٢٨,٢٪	٣٣,٢٪	٣٧,٨٪

الوبائيّات

في دراسة أجريت على ٤٨٣ امرأة سعوديّة في سِنّ ما بعد انقطاع الطمث من الفئة العمريّة ٥٢-٦٢ عامً، وجد الدسوقي أن نسبة انتشار قلة العظم لديهن هي ٣٤٪ وترقّق العظم ٢٤٪[١]. (الجدول ١).

قدّرت دراسة غرير وغيره (Greer et al) انتشار ترقّق العظم لدى المرأة السعوديّة من الفئة العمريّة ٥٠-٧٠ عاماً بحوالى ٢٣٪[٣].

كسور الورك

قُدِّر عدد كسور الورك نتيجة الإصابة بترقّق العظم بـ ٨٧٦٨ حالة سنة ٢٠٠٤[٤].

الجدول ٢: الإصابة بكسور الورك لكلّ ١٠٠ ألف شخص[٥]:

العمر (سنوات)	نساء	رجال
٤٠-٤٩	٤,٥	٧
٥٠-٥٩	١٤,٦	٢٢
٦٠-٦٩	٧٩	٣٦
٧٠<	٣٩٤	٢٥١

وصل متوسّط عدد أيّام الاستشفاء إلى ١٧,٦٧ ± ١٣,٦٣ (٥-٧٢ يوماً).

حلّلت دلال بوشيت التداعيات الاقتصاديّة لكسور الفخذ الناتجة عن ترقّق العظم في المجتمع السعودي٤. تبلغ التكلفة السنوية للعناية بهذه الكسور في المنطقة الشرقيّة للمملكة ١٢,٧٨ مليون دولار أميركي (٢٠٠٤). ومن خلال إجراء تقدير إستقرائي للمملكة ككلّ، نجد أنّ التكلفة السنويّة للعناية بكسور الفخذ تصل إلى ١,١٤ مليار دولار أميركي، مسجّلةً ارتفاعاً بنسبة ٢٧٪ في خمس سنوات (كانت ٠,٤٧ مليار بحسب تقديرات سنة ١٩٩٩).

الجدول ٣: كسور فقريّة لدى ١٥٩ امرأة في فترة ما بعد انقطاع الطمث بحسب العمر

العمر (سنوات)	المجموع	عدد النساء المصابات بكسر واحد	عدد النساء المصابات بعدّة كسور
٥١>	٢	٢	٠
٥١-٦٠	٢٤	٢٢	٢
٦١-٧٠	٧٠	٧٠	٠
٧١-٨٠	٤٩	٢٠	٢٩
٨٠<	١٤	٤	١٠

الكسور الفقريّة وغيرها من كسور الهشاشة

راجع م. سادات علي وغيره (M Sadat-Ali et al.) ٧٨٥ صورة شعاعيّة للصدر لنساء سعوديّات فوق سن الخمسين عاماً في مستشفى الملك فهد الجامعي[٦]. لاحظوا أنّ ٢٠,٣٪ (١٥٩) منهن تعانين كسراً فقريّاً واحداً على الأقل وأنّ ١٣,٢٪ لا غير من النساء المصابات بكسور فقريّة كنّ يتلقّين علاجاً مضاداً للارتشاف لمعالجة ترقّق العظم.

التشخيص

المعلومات غير متوفرة

سياسة التعويض

المعلومات غير متوفرة

الكالسيوم والفيتامين "د"

لم يعطَ مرض ترقّق العظم في المملكة العربيّة السعوديّة الأهميّة اللازمة في الماضي. لاحظ صالح صدراني وغيره (Saleh Sedrani et al.) عام ١٩٩٩ انخفاضاً في تركّزات ٢٥ هيدروكسي فيتامين "د" (بين ٥-١٠ نانوغرام/ملتر) لدى ٢٢٪ من الأطفال السعوديين و٢٠٪ من السعوديين الراشدين الخاضعين للدراسة، في حين وصل تواتر نقص الفيتامين "د" (مستوى ٢٥ هيدروكسي فيتامين «د» مساوٍ لـ أو أقلّ من ٥ نانوغرام/ملتر) إلى ٣,٤٪ لدى مجموع الأطفال و٥,٥٪ لدى مجموع الراشدين[٧].

الوقاية والتعليم ومستوى الوعي

لا تعي مجموعة كبيرة من النساء السعوديّات المتوسّطات السِّن أو المتقدّمات في السنّ عوامل خطر ترقّق العظم. أجرى الصحراني وغيره (Al-Shahrani et al.) دراسة على ٣٦٨ امرأة سعوديّة حضرن إلى عيادة الأشخاص الأصحاء في مركز للرعاية الصحيّة الأوليّة في منطقة ديراب، الرياض، السعوديّة، بين شهريْ كانون الثاني/يناير وتمّوز/يوليو ٢٠٠٦، مستخدمين استبياناً مصادقاً عليه[٨]. كانت ٧٦٪ من النساء في فترة ما بعد انقطاع الطمث وسبق لـ ٦٢٪ منهنّ أن سمعن بترقّق العظم. تراوح مستوى تحديد المشاركات لعوامل الخطر بين السيّئ والمقبول. حدّدت النساء عوامل خطر ترقق العظم على الشكل التالي: ٦٠٪ من النساء حدّدن نقص استهلاك الكالسيوم، و٣٩٪ قلة ممارسة التمارين الرياضية، و٢٢٪ عامل وراثي لترقّق العظم. أشارت ٤٨٪ من المشاركات فقط بشكلٍ صحيح إلى الأغذية الغنية بالكالسيوم.

تضمّنت النشاطات السابقة الساعية إلى زيادة الوقاية والتعليم ومستوى الوعي ما يلي:

- صدرت سنة ٢٠٠٤ التوصيات والإرشادات لتشخيص ترقّق العظم ومعالجته (مستشفى الملك فيصل التخصّصي ومركز الأبحاث) ونقّحت سنة ٢٠١١.
- في نيسان/أبريل ٢٠١١، أصدرت الجمعيّة السعوديّة لهشاشة العظام أوّل نشرة لها عن ترقّق العظم لتزويد الأطبّاء واختصاصيي الرعاية الصحية المهتمّين بالمعلومات الجديدة.
- عُقد "Osteo-Club"، أي «نادي العظم»، على شكل محاضرات ونقاشات، في الرياض بشكلٍ شهري سنة ٢٠١٠.
- تمّ إعداد ورشتيّ عمل بعنوان «Bone Builders» أي «بناؤو العظام" وOsteo-Strong" أي «قوّة العظم» للوصول إلى أنحاء مختلفة من المملكة.

المراجع

1. El-Dessouki MI (1999) Osteoporosis in postmenopausal Saudi women using dual X-ray bone densitometry. Saudi Med J 20(4): 283-286
2. Ardawi MSM, et al. (2005) Bone mineral density of the spine and femur in healthy Saudis. Osteoporosis Int 16: 43-55
3. Greer W, et al. (2008) Exploring the extent of postmenopausal osteoporosis among Saudi Arabian women using Dynamic simulation. J of Clin Dens 4: 543-554
4. Bubshait D, Sadat-Ali M (2007) Economic implications of Osteoporosis-Related Femoral Fractures in Saudi Arabian Society. Calcif Tissue Int 81: 455-458
5. Al-Nuaim AR, et al. (1995) Incidence of proximal femur fracture in an urbanized community in Saudi Arabia. Calcif Tissue Int. 56: 536-538
6. Sadat-Ali M et al. (2009) Osteoporosis-related vertebral fractures in postmenopausal women :prevalence in a Saudi Arabian sample. EMHJ 15: 1420-1425
7. Sedrani S. et al. (1990) Study of vitamin D status and factors leading to its deficiency in Saudi Arabia
8. Fahad M. Al-Shahrani et al.(2010) Knowledge of osteoporosis in middle-aged and elderly women. Saudi Med J 31 (6): 684-687

جنوب إفريقيا

لمحة عامّة

يبدو في جنوب إفريقيا أنّ معدّلات إصابة الأشخاص من العرق الأبيض والآسيوي (من شبه القارّة الهنديّة) والعرق المختلط بترقّق العظم مشابهة لتلك في الدول المتطوّرة بالرغم من غياب بيانات عن الكسور. وكما هي الحال في الولايات المتّحدة الأميركيّة ، ليس ترقّق عظم الورك شائعاً لدى العرق الأسود بالرغم من تشابه كتلة العظم الفقريّة وربّما أيضاً انتشار الكسور الفقريّة بين العرقين الأبيض والأسود من جنوب إفريقيا. لذا من الضروري إجراء بحث عن هذا الموضوع المهمّ. إلى حين توافر تلك البيانات، نستخدم بيانات التقدير الاستقرائي من الولايات المتّحدة الأميركيّة وبريطانيا وكندا وأستراليا. نعلم أنّ هذه البيانات غير دقيقة إذ إنّها لا تأخذ بعين الاعتبار خصوصية شعوب جنوب إفريقيا من حيث العرق وخصائصهم الوراثية.

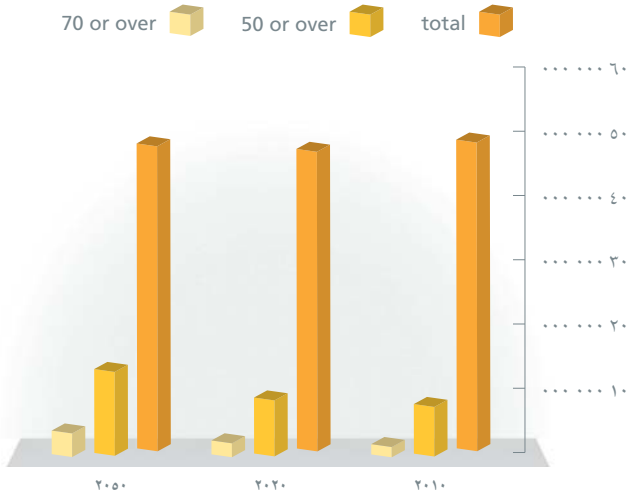
ليس عملاً حكيماً، نظراً لندرة البيانات المحليّة، إجراء توقعات الإصابة بكسور في السنوات العشر المقبلة، مع أنّه، وبالاعتماد على السكّان الحاليين الذين تخطّى ٧,٥ مليون منهم، لا غير، سِنّ الـ ٥٠ عاماً، يمكن أن نفترض أنّ عدد السكّان المسِنّين سيزيد بشكل أسيّ في العقد المقبل أو العقدين المقبلين وسترتفع معه نسبة الإصابة بترقّق العظم أو الكسور الناجمة عنه. ازداد العلاج المضاد للفيروسات بشكلٍ كبير علماً أنّ التأثير السلبي لهذه الأدوية على صحّة العظام معروف وقيد الدرس.

حتّى الآن، لا يعتبر ترقّق العظم أولويّة صحيّة في جنوب إفريقيا حيث يتفشّى فيروس نقص المناعة المكتسب/الأيدز والسلّ وسوء التغذية. لذلك أصدرت الجمعيّة الوطنيّة لترقّق العظم في جنوب إفريقيا (NOFSA) إرشادات عن العلاج والوقاية سنة ٢٠٠٠ وأعادت صياغتها سنة ٢٠١٠. كان موضوع الوقاية من الكسور الناتجة عن ترقّق العظم وخفض نسب الأمراض والوفيّات من أهم الأمور التي أُخذت بعين الاعتبار في إعداد تلك الإرشادات، وبالرغم من عدم القيام بتحليل اقتصادي رسمي، أُخِذَت فعاليّة تكلفة التشخيص والعلاج في الاعتبار في التوصيات كلها. تستهدف الإرشادات العاملين كافة في مجال الرعاية الصحيّة وأطبّاء الصحّة العامّة والأطبّاء المختصّين والسلطات الصحيّة كما تجري مناقشات دائمة مع وزارة الصحّة لضمان استخدام هذه الإرشادات وتوزيعها على المستوى الوطني. نأمل أن تؤدّي هذه المناقشات إلى تقييم البيانات المحليّة عن الكسور وبالتالي يمكن إعداد إستراتيجية صحيّة اقتصاديّة لمعالجة ترقّق العظم في هذا البلد.

النتائج الرئيسية

يقدّر عدد السكّان الحالي في جنوب إفريقيا بـ ٥٠ مليون، ١٦٪ (٨ مليون) منهم بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و٣٪ (١,٦ مليون) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر. بحلول سنة ٢٠٥٠، من المتوقّع أن يكون ٢٨٪ (١٣,٦ مليون) من السكّان بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و٨٪ (٤ مليون) منهم بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر، في حين سيبقى عدد السكّان الكليّ حوالى ٥٠ مليون نسمة (الرسم ١).

الرسم ١: توقّع نموّ السكّان في جنوب إفريقيا لغاية عام ٢٠٥٠



المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

لربما تمّ التقليل من قدر قيمة التوقّعات بما أنّها تمّت قبل البدء بالعلاج المضاد للفيروسات لمعالجة وباء فيروس نقص المناعة المكتسبة.

الوبائيّات

إنّ تمّ إجراء استقراء على بيانات الإحصاءات الدوليّة يمكن القول إنّ حوالى ١,٤ مليون امرأة فوق عمر ٥٠ عاماً و٠,٦ مليون رجل فوق عمر ٥٠ عاماً يعانون من ترقّق العظم.

كسور الورك

إنّ تمّ إجراء استقراء على البيانات الأميركية، يمكن القول إنّ ثمّة ٥٤،٨٩٠ حالة كسر ورك كلّ سنة. لكن قد يكون ذلك غير دقيق بسبب عدم الأخذ بالاعتبار عوامل أخرى مثل الخصائص الوراثية والعرق. يمكننا القول، بحسب دراسات محليّة دقيقة نسبيّاً، إنّ معدّلات الكثافة العظميّة المعدنيّة، المُقاسة بجهاز قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة، لدى العرق الأبيض والمختلط والهندي متشابهة وغير مختلفة كثيراً عن المعدّلات المرجعيّة التي وضعها مصنّع الجهاز. لذلك قد يكون انتشار كسور الورك متشابهاً بين هذه الفئات السكانية، لكن ما من بيانات وبائيّة عن كسور الورك. يتمتع الأفارقة الأميركيّون بكثافة عظميّة معدنيّة أعلى من نظرائهم البيض، ولكن تشير دراسات محليّة أنّ الكثافة العظميّة المعدنيّة في الفقرات لدى السود والبيض في جنوب إفريقيا متشابهة وأنّ معدّلات الكسور الفقريّة متشابهة بين السود والبيض، غير أنّ معدّلات الكثافة العظميّة المعدنيّة في الورك أعلى بكثير لدى السود.

لا يوجد معلومات دقيقة في ما يتعلّق بمعالجة كسور الورك لكن من المؤكّد أنّه يتم معالجة معظمها جراحيّاً.

الجدول ١: تكلفة كسور الورك وأيّام الاستشفاء

تكاليف الاستشفاء المباشرة (لكلّ مريض في مستشفى خاص)	تكاليف الاستشفاء غير المباشرة (لكل مريض)	متوسّط أيّام الاستشفاء
حوالى ١٧٠٠٠٠ راند (٢٤٠٠٠ دولار أميركي)	حوالى ٢٠٠٠٠ راند (٢٥٠٠ دولار أميركي)	٧ إلى ٩ أيّام

تجدر الإشارة إلى أنّ التكلفة الإجمالية لأمراض القلب في السنة تتخطّى ١٠ مليارات راند (١,٤ مليار دولار أميركي).

الكسور الفقرية وغيرها من كسور الهشاشة

اعتبرَ دلماس وغيره (Delmas et al.)، عام ٢٠٠٥، أنّ حوالى ١٢٢٨١ كسراً فقريّاً يحصل سنوياً في جنوب إفريقيا بحسب استقراء محوسب لإحصاءات أميركيّة وأوروبيّة وأستراليّة.

التشخيص

يُقدّر أنّه يوجد في جنوب إفريقيا ١٨٠ جهاز قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة (٠,٠٣٦/١٠٠٠٠)، ومعظم هذه الأجهزة متوفّر في المناطق المدنيّة لا غير؛ يكلّف الفحص حوالى ١٠٠٠ راند (١٣٠ دولار أميركي). يُجرى في المستشفيات الحكوميّة كل سنة حوالى ٣٠٠٠٠ فحص بجهاز قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة من دون أي تكلفة على المريض. على المريض الانتظار أسبوع أو إثنين قبل القيام بهذا الفحص في المستشفيات الحكوميّة ويوم أو إثنين في المستشفيات الخاصّة. نادراً ما تستخدم آلات التصوير بالموجات فوق الصوتيّة لتشخيص ترقّق العظم. يكلّف الفحص ٣٥٠ راند (٥٠ دولار أميركي).

سياسة التعويض

ليس لحكومة جنوب إفريقيا خطّة صحيّة حتّى الآن بالرغم من سعيها إلى تطبيق خطّة في السنوات القليلة المقبلة. يعوّض تأمين الرعاية الصحيّة الخاص هذه الفحوصات إن أظهر قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة إصابة حادّة بقلة العظم أو ترقّق العظم أو في حال وجود كسور هشاشة أو عوامل خطر. كما تدفع شركات المساعدات الطبيّة تكلفة الفحص بجهاز قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة وثمن الأدوية للمرضى المشتركين بخطط تأمينية متقدّمة.

الكالسيوم والفيتامين "د"

تتوفر مكمّلات الكالسيوم والفيتامين "د" إلا أنّ الأغذية المدعّمة بالكالسيوم والفيتامين "د" قليلة.

الوقاية والتعليم ومستوى الوعي

بالرغم من عدم اعتبار ترقّق العظم مشكلة صحيّة أساسيّة في جنوب إفريقيا حتّى الآن، تعتمد وزارة الصحّة إرشادات (وضعتها الجمعيّة الوطنيّة لترقّق العظام في جنوب إفريقيا- NOFSA) للوقاية من ترقّق العظم ومعالجته. تُعطى هذه الإرشادات على مستوى الرعاية الأوّليّة في حين تقدّم الجمعية إرشادات الوقاية والعلاج إلى الأطبّاء والعامّة على حدّ سواء. تُبذل الكثير من الجهود على المستوى الحكومي وبالتعاون مع شركة مديكال أيدز Medical Aids وقد عقدت عدّة اجتماعات بين الطرفين لمناقشة الإرشادات الجديدة التي تمّ نشرها ٢٠١٠.

يتدرّب طلاب الطبّ ومعظم العاملين في المهن شبه الطبيّة (اختصاصيي التغذية، المعالجين الفيزيائيّين، الممرّضين، مصوّري الأشعّة) على سبل الوقاية من ترقّق العظم وتشخيصه ومعالجته.

بالإجمال، يعتبر مستوى وعي الأشخاص حول ترقّق العظم جيّد. تحاول الجمعيّة الوطنيّة لترقّق العظم في جنوب إفريقيا (NOFSA) أن تنشر الوعي طوال السنة من خلال وسائل الإعلام المسموعة والمكتوبة ولديها شهر خاص بنشر الوعي عن العظام في تشرين الأوّل/أكتوبر حيث تبثّ إذاعات الراديو ووسائل إعلام أخرى مقابلات ذات صلة (من اليوم العالمي لترقّق العظم في

٢٠ تشرين الأوّل/أكتوبر حتّى نهاية تشرين الثاني/نوفمبر).

الجمعيّة الوطنيّة لترقّق العظم في جنوب إفريقيا هي الجمعيّة الوحيدة التي تُعنى بترقّق العظم في البلاد وبالتالي المركز المرجعي الوحيد. تراجع الجمعية بشكل عام المقالات (حوالى ٢٠ في السنة) التي تكتب في الصحافة العامّة لتتأكّد من صحّتها. كما تدير على المستوى الوطني منتدى إلكتروني عن العظام القويّة وتُجري ما يقارب ٣٠ حديثاً على الراديو والتلفزيون في السنة وتوزّع نشرة إخباريّة سنويّة على المرضى والأطبّاء وتدير شؤون دورة تدريب سنويّة متقدّمة (معتمدة على نموذج المؤسّسة الدوليّة لترقّق العظم) للأطبّاء، أضف إلى أنّها عقدت ثلاث دورات تدريب للأطبّاء ومشغّلي أجهزة قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة DXA بالتعاون مع الجمعيّة الدوليّة لقياس الكثافة العظميّة السريريّ ISCD. وللجمعيّة الوطنيّة لترقّق العظم شهر توعية عن العظام يقوم على وسائل الإعلام في تشرين الثاني/نوفمبر من كل سنة، تديره شركة العلاقات العامّة في الجمعية للمصلحة العامّة وقد نظّمت أيضاً سباق قفز الحبال للأطفال بالتعاون مع شركة محليّة لمنتجات الألبان.

التوصيات

ثمّة حاجة ماسّة إلى إحصاءات حول انتشار ترقّق العظم والكسور في جنوب إفريقيا للتمكن من مكافحة المرض بنجاح. ففي بلد تتفشّى فيه أمراض مثل فيروس نقص المناعة المكتسبة/الأيدز والسلّ وسوء التغذية وهي الأمراض المسؤولة حاليّاً عن معظم حالات الوفاة، ما زال أمام ترقّق العظم طريق طويل ليقطعه قبل اعتباره مرضاً خطراً. لا زال البعض يعتقد أنّ ترقّق العظم مرض يصيب النساء البيض المسنّات وهو جزء طبيعي من الشيخوخة، لكنّنا وجدنا أنّ الكثافة العظميّة للنساء السود هي ذاتها لدى البيض وتصبن بكسور فقريّة بنسب مشابهة للنساء البيض.

لا يوجد تمويل لدراسات الانتشار الوبائي وبالتالي ثمّة نقص في الإحصاءات المحليّة الموثوقة عن الكسور.

سوريا

لمحة عامّة

بدأ الاهتمام بترقّق العظم في سوريا سنة ١٩٩٤، وتمثّل بنشاطات على صعيدٍ خاصّ من خلال افتتاح أوّل مركز استشاري لترقّق عظم في المستشفى الإيطالي، ثمّ شجّع وزير الصحّة هذه المبادرة فتأسّس المجلس الطبّي لترقّق العظم، فعمِلَ على نشر المعرفة والتوعية حول ترقّق العظم بين اختصاصيي الرعاية الصحية وعامّة الناس. تأسّست الجمعيّة الأهليّة السوريّة لترقّق العظام (SYNOS) سنة ٢٠٠٥ كمنظّمة غير حكوميّة لا تبغي الربح. هدفت هذه الجمعيّة إلى نشر التوعية حول ترقّق العظم والوقاية منه ومعالجته.

الجمعيّة الأهليّة السوريّة لترقّق العظام SYNOS عضو مؤسّس في الجمعيّة العربيّة لترقّق العظام (PAOS) وعضو ناشط في المؤسّسة الدوليّة لترقّق العظم (IOF).

للجمعيّة الأهليّة السوريّة لترقّق العظام نشاطات كثيرة تشمل:

- محاضرات دوريّة للأطباء ذوي الاختصاصات ذات الصلة
- محاضرات ومعارض دوريّة للعامّة
- نشاطات توجيهيّة مدرسيّة إلى جانب برنامج تثقيفي وورش عمل عن ترقّق العظم
- تمارين توعية ومسيرات دوريّة يشارك فيها الأعضاء والعامّة
- جلسات عشاء وحفلات من حين إلى آخر يكون ترقّق العظم موضوعها الأساسي
- مقابلات إعلاميّة وإعلانيّة دوريّة بالإضافة إلى مقالات دوريّة في المجلات والصحف المحليّة والعربيّة
- نشاطات سنويّة في اليوم العالمي لترقّق العظم تشمل مؤتمرات ومسابقات رياضيّة وحلقات أسئلة وأجوبة للراشدين والأطفال إلى جانب معارض وتصاميم مطاعم خاصّة بصحّة العظام وجلسات مع الخبراء وملصقات وكتيّبات وفحوصات مجّانية بأجهزة قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة DXA. تحظى هذه النشاطات بتغطية إعلاميّة واسعة.
- فحوصات دوريّة مجّانية لكثافة العظم بالموجات فوق الصوتيّة في مراكز عامّة كثيرة
- موقع إلكتروني فاعل للجمعيّة الأهليّة السوريّة لترقّق العظام يحوي كل المعلومات الضروريّة عن المرض والمجتمع: *www.sy-nos.org*

نظمت الجمعيّة الأهليّة السوريّة لترقّق العظام دورة المؤسّسة الدوليّة لترقّق العظم الرابعة لتشخيص ترقّق العظم في دمشق (٢٠٠٩) وترأست المؤتمر العربي الخامس لترقّق العظم بالتعاون مع المؤسّسة الدوليّة لترقّق العظم وعقدته في دمشق في نيسان/أبريل ٢٠١٠.

لها منشورات كثيرة، منها:

- كتيّب تغذية
- مجلّة إعلاميّة عن ترقّق العظم مع إرشادات عن الوقاية والعلاج
- كتاب وقرص مدمج للأطفال
- كتاب وصفات طعام غنيّة بالكالسيوم
- اختبار الخطر بدقيقة واحدة

تظهر السلطات الصحيّة بعض الاهتمام بالمرض لكنّها لا تعتبره حتّى الآن مشكلة صحيّة أساسيّة.

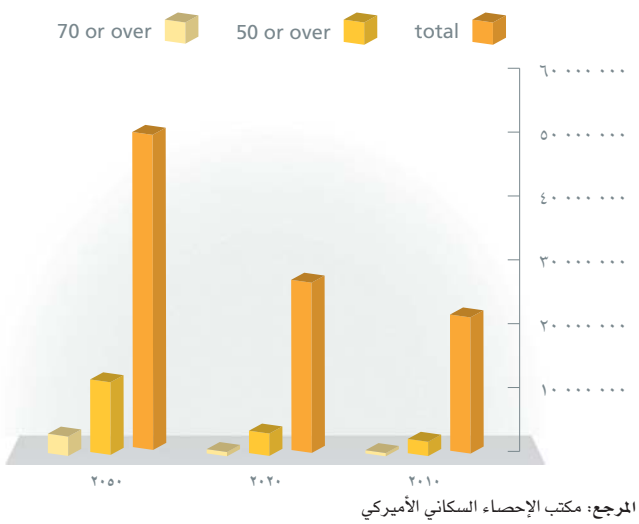
الأولويّات الأساسيّة هي:

- التخطيط الأسري وخفض معدّلات الولادة
- سجلّ وطني لكسور الورك
- إرشادات وطنيّة سوريّة لترقّق العظم
- زيادة عدد أجهزة قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة DXA
- قياس الفيتامين "د" والوقاية من نقصانه

النتائج الرئيسية

يقدّر عدد سكّان سوريا الحالي بـ ٢٢ مليون نسمة، و١١٪ منهم (٢,٣ مليون) بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و٢٪ (٠,٥ مليون) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر. بحلول سنة ٢٠٥٠، من المتوقّع أن يكون ١٥٪ (٤ مليون) من السكّان بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و٣٪ (٨ مليون) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر في حين سيرتفع عدد السكّان الكليّ إلى ٥١ مليون نسمة (الرسم ١).

الرسم ١: توقّع نموّ السكّان في سوريا لغاية ٢٠٥٠



المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

الوبائيّات

لسوء الحظ، ثمّة نقص في الإحصاءات الرسميّة المتعلّقة بإصابات ترقّق العظم وليس في سوريا حاليّاً سجلّ وطني خاص بكسور الهشاشة. إنّ السجلات موثّقة جيّداً في المستشفيات لكن يصعب الحصول عليها لغايات إحصائيّة بعد خروج المريض. تمّ احتساب الأرقام الواردة في هذا التقرير من خلال:

- الأخذ بالاعتبار زيادة عدد السكّان بنسبة ٣,٢٪ سنويّاً
- الأخذ بالاعتبار السكّان الذين تجاوزا سِنّ الـ ٥٠ عاماً ونسبتهم ١٠,٤٪ في ٢٠١٠
- العدد المتوقّع لكسور الورك سنة ٢٠١٠

كسور الورك

تمّ إنشاء سجل لكسور الورك سنة ٢٠٠١ (بدءاً من ١ كانون الثاني/يناير حتّى ٣٠ حزيران/يونيو).

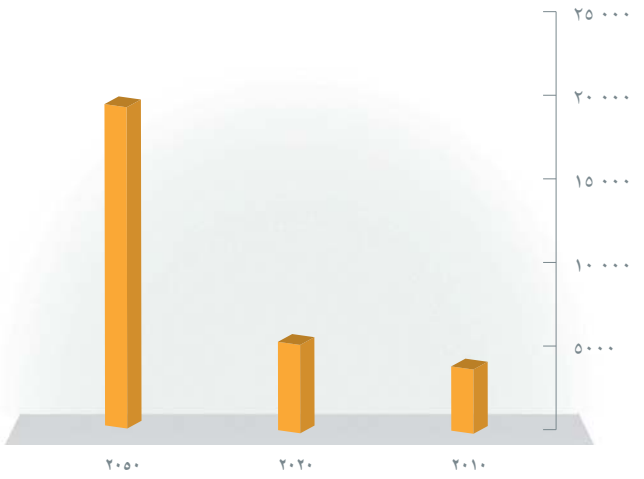
كان الهدف جمع ملفّات ١٠٠٠ حالة من عيادة خاصّة لجرّاح عظام كفء ومن مستشفى متوسّطة الحجم تحوي ٥٠٠ سرير. لكن لسوء الحظ لم يستمرّ هذا العمل بسبب عدم اهتمام المصادر الرسميّة وانتقال الأطبّاء المقيمين المهتمّين إلى مستشفيات أخرى. النتائج موجودة.

ظهر الاهتمام مجدداً سنة ٢٠٠٩ فجمعت بيانات جديدة من المصادر الآتية:

- مستشفى دمشق الجامعي، وهو أكبر مستشفى طبّي في دمشق (٢٥٠٠ سرير) يضمّ قسم الحوادث والطوارئ الأساسي في المدينة.
- مستشفى المواساة الجامعي، وهو المستشفى الجامعي الأساسي في دمشق، يحوي ٢٥٠٠ سرير ويضمّ ثاني أكبر قسم للحوادث والطوارئ في المدينة.
- شركات التجهيزات الطبيّة لجراحة العظام التي تؤمّن المواد المستخدمة لمعالجة هذه الكسور.
- مركز ترقّق العظم، المستشفى الإيطالي – وهو مصدر موثوق للمعلومات إذ يستخدم المعلومات والسجلات الناتجة عن فحوصات أجهزة قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة DXA لغايات إحصائيّة (لكنّها محدودة لأنّها تخدم القطاع الخاص لا غير).
- العيادات الطبيّة الخاصّة

يُقدّر أنّ حوالى ٤٠٠٠ كسر في الورك يحصل سنوياً في سوريا وسيرتفع هذا العدد إلى ٥٥٠٠ كسر في الورك سنة ٢٠٢٠ وقد يتراوح بين ١٥٠٠٠ و٢٠٠٠٠ حالة سنة ٢٠٥٠. الرسم ٢

الرسم ٢: عدد كسور الورك سنويّاً والتوقعات لغاية عام ٢٠٥٠



يتمّ معالجة ٧٠٪ من كسور الورك في سوريا من خلال الجراحة.

بعد الإصابة بكسر في الورك، تقدّر مدّة الانقطاع عن الإنتاجيّة في مكان العمل بستّة أشهر ولا يستعيد إلا ٥٠٪ من المرضى أسلوب حياتهم الطبيعي بعد هكذا إصابة. (الجدول ١ و٢)

الكسور الفقريّة وغيرها من كسور الهشاشة

يُقدّر أنّ حوالى ١٥٠٠٠ كسر فقريّ يحدث كل سنة، يعالج الطبيب ٢٠٪ منها. بالإضافة إلى ذلك، يحدث في سوريا كل سنة حوالى ٤٠٠٠٠ كسر آخر مرتبط بترقّق العظم.

التشخيص

يوجد في سوريا ٢٠ جهاز قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة DXA وستّة أجهزة فوق الصوت الكمّي QUS في المدن لا غير. يكلّف الفحص بالـ DXA ٢٥٠٠ ليرة سوريّة/٥٠ دولار أميركي وصورة QUS ٥٠٠ ل.س/١٠ دولار أميركي.

	تكاليف الاستشفاء المباشرة لكل مريض	تكاليف الاستشفاء غير المباشرة لكل مريض	مجموع تكاليف كسور الورك في السنة	أيّام الاستشفاء (مستشفيات حكوميّة)
٢٠١١	٢،٥٠٠	١،٠٠٠	٢٢،٠٠٠،٠٠٠	١٢
توقّعات سنة ٢٠٢٠	٥،٠٠٠	٤٤،٠٠٠،٠٠٠	–	–
توقّعات سنة ٢٠٥٠	١٠،٠٠٠	–	–	–

الجدول ٢: مقارنة التكاليف وأيام الاستشفاء مع أمراض أخرى

	مجموع التكاليف (دولار أميركي)	أيام الاستشفاء
سرطان الثدي	٢٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٣ أيام + ٣٠ يوماً كمرضى خارجيين
سرطان المبيض	١١,٠٠٠,٠٠٠	يوماً٣٠
سرطان البروستات	١٢,٠٠٠,٠٠٠	أيّام + ٣٠ يوماً٣
أمراض القلب	(مريض واحد) ٥٥،٠٠٠	يوماً٣-٢٠
أمراض الرئة	(مريض واحد) ٥٥,٠٠٠	يوماً٥-٢٠

على الشخص الانتظار يوماً كاملاً لإجراء فحص DXA.

سياسة التعويض

يتمّ تعويض الفحص بجهاز قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة DXA وبجهاز فوق الصوت الكمّي لموظّفي الدولة لا غير. ومؤخّراً بدأت بعض شركات التأمين الصحّي الخاصّة تقدّم تعويضات لكن مع فرض الكثير من القيود.

يتمّ التعويض عن الأدوية المصنّعة محليّاً.

الكالسيوم والفيتامين "د"

قياس الفيتامين "د" مكلفٌ في سوريا ومتوافر في مختبرات قليلة لا غير.

أجريت دراسة في عيادة خاصّة لتقييم انتشار نقص الفيتامين "د" بين ١٢٠ امرأة فوق سنّ ٤٠ عاماً. أظهرت الدراسة أنّ مستوى ٢٥ هيدروكسي فيتامين "د" أقل من ٢٥ نانومول/لتر لدى ٧٥٪ منهن.

مكمّلات الكالسيوم والفيتامين "د" متوافرة بالإضافة إلى الحليب المدعّم والعصير المدعّم.

تقوم الجمعيّة الأهليّة السوريّة لترقّق العظام بمشروع مدرسي يهدف إلى تسليط الضوء على أهميّة الفيتامين "د" والأغذية الغنيّة بالكالسيوم لتقوية العظام والوقاية من ترقّق العظام.

بالإضافة إلى ذلك، تنظّم الجمعيّة الأهليّة السوريّة لترقّق العظام مؤتمرات وإفطارات دوريّة يقيّم فيها أخصّائيو التغذية فوائد الطعام المدعّم بالكالسيوم والفيتامين "د".

الوقاية والتعليم ومستوى الوعي

لا يعتبر ترقّق العظم مشكلة صحيّة أساسيّة في سوريا حتّى اليوم.

تقدّم برامج الوقاية والإرشادات المتعلّقة بترقّق العظم من خلال برامج التوعية لدى الجمعيّة الأهليّة السوريّة لترقّق العظام ومنشورات عامّة في المجلات.

إنّ مستوى الوعي لدى العامّة مقبول بفضل النشاطات الدوريّة للجمعيّة الأهليّة السوريّة لترقّق العظام مثل المحاضرات للأطباء والعامّة والمعارض والمنشورات وبرامج التوعيّة المدرسيّة ومشاركة وسائل الإعلام والدورات والاجتماعات والموقع الالكتروني.

توصيات

- بالإجمال، لا يتمتّع العاملون في المهن شبه الطبيّة بتجهيزات وتدريبات جيّدة للمشاركة في العناية بمرضى ترقّق العظم. يجب تحسين التدريب والتعليم الطبّي المستمر لرفع مستوى معرفتهم بمرضاهم.
- على الحكومة أن ترفع أهميّة ترقّق العظم على سلّم الأولويّات في الخطط الصحيّة المستقبليّة وتنظّم سجلات الكسور.
- يجري العمل حاليّاً على الدليل الوطني لترقّق العظم وسيوزّع على اختصاصيي الرعاية الصحّية.
- يجب تحسين التدريب والتعليم الطبّي المستمر لاختصاصيي الرعاية الصحّية والأطباء بهدف رفع مستوى معرفتهم لمرضاهم.
- على وزارة الصحّة رفع أهميّة ترقّق العظم على سلّم الأولويّات في الخطط الصحيّة المستقبليّة من خلال: زيادة عدد أجهزة قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة DXA في المستشفيات الحكوميّة والمساعدة في إجراء دراسة موسّعة على مستوى الأمّة عن انتشار ترقّق العظم وحالة الفيتامين "د" لدى النوعين الاجتماعيين، إناثاً وذكوراً، في سوريا بالإضافة إلى تنظيم سجّل للكسور.
- زيادة المشاركة الإعلاميّة مهمّة لتسليط الضوء على عبء المرض وإمكانيّة الوقاية والعلاج.

تونس

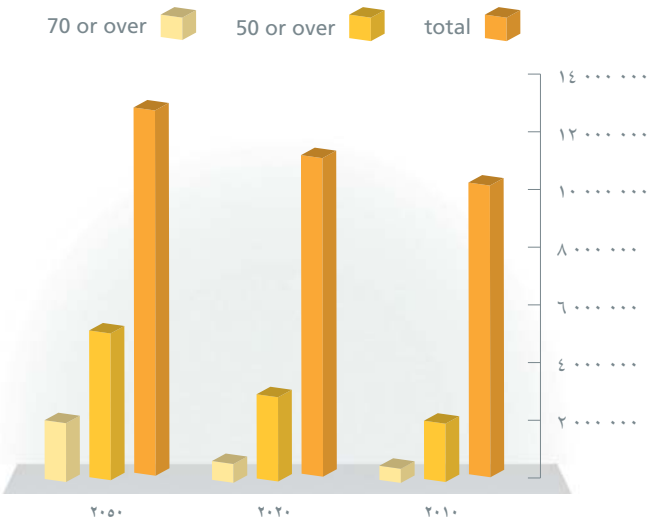
لمحة عامّة

تأسّست الجمعيّة التونسيّة للوقاية من ترقّق العظم عام ٢٠٠٠. تعنى بالمرضى وبالمواد التعليميّة للعامّة والأطبّاء. كما تنظّم اجتماعات ومؤتمرات وتعدّ برامج تعليميّة للأطبّاء الممارسين وأطبّاء المستشفيات والممرّضين. تونس هي إحدى البلدان الأربعة الوحيدة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا التي تتمتّع بنموذج فراكس FRAX الذي تمّ تطويره بالاستناد إلى الأبحاث الحديثة.

النتائج الرئيسية

يقدّر عدد سكّان تونس الحالي بـ ١٠,٥ مليون، و٢٠٪ منهم(٢,١ مليون) بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و٥٪ (٥٠٠٠٠٠) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر. بحلول ٢٠٥٠، من المتوقّع أن يكون ٤٠٪ (٥,٣ مليون) من السكّان بعمر ٥٠ أو أكثر و١٦٪ (٢,١ مليون) بعمر ٧٠ أو أكثر في حين سيزيد عدد السكّان الكليّ إلى ١٣ مليون نسمة (الرسم ١).

الرسم ١: توقّع نموّ السكّان في تونس لغاية عام ٢٠٥٠



المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

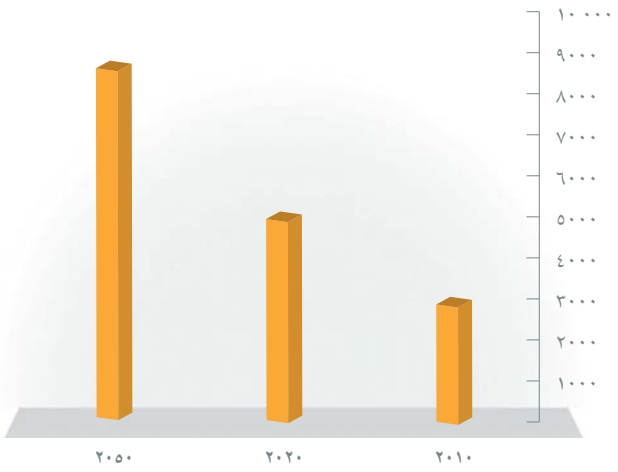
الوبائيّات

من المتوقّع أن تصيب قلة العظم ٥٠٤ ٢٥٤ امرأة فوق سنّ الـ ٤٠ عاماً وترقّق العظم ٢٤٤ ٢٩٣ امرأة في الفئة العمريّة ذاتها. في دراسة أجريت سنة ٢٠٠٦ عن انتشار ترقّق العظم، ظهر أنّ واحدة من أصل أربع نساء تونسيّات في سِنّ ما بعد انقطاع الطمث معنيات بالدراسة، لديهن T-score أدنى من ٢,٥ (المستوى الحدّي لترقّق العظم لدى منظّمة الصحّة العالميّة)[١]. تمّ احتساب القيَم المرجعية الوطنيّة لدى النساء التونسيّات في دراسةٍ لاحقة.[٢]

كسور الورك

بلغ عدد كسور الورك الناتجة عن ترقّق العظم لعام ٢٠٠١: ٣١٦٤ حالة لدى الأشخاص البالغ عمرهم ٥٠ عاماً أو أكثر و٢٩٧٩ لدى الأشخاص البالغ عمرهم ٦٠ عاماً أو أكثر. من المتوقّع أن يصل هذا الرقم إلى ٥١٠١ بحلول عام ٢٠٢٠ و٨٨٥٠ بحلول عام ٢٠٣٩ (الرسم ٢). أُخذت هذه البيانات عن الإصابة بكسور الورك من الدراسة الوطنيّة حول إصابات كسور الورك في تونس سنة ٢٠٠٢ والتي قدّرت ٢١٣,٥ كسور لكلّ ١٠٠٠٠٠ شخص في السنة.[٣]

الرسم ٢: توقّعات كسور الورك بحلول سنة ٢٠٥٠



متوسّط عدد أيّام الاستشفاء في حالات كسور الورك هو تسعة أيام.

تبلغ تكاليف الاستشفاء المباشرة لكسور الورك ٤ مليون يورو (تعتمد البيانات على الاستشفاء في المستشفيات الحكوميّة لا غير).[٤]

الكسور الفقرية وغيرها من كسور الهشاشة

درس سلامي وغيره (Sellami et al) الكسور الناتجة عن ترقّق العظم لدى

١٣١١ امرأة في فترة ما بعد انقطاع الطمث، وتبيّن أنّ ١٦٪ منهن تعانين كسراً في أحد المواضع المدروسة٥. سجّلت الكسور الفقريّة ٦٠٪ من مجموع الكسور، وكسور الرسغ ٣٢٪، في حين لم تشكّل كسور عظمة الفخذ الدانية سوى ١,٤٪ من مجموع الكسور.

التشخيص

يوجد في تونس ٥٠ جهاز قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة DXA وعشرة أجهزة فوق الصوت الكمّي QUS في المدن لا غير. يكلّف الفحص بالـ DXA ٤٠ دولار أميركي وفحص QUS ١٥ دولار أميركي. على الشخص الانتظار أقل من ثلاثة أيّام لإجراء فحص DXA وأقلّ من يوم لإجراء فحص QUS.

سياسة التعويض

لا تقدّم خطّة التأمين الصحيّ الحكومي تعويض لتكاليف التشخيص لكن بعض شركات التأمين الصحي الخاصّة تفعل ذلك بالاعتماد على خطة التأمين الفردية. تقدّم خطّة التأمين الصحي الحكومي وشركات التأمين الصحي الخاصّة تعويض عن تكاليف علاجات ترقّق العظم.

الكالسيوم والفيتامين "د"

تتوفّر مكمّلات الكالسيوم والفيتامين "د" وقد تمّ تقييم نسبة استهلاك الكالسيوم في إطار دراسة DOPIT٤.

في دراسة تونسيّة أجريت في فصل الشتاء على ٢٦٩ امرأة من الفئة العمريّة ٢٠-٦٠ عاماً، تمّ تسجيل نقص الفيتامين "د" (≤ ١٥ نانوغرام/مللتر) لدى ٥٥,٢٪ من الحالات٦.

بالإضافة إلى ذلك، تناول بحثٌ نشر سنة ٢٠٠٦ و٢٠٠٧ من قبل أ. العطّار وغيره عوامل الخطر الأساسيّة لترقّق العظم لدى المرأة التونسيّة.[٧،٨]

ما من برامج تعنى بالوقاية من ترقّق العظم من خلال نمط الحياة.

الوقاية والتعليم ومستوى الوعي

لا يعتبر ترقّق العظم مشكلة صحيّة رئيسيّة في تونس حتّى الآن وما من إرشادات عن ترقّق العظم للأطبّاء ولا برامج تدريب للعاملين في المهن شبه الطبية، غير أنّه ثمّة برنامج حكومي للتوعية العامّة.

المراجع

1. Ben Aissa R, Laatar A, Kerkeni S, Kassab S, Maamer M, Zouari B, Ouechtati A, Ben Hamida A, Gueddana N, Zakraoui L (2006) Prévalence de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées des gouvernorats de l'Ariana et de la Manouba-Tunis. Tun méd 84 (Sup 10): 119
2. Zakraoui L, Laatar A, Nasaraoui R, Kerkeni S, Kassab S, Ben Hamida A, Ben Aissa R, Gueddana N (2006) Valeurs densitométriques de référence d'une population tunisienne féminine saine Rev Rhum 73: Abst. 1134
3. Zakraoui L, Laatar A, Labidi R, Zouari B (2002) Incidence de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) en Tunisie: Etude épidémiologique nationale. Rev. Rhumatisme Ed Fr 69: 1042
4. Laatar A, Kerkeni S, Chekili S, Kassab S, Hajri R, Jebali E, Zakraoui L. La ration calcique chez les femmes tunisiennes : à propos de l'étude DOPIT. Revue du Rhumatisme 71- N°10-11: 979
5. Sellami S. et al. (2006) Prevalence of osteoporotic fractures in Tunisian women. Revue de chirurgie orthopédique 92: 490-494
6. Meddeb N. et al. (2005) Vitamin D deficiency in Tunisia. Osteoporos Int 16(2): 180-183
7. Laatar A, Nasaraoui R, Kerkeni S, Chekili S., Zaltni S, Ben Aïssa R, Hajri R, Kassab S, Zouari B, Gueddana N., Zakraoui L (2007) Main risk factors of osteoporosis in Tunisian women. Osteoporos Int: 18 (Suppl 1): S105
8. Laatar A, Kerkeni S, Chekili S, Kassab S, Hajri R, Zouari B, Zakraoui L (2006) Risk factors of osteoporosis in Tunisian females: An epidemiologic study. Ann Rheum Dis 65 (Supl II): 421

تركيا

لمحة عامّة

تتمتّع تركيا بتوزيع عمري فريد من نوعه يجعلها بلد فتي للغاية: ٦٥٪ من السكّان دون سنّ ٣٥ عاماً أي أنّ قسماً كبيراً من السكّان لا زال يسجّل كتلة عظميّة قصوى. بالإضافة إلى ذلك، تركيا بلد يشيخ وهو في طور النمو ولذلك يشكّل ترقّق العظم مشكلة صحيّة أساسيّة، ويجب أخذ هذا الأمر بالاعتبار لدى وضع سياسة للرعاية الصحيّة. بالرغم من أنّ تركيا لا تزال بين الدول التي تسجّل معدّلات متدنيّة لكسور الورك في أوروبا، يبدو في دراسة فراكتورك (FRACTURK) أنّ حدوث كسور الورك أعلى بكثير من المعدّلات الموثّقة منذ ٢٠ سنة. وفي المقابل ينتشر في تركيا كلٌ من ترقّق العظم وكثافة العظام المتدنّية بشكلٍ ملحوظ. علينا أن ننتبه لبياناتنا الوبائيّة المتعلّقة بترقّق العظم والكسور ذات الصلة لنتّخذ قرارات حكيمة في مجال الرعاية الصحيّة المستقبليّة.

معدّل الإصابة الخام بكسور الورك من عمر ٥٠ عاماً هو ١٠٩ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ لدى الرجال و٢٢٦ لكلّ ١٠٠،٠٠٠ لدى النساء في تركيا. معدّلات كسور الورك متشابهة لدى الرجال والنساء في الفئة العمريّة ٥٠-٦٤ عاماً، لكن بعد هذا العمر، معدّلات الإصابة أعلى بشكلٍ ملحوظ لدى النساء. ارتفعت معدّلات الإصابة بكسور الورك لدى النوعين الاجتماعيين بشكلٍ أسيّ مع تقدّم العمر. وصل احتمال إصابة شخص بعمر ٥٠ أو أكثر بكسر في الورك خلال حياته إلى ١٥٪ لدى النساء و٥,٣٪ لدى الرجال. أمّا احتمال إصابة أشخاص بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر بكسور الورك خلال عشر سنوات فسجّل ٢,٠٪ لدى الرجال و٣,٠٪ لدى النساء. ارتفعت احتمالات الإصابة في خلال عشر سنوات بشكلٍ تدريجي مع التقدّم في العمر لتصل في سنّ ٨٠ عاماً إلى ٦,٣٪ لدى الرجال و٣,٧٪ لدى النساء.

عندما احتسبت معدّلات كسور الورك لدى الشعب التركي سنة ٢٠١٠، قدّر أنّ أكثر من ٢٤٠٠٠ كسر في الورك يصيب سنويّاً الرجال والنساء بسنّ ٥٠ عاماً أو أكثر. تحصل معظم كسور الورك (٧٣٪) لدى النساء بعد عمر ٧٥ عاماً.

قُدّر عدد السكّان الكلّي في تركيا سنة ٢٠١٠ بـ ٧٥,٧ مليون نسمة. من المتوقّع أن يرتفع عدد السكّان سنة ٢٠٣٥ بنسبة ٢٣٪ ليصل إلى ٩٢,٩ مليون نسمة. لكن لن يكون هذا الارتفاع متّسقاً. ستحصل الزيادة الكبرى في الفئة المتقدّمة في السن. من المتوقّع أن يتضاعف عدد الرجال بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر ليرتفع من ٦,٤ مليون إلى ١٣,٩ مليون ويرتفع عدد النساء من ٧ مليون إلى ١٥,٤ مليون. كما سيرتفع عدد السكّان بعمر ٨٥ عاماً أو ما فوق إلى أكثر من ٩ أضعاف. بما أنّ خطر الإصابة بكسور الورك يرتفع أسيّاً مع التقدّم في السنّ، سيزداد عدد كسور الورك بشكلٍ كبير لدى الرجال فيرتفع من ٦٥٥٤ سنة ٢٠١٠ إلى ١٤٨٦٠ سنة ٢٠٣٥ ويرتفع لدى النساء من ١٧٨٠٧ إلى ٤٩٠٢٩ في الفترة الزمنيّة نفسها. بناءً على هذه المعلومات، نتوقّع أنّ أكثر من ٢٤٠٠٠ كسر في الورك أصاب سنويّاً الرجال والنساء بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر سنة ٢٠١٠ وسيرتفع عدد كسور الورك في السنوات الـ ٢٥ المقبلة ليصل إلى ٦٤٠٠٠.

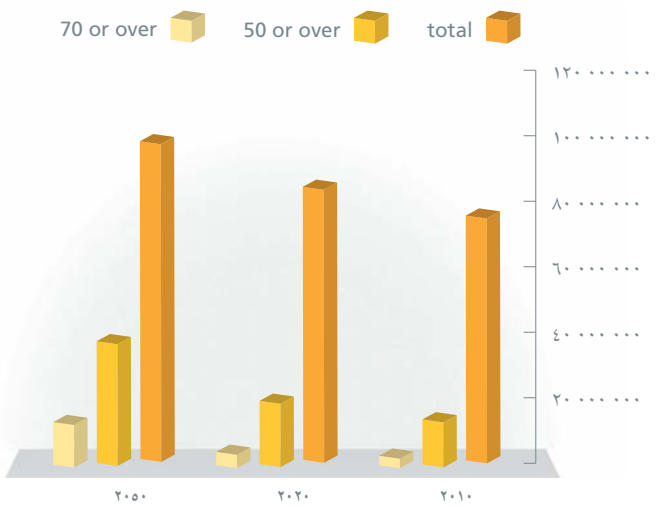
قيّمنا انتشار ترقّق العظم لدى السكّان الأصغر والأكبر من ٦٥ عاماً بما أنّه بحسب قواعد التعويض التركية، يمكن إصابة أشخاص دون سنّ ٦٥ عاماً بترقّق العظام إذا كان T-scores لديهم أقل من -٢,٥. بحسب بيانات الجمعيّة التركيّة لترقّق العظام إنّ انتشار ترقّق العظم في الفئة العمريّة ٥٠-٦٤ عاماً هو ١٧,١ في حين سجّلت ٣٣,٧٪ لدى السكّان فوق سنّ ٦٥ عاماً. بالإجمال، ٤٩,٦٪ من السكّان الذين أجريت عليهم الدراسة يعانون من قلة العظم في حين ٢٤,٨٪ منهم يصنّفوا كمصابين بترقّق العظم بحسب نتائج قياس الكثافة المعدنيّة للعظم في الفقرات القطنيّة و/أو الورك. وجدت دراستنا ترقّق العظم وقلة العظم لدى ٢٧,٢٪ و٤٩,١٪ من النساء ولدى ٢٢,٢٪ و٥٠,٢٪ من الرجال على التوالي. بعكس كسور الورك، تنتشر قلة العظم والكثافة العظميّة المتدنّية في تركيا. في ما يتعلّق بتركيا، إنّ معدلات الكثافة العظميّة المعدنيّة وانتشار ترقّق العظم بحسب العمر في هذه الدراسة مشابهة للنتائج في السويد.

تحتاج تركيا إلى بيانات وبائيّة عن الكسور الأساسيّة غير كسور الورك. تشير ملاحظات سريريّة أخرى أنّ النساء التركيّات معرّضات للخطر من ناحية الكسور الفقريّة. من شأن بيانات وبائيّة جديدة أن تساعد على اعتبار ترقّق العظم أولويّة صحيّة وطنيّة في تركيا.

النتائج الرئيسيّة

يقدّر عدد سكّان تركيا الحالي بـ ٧٨ مليون نسمة، من بينهم ١٨٪ (١٤ مليون) بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و٤٪ (٣ مليون) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر. بحلول سنة ٢٠٥٠، من المتوقّع أن يكون ٣٨٪ (٣٨ مليون) من السكّان بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و٣١٪ (١٣ مليون) بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر في حين سيرتفع عدد السكّان الكليّ إلى ١٠٠ مليون نسمة (الرسم ١).

الرسم ١: توقّع نموّ السكّان في تركيا لغاية عام ٢٠٥٠

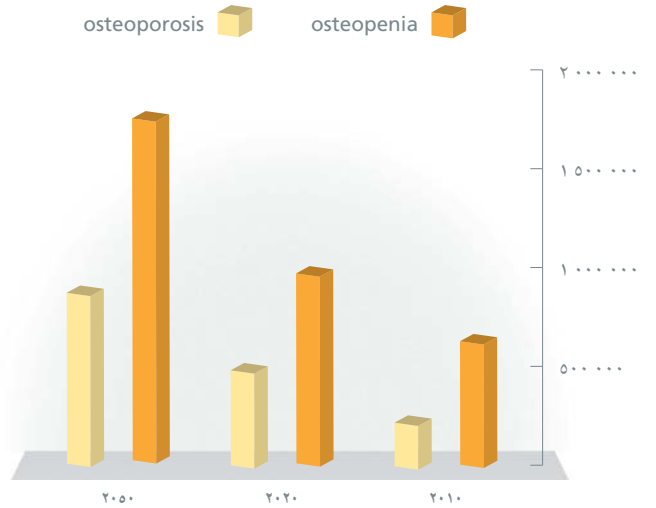


المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

الوبائيّات

من المقدّر أنّ ١٪ من مجموع السكّان يعاني قلة العظم.

الرسم ٢: العدد التقريبي للأشخاص المصابين بقلة العظم وترقّق العظم لعام ٢٠١٠ والأعداد المتوقّعة حتّى عام ٢٠٥٠



في دراسة استرجاعيّة أجريت سنة ٢٠٠٥ شملت رجالاً ونساء بعمر ٦٥ عاماً أو أكثر، ظهر أنّ ٦٣,٥٪ من النساء و٤٥,٩٪ من الرجال يعانون ترقّق العظم في أيٍّ من المواضع[١]. غير أنّ دراسة أخرى متعدّدة المراكز أجريت سنة ٢٠٠٨ على ٧٢٤ امرأة في فترة ما بعد انقطاع الطمث مقيمات في خمس مدن كبرى مختلفة، أظهرت نسب إصابة أدنى لدى النساء وكان متوسط العمر ٥٧,٦ ± ٩,٦ ووجدت هذه الدراسة أنّ ٣٠٪ من النساء مصابات بترقّق العظم و٢٧,٢٪ بقلة العظم[٢].

بلغت النسبة الإجماليّة لانتشار ترقّق العظم في قياس الكثافة العظمية المعدنيّة في عنق عظمة الفخذ لدى النساء والرجال بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر ٧,٥٪ و١٢,٩٪ على التوالي[٣].

كسور الورك

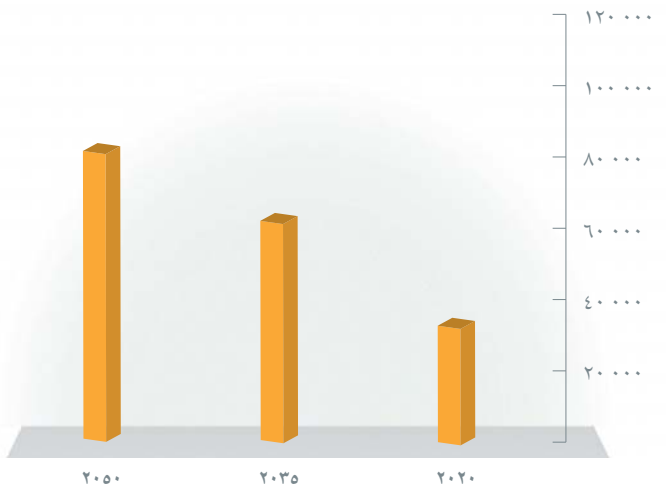
يُقدّر حاليّاً أنّه يحصل في تركيا ٢٤٠٠٠ كسر في الورك كلّ سنة.

مقارنةً بدراستي MEDOS وFRACTURK، حصل في السنوات العشرين الأخيرة ارتفاع واضح في خطر الإصابة بكسور الورك الخاصة بعمر ونوع اجتماعي معيّن.

إنّ ٧٧٪ من كسور الورك في تركيا تتم معالجتها جراحيّاً.

يبلغ متوسّط أيّام الاستشفاء في حالة كسور الورك ١١ يوماً أي ما يعادل ٢٧٠ ألف يوم استشفاء في السنة.

الرسم ٣: توقّعات أعداد كسور الورك السنوية لغاية عام ٢٠٥٠



الجدول ٢: التكاليف المباشرة لكسور الورك وتوقّعها

السنة	مجموع التكاليف المباشرة (مليون دولار أميركي)
٢٠١٠	٧٢
٢٠٢٠	١٠٠
٢٠٥٠	٢٠٥

تبلغ تكاليف الاستشفاء المباشرة لكسور الورك ٣٠٠٠ دولار أميركي لكلّ حالة.

بالمقارنة مع دراسة أجريت سنة ٢٠٠٧، قدّرت تكلفة الاستشفاء في حالة سرطان الرئة بـ ١٨٠٠٠ دولار أميركي في السنة ومتوسط التكلفة الطبيّة المباشرة ٥٤٨٠ دولار أميركي[٥].

الكسور الفقرية وغيرها من كسور الهشاشة

المعلومات غير متوفرة

التشخيص/الدورات التدريبية

إنّ مجموع أجهزة قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة DXA في الأراضي التركية هو ١٠٠٠ جهاز وتبلغ تكلفة الفحص ٥٠ دولار أميركي. يتمّ تعويض الفحوصات السنوية باستعمال جهاز «"دي أكس إي" » DXA من دون أية قيود في كافّة خطط التأمين (الخاصّة والعامّة). على الشخص الانتظار بين ٠-٢ لإجراء الفحص.

نظّمت الجمعيّة التركيّة لترقّق العظم بالتعاون مع المؤسّسة الدوليّة لترقّق العظم دورتين تدريبيّتين عن القياس السريري للكثافة العظميّة.

الجدول ١. عدد كسور الورك ونسبة الإصابة بها (المعدّل/١٠٠٠٠٠)[٣]

العمر (سنوات)	رجال			نساء		
	عدد الكسور	السكان	الإصابة	عدد الكسور	السكّان	الإصابة
٥٠-٥٤	٣٧	٥١٧٤٣	٧١,٥	٢٦	٥٢٣٢٧	٤٩,٧
٥٥-٥٩	٢٣	٤١٤٩٣	٥٥,٤	٢٧	٤١٤٦١	٦٥,١
٦٠-٦٤	٣٤	٣٢٤٨٨	١٠٤,٧	٣٢	٣٠٥٢٠	١٠٤,٨
٦٥-٦٩	٢٤	٢٨١٥١	٨٥,٣	٤١	٢٤٦٣٦	١٦٦,٤
٧٠-٧٤	٣٢	٢٣٣٥٦	١٣٧,٠	٥٢	٢٠٢٢٣	٢٥٧,١
٧٥-٧٩	٣٩	٢٠٤٧٢	١٩٠,٥	١٠٥	١٤٥٣٤	٧٢٢,٤
٨٠-٨٤	٣٥	١٠٢١٤	٣٤٢,٧	٩١	٥٦٣٧	١٦١٤,٣
+٨٥	٢٧	٤٥٧٥	٥٩٠,٢	٧١	٢٠٩٩	٣٣٨٢,٦

الرسم ٤. الإصابة بكسور الورك (المعدّل/١٠٠٠٠) في دراسة فراكتورك[٢] FRACTURK والمراكز التركيّة لدراسة ترقّق العظم في المتوسّط[٤] MEDOS.

سياسة التعويض

يتضمّن العلاج الأوّلي في تركيا: بيسفوسفونات bisphosphonates (ألندرونايت alendronate ورزيدرونايت risedronate وإيبياندرونايت ibandronate وحمض الزوليدرونيك zoledronic acid). يغطي التأمين المرضى البالغ عمرهم ٧٥ عاماً أو أكثر أو المصابين بكسر في الورك بغض النظر عن نتيجة القياس بجهاز «"دي أكس إي" » DXA. ويُغطّي المرضى البالغ عمرهم ٦٥ عاماً أو أصغر الذين لديهم T-score مساوٍ لـ أو أكثر من -٣، بغض النظر عن حالات القصور الكلوي المزمن، ويغطي المرضى البالغ عمرهم ٦٥ عاماً أو أكثر بحسب تعريف منظّمة الصحّة العالميّة لمقاييس فحص «"دي أكس إي" » DXA، ويغطّى المرضى الذين يعانون كسراً مرضيّاً أو ترقّق عظم ثانوي بغضّ النظر عن العمر (يجب أن يكون T-score ≤ -١). تُعطى أدوية أخرى (ملح سترونتيوم الثاني من حمض رانيليك strontium ranelate ورالوكسيفين raloxifene وكالسيتونين calcitonin) للمرضى غير القادرين على تقبّل البيسفوسفونات bisphosphonates أو الذين يعانون حساسيّة تجاهها. يُعطى التيريباراتايد teriparatide للنساء فوق سنّ ٦٥ عاماً اللواتي لديهن T-score ≤ -٤ (الفقرات القطنيّة أو الورك) ومن الضروري تأكيد وجود أكثر من كسريْن من خلال الأشعّة السينيّة لتقديم التعويض (لا يصفه إلا أخصائيو الغدد الصمّاء!)

الكالسيوم والفيتامين "د"

تتوفّر مكمّلات الكالسيوم والفيتامين "د" ؛ الحليب المدعّم بالكالسيوم متوفر، في حين لا تتوافر المنتجات المدعّمة بالفيتامين "د".

ما من برنامج رسمي للوقاية من ترقّق العظم من خلال نمط الحياة.

الوقاية والتعليم ومستوى الوعي

لا يعتبر ترقّق العظم حتّى الآن مشكلة صحيّة رئيسيّة في تركيا. ما من سياسة حكومية معيّنة أو إرشادات تتعلّق بترقّق العظم، من جهة أخرى يحظى داء السكّري وأمراض الانسداد الرئوي المزمن بأهميّة أكبر في تركيا.

إنّ متوسّط مستوى الوعي لدى اختصاصيي الرعاية الصحية مقبولٌ، لكن كلّ من الجمعية التركيّة لترقق العظم وجمعيّة مرضى ترقّق العظم في تركيا تخطط لبرامج تدريبيّة خاصّة لأطبّاء الصحّة العامّة وأطبّاء العائلات والأطبّاء الاختصاصيين في أنحاء مختلفة من البلاد. يعتمد الأطبّاء الأتراك إرشادات دوليّة، لكن وافقت الجمعيّة التركيّة لترقّق العظم على إعداد دليل سريري للأطبّاء، من المفترض أن يصدر في خريف ٢٠١١.

أظهرت دراسة أجريت سنة ٢٠٠٨ أنّ مستوى وعي النساء التركيّات بسنّ ٤٠ عاماً أو أكثر حول ترقّق العظم متدنٍّ[٦]. وبيّنت دراسة أخرى أنّ ٥٤٪ لا غير من مرضى ترقّق العظم يعرفون عن ترقّق العظم أي أنّ ٤٦٪ يجهلونه[٧]. بشكلٍ عام، يزور المرضى في المناطق الريفيّة مراكز الرعاية الصحيّة بنسبة أقل من مناطق أخرى وبالتالي يحظون بفرصٍ أقل لاكتساب معرفة من الأطبّاء عن ترقّق العظم.

وضعت جمعيّة مرضى ترقّق العظم في تركيا برنامج وقاية بالتعاون مع المحافظات ووزارة التربية لزيادة وعي الأطفال في المدارس الابتدائيّة والكبار في السنّ في دور رعاية المسنّين. يهدف المشروع إلى الربط بين الوقاية الأوليّة والوقاية من الدرجة الثالثة.

التوصيات

يجب اتّخاذ تدابير محدّدة للوصول إلى مرضى معرّضين بشكلٍ خطير إلى ترقّق العظم والكسور ذات الصلة ولتنظيم برامج تثقيفيّة دوريّة لاختصاصيي الرعاية الصحية ليبقوا على إطلاع بآخر مستجدات الطب في ما يتعلّق بترقق العظم.

ومن المهمّ على مستوى الدولة أن يتمّ التعاون مع الجمعيّات والأكاديميّين لتطوير استراتيجيّات الوقاية من ترقّق العظم والكسور ذات الصلة. على الدولة التصرّف لربط الوقاية الأوّليّة بالوقاية من الدرجة الثالثة في تركيا.

المراجع

1. Cankurtaran M, Yavuz BB, Halil M, Dagli N, Ariogul S (2005) General characteristics, clinical features, and related factors of osteoporosis in a group of elderly Turkish men. Aging-Clinical & Experimental Research 17(2): 108-115
2. Hamdi KI, Aydin S, GemalmazA, Akturk Z, Yaman H, Bozdemir N, Kurdak H, Sitmapinar K, Devran SI, Basak O Akdeniz M, Isildar H, Burgut E, Ozcan S, Akca U, Dagdeviren N, Ungan M (2007) Habitual tea drinking and bone mineral density in postmenopausal Turkish women: investigation of prevalence of postmenopausal osteoporosis in Turkey (IPPOT Study). Int J Vitam Nutr Res 77(6): 389-397
3. Tuzun S, Eskiyurt N, Akarirmak U, Saridogan M, Senocak M, Johansson H, Kanis JA; Turkish Osteoporosis Society (2011) Incidence of hip fracture and prevalence of osteoporosis in Turkey: the FRACTURK study. Osteoporos Int May 19. [Epub ahead of print]
4. Elffors I, Allander E, Kanis JA, Gullberg B, Johnell O, Dequeker J, Dilsen G, Gennari C, Lopes Vaz AA, Lyritis G, et al. (1994) The variable incidence of hip fracture in southern Europe: the MEDOS Study. Osteoporos Int. 4: 253-263
5. Çakir Edis E, Karlikaya C (2007) The cost of lung cancer in Turkey. Tuberk Toraks 55(1): 51-58
6. Gemalmaz A, Oge A (2008) Knowledge and awareness about osteoporosis and its related factors among rural Turkish women. Clin Rheumatol 27: 723–728
7. Kutsal YG (2005) Awareness of osteoporotic patients. Osteoporos Int 16: 128–133

الإمارات العربيّة المتّحدة

لمحة عامّة

يتأثّر انتشار ترقّق العظم في الإمارات العربيّة المتّحدة بالهيكل السكّاني الفريد من نوعه. يبلغ عدد السكّان الكليّ ٤,٥ مليون نسمة. من بينهم ٢٠٪ إماراتيين ونسبة النساء/الرجال هي ١,١/١. باقي السكّان ليسوا إماراتيون ونسبة النساء/الرجال هي ٤/١. بالإضافة إلى ذلك، لا يشكّل مجموع السكّان الذين يتجاوزن سنّ ٥٠ عاماً إلا حوالى ٦,٥٪، لذا من المتوقّع أن يكون عدد الأشخاص المصابين بترقّق العظم قليلاً نسبيّاً، غير أنّه ما من معلومات دقيقة عن الانتشار الوبائي لقلة العظم وترقّق العظم في الإمارات العربيّة المتّحدة. بيّنت دراسة مسحيّة أجريت على ١٨٢٥ شخصاً سليماً بمتوسّط عمر ٤٢ عاماً باستخدام جهاز فوق الصوت الكمّي أنّ ٢٤٪ منهم مصابون بقلة العظم و٢,٥٪ بترقّق العظم.

بالرغم من غياب سجلّ وطني لكسور الورك في الإمارات العربيّة المتّحدة، نتوقّع وجود ٢,٢٥ كسر في الورك ناتج عن ترقّق العظم لكلّ ١٠٠٠ شخص. أخذت هذه البيانات من سجّلات مستشفى أساسي في أبو ظبي.

يوجد ١,٠ جهاز «"دي أكس إي" DXA لكل ١٠٠٠ شخص في الإمارات العربيّة المتّحدة، وبالتالي ثمّة حاجة واضحة لزيادة الموارد. كما أنّه لا بدّ من إيلاء الأهميّة لعوز الفيتامين "د" إذ أظهرت دراسة أجريت هنا أنّ ٧٨٪ من الشعب لديهم مستويات فيتامين «د» منخفضة.

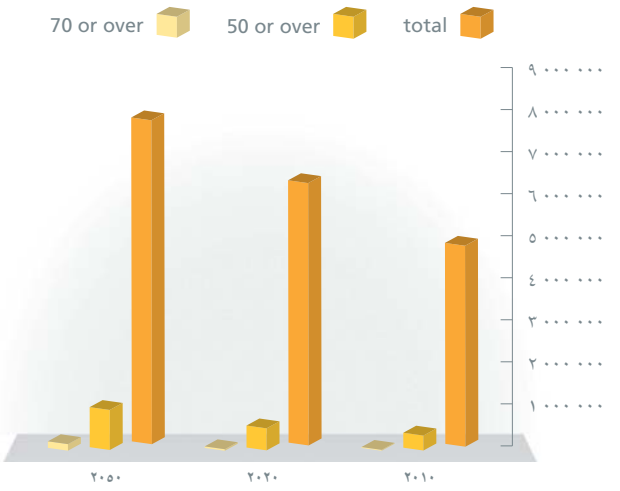
لا يعتبر ترقّق العظم مشكلة صحيّة رئيسيّة على المستوى الحكومي حتّى الآن وما من إرشادات وطنيّة بهذا الخصوص. تمّ التواصل مؤخّراً بين الجمعيّة الإماراتيّة لهشاشة العظام (EOS) وفرع من جمعيّة الإمارات الطبيّة (EMA) من جهة والهيئات الصحيّة الحكوميّة من جهةٍ أخرى لنشر الوعي عن النشاطات الحاليّة والمستقبليّة.

نظّمت الجمعيّة الإماراتيّة لهشاشة العظام المؤتمر العربي الرابع لترقّق العظم في دبي في آذار/مارس ٢٠٠٨ وحفل اليوم العالمي لترقّق العظم سنة ٢٠٠٧. وتتطلّع قدماً إلى المؤتمر الإقليمي الأوّل في الشرق الأوسط وإفريقيا للمؤسّسة الدوليّة لترقّق العظم الذي سيعقد في دبي في تشرين الأوّل/أكتوبر ٢٠١١. وسيساهم هذا الحدث في نشر الوعي حول ترقّق العظم على المستوى الحكومي ولدى اختصاصيي الرعاية الصحية في الإمارات العربيّة المتّحدة وسائر المنطقة.

النتائج الرئيسية

يقدّر عدد سكّان الإمارات العربيّة المتّحدة الحالي بـ ٤,٩ مليون نسمة، من بينهم ٧٪ (٣٠٠٠٠٠) بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر، وأقل من ٢٥٠٠٠ بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر. بحلول سنة ٢٠٥٠، من المتوقّع أن يكون ١٢٪ (٥٥٠٠٠٠) من السكّان بعمر ٥٠ عاماً أو أكثر و٢٪ بعمر ٧٠ عاماً أو أكثر في حين سيرتفع عدد السكّان الكليّ إلى ٨ ملايين نسمة (الرسم ١).

الرسم ١: توقّع نموّ السكّان في الإمارات العربيّة المتّحدة لغاية عام ٢٠٥٠



المرجع: مكتب الإحصاء السكاني الأميركي

الوبائيّات

من المقدّر أنّ ٢٤٪ من السكان مصابون بقلة العظم (يعتمد التقدير على دراسة مسحية تضمنت ١٨٢٥ شخص معافى) و٢,٥٪ مصابون بترقّق العظم (بمتوسّط عمر ٤٢ عاماً، من خلال جهاز فوق الصوت الكمّي).

كسور الورك

لا يوجد في الوقت الحالي سجلّ لكسور الورك لكن من المقدّر أنّ ثمّة ٢,٢٥ كسر في الورك نتيجة ترقّق العظم لكلّ ١٠٠٠ شخص في السنة (البيانات مأخوذة من مستشفى رئيسي في أبو ظبي).

تتمّ معالجة ٩٠٪ من كسور الورك جراحيّاً في المملكة العربيّة المتّحدة، ويبلغ ومتوسّط عدد أيّام الاستشفاء ١٤ يوماً لكلّ كسر.

من المقدّر أنّ تكاليف الاستشفاء المباشرة تبلغ ١٢٠٠٠ دولار أميركي لكلّ مريض وأيّام انقطاع الإنتاجية في العمل تصل إلى ٩٠ يوماً.

كسور فقريّة وغيرها من كسور الهشاشة

المعلومات غير متوفرة

التشخيص

يوجد حوالى ٥٠-٥٥ جهاز لقياس الكثافة العظميّة المعدنيّة DXA في كلّ الإمارات العربيّة المتّحدة وبخاصّة في المدن الكبرى. على الشخص الانتظار ٧-١٠ أيّام لإجراء فحص "دي أكس إي" DXA في المستشفيات الحكوميّة ويوم واحد في المستشفيات الخاصّة. يكلّف الفحص بجهاز "دي أكس إي" DXA ١٠٠-٢٠٠ دولار أميركي والفحص بالموجات فوق الصوتية ٥٠-٧٠ دولار أميركي.

سياسة التعويض

يتمّ التعويض للإماراتيين عن فحوصات "دي أكس إي" DXA وعن علاجات ترقّق العظم في حين تعوّض شركات التأمين الصحيّ الخاصّة عن الأدوية والفحوصات لغير الإماراتيين.

الكالسيوم والفيتامين "د"

تتوفّر مكمّلات الكالسيوم والفيتامين "د".

الوقاية والتعليم ومستوى الوعي

لا يعتبر ترقّق العظم حتّى اليوم مشكلة صحيّة رئيسيّة في الإمارات العربيّة المتّحدة وما من إرشادات أقرّتها الحكومة.

تنحصر برامج الوقاية من خلال نمط الحياة ببرامج التوعية لدى الجمعيّة الإماراتيّة لهشاشة العظام.

يُعتبَر مستوى الوعي لدى اختصاصيي الرعاية الصحية والعاملين في المهن شبه الطبيّة متوسّطاً إلى متدنٍّ إلا في بعض الاختصاصات مثل طبّ الروماتيزم وطب الغدد الصمّاء.

توصيات

يجب على الحكومة اعتبار ترقّق العظم مشكلة صحيّة رئيسيّة، فثمة حاجة لإرشادات وبرامج وقاية موافق عليها حكومياً. ويجب أن يتمّ تسهيل حصول السكان على فحص «دي أكس إي»، وأن يتمّ العمل على رفع مستوى الوعي لدى اختصاصيي الرعاية الصحية لضمان تحسين عملية تشخيص ترقق العظم والوقاية منه وعلاجه.

الخلاصات والتوصيات

يشكّل ترقّق العظم وكسور الهشاشة عبئاً كبيراً في مجال الصحة العامةً في المنطقة. يشير تقرير المراجعة الراهن الذي يشمل ١٧ دولةً من الشرق الأوسط وإفريقيا أنّه مرض خطير ومكلف يجب إضافته إلى لائحة الأمراض غير المنقولة. لا يزيد عبء المرض إلا مع الزيادة المتوقّعة للسكّان المسّنين، نظراً إلى أنّ ٣٥٪ يتجاوزن عمر الخمسين عاماً. لذا من المتوقّع أن يزيد عدد كسور الهشاشة في العقود المقبلة ضعفيْ ما هو عليه حالياً أو حتّى أربعة أضعاف ما هو عليه في معظم البلدان.

إنّ الزيادة المرتقبة في متوسّط العمر المتوقّع والمعدّلات العالية لانتشار نقص الفيتامين "د" وكثرة التدخين ونمط الحياة القليل الحركة والظروف الاقتصاديّة والاجتماعيّة الصعبة والقيود الواضحة المفروضة على حصول المسّنين ذوي خطط التقاعد المحدّدة على الرعاية الصحيّة، كلّها عوامل أساسيّة مساهمة في عبء ترقّق العظم الاجتماعي والاقتصادي. بالإضافة إلى ذلك، ثمّة نقص في البيانات الوبائيّة الدقيقة عن الكسور، والأبحاث نادرة، وهي إن وجدت افتقرت إلى التصاميم الجيّدة وبالكاد وفّرت برهاناً مقبولاً. تشير الدراسات إن وجدت أنّ معدّلات كسور الورك كثيرة في المنطقة وتؤدّي إلى أمراض وحالات وفاة وترهق كاهل موازنات الرعاية الصحيّة المحدودة في الدولة. بشكلٍ عام، ما من معايير رسميّة للرعاية والاستعانة بمراكز التشخيص، وسياسات التعويض غالباً ما تكون محدودة. لا تعتبر السلطات الصحيّة في معظم دول المنطقة ترقّق العظم أولويّةً صحيّة وطنيّة حتّى الآن.

من الضروري جدّاً بناء شراكة متينة بين الجهات المعنيّة، أيّ صانعي السياسة والباحثين/مراكز التميّز ولجان المجتمعات المحليّة والمرضى واختصاصيي الرعاية الصحيّة. وتشكّل هذه الشراكة السبيل الوحيد لضمان أفضل رعاية صحيّة وتحقيق التأثير اللازم على عبء هذا المرض الصامت لكن المدمّر والمكلف. لا يمكن تجاهل هذا النداء بعد اليوم.

دعم البحث لجمع البراهين اللازمة

يجب زيادة دعم الحكومة من الناحية اللوجستيّة والدعم المالي لمجموعات عمل ترقّق العظم المحليّة والمراكز الأكاديميّة والخبراء لجمع البراهين المطلوبة لإعداد سياسات شاملة على مستوى الرعاية الصحيّة الأوّل والثاني والثالث.

- دعم الدراسات الوبائيّة واسعة النطاق المتعلقة بانتشار ترقّق العظم والكسور والإصابة بها وعوامل الخطر ذات الصلة والنتائج.
- إعداد سجلات لكسور الورك في عدة مراكز أساسيّة في المنطقة لمراقبة معدلات الاستشفاء والمؤشرات ذات الصلة.
- دعم البحث الذي يهدف إلى تقييم نوعيّة الحياة والأثر الاقتصادي لترقّق العظم والكسور.
- تقييم أثر عوز الفيتامين "د" على الجهاز العضليّ الهيكليّ وغيره.

إعداد سياسات وطنيّة للصحّة ووضع الإرشادات ونشرها

على القادة والخبراء في المجال والمحقّقين والأوساط العلميّة ولجنة الجمعيات المحليّة التابعة للمؤسسة الدولية لترقق العظم الضغط على صانعي السياسات في وزارات الصحّة ومنظّمة الصحّة العالميّة لرفع ترقّق العظم على سلّم الأولويّات لسياسات الأمراض غير المنقولة وإعداد استراتيجيّات وطنيّة والمصادقة عليها للتأثير على العبء الصحّي الثقيل الذي يسبّبه ترقّق العظم، بناءً على براهين مؤكّدة.

- تطبيق إرشادات وطنيّة وإقليميّة للوقاية من ترقّق العظم وتشخيصه ومعالجته.
- تعزيز استراتيجيّات لنمط حياة والعلاج غير مكلفة والعمل على نشرها (بما في ذلك الوقاية من حوادث السقوط) من خلال سياسات حكومية للرعاية الصحية ومبادرات قائمة على المجتمع.
- تطوير استراتيجيّات لمكمّلات الفيتامين "د" بناءً على البيانات المحلية حول المجموعات المعرّضة للخطر.
- إعداد سياسات في مجال الصحة فعّالة من حيث التكلفة لتقليص الفجوة في إدارة الرعاية بالكسور وبالتالي الحدّ من عبء الكسور الناجمة عن ترقّق العظام.

بناء القدرات والتعليم/التدريب ووضع بروتوكولات تحسين الجودة في المجال

لا يمكن إحداث أي أثر من دون التدخّل الحثيث لاختصاصيي الرعاية الصحية والأطباء وجمعيات ترقق العظم المحليّة والمرضى.

- إعطاء دور لمزودي الرعاية الصحيّة والعاملين في المهن شبه الطبيّة من خلال التدريب المستمرّ ومنح الشهادات اللازمة، حيث يمكن ذلك.
- نشر الإرشادات الوطنيّة لترقّق العظم وتعزيزها.
- نشر المعرفة حول تقييم خطر الكسور وحول أداة فراكس® FRAX كبديل

قليل التكلفة لتقييم خطر الكسور إن كانت الكثافة العظميّة المعدنيّة غير محدّدة أو غير متوافرة.

• تحسين سهولة الوصول إلى أجهزة قياس الكثافة العظميّة المعدنيّة«دي أكس إي» والعلاجات الملائمة التي يغطيها التأمين وتحسين نسبة توافرها.

• إعداد ومراقبة برامج ضمان الجودة لتحاليل الفيتامين "د" والقياس بجهاز "دي أكس إي" DXA.

• إعداد بروتوكولات ضمان الجودة لتقييم العلاجات المضادة للارتشاف والموافقة عليها بغية تسهيل الوصول إلى الرعاية الفعّالة.

• تمكين المرضى من خلال حملات التوعية بما فيها تلك التي تحدّد عوامل الخطر لتفادي الكسر الأوّل.

ملحق

تقرير المراجعة الإقليمي لمنطقة الشرق الأوسط وإفريقيا منهج البحث مدلاين Medline

وُضِع منهج البحث المشار إليه في هذا الملحق في المركز الطبّي في الجامعة الأميركيّة في بيروت من قبل أمين مكتبة صعب الطبيّة بالتعاون مع الدكتورة نجلاء عيتاني. وقد تمّ إجراؤه وتطبيقه على البلدان كافةً التي يشملها تقرير المراجعة.

كان البحث شاملاً وحرُص على ألا يُلغى أي مرجع ذي صلة أو يتمّ التغاضي عنه.

تمّ فرز ٣٦٥٠ عنواناً ومراجعة ١٠٦ ملخّصات عن دراسات أصليّة ومعالجة ٧٠ دراسة كاملة النصوص ومراجعتها بشكلٍ رسمي.

المرحلة ١: تحديد أقسام النموذج التي تتطلّب مراجعة المواد المكتوبة والنصوص

جرى تقييم النموذج الذي قدّمته المؤسّسة الدوليّة لترقّق العظم، والأقسام التي اعتقد فريق العمل أنّه يجب استكمالها من خلال مراجعة المواد المكتوبة والنصوص ذات الصلة تلت في المراحل الواردة أدناه. لكن أقساماً كثيرة لم تتطلّب مراجعة المواد المكتوبة والنصوص بل رأي خبير أو أشخاصاً معنيين من منظّمة الصحّة العالميّة أو وزارات الصحّة أو معنيين ذا صلة مع موزّعي المعدّات الطبيّة. تجدون هذه الأقسام واردة أدناه:

١. التشخيص
٢. العلاج
٣. التوصيات

المرحلة ٢: تحديد المصطلحات ذات الصلة التي يجب البحث عنها

استعملت كل الأجزاء الفرعيّة للأقسام التي ستستخدم في مراجعة المواد المكتوبة والنصوص لتحديد مصطلحات البحث الأساسيّة الضروريّة لاستكمال البحث على شبكة الإنترنت. من ثمّ جرى توليد المصطلحات ذات الصلة من المصطلحات الأساسيّة. على سبيل المثال، يمكن الإشارة إلى مصطلح البحث الأساسي "تكلفة" بمصطلح "العبء الاقتصادي" أو "الإنفاق" (مصطلحات ذات صلة). مصطلحات البحث الأساسيّة البالغ عددها ٢٥ كانت البلد X (لبنان، المملكة العربيّة السعوديّة، إلخ)، كسر، إصابة، ترقّق العظم، قلة العظم، علاج، تكلفة، أيّام الاستشفاء، كسر الورك (بالتحديد)، إنتاجية العمل، نوعيّة الحياة، سرطان الثدي، سرطان المبيض، سرطان البروستات، أمراض القلب، أمراض الرئة، الوقاية من خلال نمط الحياة، سياسة الحكومة، مستوى الوعي، وعي المريض، مختصّ الرعاية الصحيّة، المجالات المتخصّصة، التعليم الطبي، التدريب الطبي، الإرشادات.

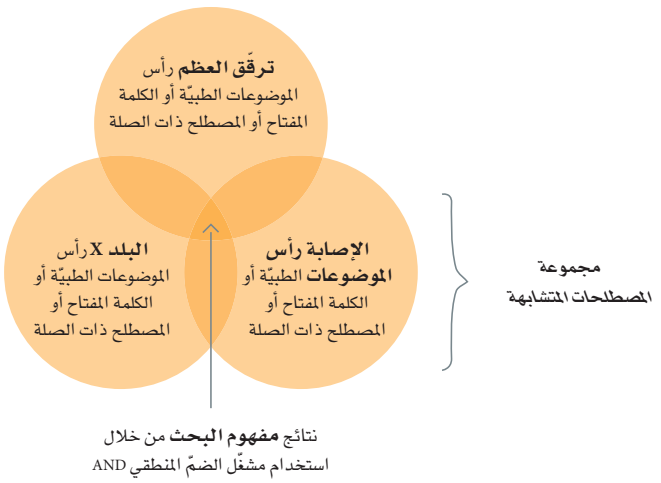
المرحلة ٣: إعداد إستراتيجية بحث للمواد المكتوبة ذات الصلة

استخدم البحث على شبكة الإنترنت خيارات/تقنيّات بحث مختلفة تتيحها واجهة أوفيد OVID على سبيل مصطلحات رؤوس الموضوعات الطبيّة MeSH، وظائف الفصل، والبحث عن الكلمة المفتاح في العنوانين والملخّصات ورؤوس الموضوعات، المتاخَمة، وأنواع المنشورات بالإضافة إلى مشغّلات بوليانيّة Boolean و/أو الاقتطاع. استخدمت كل التقنيات المذكورة للتعرّف إلى أكبر عدد ممكن من المقالات ذات الصلة من خلال استخدام المصطلحات الأساسيّة والمصطلحات ذات الصلة التي تمّت الموافقة عليها مسبقاً.

الرجاء مراجعة الرسم البياني على الصفحة التالية للإطلاع على التمثيل

مثال:

مفهوم البحث = عدد الأشخاص المصابين بترقّق العظم في البلد X
مصطلحات البحث الأساسيّة = ترقّق العظم والإصابة والبلد X



التخطيطي لما يلي: في كلّ جزء فرعي من النموذج، تمّ البحث عن كل المصطلحات الأساسيّة المعرّفة سابقاً كرؤوس المصطلحات الطبيّة MeSH (إذا أمكن) وككلمات مفتاح إلى جانب كل المصطلحات المتعلّقة بها. من شأن ذلك أن يولّد مجموعة من الكلمات المتشابهة المدمجة من خلال مشغّل التضمين المنطقي OR operator. من ثمّ يتمّ دمج مجموعة من المصطلحات مع أخرى من خلال مشغّل الضمّ المنطقي AND operator لتوليد مفهوم بحث لذلك الجزء الفرعي (على سبيل المثال: مجموعة مصطلحات ترقّق العظم AND مجموعة الإصابة AND مجموعة البلد X للحصول على مفهوم البحث = عدد الأشخاص الذين يعانون ترقّق عظم في البلد X). يمكن استخدام هذا المفهوم كبحث نهائي للحصول على أكبر عدد ممكن من المقالات عن موضوع الجزء الفرعي. تمّ تكرار ذلك في كلّ الأجزاء الفرعيّة لإعداد نموذج للبحوث يمكن تطبيقه بشكلٍ متكرّر في أي بلد. (الرجاء مراجعة الملحق للإطلاع على التفاصيل الدقيقة عن نموذج البحوث)

المرحلة ٤: تطبيق نموذج البحوث على البلدان كلها التي شملها تقرير المراجعة – العدد النهائي للبلدان الواردة في تقرير المراجعة.

تم تطبيق نموذج البحوث على كلٍّ من البلدان ذات الصلة مع إجراء بعض التعديلات على مجموعة بحث إسم البلد لا غير. تمّ تطبيق النموذج على البلدان الـ ٦٧ في الشرق الأوسط وإفريقيا: تبيّن أنّ ٥ بلدان لديها ٠ نتيجة وتأهّلت البلدان الـ٦٢ المتبقية إلى المرحلة التالية؛ تبيّن أنّ ٣٩ بلداً لديهم ٠ نتيجة بعد المرحلة الأخيرة من الفرز (نصوص كاملة)، بقيت ثلاثة من البلدان الـ ٣٩ بلد العائدة من دون نتائج قيدَ الدرس بسبب لجان المجتمعات المحليّة الناشطة (الإمارات العربيّة المتّحدة، الجزائر، كينيا)، وتبيّن أنّه لدى البلدان الـ ٢٣ المتبقّية نتيجة واحدة على الأقل لكن استثنى تقرير المراجعة ستّة بلدان منها لأنّها تفتقر لوضع مناسب ضمن لجنة المجتمعات المحليّة التابعة للمؤسّسة الدوليّة لترقّق العظم، بالتالي تضمّن تقرير المراجعة ٢٠ بلداً. لكن نظراً لعدم القدرة على جمع بيانات كافية و/أو غياب جمعية محلية تابعة متعاونة مع المؤسسة الدولية لترقق العظم، تمّ استثناء الجزائر وليبيا وسلطنة عمان واليمن بشكلٍ كامل.

المرحلة ٥: فرض قيود

نظراً لندرة المواد المكتوبة والنصوص في المنطقة، كان القيد الوحيد المفروض على كلّ بحث محدوديّة المقالات حول البشر. وربما تكون القيود المفروضة نتيجة التقسيم بحسب العمر قد استثنت مقالات تحوي بيانات عن الوقاية أو مستوى الوعي، بالتالي لم تعتبر قيداً.

المرحلة ٦: الفرز

تمّ فرز المقالات النهائيّة من خلال مقاربة ثلاثيّة الخطوات لتقليص عدد المقالات الخارجة عن الموضوع.

الخطوة ١) الفرز على أساس عناوين المقالات

- جرى تقييم صلة كل بحث بالموضوع من خلال مقارنة عناوين المقالات بمفهوم البحث أو موضوع الجزء الفرعي من النموذج. تمّ حذف المقالات التي بيّنت عناوينها عدم الصلة بمواضيع تقرير المراجعة. تشمل الأمثال عناوين عن كسور عظام الوجه أو حالات غير مرتبطة بترقّق العظم والكسور وأمراض ذات صلة مثل سرطان الثدي أو أمراض القلب. تمّ فرز ٣٦٥٠ عنوان مقال.

الخطوة ٢) انتقاء كلّ الملخّصات ذات الصلة المحدّدة من خلال البحث عن العنوان.

تمّ فرز ١٠٦ ملخّصات.

الخطوة ٣) انتقاء كل المقالات الكاملة النصوص ذات الصلة المحدّدة من خلال البحث عن الملخّصات.

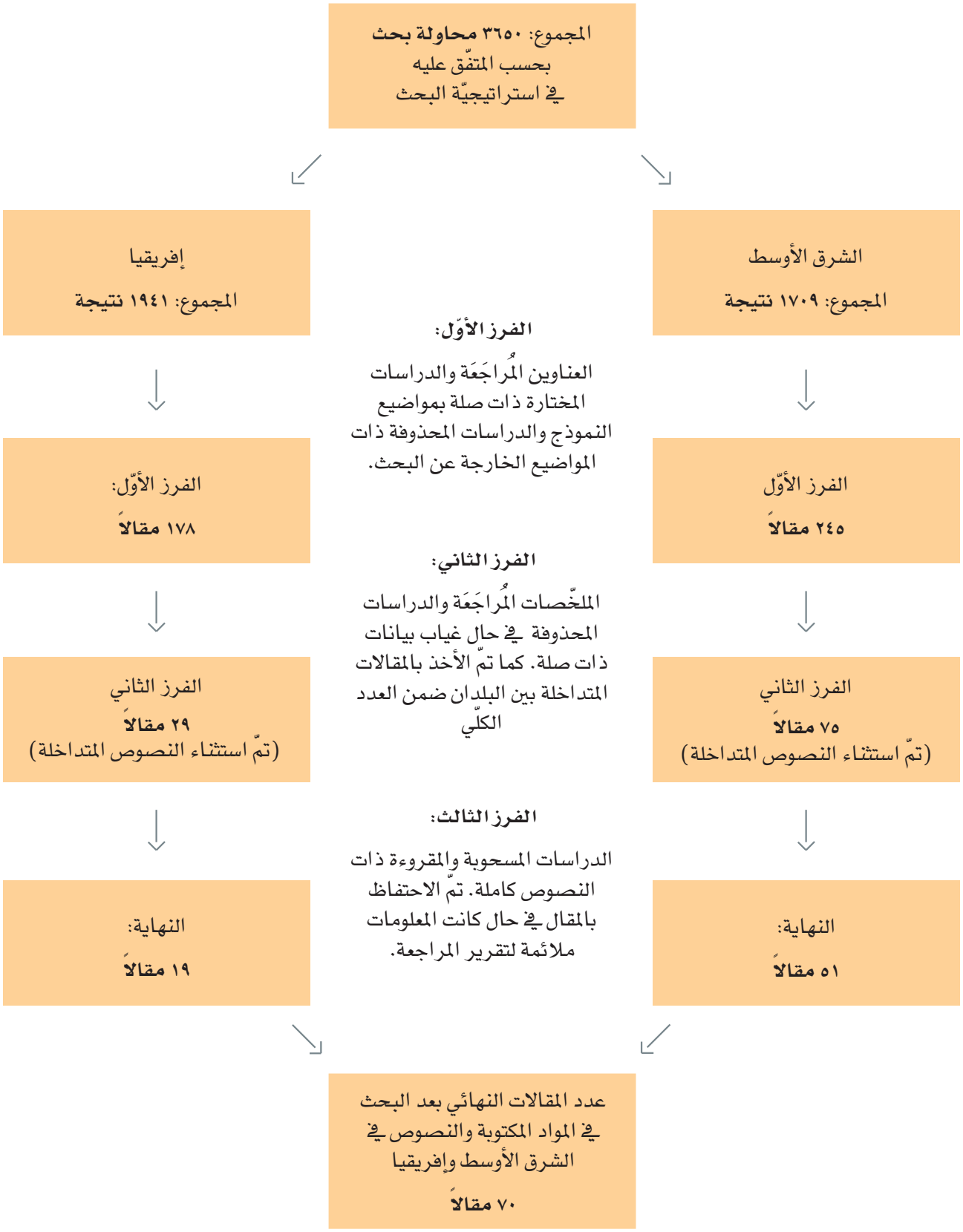
تمّت مراجعة ٧٠ مقالاً كاملاً (راجع الرسم أدناه).

كما تمّ استعمال دراسات إضافيّة أشار إليها كتّاب ومساهمون.

ملاحظة

١ تُستَعمَل MeSH من قبل القائمين بالفهرسة في المكتبة الطبية الوطنية لوصف محتوى مقال معيّن. كما يتمّ تنظيم مصطلحات MeSH بهيكلية هرمية أو هيكلية شجرية ما يتيح للمستعملين تفصيل مصطلح MeSH ليضمنوا أن يتمّ إدراج مصطلحات MeSH الأكثر محدودية ضمن نتائج البحث.

بحث في المواد المكتوبة والنصوص الشرق الأوسط وإفريقيا



البحرين
مصر
إيران
العراق
الأردن
كينيا
الكويت
لبنان
المغرب
فلسطين
قطر
المملكة العربيّة السعوديّة
جنوب إفريقيا
سوريا
تونس
تركيا
الإمارات العربيّة المتّحدة

International Osteoporosis Foundation

تقرير المراجعة الإقليمي للشرق الأوسط وإفريقيا

الوبائيات والتكاليف والأعباء المرتبطة بترقق العظم في الشرق الأوسط وإفريقيا لعام ٢٠١١

إنّ تقرير المراجعة هذا الذي يشمل سبعة عشر بلداً في منطقة الشرق الأوسط وإفريقيا هو التقرير الأوّل الذي يجمع المعلومات عن الوبائيات والأعباء والتكاليف المرتبطة بترقق العظم في مستند واحد. يقيِّم التقرير العبء الحالي للمرض والعبء المتوقَّع له مستقبلاً، ويحدِّد الثغرات في إطار المعرفة والرعاية القائمة في المنطقة.

إنّ الثغرات المبيَّنة لا يُستهان بها والتوقّعات المستقبلية لغالبية الدول تشير إلى ارتفاع كبير جداً في أعداد كسور الهشاشة فيما تتزايد نسبة المسِّنين بين السكّان. لا شكّ في أنّه من الضروري أنّ يتخِّذ المعنيون الخطوات اللازمة – المسؤولون الحكوميون عن السياسة الصحيّة، والاختصاصيون الطبيّون، وشركات التأمين، والعامّة – للحدّ من أثر ترقق العظم والكسور الناتجة عنه. ونأمل لتقرير المراجعة هذا، لا سيّما أنّه الأوّل من نوعه، أن يُشكِّل أداةً قيِّمة تكون بمثابة 'نداء للتحرّك' بغية تسليط الاهتمام على هذا التحدي الصحي البالغ الأهمية.

البروفسور سايرس كوبر رئيس هيئة المستشارين العلميين، المؤسسة الدولية لترقق العظم

International Osteoporosis Foundation
Rue Juste-Olivier 9
CH-1260 Nyon
Switzerland
T +41 22 994 01 00
F +41 22 994 01 01
info@iofbonehealth.org
www.iofbonehealth.org

إنّ إعداد هذا التقرير جاء بدعمٍ من منحة تربوية غير محدودة من:

Fonterra™ Dairy for life

SERVIER