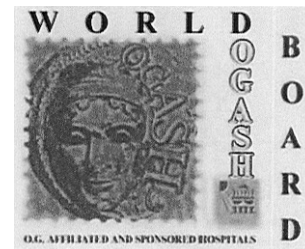
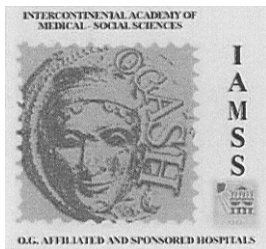


საქართველოს სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი
Georgian Social Pediatrics Protection Fund

**სამედიცინო-სოციალური მეცნიერების
ინტერკონტინენტალური აკადემიის სოციალური
პედიატრიის სექცია (დაპარტამენტი)**
Social Pediatrics Department of interkontinental
academy of medical-social sciences (IAMSS)

**სამეცნიერო კვლევათა ხელშეწყობის საერთაშორისო
აკადემიის საქართველოს ეროვნული კომიტეტი**
International academy for scientific research support,
Georgian national committee



„ჩანასახიდან ბავშვს აქვს უფლება იყოს დაცული“.

„Childrens rights must be defendened since embruo“

**სოციალური პედიატრიის დაცვის
ფონდის ჟურნალი**

№9-4-3

გამოდის ექვს თვეში ერთხელ

თბილისი
2007
Tbilisi

**სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის
 ჟურნალის “სოციალური, ეკოლოგიური და
 კლინიკური პედიატრია” სარედაქციო კოლეგიისა
 და სარედაქციო საბჭოს შემადგენლობა**

მთავარი რედაქტორი

გ. ჩახუნავილი

მ. მ. დ. პროფესორი, აკადემიკოსი-მდივანი

რედაქტორის მოადგილე

თ. მიქელაძე

საკატიო რედაქტორი

პროფესორი **ი. ციციშვილი**

რედაქტორის მოადგილე

პ. იმნაძე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის დირექტორი

რედაქტორის მოადგილე

ლ. კიკნაძე

საქართველოს ქალთა კონგრესის თავმჯდომარე

რედაქტორის მოადგილე

გ. დიდავა

საქართველოს პათოლოგ-ანატომია ასოციაციის
 გენერალური მდივანი, მ. მ. დ. პროფესორი, აკადემიკოსი

რედაქტორის მოადგილე

ნ. ჯოგაძე

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა კავშირი, მ. მ. კ.

სარედაქციო კოლეგიის წევრები:

ასათიანი ნ. (არასამთავრობოების
 კოალიცია აფხაზეთისთვის)

კანდელაკი ნ. (მედიცინის
 დოქტორი)

ბიბილაშვილი ი. (არასამთავრობოების
 კოალიცია აფხაზეთისთვის)

კვეციანი-კოპაძე ა. (საქართველოს
 პედიატრთა ასოციაციის
 პრეზიდენტი მ. მ. დ. პროფ. აკად.)

ბაბაიძე თ. (მ. მ. კ. მეან-გინეკოლოგი
 ბათუმი)

კუტუბიძე რ. (თსსუ პროფესორი,
 მ. მ. დ. აკად.)

დავითაია გ. (თ. ს. ს. უ.
 პროფესორი მ. მ. დ.)

კილაძე დ. (ჯი-პი-სის
 გენ დირექტორი, მ. მ. კ.)

ზარდალიშვილი ვ. (საქართველოს
 ბავშვთა კარდიოლოგთა
 ასოციაცია მ. მ. დ.)

პარანაძე თ. (ივანე ჯავახიშვილის
 სახ. სახელმწიფო უნივერსიტეტის
 პროფესორი)

ზურაბაშვილი დ. (ფსიქიატრიის
 ინსტიტუტის დირექტორი,
 პროფესორი)

მამაო ლევანი (საქართველოს
 საპატრიარქო)

მანჯავიძე ნ.(თსსუ პროფესორი, მმდ)

მირიანაშვილი მ. (არასამთავრობო
ორგანიზაცია „ჟირაფი“)

მორჩილაძე ა.

ნადარეიშვილი ბ. (მმკ. ჰომეოპათია
საზოგადოება)

ნემსაძე ქ. (თსსუ პროფესორი მმდ)

ჟვანია მ. (თსსუ პროფესორი მმდ)

ჟორჯოლიანი ლ. (საქართველოს
პედიატრიის ინსტიტუტის
დირექტორი, პროფ. მმდ)

უბარი ნ. (თსსუ პროფესორი მმდ)

ურუშაძე ლ. (სამეცნიერო კვლევათა
ხელშემწყობი საერთაშორისო
აკადემიის საქართველოს ეროვნული
კომიტეტის თავმჯდომარე)

ფავლანიშვილი ი. (თსსუ პროფ. მმდ)

ფრუიძე დ. (თსსუ გ. ჟვანიას სახ.
პედიატრიული კლინიკის დირექტორი)

ქარსელაძე რ. (ივ. ჯავახიშვილის

სახ. სახელმწიფო

უნივერსიტეტის პროფ. მ. მ. დ.)

ყიფიანი ბ. (თსსუ პროფესორი მმდ.
აკადემიკოსი)

რათიანი ხ. (აბაშის შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური
სამსახურის უფროსი)

ჩახუნაშვილი კ. (საქართველოს
ბავშვთა კარდიოლოგთა კავშირის
ვიცე-პრეზიდენტი,
მმდ აკადემიკოსი)

შენგელია რ. (თსსუ პროფესორი,
მმდ აკადემიკოსი)

შაქარაშვილი ზ.(მედიცინის დოქტორი)

ჩხაიძე მ. (მედიცინის დოქტორი)

ჩხაიძე ავ. (აკადემიკოსი)

სოჯავა მ. (თსსუ პროფესორი, მმდ)

ცინცაძე ნ. (აჭარის რეგიონის
სოციალური და ეკოლოგიური
პედიატრიის კავშირი)

სარდაქციო კოლეგიის მდივანი

ნ. თოფურიძე

მედიცინის დოქტორი

სარდაქციო საბჭოს წევრები:

დ. ტაბუცაძე

დოცენტი, მედიცინის დოქტორი

თ. კუტუბიძე

თსსუ ასისტენტ-პროფესორი

ქ. კვაჭაძე

საქართველოს ეკოლოგიური პედიატრიის კავშირი

დ. კუხიანიძე

აფხაზეთში ჰუმანიტარულ და სოციალურ

პროგრამათა განვითარების საერთაშორისო ფონდის თავმჯდომარე

მ. ნანობაშვილი

ექიმი-პედიატრი

ბ. ადამაშვილი

ექიმი-პედიატრი, მ. მ. კ.

ნ. ფრუიძე

ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგის პრეზიდენტი

ბ. არველაძე

ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგა

ქ. ნაფარიძე

ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგა

სარდაქციო საბჭოს მდივანი

ნ. ბადრიანაშვილი

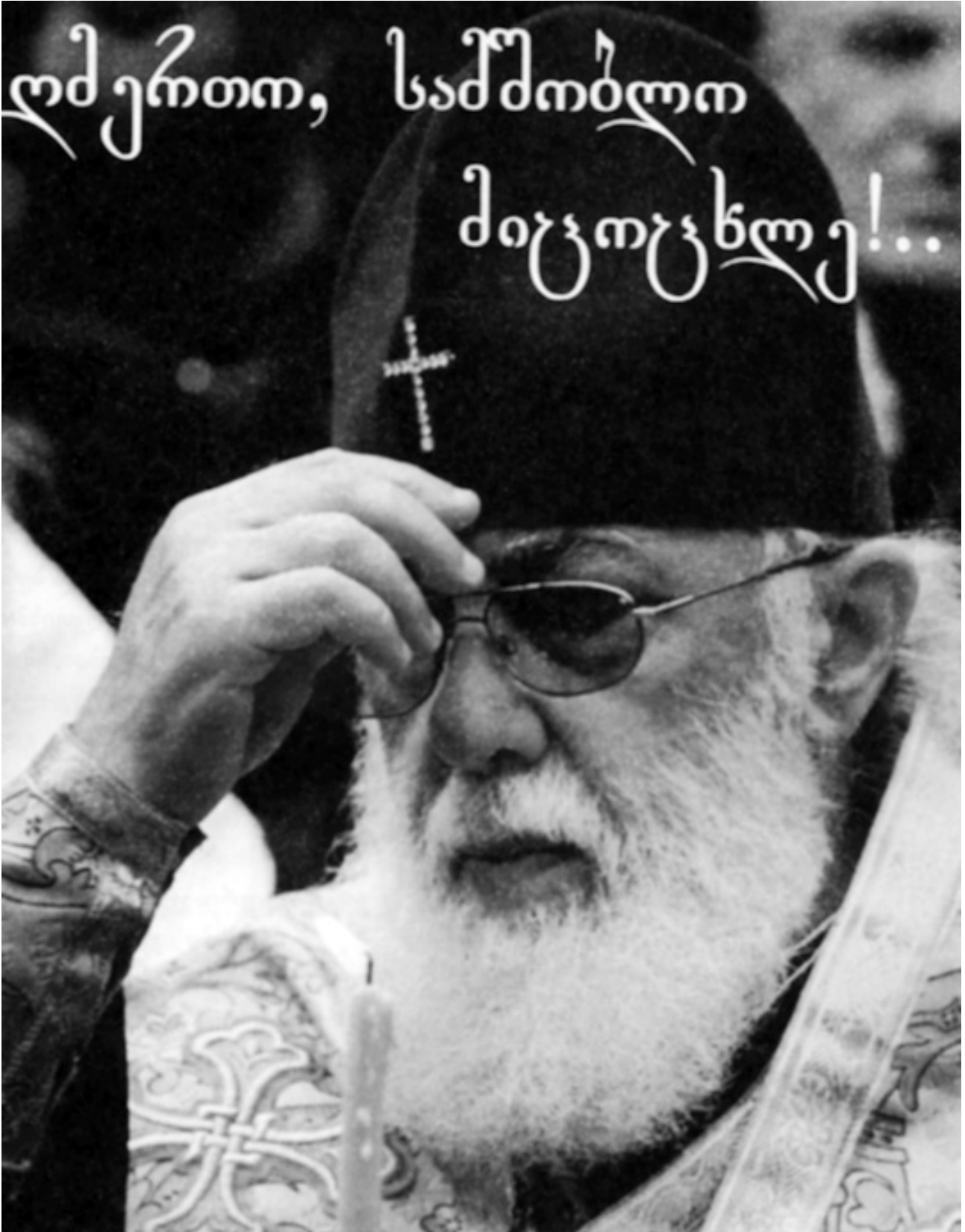
მედიცინის დოქტორი

სარჩევი

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის პრეს-რელიზი.....7	მისი კორექციის მიმართულებები32
სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის სტრუქტურა 9	წერვიული ბავშვები36
INFORMATION ABOUT SOCIAL PEDIATRICS PROTECTION FOUN 10	ქრონიკული დაღლილობის სინდრომი XXI საუკუნის პანდემია.....37
საქველმოქმედო აქციების შესახებ..... 11	მწვავე რევმატიული ცხელება39
ინტერვიუ დავით ფრუიძესთან 14	იუვენილური რევმატიოილული ართრიტის პოპულაციურ-გენეტიკური მასხანათებალი საქართველოში.....40
დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა 15	ევროპის მედიკოს-სტუდენტთა ასოციაცია.....42
დამოგრაფიული მდგომარეობის გაჯანსაღება აუცილებელია22	მეცნიერება და უსაფრთხოება44
СИНДРОМ МАЛАБСОРБЦЫЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КИСТОФИБРОЗОМ 24	ფსიქო-სოციალური ასპექტების გავლენა დიაბეტის კომპენსაციის ხარისხზე ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში47
პრობიოტიკები ჩვილ ბავშვთა საკვებში26	მედიცინაში სამეცნიერო კვლევათა მეთოდოლოგიის საკითხისათვის.....48
წყალი ივერიული რეკომენდირებულია27	გენომური იმპრინტინგის ფენომენი არატრადიციული დამამკვიდრების ტივის დაავადებებში 50
სპორტსმენებში ფარმაკოლოგიური საშუალებებისა და ბიოლოგიურად აქტიური კვებითი დანამატების (კარტანი, ავიპიტი, ავიპორი, ავიპინი - ავიპულმო, ავიპიკნო- ავიპეპატი) XXI საუკუნეში გამოყენების პრესკექტივა27	მალაბსორბციის სინდრომი მუკოვისციდოზით დაავადებულ ბავშვებში 50
ბავშვის ფსიქომოტორული შეფასება განვითარების ადრულ ეტაპზე და	იოდდეფიციტით გამომწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამა52
	ტესტები54
	„აღარ ვართ, მონა, არამედ აზნაურ“ (კირონ მეორე) 58

CONTENTS

PRESS-RELIEASE OF SOCIAL PED. PROKETION FUND7	AND IT,S CORECTION32
STRUCTURE OF SOC. PED. PROF. FUND9	CHILDREN WITH ANXICTY36
INFORMATION ABOUT SOCIAL PEDIATRICS PROTECTION FOUN..... 10	CHRONIC FABRIQUE SYNDROM - PAMDEMIA OF XXI C.37
CHERITY 11	ACUTE REUMATIC FEVER39
INTERVIEW WITH D. FRUIDZE 14	JRA - GENETICAL POPULATION CHARACHTERISHICS IN GEORGIA 46
MATERNAL AND CHILD HEALTH..... 15	EUROPEAN SOCIETY OF MEDICAL STUDENTS.....42
DEMOGRAPHY OF COUNTRY MUST TO IMPROVED.....22	SCINCE AND SARTY44
MALABSORPTION AND NEUROLOGYCAL CHANGES IN CHILDREN WITH SYSTUC FIBROSIS24	INFLUENCE OF PSYCHO-SOCIAL ASPECTS ON RATE OF COMPENSATION IN DIABETIC CHILDREN AND ADOLESENA47
PRABIOTICS IN INFANT,S FORMULA.....26	METHODOLOGY OF SCIENTIFIC RESEARCH48
WATER IVERIULI IS RECOMMENDEDSD27	FENOMENON OF CENETIC IMPRINTING IN DESEARES WITH NONTRADITIONAL HERITAGE50
FARMACOLOGICAL A GENTS AND BIOLOGICALY ACHIVE SUPPLEMENTS IN SPORTSMEN (CARTAN, APIVIT, APICOR, APIPIN, APIPULMO, APIPIKNO, APIHEPATI) - PASPECHIVES IN XXI C.....27	SYNDROM OF MALABSORPTION IN CHILDREN WITH CYSCIC FIBROSIS 50
ASSESMET OF CHILD,S PSYCHOMOTOR DEVELOPMENTS ON THE EARLY STAGES	CORECTION OF IODINE DEFICIENEY - STATE PROGRAMM52
	TESTS54



ღმერთო, საძიებლო ძიებოცხლე!...

ჩემი საცია სამშობლო,
სასაცუ მთელი ძეგანა,
განათებული მთა-მარტი
წილნაყარია ღმერთთანა.

თავისუფლება დღეს ჩვენი
მომავალს უმღერს დიდებას,
ცისკრის ვარსკვლავი ამდღის
და ორ ზღვას შუა ბრწყინდება.

დიდება თავისუფლებას,
თავისუფლებას დიდება!

საქართველოს ჰირვალთი ჰრეზიდენტი გოგლიურ მიწას ღაუბრუნდა



მამა

თვალნი ყოვალთანი ზანდაგი ესვან,
უფალო, ანაცდინა სასუმელი ესა.

მამა ხარ ყოვალთა, კათათვის გზრუნველი,
უფალო, ანაცდინა ესა სასუმელი.

ნუ ჩამი იყოფინ, არამოდ ზანი,
შენ თვალ ნება ხარ, სიბართლის მგანი,

ხამს მოყვასისათვის სიმძიბე ვითვისო,
გვადრი, ზემიწყალა, კიო ღავითისო!

ზვიად გამსახურდია

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის პრეს-ჩელიზი

აქციებში მონაწილეობენ: გამოჩენილი ქართველი პედიატრები. მიმდინარეობს ავადმყოფთა ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა და სხვა. ურიგდებათ მედიკამენტები. ჩაუგარდათ რამდენიმე ათეული სასწრაფო ოპერაცია. ათობით ავადმყოფს ჩაუგარდა უფასო გამოკვლევა და მკურნალობა სხვადასხვა წამყვან კლინიკებში.

07.01.98 - 07.02.99 წწ. თბილისი. გაისინჯა 9200 ბავშვი

23-24.01.99 წ. აღმოსავლეთ საქართველო. ცენტრი - ქ. თელავი. გაისინჯა 3500-ზე მეტი ბავშვი.

12-13-14.02.99 თბილისი ტელევიზიის მუშაკთათვის ღია კარის ღლე; გაისინჯა 100-მდე ბავშვი და დაურიგდათ მედიკამენტები. დედათა და ბავშვთა სადიაგნოსტიკო ცენტრში და აგრეთვე ქალაქის სხვადასხვა პოლიკლინიკებში ჩამოყალიბდა მაღალკვალიფიციურ პროფესორ-მასწავლებელთა უფასო კონსულტაციები კვირაში ერთჯერ.

ქალაქის წამყვან პედიატრიულ კლინიკებში გარდებოდა მაღალკვალიფიციურ პროფესორ-მასწავლებელთა უფასო კონსულტაციები თვეში ერთჯერ.

აქციებში სხვადასხვა პროფილით მონაწილეობდნენ:

1. კანისა და ვენსნეულებათა ინსტიტუტი

2. პარაზიტოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი და სხვ.

დაწყებულია მუნისა და გილის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებები და მკურნალობის ეტაპი. ასევე ღარიგდება შესაბამისი მედიკამენტები.

ღაბებჭდა და გავრცელდა მუნისა და გილის საწინააღმდეგო შესაბამისი უფასო სამხსოვროები.

12-13-14.03.99 წ. ექსპედიცია ფოთსა და აბაშაში.

13.03.99 წ. ქ. ფოთი. გაისინჯა 950 ბავშვი. დაურიგდათ მედიკამენტები.

13-14.03.99 წ. ქ. აბაშა და აბაშის რაიონი (ს. ქედისი, ს. მარანი და სხვ.)

29-30.01-07-08.99 წ. გაისინჯა 4400 ბავშვი, დაურიგდათ მედიკამენტები.

23-24-25.08.99 წ. ჩაგარდა უფასო ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა.

ქ. სობი და ქ. შუგდიდი დაურიგდათ მუნისა და გილის საწინააღმდეგო წამლები.

04.04.99 წ. ექსპედიცია ფასანაურში კომპლექსურად გაისინჯა 400ზე მეტი ბავშვი

07.05.99 წ. ექსპედიცია გურიის რეგიონში. ქ. ლანჩხუთი ჩაუგარდათ უფასო ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა, დაურიგდათ მედიკამენტები.

18.05.99 წ. ჩაგარდა გასინჯვები ქ. რუსთავში (გაისინჯა 250-ზე მეტი ბავშვი, ღარიგდა მედიკამენტები).

22.06.99 წ. ჩაგარდა გასინჯვები საგარეჯოში (გაისინჯა 250-ზე მეტი ბავშვი, ღარიგდა მედიკამენტები).

13-14.08.99 წ. ჩოხაგაური (გაისინჯა 1500-მდე ბავშვი)

15.08.99 წ. ბახმარო (გაისინჯა 2000-ზე მეტი ბავშვი-დამსვენებელი) ზღვის დონიდან 2050 მ.

16.08.99 წ. ექსპედიცია გადავიდა ბახმაროდან აჭარის მაღალმთიან რაიონებში (სულ გაისინჯა 750-ზე მეტი ბავშვი) ზღვის დონიდან 2300-2400 მ.

17.09.99 წ. ჩაგარდა კომპლექსური გამოკვლევები თბილისის უპაგრონო ბავშვთა სახლში.

16.10.99 წ. ჩაგარდა გასინჯვები დუშეთში (გაისინჯა 200-მდე ბავშვი, ღარიგდა მედიკამენტები).

2000 წელი

26.02.2000 წ. ქ. გორი გაისინჯა 500-ზე მეტი ბავშვი, ღარიგდა მედიკამენტები

23.03.2000 წ. ახალგორი. გაისინჯა 30 ბავშვი.

01.04.2000 წ. მარნეულის რ-ნი სოფ. წერაქვი გაკეთდა სისხლის საერთო ანალიზი, ინსტრუმენტული გამოკვლევები-ექოსკოპია, ენცეფალოგრამა და სხვა. სულ გაისინჯა 1500 ბავშვი და მომვლელი.

15.04.2000 წ. გურჯაანი კომპლექსური გასინჯვები, გაისინჯა 1200-მდე ბავშვი ღარიგდა მედიკამენტები.

29.04.2000 წ. ქ. რუსთავი (კოსტავას N 6) გაისინჯა 300-მდე ბავშვი

05-06-07-2000 წ. გასინჯულია ავჭალის კოლონიის ბავშვები.

20.07-28.07.2000 წ. წყნეთის ბავშვთა სახლში გასინჯულია 60 ბავშვი

21-22-23.07.2000 წ. აბაშის რ-ნი სოფ. საკიეთისა და სამტრედიის რ-ნის აღსაზრდელთა სკოლის ბავშვთა გასინჯვები.

7-8.08.2000 წ. ბახმარო-ბემუში გაისინჯა 1925 ბავშვი

2001 წ.

15.03.2001 წ. გაისინჯა და კომპლექსური გამოკვლევა ჩაუგარდა რუსთავის ამოგის ქარხნის თანამშრომელთა ბავშვებს.

23.06.2001 წ. გაისინჯა და კომპლექსური გამოკვლევა ჩაუგარდა რუსთავის ამოგის ქარხნის თანამშრომელთა ბავშვებს.

14-15-16.09.2001 წ. ბაღდადის რ-ნი სოფ. საირმე, წითელხევი, როხი, II ობჩა, ხანი, მგვანი, საქრაულა. გაისინჯა 2500 ბავშვი.

2002 წელი

10.03.2002 წ. ახალგორი გაისინჯა 250 ბავშვი.

20.04.2002 წ. სიღნაღის რ-ნი გაისინჯა 450 ბავშვი

23-24-25-26.2002 წ. ხულო (აჭარა) საპატრიარქოსთან ერთად გაისინჯა 600 ბავშვი და 100 მოზრდილი.

27-28-29.06.2002 წ. ქ. თბილისი 20 - მოზრდილთა პოლიკლინიკა, 10 - ბავშვთა პოლიკლინიკა, 11 - ბავშვთა პოლიკლინიკა გაისინჯა 400 ბავშვი.

16-17-18-19.07.2002 წ. კოდორის ხეობა (აფხაზეთი) გაისინჯა 250 ბავშვი.

3-4-5-6.2002 წ. მთა-თუშეთი. დიკლო, ომალო, შენაქო. გაისინჯა 200 ბავშვი.

2003 წელი

5.03.2003 წ. სამცხე-ჯავახეთი გაისინჯა 1250 ბავშვი.

17.04.2003 წ. წეროვანი გაისინჯა 450 ბავშვი.

20.05.2003 წ. ბორჯომი გაისინჯა 870 ბავშვი.

25.06.2003 წ. მთა-თუშეთი გაისინჯა 320 ბავშვი.

30.07.2003 წ. ბახმარო გაისინჯა 630 ბავშვი.

20.08.2003 წ. ზესგაფონი გაისინჯა 210 ბავშვი.

7.09.2003 წ. მუგდლი გაისინჯა 290 ბავშვი.

15.10.2003 წ. რაჭა გაისინჯა 170 ბავშვი.

18.10.2003 წ. ღმანისი გაისინჯა 180 ბავშვი.

2004 წელი

მარგი-აპრილი-მაისი: კასპი, გურჯაანი, თელავი, ახმეტა, ლაგოდეხი, სიღნაღი, ბოლბუე, ასპინძა, ახალციხე, ბორჯომი, თბილისი, გესგაფონი, ხარაგაული, ჭიათურა გაისინჯა 1728 ბავშვი.

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის მიერ საქართველოს საპატრიარქოს თანადგომით საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში: მუგდლი, ხულო, ხელვაჩაური, ქედა, ლანჩხუთი, ოზურგეთი, ინგირი – ჩატარდა საქველმოქმედო აქციები, სადაც გაისინჯა, შესაბამისი კვალიფიციური სამედიცინო კონსულტაცია გაეწია და მედიკამენტები დაურიგდა 2400 ბავშვს.

2005 წელი

მარნეულის რეგიონში გაისინჯა 700 ბავშვი და 800 მოზრდილი.

18 ივლისი კასპი 450 ბავშვი.

8 ოქტომბერი მცხეთის რაიონი 300 ბავშვი.

14-15-16 ოქტომბერი ლენტეხი 850 ბავშვი და 200 მოზრდილი.

2006 წელი

15.04 – მუგდლი. გაისინჯა 400-მდე ბავშვი.

20.05 – თბილისი. გაისინჯა 130-მდე ბავშვი.

22.07 – სამაჩაბლო. გაისინჯა 700-მდე ბავშვი.

2007 წელი

ღია კარის დღეებზე გაისინჯა 1000-მდე ბავშვი.

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის მიერ ჩატარებული პროექტების და სიმპოზიუმები:

25.XII.98

I კონფერენცია “ჩვენთან ერთად ირწმუნე უკეთესი მომავლის რეალობა“

01.VI.99

II კონფერენცია “ჯანმრთელი ბავშვი - მშვიდობიანი კავკასია“

25.XII.99

III კონფერენცია “დღევანდელი ეკონომიკური მიმართულებანი პედიატრიაში და მისი პერსპექტივა“ XXI საუკუნის პედიატრია - ინვალიდობის პროფილაქტიკის მედიცინა უნდა იქცეს.

01.VI.2000

IV კონფერენცია “ჩანასახიდან ბავშვის უფლება უნდა იყოს დაცული“

27.III.2001

შეხვედრა სახალხო დამცველის ოფისში “არასრულწლოვანი დამნაშავეები, მათი უფლებები და რეალობა“

01.06.2001

V(XIX) კონფერენცია “მიძღვნილი ბავშვთა დაცვის საერთაშორისო დღისადმი“

30.03.99 01.06.2000 01.06.2001

“ბავშვთა მკურნალობა XXI საუკუნეში“

სიმპოზიუმი N 1, N 2, N 5

23.04.99 01.06.2000

“ბავშვთა კვება XXI საუკუნეში“

სიმპოზიუმი N 1, N 2.

20.05.99 01.06.2000

“ორთოპედიული სკოლა“

სიმპოზიუმი N 1, N 2

17.12.99

“მუკოვისცილოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები“

01.06.2000

ახალგაზრდა პედიატრთა XVIII კონფერენცია

28.02.2001

ერთობლივი სამეცნიერო კონფერენცია “რესპირატორულ დაავადებათა თერაპიის აქტუალური საკითხები პედიატრიაში“.

01.06.2001

“ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“ სიმპოზიუმი N 1

01.06.2001

~ბავშვი, მოზარდი და ოჯახური ძალადობა“

სიმპოზიუმი N 1

01.06.2001 ~ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“

სიმპოზიუმი N 1

13.02.2002

“ალამიანის გენომის პროექტი“

10.03.2002

ახალგაზრდა მატონიზირებელი სასმელი “ლომისის“ პრევენცია.

6. 11. 2002.

საერთაშორისო კონფერენცია თემაზე: “მუკოვისცილოზით და ნივთიერებათა ცვლის კონსტიტუციური მოშლილობით დაავადებულთა სამედიცინო და სოციალური პრობლემები“.

7. 11. 2002.

საერთაშორისო კონფერენცია თემაზე: “ თანდაყოლილი ინფექციების თანამედროვე აპექტები“.

4. 04. 2003

პედიატრიის აქტუალური საკითხები. IX კონფერენცია.

1.06.2003

I ინტერნეტ-კონფერენცია (X სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია) სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი უფასოდ უშვებს და არიგებს გაზეთს “სოციალური პედიატრია“ და ჟურნალს “სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია“ (შუქდება სოციალური, სამედიცინო, პედაგოგიური, ფსიქოლოგიური, ფსიქიატრიული, რელიგიური და სხვა აქტუალური და პრობლემური საკითხები)

19.12.2003. საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა II კონგრესი.

1.06.2004. II საერთაშორისო ინტერნეტ-კონფერენცია. პედიატრიის აქტუალური საკითხები

22.10.2004. კონფერენცია თემაზე: „პედიატრიის აქტუალური საკითხები“, რომელიც ეძღვნებოდა სოციალური პედიატრიის პრეზიდენტის, გენეტიკოსის ვიქტორ მოროშკინის ნათელ ხსოვნას.

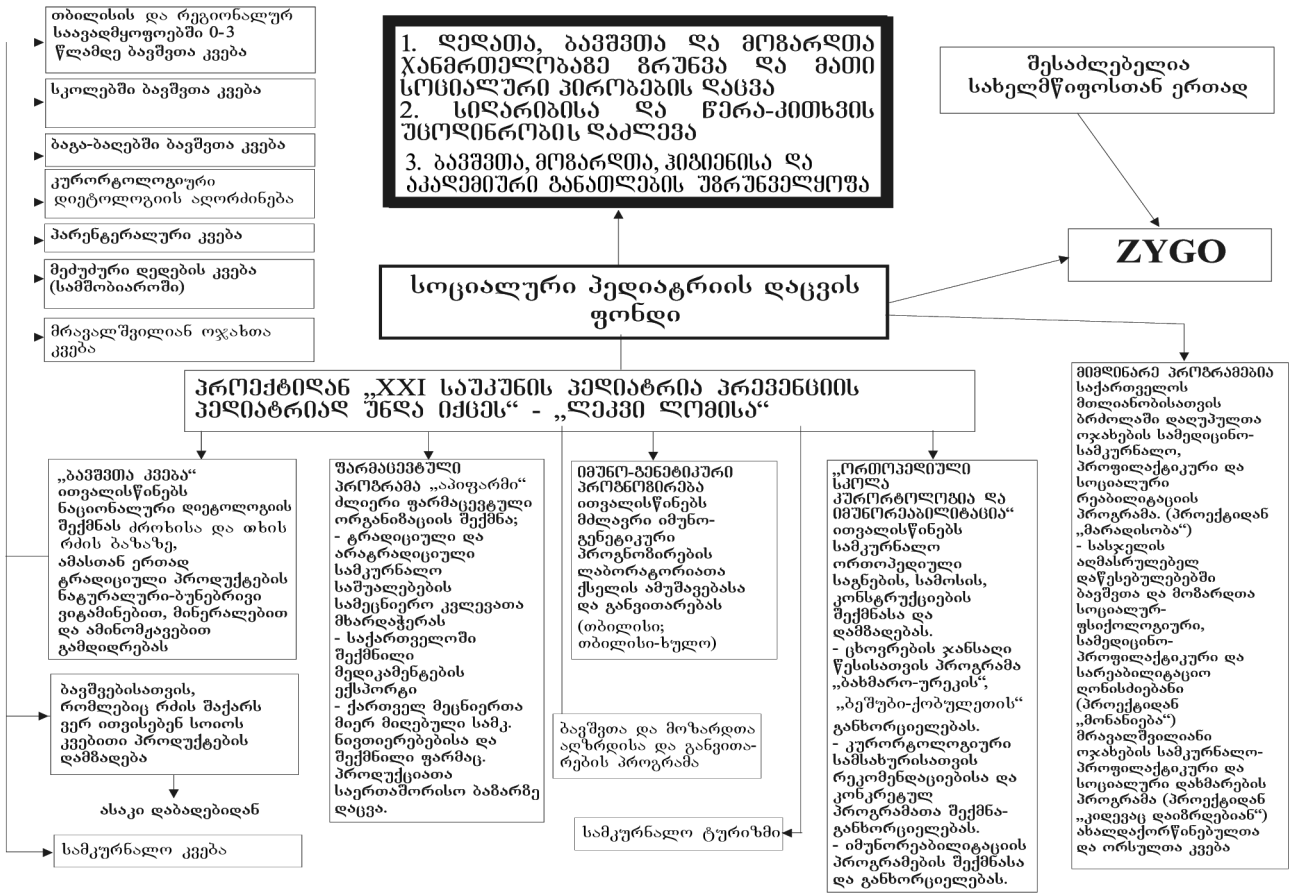
1.06.2005 პედიატრიის აქტუალური საკითხები XIV კონფერენცია.

9.09.2005 თბილისი, მერიოტი II საერთაშორისო კონფერენცია „ჯანმრთელი ბავშვი მშვიდობიანი კავკასია“.

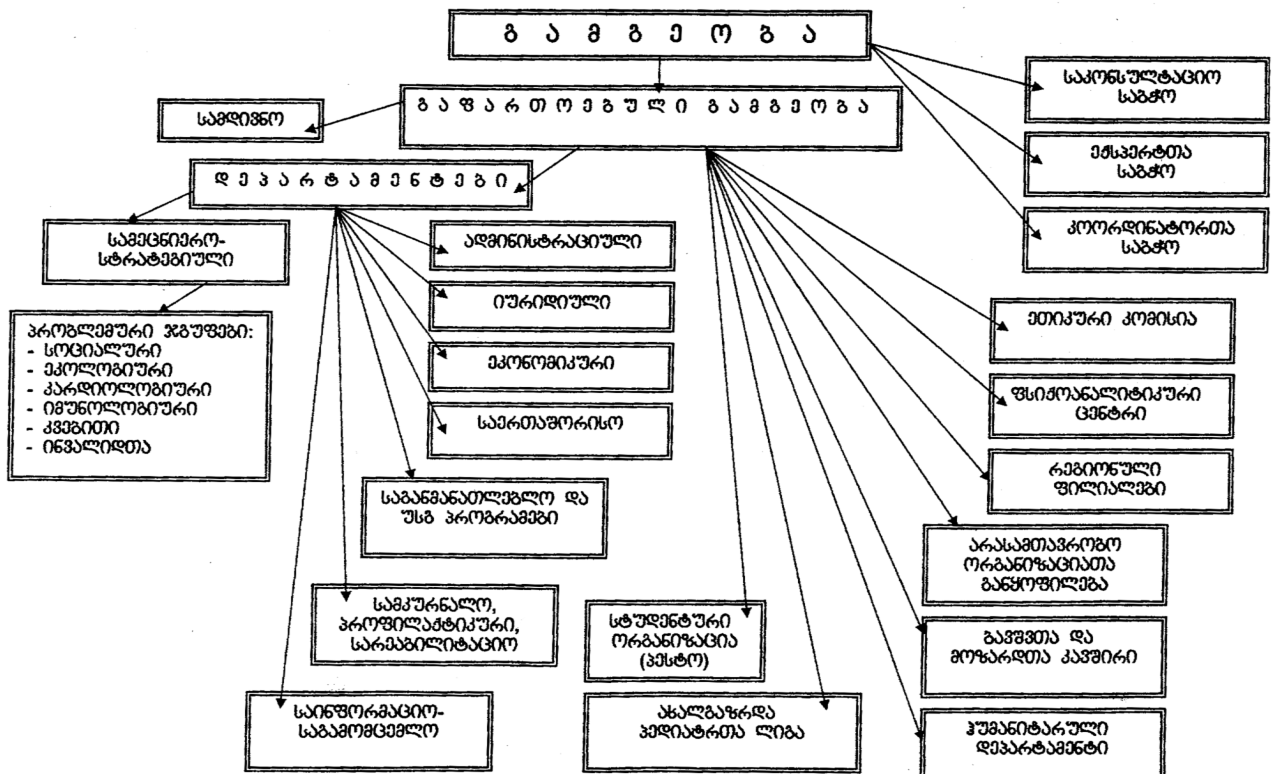
1.06.2006. სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XIV კონფერენცია „პედიატრიის აქტუალური საკითხები“.

12.12.2006. ახალგაზრდა პედიატრთა XV კონფერენცია.

„ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დასული“



სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის სტრუქტურა



INFORMATION ABOUT SOCIAL PEDIATRICS PROTECTION FOUND

Social Pediatrics Protection Found was registered by Ministry of Justice of Georgia in 9th October of 1998.

Social Pediatrics Protection of Georgia Found (SPPF) has a noble aim: realization of social pediatrics development programs, such as health care of mothers, children and adolescents and protection of their social conditions.

At the Social Pediatrics Protection Found participate well-known doctors, professors and publicans, which do charity acts for healthcare and social security of Georgian population (priceless medical examinations, treatment and consultation).

SPPF will take care for formation of healthy families, development of healthy generation and prepare young families for maternity.

Up today SPPF performed number of charity acts. 74 000 babies were investigated and got appropriate recommendations and medications, during them, all over the Georgia. There were done hundreds of operations and got various high quality medical assistance. These actions were made in Tbilisi and its outskirts, western and eastern Georgia. With participation of SPPF leading pediatric clinics of Tbilisi give gratuitous qualified care and professors consultations.

The found working were supported by the number of governmental and non-governmental medical organizations as in Tbilisi also in various regions of Georgia, where were created SPPF local representations (Imereti, Kakheti, Samegrelo, etc).

Social Pediatrics Protection Fund has tremendous experience on holding the great number of conferences and the fund has carried out 18 conferences and symposiums on the various subjects.

Every year on the children's international defense day Social Pediatrics Protection Fund holds conference dedicated to this day. On the conference are discussed actual problems of pediatric and children rights (01.06.2004, 01.06.2003, 01.06.2002, 01.06.2001, 01.06.2000).

Also were held conferences on the following subjects:

- "Enthrall and par enthrall principles of nutrition" (04.04.2003);
- "Diagnostic and correction of secondary immunodeficiency conditions in practical podiatry" (31.05.2003);
- "Adults' sexual, bio-medical, social and Psychological aspects"(20.12.3002);
- "Medical and social aspects of mucoviscidosis" (07.11.2002);
- "Children medical treatment in XXI century" (01.06.2000);
- "Healthy child peaceful Caucasus" (01.06.1999);

Organization has held meetings in working regime with the Public Defender where has been discussed problems of "Adults' Criminal, their right and existed reality". Organization has also had meetings with the representatives of "Global March" and with "Caucasus: Ethnic relations, human rights and geo-policy".

There were received resolutions during each conference or symposium, which were published in the periodicals.

Found has published the first three numbers of its own newspaper "Social Pediatrics" and it is preparing for issuing of scientific-popular magazine "Social Pediatrics".

Found is planning to continue charity acts in the different regions of Georgia, organize followed conferences, realize acute and actual programs in current Pediatrics. "Pharmaceutical

program GG", "Children's nutrition", "Orthopedic school and recreation", "Immunogenetic center", "Free perinatologic center", epidemiological programs and etc.

The Found specialists developed natural nutritional adding- "Apivot", which consists of vitamins and amminoacids and nonalcoholic drink "Apothit" as the part of "Children's nutrition" program and their serial production will start as soon as possible. Radio protector "Apiextra" N is developed under the program "GG" and others.

The Found has patented 37 innovations.

It's remarkable, that found fulfils tow corporate programs.

I- In conjunction with UNICEFF, "Children and adolescents social- psychological and medical- prevention measures in the penitential organizations of Georgia".

II- In conjunction with the Georgian Military Found, "The program for medical - prevention and social rehabilitation of the soldiers families, which has dead during the last civil war in Georgia".

Our found considers it will be very important to continue this program and get it early

(we are looking for new participators in this program).

Social Pediatrics Protection Found continues working on the basis of its IV conference resolutions, where we can read:

"Let Social Pediatrics Protection Found continues working as NGO, which fights for a better childhood in Georgia and takes as it's priority fields the following:

- Children and adolescents health care ;
- Fighting against poverty and uneducatness in Georgian children.

Depending on the current realities in the country SPPF carries its activity in the three following directions:

- the first and the priority direction is implementation of the humanitarian and charitable program under the motto: "Children's Rights Must Be Defended Since Embryo".
- the second direction is the industrial and commercial activity to gain profit for the fund development and implementation of the priority direction;
- the third direction also serves the first one, that is establishment of contacts and relations with international humanitarian and charitable organizations and private persons and receiving the material and technical aid.

Out of the above-mentioned directions we would like to mark out those main programs implemented by the Fund:

1. SPPF humanitarian and charitable programs:

1.1. Diet for children under 7 years containing the bioactive food supplements enriched with various components (vitamins, minerals and aminoacids) at Tbilisi medical institutions,

The annual budget of the program in average totals 250000 USD. The program has operated since 2000 . Initially, the Government of Georgia allocated 240000 USD for this program for three years. Out of this amount the Fund received only 40000 USD. The remained amount was sought by the Fund itself in order not to suspend the Program implementation.

1.2. Since 2000 SPPF together with UNICEF has implemented the Program of Social-Psychological, Medical- Prophylactic and Rehabilitation Measures for Children and Teenagers at Penitentiary Institutions.

The program budget was foreseen at 500000 USD, where

only 5000 USD have been received, whereupon the program has been implemented slowly.

1.3. For the lack of funds such actual and significant programs as mentioned below are not implemented, those are:

- Program of Diet containing products enriched with various components and bioactive food supplements for children in Tbilisi families having many children and for children under 3 years at Tbilisi medical institutions;

- Programs of medical and prophylactic treatment and immune- and resort rehabilitation of particularly vulnerable children and citizens;

- Program of social, medical and prophylactic and rehabilitation measures for children and teenagers of mountain regions, etc.

Together with the National Red Cross Society of Georgia SPPF implements on the territory of the country the program of prophylaxis and early medical rehabilitation activities of narcological diseases in children. This program requires 550000 USD.

Implementation of all humanitarian and charitable programs of SPPF requires the financial and material and technical aid in the total amount of some 2 million USD. The sum will be spent to purchase of medical preparations, equipment, materials required for research and natural food supplements provided by the program, training of personnel etc.

2. Industrial and Commercial Activity of SPPF:

The Fund has carried out many research and development works in production of hygienic remedies, food products, food supplements and medications from eco-friendly natural plant base resulted in creation and patenting of food supplement APINIT enriched with vitamins, minerals and aminoacids, baby

food Tserodena, natural soft drink Iveriuli, polypeptides complex GA-40, medical orthopedic things, new high-effective methods of diagnostics, treatment and rehabilitation etc. At present the Fund with own means manufactures the above mentioned products in small amounts.

The working program of development of SPPF aims to extend manufacturing of those products, that requires creation of new productive capacities.

As the monitoring has shown the market of this product is not limited by the territory of Georgia only.

Manufacturing, marketing and sales of those products require investments in amount of 5-10 million USD with the payback period of 5 years.

SPPF program provides development of the existing Medical and Prophylactic Treatment and Immunorehabilitation Center on the commercial principles. The branches of this Center are established in all regions of Georgia. The project requires some 10 million USD with the payback period of 10 years.

Taking into consideration the unique natural conditions of Georgia resulted in the availability of various resort areas, SPPF program foresees creation of up-to-date medical and recreation centers in those areas, the so called Beauty and Health Farms which are very popular in the Western countries. According to the preliminary estimates the project cost will be 20-30 million USD with the payback period of 10 years.

Indeed, it is impossible to seek in Georgia the funds required for implementation of the above-mentioned projects. So we are to seek donors for sponsorship in implementation of the humanitarian and charitable programs and investors - for financing of industrial and commercial activity of the Fund.

სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ საქართველოს საპატრიარქოს თანადგომით საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში: ზუგდიდი, ხულო, ხელვაჩაური, ქედა, ლანჩხუთი, ოზურგეთი, ინგირი, მარნეულის, ლენტეხის, დმანისის რაიონებში - ჩატარდა საქველმოქმედო აქციები, სადაც გაისინჯა, შესაბამისი კვალიფიციური სამედიცინო კონსულტაცია გაენია და მედიკამენტები დაურიგდა 5600 ბავშვს და 1000-ზე მეტ მოზარდს.





საქველმოქმედო აქცია მარნეულში 19.II.2005წ



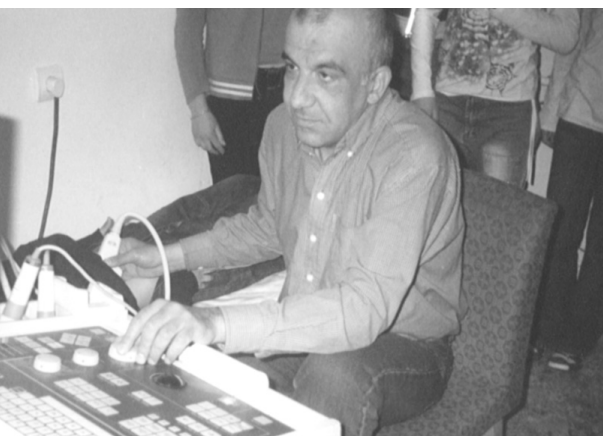
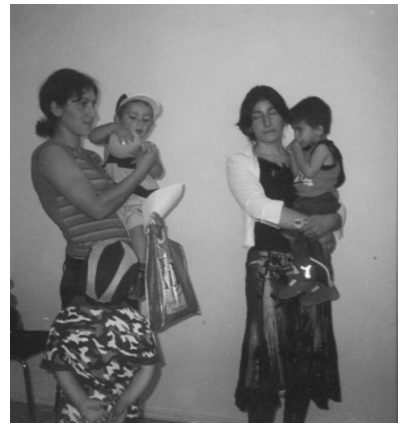
საქველმოქმედო აქცია ლენტეხში 10.X.2005წ



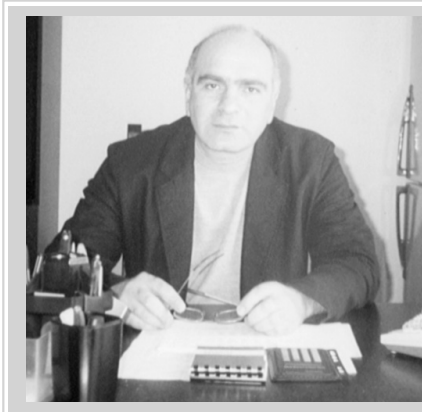
2006 წლის 20 მაისს საქართველოს საგარეო საქმეთა სამინისტროს პატრონაჟით საგარეო საქმეთა მინისტრის მეუღლის ქალბატონ ოლიგო გეგუაშვილისა და საგარეო საქმეთა მინისტრის თანაშემის ლიკა დოლიძის ხელშეწყობით თსსუ ბ. ჟვანიას პედიატრიულ კლინიკაში გაინიშა და შესაბამისი კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევები ჩატარდა საგურამოს ასთმით დაავადებულ გავშვთა პანსიონატის 28 ბავშვს.



საქველმოქმედო აქცია სამაჩაბლოში 2.07.2006



ინტერვიუ ღაპით ფრუიქასთან



თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ბ. ჭვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკა 1985 წელს დაარსდა. თავდაპირველად მას ქალაქის მე-6-ე შემდეგ მე-2-ე საავადმყოფო ეწოდა. 1997 წლიდან კი თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიული კლინიკა.

კლინიკაზე სასაუბროდ ბატონ ღაპით ფრუიქას მივმართეთ.

ღაპით ფრუიქე პედიატრიული კლინიკის დირექტორი. დაიბადა 1960 წელს, ქ. თბილისში, 1976 წელს დაამთავრა თბილისის №53-ე საშუალო სკოლა. 1976 წლიდან 1982 წლამდე სწავლობდა მოსკოვის სამედიცინო ინსტიტუტში, სამკურნალო ფაკულტეტზე. 1982 წლიდან 1988 წლამდე მუშაობდა ბავშვთა რესპუბლიკურ საავადმყოფოში.

1989 წლიდან 1993 წლამდე იყო თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ბავშვთა ქირურგიის კათედრის ასისტენტი.

1993 წლიდან 1995 წლამდე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის ბავშვთა ქირურგიის კათედრის დოცენტი.

1995 წლიდან 2003 წლამდე ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფოს რეანიმაციული განყოფილების გამგე.

2003 წლიდან 2006 წლამდე სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის უწყებათა პრევენციული განვითარებისა და ადამიანური რესურსების მართვის დეპარტამენტის უფროსი.

2004 წლიდან 2005 წლამდე იუსტიციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის მრჩეველი.

1988 წელს დაიცვა საკანდიდატო დისერტაცია.

2006 წლის 31 მარტიდან დაინიშნა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიული კლინიკის დირექტორად.

- მოგესალმებით, ბატონო ღაპით! ერთ წელზე ცოტა მეტი გავიდა თქვენი დანიშნვიდან, პირველ რიგში, რაც ყველა ამ კლინიკაში მომუშავე პერსონალს აინტერესებს, რა ელის ჩვენს კლინიკას.

მოგახსენებთ, რომ ჩვენი კლინიკა, ისევე, როგორც ყველა სხვა სამედიცინო დაწესებულება მთელს საქართველოში მოხვდა ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების პროგრამაში. რაც ითვალისწინებს არსებული კლინიკების განახლებას, ახალ კორპუსებში გადაყვანას, რომლის პასუხისმგებლობას იღებს ინვესტორი. ჯერ-ჯერობით ჩვენს კლინიკაზე კონკრეტულად არ დამდგარა საკითხი, მაგრამ სავარაუდოდ იქნება, რადგან პრაქტიკულად ყველა კლინიკაში ერთი და იგივე სიტუაციაა. მე ვფიქრობ, შინაგანად მივესალმები და მხარს ვუჭერ იმ თვალსაზრისით, რადგან ჯობია გაცილებით უკეთეს კლინიკაში იმუშავო, თანამედროვედ აღჭურვილი, თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებით და ახლად

აშენებულ კორპუსში, რომელიც იქნება კომპაქტური, სტანდარტული, თანამედროვე და შესაბამისად ის ხარჯები, რომელსაც დღესდღეობით ჩვენ ვწევთ ამ კლინიკის შენახვაში ანუ - 18 000 კვ.მ-ზე ჩვენი გასავალი ხარჯები შემცირდება. შემდგომში, საერთოდ ეს სფერო იქნება რეგულირებადი, სახელმწიფო ამ კუთხით არ იხსნის პასუხისმგებლობას. ბუნებრივია, ეს პროგრამები გაკონტროლდება. პროგრამები იქნება სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული და თამაშში შემოდის კიდევ კერძო სადაზღვევო კომპანიები. ბუნებრივია, სამედიცინო სექტორი პრაქტიკულად ხდება გადანაწილებული, ისევე, როგორც ფარმაცევტული ბიზნესი, სამშენებლო ბიზნესი, ასევე იქნება სამედიცინო სფეროშიც.

ეს არავითარ შემთხვევაში არ ნიშნავს, რომ მკურნალობის თანხები მოიმატებს. ეს არის უკვე ურთიერთობა, ე.ი. მოსახლეობას არ ექნება გადასახადი, ეს იქნება კერძო სადაზღვევო კომპანიის სატიკვარი, ის ვინც იქნება დაზღვეული და დაზღვევა ძალიან კარგად ვითარდება საქართველოში. ეს ურთიერთობა დარეგულირდება სახელმწიფოსა და კერძო კომპანიებს შორის.

- კლინიკის მომავალზე რას გვეტყვი. რა რეფორმები გატარდა ამ ერთი წლის განმავლობაში და რას აპირებთ მომავალში.

რაც შეეხება თვითონ მომავალს, რეფორმები ძირითადად იქნება ნაკარნახევი ახალი მენეჯმენტით. ანუ, პრაქტიკულად მომავალში იქნება რეალური განფასება, რეალური ფასები მკურნალობის. ანუ კლინიკაში მიდის სამინისტროსა და ზოგადი პოლიტიკის ერთ-ერთი მომენტია, შექმნილია ნაციონალური გაიდლაინების, პროტოკოლების, დაავადების მართვისა და მკურნალობის ახალი მეთოდები, იქნება ნაციონალური კომისია, რომელიც ამას იხილავს და შემდგომში მოხდება მისი ინკომეტაცია ბანკში. ბუნებრივია, ეს არ არის ადვილი სამუშაო, ეს გაგრძელდება პერმანენტულად, რომელიც არის მუდმივმოქმედი, ამიტომ, მუდმივად უნდა გვექონდეს მაჯაზე ხელი, რათა ვიყოთ ინფორმირებულები, რომ დროულად იქნეს ცვლილებები შეტანილი.

- კლინიკა, როგორც საუნივერსიტეტო, რას გვეტყვი ამასთან დაკავშირებით?

- ბუნებრივია, ეს ძალიან პრესტიჟულია, მნიშვნელოვანი მომენტია. პრაქტიკულად

საუნივერსიტეტო კლინიკა მკვეთრად განსხვავდება სხვა სტანდარტული კლინიკებისგან. აქ არის როგორც სამკურნალო, ასევე პედაგოგიური და სასწავლო პროცესები.

ძირითადად ხდება რეზიდენტების მომზადება, სტუდენტებთან მუშაობა, ეს პროცესი რა თქმა უნდა გაგრძელდება, ფაქტიურად, 2 წელი არანაირად არ შეიცვლება, სანამ არ მოხდება იმ ახალი კორპუსის აშენება და მასში გადასვლა, ხოლო შემდგომში, უკვე თვითონ ურთიერთობაში, ტრადიციულად იგივე გაგრძელდება უნივერსიტეტთან მიმართებაში.

- ვიცით, რომ ბევრი პრობლემები დაგხვდათ მოსვლისას. რა შეიცვალა და რა რჩება დღეისათვის ისევ პრობლემად.

- პრობლემებს რაც შეეხება, განსაკუთრებული პრობლემები აქ არ ყოფილა. ყველამ ვიცით რა წარსული, რა მემკვიდრეობა გვერგო სოციალისტური წარსულიდან. პრინციპში, სხვასთან შედარებით, კლინიკას არანაირი პრობლემები არა აქვს. არის ძალიან კარგ პოზიციაში შეიძლება ითქვას.

პრობლემები, რა თქმა უნდა არის, ჩვენ არ ვაპირებთ იმ პაციენტების ინტერესების შეზღავანას, რომლებიც ამ 2 ან 3 წლის განმავლობაში მომართავენ ჩვენს კლინიკას და დაჭირდებით სამედიცინო დახმარება. ამიტომ, მიმდინარეობს როგორც აპარატურისა და მედიკამენტების შემოტანა, ასევე რიგი სარემონტო სამუშაოების ჩატარება. პირობების გაუმჯობესება არ იხსნება დღის წესრიგიდან და ამ გარდამავალი პერიოდის განმავლობაში უნდა ვეცადოთ, რომ მოსახლეობამ მიიღოს ადექვატური სამედიცინო დახმარება და ამ პრობლემებს, შეძლებისდაგვარად დღესდღეობით ვწყვეტთ.

- რა სახსრებია ამ ერთი წლის განმავლობაში?

- სახსრებია ის, რომ ჩვენ ვცდილობთ ჩვენი თანამშრომლები, ჩვენი შტატები, ექიმები, აკადემიური პერსონალი მუდმივად და აქტიურად იყვნენ ჩართულნი საგანმანათლებლო პროცესში, უნივერსიტეტთან

შეთანხმებით, მონაწილეობა მიიღონ ?, კონფერენციებში. ამ ინფორმაციას მუდმივად გვანვდის დეპარტამენტი. ამ მიმართებით რალაც პროგრესი შეინიშნება, რადგან უკვე გაგზავნილია მოხსენებები, უშუალოდ მონაწილეები. მსურველები ძალიან ბევრია. ვაგზავნით სტატიებს, რადგან ფართო საზოგადოებამ საერთაშორისო მასშტაბით, განსაკუთრებით პედიატრიულმა საზოგადოებამ ინფორმაცია მიიღოს, თუ რა ხდება ჩვენს კლინიკაში. რა მიღწევები, რა სამეცნიერო ნაშრომები გვაქვს, რა კვლევები ტარდება. შეძლებისდაგვარად, ვცდილობთ განვაახლოთ აპარატურა ამაში გვეხმარებიან ჩვენი მეგობრები, დონორი ორგანიზაციები. ასე მაგალითად, კლინიკას მჭიდრო კავშირი აქვს ბავშვთა კვების მწარმოებელ ავსტრიული ფირმა „Hipp“-თან და მის ექსკლუზიურ წარმომადგენლებთან საქართველოში ფირმა „კინ-კიდ“-თან, მათი უშუალო დახმარებით მოხდა ძვირადღირებული აპარატის შეძენა, რითაც ხელს შევეწყობთ პაციენტების მაღალ დონეზე კვლევას.

სწორედ, ასეთი დონორი ორგანიზაციებია, რომლებიც შეღავათიან რეჟიმში გვანვდიან აპარატურას. ამით მონაწილეობას იღებენ კლინიკის აპარატურით განახლების პროცესში.

- და ბოლოს, სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდთან კლინიკის თანამშრომლობაზე რას გვეტყობით?

- მოგახსენებთ, რომ სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდთან მჭიდრო ურთიერთობა და თანამშრომლობა გვაკავშირებს. ფონდი სისტემატურად ატარებს „ღია კარის დღეს“ - უფასო გასინჯვებს კლინიკაში. ფონდი აწყობს კონფერენციებს, ატარებს რეგიონალურ გასვლით აქციებს, პროფილაქტიკურ გასინჯვებს, მონაწილეობს სხვადასხვა პროგრამებში და ყოველივე ამაში. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიული კლინიკის თანამშრომლები მონაწილეობენ.

- დიდ მადლობას მოგახსენებთ საინტერესო საუბრისათვის.

მანანა ნანოშაშვილი

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

2005 წელს საქართველოში ქალთა კონსულტაციებში აღრიცხვაზე იმყოფებოდა 65810 ქალი. აქედან 2005 წელს შემოსულ 46611 ორსულთანაგან 12 კვირის ორსულობის ვადამდე აღრიცხვაზე აყვანილ იქნა 50,3%.

2005 წელს ქალთა კონსულტაციებმა აღრიცხეს 40658 ქალი, რომლებმაც ორსულობა მიიტანეს ბოლომდე. მათ შორის 4 სრულ ვიზიტზე კონსულტაციას მიმართა ქალთა 65,8%, რაც 6,4%-ით მეტია 2004 წლის მონაცემებზე.

ქალთა კონსულტაციის მეთვალყურეობიდან მოხსნილი 4334 ორსულიდან 93,8% ორსულობა მიიტანა ბოლომდე, მათგან დროულად იმშობიარა 39242 ქალმა, ანუ 90,6%, თვითნებური აბორტი (ორსულობის 22 კვირამდე) აღრიცხულია 1,5% შემთხვევაში. თერაპევტის მიერ გასინჯულია 36204 ორსული, მათ შორის 57,8%-12 კვირის ორსულობის ვადამდე.

რეზუს-ფაქტორზე და სიფილისზე გამოიკვლიეს შესაბამისად 39327 და 35264 ორსული; სიფილისი აღმოაჩნდა 27 ქალს, რაც 1,2-ჯერ ნაკლებია ვიდრე 2004 წელს.

დაავადებებიდან, რომელიც უსწრებენ ან ვითარდებიან ორსულობის პერიოდში და ართულებენ ორსულობას, მშობიარობას და ლოკინობის მაღალია ანემიათა (8795 შემთხვევა), შარდსასქესო სისტემის დაავადებათა (2859 2007 წელი

შემთხვევა), ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიათა (2288 შემთხვევა) წილი.

სულ 2005 წელს, სამედიცინო დაწესებულებებმა აღრიცხეს 47246 მშობიარე, აქედან სამშობიარო სახლებში (განყოფილებებში) იმშობიარა - 46537 (98,5%; ბინაზე - 709 (1,5%).

სამშობიარო სახლებში (განყოფილებებში) მიღებული 46537 მშობიარობიდან 71,0% ფიზიოლოგიური, ხოლო 29,0% პათოლოგიურია.

2005 წელს ჩატარებულია 9073 საკეისრო კვეთის ოპერაცია, 16,4%-ით მეტი ვიდრე 2004 წელს.

პირველი საკეისრო კვეთა ჩატარდა 6126 შემთხვევაში, მათ შორის 3335 (54,4%) სასწრაფო. განმეორებითი საკეისრო კვეთა ჩატარდა 2925 შემთხვევაში, მათ შორის 1245 (42,6%) სასწრაფო.

მშობიარობის დროს 89 შემთხვევაში გამოყენებულ იქნა სამეანო მამები, 80 შემთხვევაში - ვაკუუმექსტრაქცია.

2005 წელს აღრიცხა მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ინფექციების 67 შემთხვევა, აქედან - 12 - საკეისრო კვეთის შემდგომი პერიტონიტი.

მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის

გართულებების სტრუქტურაში მაღალია მშობიარობის დროს შორისის ჩახვევითა (2661 შემთხვევა), ანემიათა (2300 შემთხვევა) და სამშობიარო მოქმედების დარღვევითა (1582 შემთხვევა) წილი.

საქართველოში 2005 წელს გარდაიცვალა 11 დედა (დედათა მოკვდაობის მაჩვენებელი 100000 ცოცხალშობილზე – 23,4).

საანგარიშო წელს აღირიცხა 19734 აბორტი, 14.5%-ით მეტი ვიდრე 2004 წელს. აბორტების საერთო რიცხვიდან 377 (1.9%) გაკეთდა პირველი ორსულობის დროს. აბორტი გაუკეთდა 15 წლამდე ასაკის 6, ხოლო 15-19 წლის – 1406 ქალს. სამედიცინო დანესებულებების მიერ აღრიცხულია 9 კრიმინალური აბორტი.

2005 წელს საშვილოსნოსშიდა საშუალება (ამბულატორულად და სტაციონარში) ჩაედგა 2171 ქალს. საანგარიშო წლის ბოლოს ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებოდა 9643 ქალი, რომელთაც ჩადგმული აქვთ საშვილოსნოსშიდა საშუალება. ჰორმონალურ კონტრაცეპტივებს იყენებდა 0783 ქალი.

გარდა ორსული ქალებისა, 2005 წელს, ქალთა კონსულტაციებს და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კაბინეტებს დახმარებისთვის მიმართა 21483 ქალმა და 841 მამაკაცმა (სულ 22324 ადამიანი, რაც 8.9%-ით ნაკლებია, ვიდრე 2004 წელს). მათ შორის, მიმართვები აღრიცხულია: 1440 შემთხვევაში – უშვილობის გამო, 1966 შემთხვევაში – კლიმაქსის გამო, 6731 შემთხვევაში – კონტრაცეპციის მეთოდის შესარჩევად, 1972 შემთხვევაში – კონტრაცეპციის უკვე გამოყენებული მეთოდის შესამოწმებლად. სგგ-ზე გამოკვლეულია 12597 ქალი და 161 მამაკაცი, სულ 12758 შემთხვევა, რაც 19.4% მეტია, ვიდრე 2004 წელს. მათ შორის აღრიცხულია სიფილისის 11, გონორეის 30, ქლამიდიოზის 321, ტრიქომონიაზის 2032, ბაქტერიული ვაგინოზის 1533 და პაპილოვირუსის 317 შემთხვევა.

დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით საქართველოში 2005 წელს ცოცხალი დაიბადა 47022 ბავშვი, მათ შორის 46334 სტაციონარში.

სტაციონარში დაბადებული 46334 ცოცხალშობილიდან 2499 გრამზე მეტი წონით დაიბადა 433546 (94.0%) ბავშვი.

2005 წელს სტაციონარში დაბადებული ცოცხალშობი-

ლებიდან ავადმყოფი დაიბადა ან გახდა ავად 5489 ბავშვი (11.8% ცოცხალშობილთა საერთო რაოდენობიდან). მათ შორის 2797 შემთხვევა (51% დაავადებულთა საერთო რაოდენობიდან) პერინატალურ პერიოდში წარმოქმნილი მდგომარეობების და 329 შემთხვევაში (6%) თანდაყოლილი ანომალიების გამო.

დაავადებულთა შორის 96 ახალშობილის წონა 500-999 გრ, 1341-ის 1000-2499 გრ, 4052-ის წონა მეტია 2500 გრამზე.

სამშობიარო სახლში დაბადებულ ცოცხალშობილთა 4.3% (1977 ახალშობილი) გადაყვანილია ბავშვთა კლინიკების დღენაკულთა და ახალშობილთა განყოფილებაში.

საქართველოში 2005 წელს გარდაიცვალა 0-6 დღემდე ასაკის 585 ახალშობილი (რაც 4.3%-ით მეტი ვიდრე 2004 წელს), აქედან სამშობიარო სახლებში გარდაიცვალა 220, ბავშვთა კლინიკებში – 363, ბინაზე – 2 ახალშობილი.

2004 წელთან შედარებით 6.1%-ით გაიზარდა მკვდრადშობილ ბავშვთა რაოდენობა (766 შემთხვევა). მკვდრადშობილებში 613 ნაყოფი (80.0%) დაბალი წონისაა (2500 გრამზე ნაკლები).

სამედიცინო დანესებულებებმა აღრიცხეს სტაციონარებში და ბინაზე გარდაცვლილი 15 წლამდე ასაკის 1002 ბავშვი. აქედან ერთ წლამდე ასაკის – 851, 1-5 წლამდე ასაკის – 60 ბავშვი. ბავშვთა 93.0% გარდაცვლილია სტაციონარებში.

2005 წელს ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დანესებულებებში ბავშვებში რეგისტრირებული იყო 368414 დაავადების შემთხვევა, მათ შორის სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით – 258309. ბავშვთა ავადობის შემთხვევათა რაოდენობა მაღალია შედეგ დაავადებათა კლასებში: სუნთქვის ორგანოების (151521 შემთხვევა, ავადობა – 28201.4), ინფექციური და პარაზიტული (31311 შემთხვევა, ავადობა – 3418.4), ნერვული სისტემის და გრძნობათა ორგანოების (18549 შემთხვევა, ავადობა – 2025.1) დაავადებები.

სტაციონარებში ჰოსპიტალიზირებული იყო 66624 ბავშვი, მათ შორის ერთ წლამდე ასაკისა 20480.

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში მაღალია სუნთქვის ორგანოების (9252 შემთხვევა), პერინატალურ პერიოდში წარმოქმნილი ცალკეული მდგომარეობებით (5344 შემთხვევა) და ინფექციური და პარაზიტული დაავადებებით (2981 შემთხვევა) ჰოსპიტალიზაცია.

შობადობა, ბავშვთა და დედათა მოკვდაობა, სამედიცინო დანესებულებების მონაცემები, საქართველო, 1999-2005

ცხრილი 1

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
მშობიარობა სულ	47669	47191	46370	45263	44396	46734	47246
მათ შორის სამშობიარო სახლში	45801	45156	44787	44091	43170	45554	46537
ბინაზე	1868	2035	1583	1172	1226	1180	709
ცოცხალშობილების რაოდენობა სულ	46827	46765	46006	45033	44093	46373	47022
მათ შორის ბინაზე დაბადებულები	1419	1957	1467	1144	1149	1028	688
მკვდრადშობილების რაოდენობა	922	840	722	702	717	722	766
გარდაიცვალა 0-1 წლამდე	1094	989	920	907	815	834	851
გარდაიცვალა 0-6 დღემდე	609	569	513	614	544	561	585
გარდაიცვალა 7-28 დღემდე	66	77	165	122	179	147	123
გარდაიცვალა 29-365 დღემდე	419	343	242	116	92	126	143
გარდაიცვალა ორსული, მშობიარე და მელოგინე სულ	24	23	27	21	23	21	11

მკვდრადშობადობა 1000 დაბადებულზე	19.3	17.6	15.4	15.4	16.0	15.3	16.0
ადრეული ნეონატალური მოკვდაობის მაჩვენებლები 1000 ცოცხალშობილზე	13.0	12.2	11.1	13.5	12.3	12.1	12.4
გვიანი ნეონატალური მოკვდაობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე	1.4	1.6	3.5	2.6	4.1	3.2	2.6
პერინატალური მოკვდაობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე	32.1	29.6	26.4	28.8	28.1	27.7	28.3
0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა მოკვდაობა 1000 ცოცხალშობილზე	23.4	21.1	20.0	20.1	18.5	18.0	18.1
დედათა მოკვდაობა 100000 ცოცხალშობილზე	51.3	49.2	58.7	46.6	52.2	45.3	23.4

შობადობა და ბავშვთა მოკვდაობა, სამედიცინო დანესებულებების მონაცემები, საქართველო, 2005

ცხრილი 2

	ცოცხალშობილთა რაოდენობა	მკვდრადშობილთა რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე	0-1 წლამდე გარდაცვლილთა რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე	0-6 დღემდე გარდაცვლილთა რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე	პერინატალური მოკვდაობა
აჭარა	4386	78	17.5	101	23.0	61	13.1	31.1
თბილისი	19362	358	17.9	516	26.3	342	17.6	35.0
კახეთი	3061	46	14.8	22	7.2	19	6.2	20.1
იმერეთი	6344	108	16.7	125	19.7	106	16.7	33.1
სამეგრელო	3393	31	9.0	22	6.5	19	5.6	14.6
შიდა ქართლი	2574	44	16.0	22	8.5	17	6.6	23.3
ქვემო ქართლი	3850	60	15.4	20	5.2	10	2.6	17.9
გურია	900	9	9.9	5	5.6	2	2.2	12.1
სამცხე-ჯავახეთი	2131	23	10.7	14	6.6	7	3.3	13.9
მცხეთა-მთიანეთი	566	9	15.7	4	7.1	2	3.5	19.1
რაჭა-ლეჩხუმი	167	0	0	0	0	0	0	0
აფხაზეთი	18	0	0	0	0	0	0	0
საქართველო	47022	766	16.0	851	18.1	585	12.4	28.3

ახალშობილთა ავადობა და ლეტალობა (სამშობიარო სახლების და სტაციონარების მონაცემები), საქართველო, 2005

ცხრილი 3

	ავადმყოფ ახალშობილთა რაოდენობა	ავადობა 1000 ახალშობილზე	ადრეულ ნეონატალურ პერიოდში გარდაცვლილთა რაოდენობა	ლეტალობა %
სულ	5489	116.7	583	10.6
მათ შორის				
პერინატალურ პერიოდში წარმოქმნილი ცალკეული მდგომარეობა	4743	100.9	524	11.0
ზრდის შეფერხება და არასაკმარისი კვება	782	16.6	12	1.5
სამშობიარო ტრავმა	509	10.8	46	9.0
ქალასშიდა სამშობიარო ტრავმა	231	4.9	36	15.6
პერინატალური პერიოდისთვის დამახასიათებელი რესპირატორული დარღვევები	2797	59.5	452	16.2
საშეილოსნოსშიდა პიპოქსია, ასფიქსია მშობიარობისას	2032	43.2	74	3.6
ახალშობილთა რესპირატორული დისტრეს-სინდრომი	522	11.1	146	28.0
ახალშობილთა თანდაყოლილი პნევმონიები	103	2.2	7	6.8
პერინატალური პერიოდისთვის დამახასიათებელი ინფექციები	203	4.3	106	52.2
ახალშობილთა სეფსისი	120	2.6	100	83.3

ნაყოფის და ახალშობილის ჰემორაგიული დარღვევები	107	2.3	6	5.6
ნაყოფის მიერ სისხლის დაკარგვა	11	0.2	0	
ნაყოფის და ახალშობილის ქლასშიდა არატრავმული სისხლჩაქცევა	54	1.1	50	92.6
ნაყოფის და ახალშობილის ჰემატოლოგიური დარღვევები	345	7.3	7	2.0
იზოიმუნზაციით გამოწვეული ჰემოლიზური დაავადება	297	6.3	6	2.0
ნაყოფის და ახალშობილის დისემინირებული სისხლძარღვშიდა კო-აგულაცია	8	0.2	0	0
მწვავე რესპირატორული ინფექციები	16	0.3	0	0
პნევმონია	6	0.1	0	0
კანის და კანქვეშა ქსოვილების ინფექციები	16	0.3	0	0
თანდაყოლილი ანომალიები	329	7.0	49	14.9
ახალშობილთა სხვა დაავადებები	385	8.2	29	7.5

საკეისრო კვეთების რაოდენობა და სტრუქტურა, საქართველო, 2004-2005

ცხრილი 4

	2004			2005		
	სულ	მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე	% საერთო რაოდენობიდან	სულ	მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე	% საერთო რაოდენობიდან
სულ	7793	168.0	100	9073	193.0	100
მათ შორის						
გეგმიური	3989	-	51.2	4471	-	49.3
სასწრაფო	3766	-	48.3	4580	-	50.5
უცნობი	38	-	0.5	22	-	0.2

ბუნებრივ კვებაზე მყოფ ახალშობილთა რაოდენობა, საქართველო, 2004-2005

ცხრილი 5

	2004		2005	
	სულ	% ცოცხალშობილთა რაოდენობიდან	სულ	% ცოცხალშობილთა რაოდენობიდან
სამშობიარო სახლების მონაცემები:				
პირველი საათის განმავლობაში	29705	64.1	26766	56.9
1-8 საათის განმავლობაში	7878	17.0	10806	23.0
8-24 საათის განმავლობაში	4550	9.8	5460	11.6
ბუნებრივ კვებაზე მყოფ ახალშობილთა საერთო რაოდენობა	44386	95.7	45131	96.0
ბავშვთა პოლიკლინიკების მონაცემები:				
3 თვის ასაკამდე ბუნებრივ კვებაზე მყოფ ახალშობილთა რაოდენობა	22927	49.4	24486	52.1

აბორტები და კონტრაცეპტივების გამოყენება, საქართველო, 1991-2005

ცხრილი 6

სულ	63421	9		6	მონამვლეები	417
		დაავადებები	17			
1991	89091	59384	9772	717.7	15790	7732
1992	72631	50748	10256	730.8	9588	5419
1993	61594	45131	8391	789.4	8379	3468
1994	57311	45858	10295	857.9	9127	3983
1995	56341	39538	7522	715.2	9538	5181
1996	53300	30003	5867	554.1	10817	3699
1997	52851	23403	5541	447.6	7171	4869
1998	49588	21018	6806	423.8	9148	6276
1999	46827	18306	6549	390.9	11539	9142
2000	46765	14951	5414	319.7	9120	7865
2001	46006	15008	5330	326.2	9032	8755
2002	45033	13908	5143	308.8	8252	8143
2003	44093	13834	5183	313.7	9084	9340
2004	46373	17210	6552	371.1	9047	10996
2005	47022	19734	6710	419.7	9643	10783

აბორტები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2005

ცხრილი 7

აბორტი	სულ	მათ შორის ასაკობრივ ჯგუფში								
		14 წლამდე	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 წელი და მეტი
სულ	19734	6	1406	6012	6450	3406	1938	438	29	49
მაჩვენებელი ამ ასაკის 100000 ქალზე	1700.7	3.3	792.8	3645.8	4045.6	2184.1	1130.3	246.4	18.9	22.8
მათ შორის:										
თვითნებური	2710	0	335	851	738	468	264	41	9	4
მაჩვენებელი 100000 ქალზე	233.5	0.0	188.9	516.1	462.9	300.1	154.0	23.1	5.9	1.9
ხელოვნური (12 კვირამდე)	10051	6	650	3047	3312	1698	871	330	18	19
მაჩვენებელი 100000 ქალზე	866.2	3.3	366.5	1847.8	2077.4	1088.9	566.3	185.7	11.7	8.8
ხელოვნური აბორტი სამედიცინო ჩვენებით	212	0	32	91	43	25	15	6	0	0
მაჩვენებელი 100000 ქალზე	18.3	0.0	18.0	55.2	27.0	16.0	8.7	3.4	0.0	0.0
ორსულობის შეწყვეტა სოციალური ჩვენებით 12-22 კვირა	42	0	3	15	11	10	2	0	1	0
მაჩვენებელი 100000 ქალზე	3.6	0.0	1.7	9.1	6.9	6.4	1.2	0.0	0.7	0.0
მინი აბორტი	6710	0	386	2004	2343	1205	684	61	1	26
მაჩვენებელი 100000 ქალზე	578.3	0.0	217.6	1215.3	1469.6	772.7	398.9	34.3	0.7	12.1
საერთო რიცხვიდან აბორტები პირველი ორსულობის დროს	377	0	88	107	71	55	49	7	0	0
მაჩვენებელი 100000 ქალზე	32.5	0.0	49.6	64.9	44.5	35.3	28.6	3.9	0.0	0.0

ოპერაციები ქალის სასქესო ორგანოებზე და სამეანო-გინეკოლოგიური ოპერაციები სტაციონარში, საქართველო, 2003-2005

ცხრილი 8

	2003		2004		2005	
	სულ	ლეტალობა (%)	სულ	ლეტალობა (%)	სულ	ლეტალობა (%)
ოპერაციები ქალის სასქესო ორგანოებზე	6970	0.1	7500	0.12	8593	0.07
მ.შ. საშვილოსნოს გამოფხეკა (აბორტის გარეშე)	832	0	1445	0.00	2499	0
ქალის სტერილიზაცია	186	0	129	0.00	185	0
საშვილოსნოს ამპუტაცია	-	-	1751	0.17	1638	0
საშვილოსნოს ექსტირპაცია	-	-	1383	0.22	1910	0.21
საკვერცხის რეზექცია	-	-	450	0.22	812	0.00
ოვარექტომია	-	-	533	0.19	347	0.29
ქალის გარეთა სასქესო ორგანოებზე ქსოვილის ამოკვეთით	-	-	163	0.00	292	0
სამეანო-გინეკოლოგიური ოპერაციები	19620	0.02	22692	0.01	24086	0.01
მ.შ. საშვილოსნოსგარე ორსულობა	951	0.1	950	0.00	805	0.12
მაშის დადება	116	0	129	0.00	88	0
ვაკუუმექსტრაქცია	64	0	92	0.00	79	0
საკეისრო კვეთა	6259	0.01	7793	0.00	9073	0
მცირე საკეისრო კვეთა	84	0	47	0.00	39	0
ნაყოფის დაშლა	72	0	51	0.00	32	0
აბორტი	8651	0.01	10682	0.01	12934	

სამედიცინო დანესებულებებში აღრიცხულ გარდაცვლილ ბავშვთა რაოდენობა, საქართველო, 2005

ცხრილი 9

	ბავშვები 0-14 წლის ასაკში				მათ შორის							
					ბავშვები 1 წლამდე				ბავშვები 0-5 წლის ასაკში			
					სულ	მოკვდაობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხალბავშვზე	რეგისტრირებულია სტაციონარში (%)	რეგისტრირებულია პოლიკლინიკაში (%)	სულ	მოკვდაობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხალბავშვზე	რეგისტრირებულია სტაციონარში (%)	რეგისტრირებულია პოლიკლინიკაში (%)
აჭარა	118	130.6	80.5	19.5	101	23.0	84.2	15.8	110	25.1	80.9	19.1
თბილისი	614	291.6	99.0	1.0	516	26.3	99.6	0.4	558	28.4	99.5	0.5

კახეთი	26	30.7	73.1	26.9	22	7.2	86.4	13.6	25	8.2	76.0	24.0
იმერეთი	135	99.3	97.8	2.2	125	19.7	98.4	1.6	127	20.0	97.6	2.4
სამეგრელო	27	29.0	88.9	11.1	22	6.5	100.0	0	23	6.8	100.0	0
შიდა ქართლი	27	39.4	88.9	11.1	22	8.5	100.0	0	22	8.5	100.0	0
ქვემო ქართლი	27	22.4	59.3	40.7	20	5.2	70.0	30.0	21	5.5	66.7	33.3
გურია	6	21.2	83.3	16.7	5	5.6	100.0	0	5	5.6	100.0	0
სამცხე-ჯავახეთი	18	36.6	38.9	61.1	14	6.6	50.0	50.0	4	7.1	50.0	50.0
მცხეთა-მთიანეთი	4	15.4	15.4	50.0	50.0	4	7.1	50.0	4	7.1	50.0	50.0
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
საქართველო	1002	109.4	93.0	7.0	851	18.1	95.5	4.5	911	19.4	94.4	5.6

15 წლამდე ასაკის ბავშვთა ავადობა და დაავადებულობა, საქართველო, 2005

ცხრილი 10

	რეგისტრირებული შემთხვევები	დაავადებულობა	ახალი შემთხვევები	ავადობა
სულ	368414	40222.3	258309	28201.4
მათ შორის				
ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	40852	4460.1	31311	3418.4
სიმსივნეები	502	54.8	166	18.1
ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, კვების, ნივთიერებათა ცვლის და იმუნიტეტის დარღვევები	29539	3225.0	7906	863.2
სისხლის და სისხლბადი ორგანოების დაავადებები	8651	944.5	4955	541.0
ჭსიქიური და ქცევითი აშლილობები	5821	635.5	1596	174.2
ნერვული სისტემის და გრძნობათა ორგანოების დაავადებები	38581	4212.2	18549	2025.1
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	6311	689.0	1594	174.0
სუნთქვის ორგანოთა დაავადებები	177023	19326.8	151521	16542.6
საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები	18123	1978.6	12609	1376.6
შარდსასქესო სისტემის დაავადებები	7013	765.7	4914	536.5
ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა	11	6.0	10	5.5
კანისა და კანქვეშა უჯრედის დაავადებები	13353	1457.8	10688	1166.9
ძვალკუნთოვანი სისტემის და შემავრთველი ქსოვილის დაავადებები	3046	332.6	1113	121.5
თანდაყოლილი ანომალიები	4975	543.2	911	99.5
პერინატალურ პერიოდში წარმოქმნილი ცალკეული მდგომარეობები	3749	409.3	2462	268.8
სიმპტომები და არაზუსტად აღნიშნული მდგომარეობები	3433	374.8	1200	131.0
ტრავმები და მონამვლები	7431	811.3	6804	742.8

ბავშვთა ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები, საქართველო, 2005

ცხრილი 11

	15 წლამდე ასაკის			მათ შორის 1 წლამდე		
	სულ	მაჩვენებელი 100000 ბავშვზე	ლეტალობა %	სულ	მაჩვენებელი 100000 ბავშვზე	ლეტალობა %
სულ	66624	7273.8	1.4	20480	45309.7	4.0
მათ შორის						
ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	9916	1082.6	0.5	2981	6595.1	1.2
სიმსივნეები	659	71.9	1.4	184	407.1	0.5
ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, კვების, ნივთიერებათა ცვლის და იმუნიტეტის დარღვევები	323	35.3	0.3	16	35.4	6.3
სისხლის და სისხლბადი ორგანოების დაავადებები	364	39.7	1.1	109	241.2	2.8
ფსიქიური და ქცევითი აშლილობები	48	5.2	0	22	48.7	0

ნერვული სისტემის და გრძნობათა ორგანოების დაავადებები						
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	2890	315.5	0.8	929	2055.3	1.4
სუნთქვის ორგანოთა დაავადებები	537	58.6	2.6	104	230.1	5.8
საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები	32973	3599.9	0.2	9252	20469.0	0.6
შარდსასქესო სისტემის დაავადებები	4281	467.4	0.4	318	703.5	4.7
ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა	1346	147.0	0.1	96	212.4	
კანისა და კანქვეშა უჯრედის დაავადებები	17	1.9	0			
ძვალკუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები	951	103.8	0	166	367.3	0
თანდაყოლილი ანომალიები	391	42.7	0	59	130.5	0
პერინატალურ პერიოდში წარმოქმნილი ცალკეული მდგომარეობები	1422	155.2	5.8	487	1077.4	11.3
სიმპტომები და არაზუსტად აღნიშნული მდგომარეობები	1094	119.4	2.2	179	396.0	10.6
ტრავმები და მონამვლები	4061	443.4	0.5	234	517.7	0.9

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა ავადობის მაჩვენებელი, საქართველო, 2005

ცხრილი 12

დაავადებები კლასების მიხედვით	სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით	ავადობის მაჩვენებელი 100000 სულ ბავშვზე
სულ	63421	140311.9
მათ შორის:		
ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	3811	8431.4
სიმსივნეები	69	152.7
სისხლისა და სისხლბადი ორგანოების დაავადებები	2579	5705.8
ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული დაავადებები	2310	5110.6
ფსიქიური და ქცევითი აშლილობები	39	86.3
ნერვული სისტემის დაავადებები	5223	11555.3
თვალისა და მისი დანამატების დაავადებები	2556	5654.4
ყურისა და დვრილისებრი მორჩის დაავადებები	2728	6035.4
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	141	311.9
სუნთქვის ორგანოების დაავადებები	33618	74376.1
საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები	1905	4214.6
კანისა და კანქვეშა უჯრედის დაავადებები	2115	4679.2
ძვალკუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები	531	1174.8
შარდსასქესო სისტემის დაავადებები	1477	3267.7
პერინატალურ პერიოდში წარმოქმნილი ცალკეული მდგომარეობები	2241	4958.0
თანდაყოლილი ანომალიები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები	832	1840.7
სიმპტომები, ნიშნები და ნორმიდან გადახრები, გამოვლენილი კლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევებისას	829	1840.7
ტრავმები და მონამვლები	417	922.6

სოციალური პედაგოგიის დარგის ფონდი
 ულოცავს ბავშვებს
 დიდი ღვიძლის და გრივოლ ყიფიას
 დამსახურებული მედიკოსის წოდებით დაჯილდოებას

დემოგრაფიული მდგომარეობის გაჯანსაღება აუცილებელია!

2002 წელს, შემდეგ კი 2006 წელს, გაზეთებში ჩვენს მიერ გამოქვეყნდა წერილები: „რას უტოვებთ ჩვენ შთამომავლობას“ („სოციალური პედიატრია“ მაის-ივნისი), „ქართველი ერის წელი სიკვდილი“ და „გაქცევა საქართველოდან“ („ახალი ვერსია“ №12 და №13), რომლებშიც საუბარი იყო იმ შესაძლებელ საშიშროებაზე, რომელიც საქართველოს და ქართველ ერს ემუქრება დემოგრაფიული პრობლემის შედეგად.

წერილების გამოქვეყნების მიზანს წარმოადგენდა ფართო საზოგადოებასა და ხელისუფლებისთვის შეგვეხსენებინა ამ პრობლემის არსებობა და კიდევ ერთხელ დაგვეხსენებინა მისი აქტუალობა, ვინაიდან მიგვაჩნია, რომ იგი ჩაიკარგა დამოუკიდებლობისთვის ბრძოლისა და თავისუფალი სახელმწიფოს აღმშენებლობის მოზღვავებულ პრობლემებში; დრო კი არ იცდის!

„დემოგრაფიული პრობლემა მსოფლიოს მომავალზე ბედის განმსაზღვრელი ერთ-ერთი გლობალური საკითხია, რომელიც ევროპას, ისევე როგორც რუსეთს, ამერიკის შეერთებულ შტატებს, იაპონიას და ზოგიერთ სხვა სახელმწიფოებს დემოგრაფიული კატასტროფით ემუქრება“ – აფრთხილებს შთამომავლობას ბატონი ედუარდ შევარდნაძე თავის მემუარებში. როდის აღსრულდება წინასწარმეტყველება და რამდენად მოიცავს ეს უბედურება კაცობრიობას, მომავალში გახდება ცნობილი, მაგრამ საქართველოს, რომ იგი უკვე კარს მოადგა დიდი ხანია ცნობილია, ნათლად ჩანს ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემებით და პუბლიკაციებით, დასტურდება ქართველი მეცნიერების, დემოგრაფების შრომებით. პირველ რიგში კი აკადემიკოს პაატა გუგუშვილის ძალისხმევით, რომელმაც თავისი მეცნიერული მოღვაწეობის დიდი ნაწილი დემოგრაფიული პრობლემების კვლევისა და პოპულარიზაციას მიუძღვნა.

ქართველმა დემოგრაფებმა მეცნიერულად დაამტკიცეს, რომ საქართველოში წლების განმავლობაში ყალიბდებოდა უარყოფითი დემოგრაფიული ტენდენცია, რამაც მდგომარეობა მიიყვანა კრიზისამდე – ბუნებრივი ნამატი ჯერ განახევრდა, შემდეგ კი მისი მაჩვენებელი ნულამდე დავიდა.

80-იან წლებში მეცნიერებათა აკადემიის ბაზაზე დაიწყო სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესის კომპლექსური გეგმის შემუშავება, რომელიც ითვალისწინებდა დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების პროგრამის შედგენასაც, რამაც თავისი ასახვა ჰპოვა პრესაში გამოქვეყნებულ სამთავრობო დოკუმენტში („საქართველოს სსრ ეროვნული განვითარების კონცეფცია“ პროექტი. „სოფლის ცხოვრება“ 1989 წ. 19 სექტემბერი).

ეს ის დრო იყო, როცა „გარდაქმნისა“ და „საჯაროობის“ შედეგად ქვეყანაში პოლიტიკური კლიმატი დათბა, გაღვიძებულმა ეროვნულმა თვითშეგნებამ შეაკავშირა საზოგადოება, ერთიან განმანათავისუფლებელ ძალად შეკრა, 9 აპრილმა კი ნაციონალურ-განმანათავისუფლებელი ცეცხლით ააგიზგიზა იგი.

რამ აიძულა ხელისუფლება ასეთ დროს ქვეყნის დემოგრაფიული მდგომარეობა აქტუალურ პრობლემად გაეხადა და სახალხო განსჯის საგნად გამოეტანა?

მიზეზი შეიძლება ერთი ყოფილიყო – ეროვნულ-განმანათავისუფლებელი ბრძოლით აბორგებულ საზოგადოების დაშოშმინება, მისი ყურადღების გადატანა პოლიტიკური ბრძოლიდან ეროვნული ინტერესით შეფე-

რადებულ ცხოვრებისეულ სოციალურ-ეკონომიურ პრობლემებზე, რომელთა შორის მნიშვნელოვანი ადგილი ჰქონდა დათმობილი დემოგრაფიულ პრობლემას.

მართალია დოკუმენტში აღნიშნული იყო, რომ „ეროვნული განვითარების კონცეფციის წარმატებით რეალიზაციისთვის უაღრესად დიდი და პრინციპული მნიშვნელობა აქვს აქტიური ეროვნული სახელმწიფოებრივი დემოგრაფიული პოლიტიკის შემუშავებას და გეგმაზომიერ განხორციელებას, მაგრამ ცხადი იყო, რომ იმ დროსა და იმ პირობებში ეს ლიტონი სიტყვები იყო. მათი განხორციელება შესაძლებელი იყო მხოლოდ დამოუკიდებელი და თავისუფალი ქვეყნის პირობებში, როდესაც ხალხი და ხელისუფლება ერთიანი ეროვნული სულიკვებით მოჰკიდებდა ხელს ამ მძიმე და საშიშლიშვილო საქმეს.

მიუხედავად ამისა, სამთავრობო დოკუმენტში დემოგრაფიული საკითხის შეტანა დადებით მოვლენას წარმოადგენდა, ვინაიდან იგი მიუთითებდა, რომ საქართველოში ნაციონალურ-განმანათავისუფლებელმა მოძრაობამ უკვე შეაღწია საზოგადოებრივი ცხოვრების ყველა სფეროში და ტაბუდადებულმა ეროვნულ-სახელმწიფოებრივმა პრობლემებმა დღის სინათლეზე იწყეს გამოსვლა. ხელისუფლება იძულებული გახდა პირდაპირ თვალეში შეეხედა რეალობისთვის: „სამი ათეული წლის მანძილზე რესპუბლიკაში განახევრდა მოსახლეობის ბუნებრივი მატება, რაც განაპირობა შობადობის შემცირებამ და სიკვდილიანობის ზრდამ“.

– ვკითხულობთ გამოქვეყნებულ დოკუმენტში – „საგანგაშო ბავშვთა სიკვდილიანობის დონე, მაღალია დაუქორწინებელი ადამიანების ხვედრითი წილი და უშვილობის მაჩვენებელი. თავი იჩინა ნეგატიურმა მიგრაციულმა პროცესებმა. ბერდება და ცარიელდება მრავალი სოფელი. ბევრ რაიონში მოსახლეობის დეპოპულარიზაცია მიმდინარეობს. ეროვნულ უმცირესობად იქცა მკვიდრი მოსახლეობა“. და შემდეგ: „ეროვნული დემოგრაფიული პოლიტიკა საფუძვლად უნდა დაედოს რესპუბლიკის მკვიდრი მოსახლეობის გამრავლების გრძელვადიანი კომპლექსური პროგრამის შემუშავებას და განხორციელებას“. ფართოდ უნდა იქნეს გამოყენებული შესაბამისი ეკონომიური, ადმინისტრაციულ-იურიდიული და სოციალურ-ფსიქოლოგიური ზემოქმედების საშუალებები. საჭიროა განისაზღვროს სახელმწიფო ბიუჯეტში დემოგრაფიული ინვესტიციისათვის აუცილებელი სახსრები“...

დოკუმენტის გამოქვეყნებიდან თხუთმეტ წელზე მეტი გავიდა. ამ პერიოდში ბევრი რამ შეიცვალა. შეიძლება სასიკეთოდ შეცვლილიყო დემოგრაფიული მდგომარეობაც და ეს წერილიც ღია კარის მტკრევად იქცეოდა. მაგრამ არსებული სტატისტიკური მასალის ანალიზით ირკვევა (იხ. საქართველოს სტატისტიკური დეპარტამენტის სტატისტიკური კრებული. 2003 წ.), რომ ცვლილებები ნამდვილად მოხდა, მაგრამ უარესობისაკენ.

პრობლემა არა თუ დარჩა, არამედ იგი კიდევ უფრო გარღმავდა.

ჩვენი დემოგრაფიული მდგომარეობა უმკურნალოდ მიტოვებულ ქრონიკულ, გამწვავებით და გართულებით, მიმდინარე დაავადებას მაგონებს; რომლის პირველი სიმპტომი შობადობის კლება იყო, გამწვავება, რომელიც 1990 წლიდან დაიწყო მისი ძირითადი მაჩვენებლების

გაუარესება. გართულება – მიგრაციით გამოწვეული მოსახლეობის მკვეთრი კლება, რომელმაც მძიმე კახე-ქსიამდე მიიყვანა ავადმყოფი.

ექიმის სპეციალობა არაა აუცილებელი, რომ მიხვდე, რა მოელის ასეთ ავადმყოფს უმკურნალოდ დატოვების ან არასწორი მკურნალობის შემთხვევაში. საყოველთაოდ ცნობილია ისიც, რომ რაც ადრეა დაწყებული მკურნალობა, მით უფრო ადვილია განკურნება. ასეთი ავადმყოფის მკურნალობის დროს საჭიროა გარკვეული პრინციპების დაცვა-მკურნალობა კომპლექსური და ხანგრძლივი უნდა იყოს, სიმპტომატური თერაპიით დაავადებას ვერ განკურნავ: ცალკეული ორგანოს ფუნქციის აღდგენა მთელი ორგანიზმის განკურნებას არ ნიშნავს, ამიტომ სჯობია, თუ მას კვალიფიციური, გამოცდილი ექიმი აწარმოებს, რომელიც ახალ სამკურნალო საშუალებებს წარმატებით შეუთავსებს ძველ და აპრობირებულ საშუალებებს, გაითვალისწინებს ოჯახის ექიმის აზრს და არ იუკადრისებს არც კონსილიუმზე კოლეგების და ვინრო სპეციალისტების საკონსულტაციოდ მოწვევას.

ყველაფერი ეს გათვალისწინებული უნდა იყოს ჩვენი დემოგრაფიული მდგომარეობის მკურნალობის დროს.

მაინც რა ღონისძიებების გატარება მიაჩნდათ საჭიროდ არსებული დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის პროგრამის შემდგენლებს?

მოვიყვანოთ ზოგიერთს:

– შობადობის გაზრდა და მკვიდრ ეროვნებათა ოჯახების სამშვილთან დაკავშირება; მატერიალური დახმარების მაქსიმალური ოდენობით გაცემა მხოლოდ მესამე და მეოთხე ბავშვის დაბადებისას, ქალთა განთავისუფლება მავნე და მძიმე სამუშაოებიდან, ღამის ცვლიდან;

– მოსახლეობის, განსაკუთრებით ერთ წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მკვეთრად შემცირება და მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობის გადიდება; სამედიცინო-პროფილაქტიკური და სანიტარული დახმარების სისტემის სრულყოფა;

– საერთო ეროვნული და რეგიონალური დიფერენცირებული დემოგრაფიული პოლიტიკის შეუშავება და მისი პრაქტიკული განხორციელება;

– რესპუბლიკის გარედან სამუშაო ძალის შემოყვანის არსებითად შეზღუდვა და ფაქტობრივად შეწყვეტა. სანარმოო ძალთა განვითარების და განლაგების კარდინალური გაუმჯობესება, ორიენტირებული მხოლოდ ადგილობრივი შრომითი რესურსების გამოყენებით და სრული დასაქმებით;

– ახალგაზრდობაში მრავალშვილიანობის მოთხოვნის ჩამოყალიბება, მრავალშვილიანობის პრესტიჟის ამაღლება; საოჯახო-ყოფითი კულტურის ამაღლება; ფართო საგანმანათლებლო, პროპაგანდისტული და ახსნა-განმარტებითი მუშაობა;

– დემოგრაფიული მეცნიერების დაჩქარებული განვითარება, სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობის გაფართოება, კადრების მომზადება;

– ეკოლოგიური ვითარების არსებითი გაჯანსაღება;

და ა.შ. და ა.შ.

როგორც ვხედავთ კონცეფციაში ბევრი საინტერესო და მნიშვნელოვანი ღონისძიებებია, რომელთაც დღესაც არ დაუკარგავს მნიშვნელობა.

პირველ რიგში ესაა ერთიანი ეროვნული და რეგიონალური (გრძელვადიანი) კომპლექსური პროგრამების შემუშავება და ურყოფითი დემოგრაფიული ტენდენციის, პირველ რიგში მკვიდრი მოსახლეობის კლების

შეჩერება.

დრო გავა. როგორც წინათ არაერთგზის მომხდარა, საქართველო ძალას მოიკრეფს, ჭრილობებს მოიშუშებს და თავისი ისტორიული გზით განაგრძობს სვლას. ცხოვრება ნორმალური გზით წავა და როცა დაიწყება მრენველობის და სოფლის მეურნეობის აღორძინება, ამუშავდება წარმოება-დანესებულებები, მაშინ ვიგრძნობთ დღევანდელი დანაკარგის ფასს, მატერიალური და ინტელექტუალური ფასეულობის შემქნელი ნაციონალური ცოცხალი ძალის დეფიციტს.

შემცირებული მოსახლეობის, დაბერებული საზოგადოების, დაბალი შობადობის პირობებში დეფიციტის შევსება გაძნელებულია. ასეთ შემთხვევებში დეფიციტს ჩვეულებრივ იმიგრაცია ავსებს. საქართველოს მრავალი -სტუმარი“ მოაწყდება, რომელთაგან, ბევრი „მასპინძლად“ გახდომას მოინდომებს და არ არის გამორიცხული, რომ მოსახლეობასთან შეთხლებული ან დაცარიელებული სოფლების და ქალაქების შევსება მათი საშუალებით მოხდეს. (საინფორმაციო წყაროებში ბოლო პერიოდში გამოჩნდა ცნობები, რომ შეიმჩნევა სხვა ქვეყნის მოქალაქეების ლტოლვა საქართველოში და მათ მიერ უძრავი ქონების შეძენის სურვილი). ეს გვინდა ჩვენ?

პირველი რიგის პრობლემას განეკუთვნება შობადობა, რომლის დაბალი დონის მიხედვით, საბჭოთა კავშირში ყოფნის დროს, რესპუბლიკებს შორის საქართველოს ყოველთვის ერთ-ერთი პირველი ადგილი ეკავა.

პრესაში გამოჩნდა ცნობა, რომ ბოლო წლებში შეიმჩნევა შობადობის მატების ტენდენცია, მაგრამ ამას მაშინ შეუძლია მოახდინოს დემოგრაფიულ მდგომარეობაზე დადებითი გავლენა, თუ ეს ტენდენცია მყარი იქნება, შემცირდება ბავშვთა სიკვდილიანობა; დაცული იქნება ახალშობილის სიცოცხლე და ბავშვის ჯანმრთელობა; შობადობის მაჩვენებელი კი გადააჭარბებს სიკვდილიანობის მაჩვენებელს და გაიზრდება ადამიანების სიცოცხლის ხანგრძლივობა (ე.ი. ადგილი ექნება ბუნებრივ მატებას).

ქვეყნის დემოგრაფიულ კეთილდღეობას მრავალი ფაქტორი განაპირობებს, ამიტომ დარღვეული ნონასწორობის აღდგენას დიდი ძალისხმევა, დრო და ფინანსები სჭირდება; ჩვენი სამშობლო კი დღეს გაჭირვებაშია. ამიტომ სრულმასშტაბიანი დემოგრაფიული პროგრამის დაუყოვნებლივი განხორციელება არარეალურია. მაგრამ მისი შედგენა, სახლახო განხილვა და პირველი რიგის ღონისძიებების დაწყება აუცილებელია და მისი გადადება არ შეიძლება.

დემოგრაფიული მდგომარეობის გაჯანსაღება სასიცოცხლოდ აუცილებელია როგორც ხალხისთვის, თვითოეული ადამიანისთვის, ისე მთელი ერისათვის, ქართული სახელმწიფოს შენარჩუნებისთვის, მისი ძლიერებისთვის.

ღმერთს შევთხოვ, რომ წერილებში გამოთქმული შემფოთება უსაფუძვლო შიშის ნაყოფი აღმოჩნდეს. ჩვენი ქვეყნის დემოგრაფიული მდგომარეობა სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადება კი არ აღმოჩნდეს, არამედ დიაგნოზური შეცდომა, რათა არ აღმოჩნდეს აუცილებელი არც რაიმე პროგრამის შედგენა და არც ძვირადღირებული ღონისძიებების განხორციელება. მაგრამ როცა მესმის, რომ მოსახლეობის დიდი ნაწილი სიღარიბის ზღვარს მიღმაა და ქვეყანაში უმუშევრობაა, ტელევიზორში კი ახალ-ახალი უფასო სასაიდლოების გახსნის ცერემონიებს უყურებენ და ცხელ კერძს დანატრებული ადამიანების სახეებს ვხედავ, ამის ნაკლები იმედი მრჩება.

პროფესორი მისეილ მჭაღლიშვილი

СИНДРОМ МАЛАБСОРБЦЫЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КИСТОФИБРОЗОМ

Квезерели Л., Нанобашвили М., Капанაძე Н., Немшვერიძე А., Лелуაშვილი К., Чокошвили М.
Педиатрическая Клиника Тбилисского государственного медицинского университета

Целью нашей работы было изучение синдрома малабсорбций и неврологические нарушения у больных кистофиброзом.

Нами проанализированы данные 48 детей больных кистофиброзом различного возраста. По клиническим формам и по возрасту они распределились следующим образом: до года - 18(37,5%) детей, 1-3 года 15(31,25%), 3-7 лет 9(18,75%), 7-14 лет 6(12,5%) больных. Смешанная форма отмечалась у 34(70,8%), легочная у 14(29,2%) детей, развитие меконеального илеуса у 4(8,3%) детей больных кистофиброзом.

У 75% больных наблюдается синдром малабсорбции с типичным стулом: обильным, жирным, зловонным, частым, замазкообразным. При этом нередко (у 18% больных) отмечается выпадение прямой кишки, особенно у детей раннего возраста.

При неврологическом обследовании у всех больных отмечался миотический синдром, сильно выраженная диффузная миотония являлась причиной задержки моторного развития у детей до одного года. У 94% больных наряду с диспептическими симптомами выявились вегетативные нарушения в виде отечности конечностей, цианоза, мраморности кожи, потоотделением. Синдром возбудимости отмечался у 58% детей раннего возраста, в группе детей 7-14 лет в 72% случаев превалировал неврастеноподобный синдром (эмоциональная лабильность, мнительность, пассивность, ослабление фпм психической активности, уход в болезнь и др.). Очаговая неврологическая микросимптоматика выявлялась у 32% больных.

Лечение синдрома малабсорбций у больных кистофиброзом проводится пожизненно и включает поддержание хорошего внутритивного статуса в этом отношении хорошо зарекомендовали себя молочные смеси с пробиотиками фирмы Нирр.

Безусловно значение для улучшения течения и прогноза кистофиброза имеют постоянно проводимое адекватное и рано начатое лечение, своевременная его интенсификация во время нарастания активности или обострения заболевания.

Кистофиброз _ тяжелое и распространённое наследственное заболевание экзокринных желез, передающееся по аутосомно-рецессивному типу, приводящее к образованию густого секрета, вызывающего обструкцию выводных протоков (1,2).

Клиническая картина заболевания складывается из сочетания хронического обструктивного легочного процесса, кишечного синдрома, отставания в физическом развитии. С возрастом синдромы, связанные с панкреатической недостаточностью, уменьшаются, тогда как бронхолегочные изменения нарастают и доминируют в клинической картине. Прогрессирование происходит за счет повторных обострений, чаще по типу бронхита, реже по типу пневмонии (8,9).

Наиболее ранним и грозным осложнением кистофиброза считается мекониальный илеус, причиной которого являются панкреатическая ахилия и дисфункция желез тонкой кишки. Мекониальный илеус, по данным литературы, встречается у 10-15 % больных и считается проявлением тяжелой формы болезни (3, 6, 7).

Нормальное физическое развитие одна из основных задач лечения больных кистофиброзом. При нормализации нутритивного статуса значительно улучшается прогноз заболевания в целом. У больных повышается активность, аппетит и стремление к физическим упражнениям. (3, 4, 5).

Синдром малабсорбции у больных кистофиброзом успешно лечится панкреатическими ферментами (панзинорм, мезим-форте, фестал, ораза, энзистал и др.). Начиная с 1998 года успешно применяется инкапсулированный с РН чувствительной оболочкой микро-сферический препарат креон содержащий 10 000-25 000 ед липазы в капсуле.

Целью нашей работы было изучение синдрома малабсорбций и неврологические нарушения у больных кистофиброзом.

Нами проанализированы данные 48 детей больных кистофиброзом различного возраста. По клиническим формам и по возрасту они распределились следующим образом: до года - 18(37,5%) детей, 1-3 года 15(31,25%), 3-7 лет 9(18,75%), 7-14 лет 6(12,5%) больных.

Смешанная форма отмечалась у 34(70,8%), легочная у 14(29,2%) детей, развитие меконеального илеуса у 4(8,3%) детей больных кистофиброзом.

У 75% больных наблюдается синдром малабсорбции с типичным стулом: обильным, жирным, зловонным, частым, замазкообразным. При этом нередко (у 18% больных) отмечается выпадение прямой кишки, особенно у детей раннего возраста.

Расстройство пищеварения закономерно приводит к развитию гипотрофии, иногда до степени дистрофии, несмотря на повышенный аппетит у большинства больных. У половины наблюдаемых нами детей отмечен дефицит массы тела наряду с отставанием в росте, у 1/3 массы тела отмечено у 2,6% больных. У 7,8% детей антропометрические данные соответствовали нормальным показателям. Девочки отставали в физическом развитии больше, чем мальчики, особенно в возрасте до 3 лет. Нами выявлена прямая корреляционная связь между антропометрическими показателями и степенью тяжести бронхолегочных изменений.

При неврологическом обследовании у всех больных отмечался миотический синдром, сильно выраженная диффузная миотония являлась причиной задержки моторного развития у вегетативные нарушения в виде отечности конечностей, цианоза, мраморности кожи, потоотделением. Синдром возбудимости отмечался у 58% детей раннего возраста, в группе детей 7-14 лет в 72% случаев превалировал неврастеноподобный синдром (эмоциональная лабильность, мнительность, пассивность, ослабление фпм психической активности, уход в болезнь и др.). Очаговая неврологическая микросимптоматика выявлялась у 32% больных.

Коррекция нарушенной функции поджелудочной железы осуществлялась заместительными ферментными препаратами _ панкреатином или комбинированными средствами, в состав которых, помимо панкреатина, входят кишечные ферменты и липотропные вещества. Как показали наши наблюдения, комбинированные ферментные препараты значительно улучшают переваривание и усвоение пищевых продуктов. В последние годы арсенал подобных препаратов значительно расширился: панзинорм, трифетмент, панкурмен, мезим-форте, пангрол, креон, панкрекс, панкреаз и др. Дозы препаратов подбираются индивидуально, показателями адекватности служат нарастание массы тела, улучшение общего состояния и самочувствия, нормализация стула по его частоте и количеству каловых масс. Суточная доза заместительных ферментов распределяется пропорционально объему и характеру принимаемой пищи. По нашим наблюдениям и данным других авторов, целесообразно назначать перед приемом пищи (за 30 мин) разовую дозу мукосольвина, способствующего разжижению и сливливанию вязкой слизи, покрывающей кишечник, лучшему расщеплению, а также всасыванию пищевых ингредиентов. Ферментные препараты редко вызывают тошноту, рвоту, снижение аппетита при их передозировке. Весьма важно дополнительное введение витаминов, прежде всего А, Е, Д и группы В, а также пикроэлементов. Жирорастворимые витамины желательнее давать в водорастворимых формах и назначать в двойной суточной дозе. Строгой диеты при отсутствии осложнений мы не назначали. Рекомендуется принимать пищу чаще с малыми порциями. Колорийность обычно повышается за счет белков животного происхождения. Исключаются орехи, сало-шпиг, шоколад, сливочное мороженное, торты, пирожное; сливочное масло разрешается в виде тошого бутерброда. При приготовлении пищи предпочтение отдается оливковому, подсолнечному, кукурузному, соевому маслам. Не ограничиваются компоты, соки, фруктовые желе, конфеты типа карамель. На фоне диеты и адекватных доз ферментов удается, как правило, без хирургической коррекции ликвидировать такое осложнение, как выпадение прямой кишки, наблюдавшийся нами у 18% больных. Было отмечено положительное влияние анаболических стероидов (ретаболил) на антропометрические показатели у 38 и 47 больных.

Изменения со стороны гепатобилиарной системы, обычно длительно не дающие клинических симптомов, отмечаются практически у всех больных в разные возрастные периоды. Эти нарушения

носят вторичный характер и зависят от тяжести и длительности заболевания. Функциональные, радиоизотопные, эхографические и морфологические исследования выявляют изменения в виде белково-жировой дистрофии, хронического реактивного гепатита и билиарного цирроза. Последний носит характер очагового или диффузного мультилобулярного.

У детей первых лет жизни иногда наблюдается закупорка внутрипеченочных желчных протоков, которые большинство авторов относят к наиболее ранним специфическим поражениям. Они в ряде случаев могут быть выявлены с помощью эхографии. При очаговом циррозе, нарушается структура печени за счет разрастания и склероза нескольких портальных трактов соединенных друг с другом. Диффузный мультилобулярный цирроз печени, диагностированный у 7% больных, характеризовался также склерозом портальных трактов, пролиферацией и кисточным расширением желчных протоков с выраженным застоем в них желчи. Фокальные поражения печени – частая находка на аутопсии взрослых, погибших, как правило (97% случаев), от прогрессирующего процесса и его осложнений (кровотечение, декомпенсированное легочное сердце, пневмо и пиопневоторакс и др.) при этом почти у 1/3 больных наблюдались те или иные нарушения функциональных тестов. Желчнокаменная болезнь у взрослых больных наблюдается в 12% случаев, т.е. значительно чаще, чем в популяции, и объясняется панкреатический недостаточностью, ведущей к снижению обратного всасывания, и повышенной топерей с калом желчных кислот (3-5). Можно предположить, что развитие специфических изменений печени происходит по аналогии стаковыми в других секреторных органах, в частности поджелудочной железе и бронхолегочном аппарате. Так называемые неспецифические поражения в виде белково-жировой дистрофии, реактивного гепатита развиваются под влиянием токсических агентов (бактериальные токсины, лекарственные препараты), метаболических нарушений, связанных с гипоксемией и гипоксией, нарушением функции всего желудочно-кишечного тракта с расстройством кровообращения, нередко достигающим стадии декомпенсации, и др.

Следует отметить, что применявшиеся нами рутинные лабораторные показатели функции печени (АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, глутамил-трансаминаза и др.), были малоинформативными либо неинформативными. Пункционная биопсия позволяет диагностировать не только наличие, но и форму поражения печени, однако травматичность и сложность ее выполнения не дают возможность широко рекомендовать этот метод. Весьма перспективен, по нашему мнению, метод эхографии. Позволяющий части случаев от дифференцировать начальные изменения в печени от вырванных цирротических поражений. При наличии клинических (или) морфофункциональных признаков предцирротического или цирротического поражения печени назначились печеночный стол, желчегонный средства, включая травы (большинство из коротких вызывает и отхаркивающий эффект), а также гепатотропные препараты (эссенциале, легалон, Лив. 52, рибоксин, катерген и др.). В последние годы ряд авторов в Галандии, ФРГ, Франции отмечают положительный эффект от кумысолечения. Подобным собственным опытом мы пока не располагаем, хотя, по сведениям 9 родителей, которые самостоятельно регулярно давали кумыс своим детям в дозах от 200 до 500 в сутки в течение 4-6 мес, наблюдался хороший клинический эффект со стороны как гепатобилиарной системы, так и желудочно-кишечного тракта в целом.

Весьма типичным для больных кистозом является наличие хронического гайморита, причем упорство его течения может служить иногда дополнительным диагностическим признаком. Синуситы наблюдались у всех рентгенологически обследованных больных. Часто, особенно у подростков и взрослых (до 48%), находят полипы носа, рецидивирующие у 50-80% больных, подвергшихся оперативному лечению. Поэтому последнее показано только больным с затруднением носового дыхания, ринореей, болями локального характера, рецидивами носового кровотечения. Среди консервативных методов заслуживает внимания введения внутрь полипов глюкокортикоидов (5).

Лечение синдрома малабсорбции у больных кистозом проводится пожизненно и включает поддержание хорошегонутривного статуса в этом отношении хорошо зарекомендовали себя молочные смеси с пробиотиками фирмы Hipp, которые соответствуют стандартам и рекомендациям ВОЗ.

Безусловно значение для улучшения течения и прогноза кистоза имеют постоянно проводимое адекватное и рано начатое лечение, своевременная его интенсификация во время нарастания активности или обострения заболевания.

Литература

1. Бластинова З.А., Прошин В. А. Капранов Н.И. Каширская Н.Ю. "Медико-социальное обеспечение больных муковисцидозом. Пуллмонология 2001. Ст 11 ф3
2. Капранов Н. И. "Муковисцидоз" мет. Реком. Москва 2001 г
3. Капранов Н. И. Течение и исход муковисцидоза у детей при современных методах лечения и реабилитации: Дис. ...д-ра мед. Наук. _ М., 1987
4. Квачадзе И. М. Бадриашвили Н.Р. "Муковисцидозу детей" изд. "Сакартвело" Тбилиси 1990 г.
5. Петров Н. В. Гинтер Е. К. "Десятилетний опыт молекулярно-генетической диагностики МВ в МГНЦРАМН "пульмонология 2001, ст 11, 3
6. Жвания М. А. Бадриашвили Н. Р. Гиоргобиани М. "Актуальные проблемы Муковисцидоза у детей" Тбилиси 2001 г.
7. Gibson L.E. Cooke R.E. A test for concentration of electrolytes in sweat in cystic fibrosis of the pancreas utilising pilicarpine by ionoforesis //Pediatrics _ 1959-v.23-N2-pp545-549//
8. Davis PB, Drumm M, Konstan MW: Cystic fibrosis. Am J respir Crit Care Med 1996 Nov; 154(5): 1229-56 (Medline).
9. Johnson CA, Butler SM, Konstan MW, et al: Estimating effectiveness in an observational study: a case study of dornase alfa in cystic fibrosis. The Investigators and Coordinators of the Epidemiologic Study of Cystic Fibrosis. J. Pediatr 1999 Jun; 134(6): 734-9 (Medline).
10. Yankaskas JR, Mallory CB Jr: Lung transplantation in cystic fibrosis: consensus conference statement. Chest 1998 Jan; 113(): 217-26 (Medline).

CASTRO-INTESTINAL COMPLICATION AND NEOROLGY CHANGES IN CHILDREN WITH CYSTOFIBRJSIS

kvesereli L; Nanobashvili M; Kapanadze N; Nemsicveridze A, Leluashvili K. Chokoshvili M.

Tbilisi State Medical university, pediatric clinic SUMMARY

Kei words: Cystofibrjsis, children, Gastro-intestinal, hepatobiliary system;

Cystofibrjsis is a chronic multisystem disorder characterized by recurrent endobronchial infections, progressive obstructive pulmonary disease, and pancreatic insufficiency with intestinal malabsorption. Recent studies suggest that adenotonsillar disease appear to be more prevalent in patients with cystofibrjsis.

Meconium ileus, the earliest and most server complication of cystic fibrosis, was detected in 6,5% of patients in our study. There were estimated 85% of patients with cystic fibrosis who experienced gastro-intestinal syndrome characterized with thick, large, frequent, bulky, tenacious, malodorous stools. In children, especially of young age in 18% of cases there were seen restal prolapse.

Disorders in gastro-intestinal tract in patients with cystic fibrosis leads to hypotrophy or even dystrophy, in 1.3 of the patients were detected poor weight gain with normal height. While in 2,6 % of the cases patient have normal poor weight with delayed growth.

Neorological examination detected mitonic syndrome in all patient. Vegetatic disorders took place in 94%, 58% of early ages patients had arritation syndrome, 72% of 7-14 ages group had cerebrastenic syndrome.

Changes in hepatobiliary system were observed in almost all patients with cystic fibrosis of different age groups. Functional, radioisotope, morphologic studies revealed chfronic repatitis and biliard cirrhosis.

Chronic sinusitis were detected almost in all patients with cystic fibrosis tho over gone x-rey.

Nasal polyps are one of the most cammon complicatins of the disease and appear in about 48% of patients, especially in adults. Recurrence of this complication appears in 50-80% of patients.

Prognosis of the cystic fibrosis stay to be very serious, because of several factors. The severity is determined largely by the form of disease. In case combined form of cystic fibrosis prognosis was worts than in respiratory or gastro-intestinal form of disease.

The treatment of a syndrome malabsorption in the patients with cysto fibrjsis is carried aut for life and includes maintenance of a good interstitial status. in this respect have well recommended itself, dairy mixes with probiorict from firm "Hipp".

პრობიოტიკები ჩვილ ბავშვთა საკვებში – Lactobacillus Reuteri Protectis

ბავშვის დაბადება ნიშნავს თქვენსა და თქვენს ჩვილს შორის განუმეორებელი ურთიერთობის დასაწყისს. იმისათვის, რომ თქვენი პატარა, უსუსური ახალშობილიდან ჯანმრთელ ბავშვად ჩამოყალიბდეს, მას დიდი სიყვარული, მზრუნველობა და ჯანსაღი კვება სჭირდება. თქვენი პატარის კეთილდღეობა და ჯანმრთელობა უპირველეს ყოვლისა მის სწორ და ჯანსაღ კვებაზეა დამოკიდებული.

50 წელზე მეტია კომპანია HiPP-ის მიერ შემუშავებული ბავშვთა კვების პროგრამამ შესანიშნავად დაიმკვიდრა თავისი ადგილი. **“HiPP”-ის** პროდუქცია მკაცრად კონტროლდება მანვე ნივთიერებების შემცველობაზე; ნიადაგის ანალიზიდან დაწყებული მზა პროდუქტის მიღებამდე იგი 260 ლაბორატორიულ შემოწმებას გადის. კლაუს ჰიპი თავისი სახელით არის გარანტი **“ჰიპის”** პროდუქციის ხარისხზე. ევროკავშირის ხარისხის ნიშანს **“ბიო”** მისი ხელმოწერით თქვენ აღმოაჩენთ ჰიპის პროდუქციის ყველა სახეობაზე, რომლებიც ბიო-ნედლეულისგანაა დამზადებული.

დედის რძე არის და მუდამ იქნება საუკეთესო საკვები თქვენი ჩვილისთვის. ამ დროს თქვენი ჩვილი განსაკუთრებით კარგად არის დაცული, ვინაიდან ამ დროს სხეულიდან სხეულში ხდება საკვების გადაცემა და ჩვილი უმნიშვნელოვანეს დამცავ ნივთიერებებს დედისგანღებულობს. მათ შორის რძემჟავა ბაქტერიების ცოცხალ კულტურებსაც, რომლებიც საჭიროა ჩვილის ნაზი კუჭ-ნაწლავისთვის. რძემჟავა ბაქტერიების ეს ცოცხალი კულტურები – პრობიოტიკები, იცავენ კუჭ-ნაწლავს, აძლიერებს იმუნურ სისტემას და ხელს უწყობენ მის ჯანმრთელობას. ტერმინი **“პრობიოტიკი”** ბერძნული წარმოშობისაა და ნიშნავს **“სასიცოცხლოს”**. პრობიოტიკური კულტურები ჩვილის კუჭ-ნაწლავში ცოცხლად აღწევენ. ამგვარად, მათ შეუძლიათ კუჭ-ნაწლავის აქტიური დაცვა და არასასურველი ბაქტერიების დათრგუნვა.

პირველად 1991 წელს Lactobacillus reuteri Protectis მიღებული იქნა ერთ-ერთი პერუელი ქალბატონის **მუძუს რძიდან**. Lactobacillus reuteri Protectis არის ძალიან გავრცელებული რძემჟავა ბაქტერიების კულტურა და იგი წარმოადგენს ადამიანის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მუდმივ ბინადარს.

ფართო კვლევები Lactobacillus reuteri Protectis-ის გარშემო – მათ შორის, ჩვილ ბავშვებსა და მცირეწლოვნებში – ცხადყოფენ, რომ :

- რეუტერი გამოიმუშავებს ნივთიერებას რომელიც მოქმედებს ავადმყოფობის გამომწვევი მიკრობების წინააღმდეგ. მაგ: ბაქტერია (სალმონელაჟე, კოლი)

- რადგან რეუტერი არსებობს ბუნებრივად ადამიანის ნაწლავებში, ამიტომ ის წარმოადგენს ბუნებრივ სუბსტანციას.

ეს სუბსტანცია ხელს უწყობს სასურველი მიკრობების ზრდას :

- ნაწლავის ფლორაში ბიფიდოგენური და/ან ლაქტობაქტერიების დომინირება

- ხელს უწყობს დიარეის შემცირებას ან შეწყვეტას

- მონელების რეგულაცია, გავლენას ახდენს განავლის შემადგენლობაზე

- ლაქტოზის მოხმარების გაუმჯობესება

- ინფექციების პრევენცია ნაწლავის იმუნურ სისტემაზე მოქმედების გამო

- ხელს უწყობს ალერგიის შემცირებას

L.Reuteri აწესრიგებს ნაწლავის ბიოცენოზს, ამცირებს „ცუდ“ მიკრობებს „კარგი“ მიკრობების ზრდის

შეფერხების გარეშე.

- ბავშვები, რომლებიც **„ჰიპი“-ს** პრობიოტიკსღებულობდნენ, საგრძნობლად უკეთ იყვნენ დაცულნი

საკუთარი ანტისხეულებით, ვიდრე ის პატარები, რომლებიც რძის ჩვეულებრივ ფორმულასღებულობდნენ

გვერდითი მოვლენები არ არის ცნობილი:

- კულტურის ძალიან მაღალი დოზების დროსაც კი აღინიშნება კარგი ტოლერანტობა

- HiPP 1 პრობიოტიკზე დაკვირვებაც ამას ამტკიცებს.

HiPP-ს აქვს ექსკლუზიური უფლებები Lactobacillus reuteri Protectis-ის გამოყენებაზე ჩვილ ბავშვთა საკვებში. ამიტომ ჰიპის L. Reuteri –ის შემცველებში ადაპტირებული ნარევი – დედის რძის სტანდარტთან მიხედვითი კვებაა და შესაძლებელია ჩაითვალოს „დედის რძის უსაფრთხო სისტემის“ ნაწილად.

“ჰიპის” პროდუქციის შექმნისას შეგიძლიათ დარწმუნებული იყოთ: თქვენი შვილი მართლა საუკეთესოს იღებს ბუნებისაგან

ლილი ძაბაბიძე

წყალი „ივერიული“ რეკომენდირებულია

ალბათ არ შევცდებით თუ ვიტყვი, რომ უკანასკნელ წლებში საქართველოში დამზადებულ სხვადასხვა გაზიანი სასმელი წყლებიდან განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს ნატურალურ გამამხინვეებელ სასმელს „ივერიულს“ წყალს, რომელიც საქართველოს ექიმთა ასოციაციისა და სპორტის დეპარტამენტის მიერ ყველა ასაკის მოსახლეობისთვის მასიური ხმარების მიზნით რეკომენდირებულია.

აღნიშნული სასმელი დამზადებულია ზადაგის და ფუტყრის პროდუქტებისაგან, რომლის შემადგენლობაში შედიან მნიშვნელოვანი ნახშირწყლები (ფრუქტოზა, გლუკოზა), ამინომჟავები, ვიტამინების კომპლექსი, მინერალური ნივთიერებები და სხვა. ამ დასახელებით გამდიდრებულმა სასმელმა „ივერიულმა“ შეიძლება მნიშვნელოვანი როლი შეასრულოს სპორტსმენთა მომზადების საქმეში. სპორტსმენთა მიერ ამ წყლის სისტემატიურად მიღებას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს წვრთნისა და შეჯიბრის დამთავრების შემდეგ, სპორტსმენის ორგანიზმში აღდგენითი პროცესების ეფექტურად წარმართვის მიზნით. საქმე იმაშია, რომ ინტენსიური და დიდი მოცულობის ფიზიკური დატვირთვების შემდეგ უმრავლეს შემთხვევაში არ ხდება სპორტსმენთა შორის რეაბილიტაციური ღონისძიებების სრულფასოვნად გატარება, აღნიშნულის გამო ძალიან ხშირად სპორტსმენების ორგანიზმში ვერ ხერხდება აღდგენითი პროცესების ბოლომდე მიყვანა: რაც ესოდენ აუცილებელია მეორე დღისათვის, სპორტსმენის მზადყოფნის თვალსაზრისით. სწორედ „ივერიული“ წარმოადგენს იმ სასმელ სითხეს, რომელსაც შეუძლია უაღრესად დადებითი ზეგავლენა მოახდინოს ფიზიკური დატვირთვების შემდეგ სპორტული რეაბილიტაციისათვის მოწოდებულ ღონისძიებების გატარების დროს, აღდგენითი პროცესების დაჩქარების საქმეში. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ „ივერიული“ ერთი ჩაის ჭიქის დალევის შემდეგ ალბათ მისი ზემოაღნიშნული შემადგენლობის გამო ის არ აძლიერებს მოთხოვნილებას

წყურვილზე ანუ სურვილს მაშინვე დალიო მეორე ჭიქა. მიუხედავად ამისა, ჩვენ ვურჩევთ შესაძლებლობის შემთხვევაში სპორტსმენებმა დღის განმავლობაში „ივერიული“ უნდა დალიონ არა ნაკლები სამი ჭიქისა, ვინაიდან, სადღეისოდ რეკომენდირებულია დღის განმავლობაში სითხის შედარებით მეტი რაოდენობით (ნაცვლად 1 ლიტრისა, 2 ლიტრისა და მეტის მიღება), ამიტომ, მითუმეტეს სპორტსმენებმა ფიზიკური დატვირთვების შემდეგ ყველა არსებულ სასმელი სითხეებიდან განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაუთმონ ამ ნატურალურ და გამამხინვეებელ სასმელი წყლის „ივერიულის“ ხშირად მიღებას.

სამწუხაროდ, სპორტსმენთა შეკრებაზე, არც თუ ისე იშვიათად ხდება კვებაზე გამოყოფილი თანხების არარაციონალურად ხარჯვა. ამიტომ არის რომ ჯერ კიდევ არა საკმარისად წარმოებს სპორტსმენთა მენიუში „ივერიული“ შეტანა, მაშინ, როდესაც ამ დროს რომელიმე ფირმის ნაწარმის „გასალების“ მიზნით სხვა სასმელი სითხეების (წყლების) შეძენა ხდება, რომელთა მიღებას ბევრად უფრო ნაკლები გამაჯანსაღებელი მნიშვნელობა აქვს სასმელ წყალ „ივერიულთან“ შედარებით.

ვფიქრობთ, რომ სპორტის სახეობების მიხედვით ყველა ფედერაციებმა ყურადღება უნდა გაამახვილონ სპორტსმენთა შეკრებაზე „ივერიული“ სპორტსმენთა უზრუნველყოფის საკითხისადმი, ხოლო თვით სპორტსმენებმა ინდივიდუალური მომზადების დროს ფართოდ უნდა გამოიყენონ აღნიშნული სასმელი, რომელზეც უკეთესი წყალი ჯერ-ჯერობით ჩვენ სხვა არ გავგაჩნია.

რეზანოვ სვანისპილი
თბილისის სხელმწიფო სამედიცინო
უნივერსიტეტის სამედიცინო რეაბილიტაციის და
სპორტული მედიცინის კათედრის პროფესორი

სპორტსმენებში ფარმაკოლოგიური საშუალებებისა და ბიოლოგიურად აქტიური ჰეპიტო დანამატების (ხარბანი, აპიპიტი, აპიპორი, აპიპინი-აპიპულმო, აპიპინო-აპიპიპატი) XXI საუკუნეში გამოყენების პრესკიპივა

უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში სპორტულ პრაქტიკაში ფართოდ გამოიყენება მრავალი ფარმაკოლოგიური საშუალებები და ბიოლოგიურად აქტიური კვებითი დანამატები, ზოგადად და სპეციფიკური შრომისუუნარობის ამალღების მიზნით.

არც თუ იშვიათად ზოგიერთი ფარმაკოლოგიური პრეპარატი და ბიოლოგიურად აქტიური კვებითი დანამატი (ბადი) ითქვამს სახელს როგორც „სასწაულმომქმედი“ საშუალება, რომელიც ვითომდა განაპირობებს უმოკლეს ვადაში სპორტსმენთა მაღალი შედეგების მიღწევას და ამ დროს მიზანმიმართულ საწვრთნო პროცესს ნაკლები ყურადღება ეთმობა. ამასთან ერთად უნდა აღინიშნოს, რომ მედიკოპოლოგიურად დასაბუთებული, რაციონალური გამოყენება ზოგიერთი იმ ფარმაკოლოგიური საშუალებების და ბიოლოგიურად აქტიური კვებითი დანამატებისა, რომლებიც არ შედიან დოპინგის ჯგუფის პრეპარატებში და არ აზიანებს სპორტსმენის ჯანმრთელობას, აუცილებელიც კი არის

თანამედროვე სპორტში არსებული ფიზიკური დატვირთვებისადმი მოთხოვნილებების შესაბამისად.

ამასთან დაკავშირებით სპორტული ფარმაკოლოგია და სპორტული კვება ემყარება საერთო კლინიკურ პრაქტიკაში არსებული სამკურნალო საშუალებების გამოყენების ძირითად პრინციპებს: 1) აუცილებელია თავიდან ავიცილოთ ერთმანეთთან შეუთავსებელი პრეპარატების გამოყენება; 2) ერთდროულად რამოდენიმე დასახელების ფარმაკოლოგიური საშუალებებისა და ბიოლოგიურად აქტიური კვებითი დანამატების გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს რთული ალერგიული რეაქცია;

3) გამოყენებული ნივთიერებები არ უნდა იკრძალებოდეს მსოფლიოს ანტი-დოპინგური სააგენტოს (WADA) მიერ;

4. ფარმაკოლოგიური საშუალებებისა და ბიოლოგიურად აქტიური კვებითი დანამატების ხანგრძლივი გამოყენების შემთხვევაში დიდი საშიშროებაა, რომ

განვითარდეს შეგუებულობა, რაც თავისთავად გამოიწვევს ამ პრეპარატის ეფექტის დაქვეითებას.

სპორტული ფარმაკოლოგიისა და სპორტული კვების ძირითადი ამოცანები შეიძლება შემდეგნაირად განისაზღვროს:

1. სპორტსმენტა შრომისუნარობის გაუმჯობესება, ე.ი. ადაპტაციური მექანიზმების გაფართოება, განსაკუთრებით უჩვეულო სავარჯიშო ან საშეჯიბრო პირობებისადმი (მაგალითად, მკვეთრი ცვლილება საათის სარტყელის, მაღალმთიანი პირობები, ძალიან ცხელი კლიმატი და ა.შ.);

2. ინტენსიური ფიზიკური დატვირთვების შემდეგ აღდგენითი პროცესების დაჩქარება;

3. ინტენსიური ფიზიკური დატვირთვებით გამოწვეული ორგანიზმის იმუნიტეტის შესუსტებისა და დათრგუნვის პრევენცია ან კორექცია;

4. ტრავმებისა და სხვადასხვა დაავადებების მკურნალობისთვის აღნიშნული ამოცანების გადასაწყვეტად სპორტულ მედიცინაში გამოიყენება სხვადასხვა ჯგუფის ფარმაკოლოგიური პრეპარატები და ბიოლოგიურად აქტიური კვებითი დანამატები:

1. ამინომჟავებისა და კომპლექსური ცილოვანი კვებითი დანამატები;

2. ვიტამინები;

3. არატსეროიდული ანაბოლური საშუალებები;

4. ჰეპატოპროტექტორები;

5. ჰემოსტიმულატორები და კაპილარული სისხლის მიმოქცევის სტიმულატორები;

6. იმუნომოდულატორები;

7. მცენარეული და ცხოველური წარმოშობის ადაპტოგენები;

8. ანტიოქსიდანტები;

9. ენერგეტიკული სუბსტრატები;

10) ელექტროლიტები და მინერალები;

11. ნახშირწყლებით გაჯერებული ნარევეები;

12. კომბინირებული კვებითი დანამატები და ფარმაკოლოგიური საშუალებები.

ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი ჯგუფები პირობითად ჩვენ შეგვიძლია დავყოთ ტაქტიკურ და სტრატეგიულ საშუალებებად, არსებული ამოცანების მიხედვით. ფარმაკოლოგიური საშუალებების ტაქტიკურ ჯგუფში შეიძლება იყოს გაერთიანებული: ვიტამინები, ენერგეტიკული საშუალებები, ამინომჟავები და ცილოვანი პრეპარატები, ანტიოქსიდანტები, იმუნომოდულატორები, ჰეპატოპროტექტორები და სამედიცინო ჩვენებებით საჭირო სამკურნალო პრეპარატები.

სტრატეგიულ ჯგუფში შეიძლება გავაერთიანოთ:

არასტეროიდული ანაბოლური საშუალებები, ჰემოსტიმულატორები და კაპილარული სისხლის მიმოქცევის სტიმულატორები.

თანამედროვე სპორტული მედიცინის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანეს პრობლემას წარმოადგენს მწვავე და ქრონიკული გადაძაბვის ეფექტური პროფილაქტიკა და მკურნალობა (თელია ზ, 1979). იმისდა მიხედვით, თუ რომელი ორგანოთა სისტემა არის დაზიანებული, შესაძლებელია გამოვეყოთ გადაძაბვის ოთხი კლინიკური ფორმა:

ა) ცენტრალური ნერვული სისტემის (ცნს) გადაძაბვა;

2) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გადაძაბვა;

3) ღვიძლის გადაძაბვა;

4. საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატების გადაძაბვა;

ცნს-ის გადაძაბვის სინდრომი უფრო ხშირად გვხვდება სპორტის კოორდინაციულ სახეობებში, მომზადე-

ბის სპეციფიურ ფაზაში (ტანვარჯიში, აკრობატიკა). ამასთან, კლინიკა შესაზღვრელია გამოხატული იყოს როგორც ცნს-ის დათრგუნვით, ასევე ზედმეტად აგზნებით. ცნს-ის დათრგუნვის შემთხვევაში, როდესაც სპორტსმენი აღნიშნავს სისუსტეს, აპათიას, არტერიული წნევის დაქვეითებას, ვარჯისისადმი ინტერესის დაქვეითებას, ამ დროს გამოიყენება მატონიზირებული და მასტიმულირებელი საშუალებები: ჟენ-შენი, როდასკონი, სტიმოლი, უვიმაგი და სხვა. მომატილები აგზნებადობის შემთხვევაში, როდესაც ადგილი აქვს ძილის დარღვევას, აგზნებადობას, გამოიყენება მსუბუქი სედატიური საშუალებები; ვალერიანის ნაყენი, ნოვაპასიტი, სომნოლი და სხვა.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გადაძაბვის შემთხვევაში კი, რომელიც აისახება სპორტსმენის ელექტროკარდიოგრაფიულ (ეკგ) ცვლილებებზე. ამ დროს აუცილებელია დაუყოვნებლივ შეიზღუდოს ფიზიკური დატვირთვები და სხვა პროცედურებთან ერთად გამოყენებულ იქნას ფარმაკოლოგიური საშუალებები: მილდრონატი, ინოზინი, კარტანი (L კარნიტინის ჰიდროქლორიდი 10), კოკარნიტი, ატფ, კალიუმის პრეპარატები და სხვა.

ჩვენი აზრით, განსაკუთრებით საყურადღებოა თანამედროვე სპორტული მედიცინის პრაქტიკაში ისეთი ფარმაკოლოგიური საშუალება, როგორც არის 3(2.2.2-ტრიმეთილჰიდრაზინი) პროპიონატ დიჰიდრატი, Y ბუტირობეტაინის სტრუქტურული ანალოგი – მილდრონატის სახით. აღნიშნული ფარმაკოლოგიური პრეპარატები იწვევს: 1) ორგანიზმში ჟანგბადის მოხმარების პროცესის ოპტიმიზაციას, 2) აუმჯობესებს თავის ტვინისა და პერიფერიული სისხლის მიმოქცევას; 3) ზრდის უჯრედების შეგუებულობას და ფუნქციონირებას არახელსაყრელ პირობებში; 4) ააქტიურებს ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციონირებას.

როგორც ცნობილია, ნორმალურ პირობებში, კარდიომიოციტებში ენერჯის წარმოქმნის ძირითად სუბსტრატებს წარმოადგენენ თავისუფალი ცხიმოვანი მჟავები, რომელთა დაჟანგვისთვის აუცილებელია დიდი რაოდენობით ჟანგბადი და ასევე მიტოქონდრიების მემბრანების გავლით აქტიური ტრანსპორტირებისთვის საჭირო გადამტანი – კარნიტინის სახით, სადაც შემდეგ ხორციელდება ბეტაჟანგვა.

სულ ახლახანს დადგინდა იქნა, რომ გულის კუნთი ძლიერი ადრენოერგულ გალიზანებაზე პასუხობს არა ცხიმების, არამედ გლიკოგენის ჟანგვით. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია ნაპოვნი იქნას საშუალება, რომელიც დაბლოკავს ან ნაწილობრივ შეზღუდვას მაინც ცხიმოვანი მჟავების ნაკადს მიტოქონდრალური მემბრანების გავლით. ცხიმოვანი მჟავების ბეტა-ჟანგვის ბლოკირების სამი ვარიანტი არსებობს; პირველი მათგანი ემყარება იმ ფუნდამენტების ინჰიბირებას, რომლებიც განაპირობებენ მიტოქონდრიებში ცხიმოვანი მჟავების ბეტა-ჟანგვის პროცესს. ასეთი მოქმედება გააჩნია პრედუქტალს (ტრიმეტადიზინი). ამ დროს, რა თქმა უნდა, თავიდან ვერ ვიცილებთ მიტოქონდრიებში ცხიმოვანი მჟავების დაგროვებას.

მეორე მექანიზმი მდგომარეობს იმ ფერმენტების ინჰიბირებაში, რომლებიც ახდენენ მიტოქონდრალური მემბრანის გავლით ცხიმოვანი მჟავების ტრანსპორტირებას. ასეთი მექანიზმი გააჩნია პრეპარატ ეტომოქსილს, რომელსაც ჯერ-ჯერობით კლინიკური გამოკვლევების ყველა სტადია არ გაუვლია.

ცხიმოვანი მჟავების ბეტა-ჟანგვის მესამე მექანიზმი მდგომარეობს იმ ნივთიერებების ბიოსინთეზის ინჰიბირებაში (კარნიტინი), რომლებიც გვევლინება როგორც

ცხიმოვანი მჟღავების გადამტანი მიტოქონდრალური მემბრანის გავლით. სწორედ კარნიტინი წარმოადგენს იმ ნივთიერებას, რომელიც ცხიმოვან მჟავებს აწვდის მიტოქონდრებში. ექსპერიმენტული შემონების შედეგად – EX-VIVO, დამტკიცდა, რომ მილდრონატის 10 დღიანი პროფილაქტიკური კურსის შედეგად გლუკოზის აერობული ჟანგვის პროცესი შენარჩუნებულ იქნა ვირთხის იზოლირებულად პერფეზირებად ჯგუფში.

ამრიგად, მილდრონატის ზემოქმედებით იბლოკება ცხიმოვანი მჟავების ტრანსპორტირება მიტოქონდრებში, რის შედეგადაც ატფ-ის წარმოქმნის პროცესი ცხიმოვანი მჟავების ჟანგვიდან გადაერთვება გლუკოზის ჟანგვაზე.

მილდრონატი უდაოდ არის ეფექტური და ძალზე პერსპექტიული ფარმაკოლოგიური საშუალება ორგანიზმის ისეთი პათოლოგიური ან სტრესული მდგომარეობისას, სადაც მნიშვნელოვან პათოგენეტიკურ რგოლს წარმოადგენს ჟანგბადის დეფიციტი. ეს გარემოება საშუალებას გვაძლევს რეკომენდაცია გავუწიოთ აღნიშნული პრეპარატების გამოყენებას სპორტსმენებში მაღალი ფიზიკური დატვირთვის დროს. ფიზიკური შრომისუნარიანობის გაუმჯობესება მილდრონატის გამოყენების ფონზე დაფიქსირდა უკანასკნელ წლებში ჩატარებულ მრავალ გამოკვლევებში. ნიჩბოსნებს და ხელბურთელებს 2-3 კვირიანი კურსის მიღების შემდეგ (დაახლოებით 1 გ დღეში) აღენიშნებათ შრომისუნარიანობის მომატება და დატვირთვის შემდეგ აღდგენითი პროცესების გაუმჯობესება. განსაკუთრებით საყურადღებოდ მიგვაჩნია მილდრონატის გამოყენების დადებითი ეფექტი ფიზიკური დატვირთვის ფონზე.

როგორც ცნობილია, სპორტსმენების ფიზიკური შრომისუნარიანობის გაუმჯობესებისთვის ფართოდ გამოუიყენება კარნიტინი. მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ კარნიტინის ეფექტი გამოწვეულია, უპირველეს ყოვლისა, მიტოქონდრებში ცხიმოვანი მჟავების ნაკადის გაზრდით, რომლებიც საკმაო რაოდენობის ჟანგბადის არსებობის შემთხვევაში წარმატებით იჟანგებიან მიტოქონდრებში წარმოქმნიან დიდი რაოდენობის ენერჯის. მაგრამ აუცილებელი პირობა მთავარად ადექვატური რაოდენობის ჟანგბადის არსებობა, როდესაც მილდრონატის კონცენტრაცია ქსოვილებში მაღალია, კარნიტინის ბიოსინთეზი დათრგუწულია. როცა მილდრონატის კონცენტრაცია მცირდება, კარნიტინის კონცენტრაცია იზრდება. ეს მოვლენა ჩვენ საშუალებას გვაძლევს მიზანმიმართულად მოვახდინოთ „გადართვა“ ატფ-ის წარმოქმნის სხვადასხვა მექანიზმებზე. რისი გათვალისწინებაც აუცილებელია ამ პრეპარატის გამოყენებისას, სპორტული მედიცინის პრაქტიკაში. არ შეიძლება ჩვენ ხელოვნურად – კარნიტინის გამოყენებით (L კარნიტინი) გავაგრძელოთ ცხიმოვანი მჟავების ჟანგვის პროცესი, რათა მივიღოთ სასურველი ცხიმების დანვის ეფექტი (მაგალითად, სპორტსმენის წონის კლებისას) და არ გავითვალისწინოთ არსებული ფიზიკური დატვირთვების ინტენსივობა, შესაბამისად, მიოკარდისა და სხვა ქსოვილების ჟანგბადის საჭირო რაოდენობით უზრუნველყოფის საკითხი.

რაც შეეხება „აპივიტს“ უნდა აღინიშნოს, რომ თსსუ კლინიკის ხელმძღვანელობით მიმდინარეობდა კვლევა პარაკლინიკური საშუალების „აპივიტი“-ის უსაფრთხო და მისი მოქმედების ეფექტიანობის შეისწავლის მიზნით.

„აპივიტი“ წარმოადგენს ბუნებრივ მაღალხარისხოვან და ბიოლოგიურად აქტიურ პროდუქტს.

ყოველი აბი შეადგენს:

ვანილი – 5.5-6%, ლიზინი – 5.9-7%, ლეიცილი – 5.8-

6.7%, გლუტამინის მჟ. 9.1%, ცისტინი – 0.6% და სხვა. საშუალოდ 20% პროტეინს ალბუმინების სახით, ვიტამინებს: ა, B1, B2, B5, B6, C, E, D, PP, ფოლის მჟავას ბიოტინს, თირიზინს და სხვა. გლუკოზიდ – რუთინს. მინერალებს: Fe, Mg, Ca და სხვა.

ყოველივე ზემო აღნიშნულის გამო მიმდინარეობდა სპორტსმენტა შესწავლა სუბიექტურ და ობიექტურ მონაცემებთან ერთად კლინიკოლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევის გათვალისწინებით.

დაკვირვების ქვეშ იყოფებოდა 12-15 წლის 150 ბავშვი (მოზარდი სპორტსმენები), რომლებიც დაყოფილი იყვნენ სამ ჯგუფად. (თითოეულში 50 ადამიანი) შეადგინა ბავშვებმა, რომლებიც მისდევდნენ კლასიკურ ჭიდაობას, ძიუ-დოს და თავისუფალ ჭიდაობას. თითოეული აღნიშნული ჯგუფი დაყოფილი იყო კიდევ ორ ქვეჯგუფად. ერთი ქვეჯგუფი იღებდა ბიოდანამატს აბების სახით, ხოლო მეორე – არა.

რაოდენობრივი მაჩვენებლების სარწმუნოების შეფასება ხდებოდა სტიუდენტის კრიტერიუმში, ხოლო ხარისხოვანი მაჩვენებლების შეფასებას – კრიტერიუმით. ჯგუფებს შორის შედარება ხდებოდა Pearson-ით. განსხვავება სარწმუნოდ ითვლებოდა, თუ $>1,96$; $<0,05$ და $>3,84$, $P<0,05$ (??). მათემატიკური უზრუნველყოფა განხორციელდა პროგრამების პაკეტის SPSS 115-ის გამოყენებით.

ყველა იუნიორი სპორტსმენი მონაშებოდა კომპლექსური კლინიკურ-ლაბორატორიული მეთოდით წერთნადე და მისი დამთავრების შემდეგ. როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, მოვარჯიშე სპორტსმენების ნაწილი იღებდა „აპივიტს“. თითოეული კონკრეტული დაკვირვების ხანგრძლივობა 4 თვეს შეადგენდა.

მიღებული შედეგების ანალიზისას აღმოჩნდა, რომ ფიზიკური აღზრდის კომპლექსური მეთოდი (ფიზ. აღზრდა+აპივიტი), აძლიერებს ორგანიზმის ფუნქციურ შესაზღებლობებს, რაც აისახება ეუქრომატიზის ფართობის, ადჰეზირებული უჯრედების რაოდენობის, მიტოქონდრების ფართობის ცვლილებების, ენდოპლაზმური რეტიკულუმისა და ლიზოსომების რაოდენობის ზრდაში. ამავე დროს აღსანიშნავია დისადაპტაციის ძირითადი მაჩვენებლების ფართობითი და აბსოლუტური რისკის შემცირება $COR=76,9\%$ ($95\%CI:43-72\%$); $CAR=50,5\%$ ($95\%CI:31,1-69,9\%$). (სრული შედეგები იხილეთ დანართი №1-ში).

ამდენად იმედია „აპივიტი“ თავისი შემდგომი მოდ-იფიკაციებით ღირსეულ ადგილს დაიჭერს სპორტული მედიცინის სფეროში.

„აპივიტის“ დოზირება, დღიური ნორმა:

ბავშვებისთვის: 0-დან 3 წლამდე – 1 აბი 1-ჯერ დღეში

3-დან 5 წლამდე – 1 აბი 2-ჯერ დღეში

5-დან 12 წლამდე – 1 აბი 3-ჯერ დღეში

12-დან 15 წლამდე – 2X2 აბი 2-ჯერ დღეში

მოზრდილებისთვის: 3 აბი 2-ჯერ დღეში.

განმეორებითი კურსის ჩატარება რეკომენდირებულია 3 თვეში ერთჯერ, ყოველი სეზონის დასაწყისში. საჭიროების შემთხვევაში დასაშვებია დოზების გაორმაგება.

კარტანი – აქტიური ნივთიერებაა: L კარნიტინი ჰიდროქლორიდი 1.0 ფარმაკოლოგიური ჯგუფი: მეტაბოლური პროცესების რეგულატორი. ფარმაკოლოგიური მოქმედება: L კარნიტინი B ჯგუფის ვიტამინების მსგავსი ბუნებრივი ნივთიერებაა. ის მონაწილეობს ნივთიერებათა ცვლის პროცესებში, გადააქვს ცხიმოვანი მჟავები ციტოპლაზმიდან მიტოქონდრებში, სადაც ისინი განიცდიან დაჟანგვას, რის შედეგადაც წარმო-

იქმნება დიდი რაოდენობით ენერგია (ატფ-ის სახით); კარნიტინი აწესრიგებს ცილოვან და ცხიმოვან ცვლას, აღადგენს მჟავა-ტუტოვან ნონასნორობას, თრგუნავს კეტოსხეულების წარმოქმნას და ანაერობლ გლიკოზიდს, ამცირებს რძემჟავა აციდოზის ხარისხს, ზრდის ორგანიზმის ამტანობას ფიზიკური დატვირთვისადმი, ამასთანავე ხელს უწყობს გლიკოგენის ეკონომიურ ხარჯვას და მისი მარაგის გაზრდას ღვიძლში.

კარტანი ავლენს ანაბოლურ მოქმედებას, თიროქსინის მიმართ ანტაგონისტური მოქმედებით აწესრიგებს ჰიპოთერეოზის შემთხვევაში მომატებულ ძირითად ცვლას, ასტიმულირებს კუჭის წვენის სეკრეციას, აწესრიგებს ცილოვანი და ნახჭირწყლოვანი მოლეკულების დაშლას, მცირდება სხეულის წარბი წონა და ქვეითდება ცხიმების შემცველობა კუნთებში. კარტანი ავლენს ნეიროტროპულ მოქმედებას, ამუხრუჭებს აპოფტოზის განვითარებას, შემოფარგლავს დაზიანებულ ზონას, აღადგენს ნერვული ქსოვილის სტრუქტურას.

რაც შეეხება ღვიძლის გადაძაბვას, რომელიც ვლინდება ღვიძლის ტკივილის სინდრომით, განსაკუთრებით გამძლეობაზე ვარჯიშის შედეგად, უპირველესი ყურადღება უნდა მიექცეს კვების რეჟიმს. მაქსიმალურად უნდა შემცირდეს კვების რაციონში ცხოველური ცხიმების რაოდენობა, უნდა შეიზღუდოს ზღვის პროდუქტები და უნდა გაიზარდოს საკვები ნახშირწყლების რაოდენობა. ასევე ნაღვლმდენი ეფექტის გაძლიერების მიზნით შეიძლება გამოყენებულ იქნას მინერალური წყლები, ასკილი, პრეპარატები სახით: ნეგალინი, კარსილი, ანტისპაზმური პრეპარატები (მაგ. ნოშპა) და ჰეპატომ-როტექტორი ესენციალის სახით და სხვა.

დაძაბული კუნთური მუშაობა, განსაკუთრებით ანაერობულ რეჟიმში, ხშირად იწვევს საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის ტკივილის სინდრომს (კუნთებში, სახსრებში). ამ შემთხვევაში უპირველეს ამოცანას წარმოადგენს ფიზიკური დატვირთვის ინტენსივობის შემცირება და ძალისმიერი ვარჯიშების გამორიცხვა. მიზანშეწონილია ბალნეოპროცედურების, მასაჟის, ბაროკამერების და სხვა პროცედურების გამოყენება. ფარმაკოლოგიური საშუალებებიდან შეიძლება გამოყენებული იქნას ანტი-სპაზმური და სისხლძარღვთა გამაფართოებელი პრეპარატები: ნო-შპა, ნოკოშპანი, ტრენტალი და სხვა.

ჩვენი აზრით განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია ისეთი ბიოლოგიურად აქტიური კვებითი დანამატები, როგორცაა კრეატინი, აპიკორი, აპიპინი (აპიპულმო) და აპიპინკო (აპიპეპატი). 90-იანი წლების შემდეგ არ არსებობს უფრო პოპულარული კვებითი დანამატი, ვიდრე კრეატინია. დღემდე აღნიშნული ნივთიერება რჩება საერთაშორისო ოლიმპიური კომიტეტის მიერ ოფიციალურად ლეგალიზებულ საშუალებად სპორტსმენის შრომისუნარობის ამაღლების პროცესში.

ადამიანის ორგანიზმში კრეატინის სინთეზს ახდენს სამი ამინომჟავისაგან: გლიცინი, არგინინი და მეთანონი. კრეატინი შეიძლება წარმოიქმნას ღვიძლში, კუჭ-ვეშა ჯირკვალსა და თირკმელებში, საიდანაც შემდეგ სისხლით ტრანსპორტირდება კუნთებში. დაახლოებით 95% ორგანიზმში არსებული კრეატინის მარაგიდან განთავსებულია ჩონჩხის კუნთებში, დარჩენილი 5% – გულში, თავის ტვინში და სხვა ორგანოებში. ადამიანის ორგანიზმში კრეატინი გვხვდება თავისუფალი სახით და ფოსფო-კრეატინის სახით. ჩონჩხის კუნთებში კრეატინის 2/3 სწორედ ფოსფო-კრეატინის სახით არის განთავსებული.

კრეატინის ფხვნილი – თეთრი, უსუნო, თითქმის უგემურია. კრეატინის მიღების რამდენიმე დადებითი

ეფექტი გააჩნია. სპორტსმენებისთვის იგი ზრდის სხეულისკუნთის მასას, უფრო შრომისუნარიანს ხდის მას. დამატებითი კვების სახით მიღებული კრეატინი ამცირებს ქოლესტერინის რაოდენობას პლაზმაში. ფოსფო-კრეატინი იცავს ორგანიზმის ცენტრალურ ნერვულ სისტემას ჰიპოქსიის პირობებში. იგი ფართოდ იხმარება კუნთის ატროფიის დროს და სხვა. მრავალი დაკვირვების შედეგად დადგინდა, რომ კრეატინ-მონო-ჰიდრატის მიღების შემდეგ ორგანიზმში რაიმე გვერდითი მოვლენები არ აღინიშნება.

„აპიკორი“ – ორი ბიოლოგიურად აქტიური კომპონენტებით მდიდარი პროდუქტის ფუტკრის ნაწარმისა და ყურძნის ნიჰნის ნაზავია. ყურძნის ნიჰნა ამცირებს დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდებს და საერთოდ ქოლესტერინის შემცველობას სისხლში, რის შედეგადაც ათეროსკლეროზის პროგრესირება ფერხდება. ქართული ფუტკრის მიერ შეგროვილი ყვავილის მტვერი კი მდიდარია ორგანიზმის შენების, განვითარებისა და სიცოცხლისთვის აუცილებელი ნივთიერებებით: ცილებით (შეიცავს ამონომჟავების 22 სახეობას, მათგან 8 შეუცვლელს), ნაჯერი და უჯერი ცხიმოვანი მჟავებით, გლიკოზიდებით, ვიტამინებით (A, B, C, D, PP, E, K, folis mjava), ფოსფოტერინებს, რუტინით (სისხლძარღვის კედლის გამამგრებელი ბიოფლავინოიდი), მიკრო და მაკროელემენტებით.

აუმჯობესებს ცხიმოვან ცვლას, სისხლძარღვის კედელში ამცირებს ქოლესტერინს, აუმჯობესებს მხედველობას. ხელს უწყობს ორგანიზმის განმენდას, წონაში დაკლებას, აძლიერებს იმუნიტეტს.

ხსნის ნერვულ დაძაბულობას სტრესების დროს, ორგანიზმს მატებს ტონუსს (ამაგრებს ენერგიით ცხიმების ცვლის ხარჯზე), აუმჯობესებს ძილს. გამოაქვს ტოქსინები, ხსნის „პახმელიას“, აუმჯობესებს საჭმლის მონელებას, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, კუჭის, ღვიძლის, ელენთის ფუნქციას.

ინდივიდუალური აუტანლობა გვერდითი მოვლენები გამოვლენილი არ არის. დოზირება: 6 თვიდან 1 წლამდე 1/4 აბი 2-ჯერ დღეში; 1 წლიდან 3 წლამდე 1/3 აბი 3-ჯერ დღეში; 3 წლიდან 6 წლამდე 1 აბი 3-ჯერ დღეში; 6-დან 12 წლამდე 1,5 აბი 3-ჯერ დღეში; 12 წლიდან 2 აბი 3-ჯერ დღეში; მკურნალობის კურსი ერთი თვე. განმეორებითი კურსი რეკომენდირებულია 3 თვეში ერთხელ. მიღების წესია: ჭამამდე 15 წუთით ადრე, ან ჭამის დროს ნახევარი ჭიქა წყლის დაყოფებით, ან შეიძლება დაიფშენას და მოეყაროს თბილ საკვებს. მიღების რეკომენდირებული დროა დილით 9-10 სთ. 13სთ-დან 15 სთ-მდე, 17სთ-დან 19 სთ-მდე. ეძლევა ექიმის დანიშნულებით. გამოშვების ფორმა: ორი 30 ტაბლეტიანი ფლაკონი. ტაბლეტები თაფლის არმატით.

აპიპინი-აპიპულმო წარმოადგენს ორი ბიოლოგიურად აქტიური კომპონენტებით მდიდარი პროდუქტის ფუტკრის ნაწარმისა და წინვოვანი ექსტრაქტის ნაზავს.

გრძელი ხორთუმისა და ფრენის დიდი რადიუსის მქონე ქართული ფუტკრის მიერ შეგროვილი ყვავილის მტვერი მდიდარია ორგანიზმის შენების, განვითარებისა და სიცოცხლისთვის აუცილებელი ნივთიერებებით: ცილებით (შეიცავს ამონომჟავების 22 სახეობას, მათგან 8 შეუცვლელს), ნაჯერი და უჯერი ცხიმოვანი მჟავებით, გლიკოზიდებით, ვიტამინებით (A, B, C, D, PP, E, K folis mjava), ფოსფოტერინებს, რუტინით (სისხლძარღვის კედლის გამამგრებელი ბიოფლავინოიდი), მიკრო და მაკროელემენტებით (Fe, Zn, Cu, F) წინვოვანი ექსტრაქტი-ქლოროფილით.

გვერდითი მოვლენები გამოვლენილი არ არის, დოზირება: 6 თვიდან 1 წლამდე 1/4 აბი 2-ჯერ დღეში; 1 წლიდან 3 წლამდე 1/3 აბი 3-ჯერ დღეში; 3 წლიდან 6 წლამდე 1 აბი 3-ჯერ დღეში; 6-დან 12 წლამდე 1,5 აბი 3-ჯერ დღეში. 12 წლიდან 2 აბი 3-ჯერ დღეში; მკურნალობის კურსი ერთი თვე. განმეორებითი კურსი რეკომენდირებულია 3 თვეში ერთხელ. მიღების წესია: ჭამამდე 15 წუთით ადრე, ან ჭამის დროს ნახევარი ჭიქა წყლის დაყოლებით, ან რეკომენდირებული დროა დილით 9-10 სთ. 13 სთ-დან 15 სთ-მდე, 17სთ-დან 19სთ-მდე. ეძლევა ექიმის დანიშნულებით. გამოშვების ფორმა: ორი 30 ტაბლეტიანი ფლაკონი. ტაბლეტები თავფლის არომატით. არ არის დაფარული საღებავიანი გარსით.

აპიპნეო-აპიჰეპატი წარმოადგენს ბუნებრივ, ნატურალურ მცენარეულ კომპონენტთა ჯამს: ფუტკრის ნაწარმი+წიწვოვანი ექსტრაქტი+ყურძნის ნიჰანა, სუპერჯანმრთელობის ელექსირი მდიდარია თითქმის ყველა იმ ბიოლოგიურად აქტიური კომპონენტებით, რომლებიც აუცილებელია ორგანიზმის ნორმალური ცხოვლემოქმედებისთვის და ჯანმრთელობის შენარჩუნებისთვის. ესენია: ცილები (შეიცავს ამონომჟავების 22 სახეობას მათგან 5 შეუცვლელს) აქტიური ლიპიდები, მათ შორის უჯერი ცხიმოვანი მჟავები, გლიკოზიდები, ვიტამინებით (A, B, C, D, PP, E, K, folis mjava), რუტინით (სისხლძარღვის კედლის გამამაგრებელი ბიოფლავინოიდი), ფოსფორინები მათ შორის ბეტა-სიტოსტერინი, რომელიც განაპირობებს ორგანიზმში ჰორმონალური ნივთიერების სინთეზს (მეთილტესტოსტერონი), ტრიტერპენოვანი ოქსი ოლიანოლის მჟავა, მიკროელემენტებით (Fe, Zn, Cu, F) წინვოვანი ექსტრაქტი-ქლოროფილით, ყურძნის ნიჰანა და სხვა.

გვერდითი მოვლენები გამოვლენილი არ არის, დოზირება: 6 თვიდან 1 წლამდე 1/4 აბი 2-ჯერ დღეში; 1 წლიდან 3 წლამდე 1/3 აბი 3-ჯერ დღეში; 3 წლიდან 6 წლამდე 1 აბი 3-ჯერ დღეში; 6-დან 12 წლამდე 1,5 აბი 3-ჯერ დღეში; 12 წლიდან 2 აბი 3-ჯერ დღეში; მკურნალობის კურსი ერთი თვე. განმეორებითი კურსი რეკომენდირებულია 3 თვეში ერთხელ.

შეიძლება დაიფხვანას და მოეყაროს თბილ საკვებს. მიღების რეკომენდირებული დროა დილით 9-10 სთ. 13სთ-დან 15სთ-მდე. 17სთ-დან 19სთ-მდე. ეძლევა ექიმის დანიშნულებით. გამოშვების ფორმა: ორი 3- ტაბლეტიანი ფლაკონი. ტაბლეტები თავფლის არომატით.

აქვე ავღნიშნავთ, რომ ზემო აღნიშნულიდან გამომდინარე მნიშვნელოვანი დადებითი შედეგებია მიღებული სპორტსმენებში შემდეგი კომბინაციური მკურნალობით: კარტანი+აპივიტი, კარტანი+აპიკორი, კარტანი+აპიპულმო, კარტანი+აპიჰეპატი, შესაბამისად გულ-სისხლძარღვთა, სუნთქვის, ჰეპატო და რენალური სისტემათა მხრივ.

ჩვენ ვარაუდობთ, რომ ამ მიმართულებით კვლევათა გაგრძელება და გაღრმავება გააუმჯობესებს სპორტსმენებში დაავადებათა პრევენციის, რეაბილიტაციისა და იმუნორეაბილიტაციის საკითხებს.

სპორტულ მედიცინაში ფართოდ ჰპოვა გამოყენება ისეთმა ფარმაკოლოგიურმა საშუალებამ, როგორიცაა „ციტარგინი“, რომლის შემადგენლობაში შედის ამონომჟავა – არგინინი ეგ. ბუტაინი (DCI) ნეიტრალური ციტრატის 0,5გ ბუტაინის ქლორჰიდრატის – 0,5 გ, არგინინი არისნივთიერებათა ცვლის შეუცვლელი კომპონენტი. არგინინი მიეკუთვნება პირობით შეუცვლელ ამონომჟავებს. ჩვეულებრივი კვების დროს არგინინის რაოდენობა ვერ ავსებს იმ მომატებულ მოთხოვნილებას, რომელიც გააჩნია ორგანიზმს. არგინინი არის

ერთ-ერთი პოპულარული ამონომჟავა აშშ-ში. თავისი თვისებებისგამო.

ციტარგინინი გამოიყენება სხვადასხვა დაავადებების პროფილაქტიკისა და მკურნალობისთვის: ლეიქმის დისფუნქცია საჭმლის მომწელებელი პროცესის დარღვევის დროს, ჰიპერტონიული დაავადებების მკურნალობისა და პროფილაქტიკისთვის. არგინინს გადააქვს აზოტი,ამაგრებს აზოტით ფერმენტულ სისტემას, კერძოდ NO სინთეზს. არგინინი იხმარება ართროიტების და შემაერთებელი ქსოვილების დაავადებების პროფილაქტიკისა და მკურნალობისთვის. აგინინი ინვეს იმუნური სისტემის გაძლიერებას და იხმარება იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის დროს (აგრეთვე შიდსის დროსაც).

არგინინი აუცილებელია კუნთის მეტაბოლიზმისთვის, აგრეთვე კუნთის სიძლიერისა და ზომის მომატებისთვის აგრეთვე კუნთის სიძლიერისა და ზომის მომატებისთვის. არგინინი წმინდავს კუნთებს აზოტის შლაკებისაგან, მას შეუძლია კუნთოვანი ქსოვილის მომატება, ინვეს ორგანიზმის ცხიმოვანი ქსოვილის შემცირებას, რის შედეგადაც ადამიანის სხეული ხდება მსუბუქი და გამოყვანილი. დოზირება – 1-დან 3 ამპულამდე დანიშნულების მიხედვით 40 წუთით ადრე ჭამამდე (1 ამპულა იხსნება 100 მლ წყალში).

ფართოდ ჰპოვა გამოყენება აგრეთვე პრეპარატმა „უვიმაგმა“, რომელიც შეიცავს – MG – 500 მგ, B6 – 125 მგ. იგი გამოიყენება სპორტსმენებში დაკარგული ენერჯის აღსადგენად.

სპორტსმენთა წონის კლების პროცესში ფართოდ გამოიყენება ჰპოვა ისეთმა ფარმაკოლოგიურმა საშუალებამ როგორცაა „აცეტილ-L-კარნიტინი“ იგი წარმოადგენს ამინომჟავა „L-კარნიტინის“ მოდიფიცირებულ ფორმას და არის კუნთოვან უჯრედებში ცხიმის ნივთიერებათა ცვლის ბუნებრივი რეგულატორი. აღნიშნული პრეპარატი აძლიერებს ტრიგლიცერინების შეღწევას უჯრედის მემბრანაში და ამგვარად ხდება ცხიმის ჩართვა ენერჯის გამომუშავებაში. ხანგრძლივი ფიზიკური დატვირთვების დროს, რის შედეგადაც ვიღებთ კანქვეშა ცხიმის უტილიზაციის და ისი რაოდენობის შემცირებას. უნდა აღინიშნოს, რომ ცხიმოვანი მჟავების დაჟანგვისას 1 მოლეკულა ატფ-ის მიღებაზე იხარჯება 10-12%-ით მეტი ჟანგბადი ვიდრე გლუკოზის დაჟანგვისას. შესაბამისად, აუცილებლად გათვალისწინებულ უნდა იქნას „L-კარნიტინის“ გამოყენების ის გარემოება, რომ იზრდება კუნთოვანი უჯრედების მიერ ჟანგბადისადმი მოთხოვნა. შესაბამისად, ჩვენ რომ მივიღოთ სასურველი შედეგი აღნიშნული პრეპარატის გამოყენებით ისე, რომ არ დავაზიანოთ კუნთოვანი უჯრედები და განსაკუთრებით გულის კუნთი, პრეპარატის მიღება უნდა მოხდეს ძირითადად დაბალი და საშუალო ინტენსივობის ხანგრძლივი აერობული ვარჯიშების ფონზე.

როგორც მსოფლიო პრაქტიკა და ჩვენი დაკვირვებები ცხადყოფს, მხოლოდ ზემოთ ჩამოთვლილი ყველა ფაქტორების გათვალისწინებით არის შესაძლებელი უარყოფითი ეფექტის გარეშე მოვახდინოთ სპორტსმენის წონის კორექცია და მათი შრომისუნარიანობის ეფექტურობის გაზრდა.

- მ.მ.დ პ.ოფ. აპაღ. მ. ჩახუნაშვილი**
- მ.მ.დ. კ. ჩახუნაშვილი**
- მ.მ.კ. ნ. ჯოგაძე**
- მ.მ.კ. ხ. ლასარაიშვილი**
- მ.მ.დ. ზ. კახაბარიშვილი**
- მ.მ.კ. დ. ტაბუცაძე**

ბავშვის ფსიქომოტორული შეფასება განვითარების ადრეულ ეტაპზე და მისი კორექციის მიმართულებები

ოსსუ გუგანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკა ნევროლოგიური განყოფილება
ასოც. პროფესორი ნ. ხაჭაპურიძე ქნეფარიძე გარველაძე

ბავშვების ფსიქომოტორული განვითარება წარმოადგენს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პარამეტრს, რომელიც ასახავს მის ფსიქიკურ და სოციალურ ჯანმრთელობას. მისი დროული და სწორი შეფასება საშუალებას იძლევა ადრეულ ეტაპზე გამოვლინდეს გადახრები ბავშვის განვითარებაში და ცალკე გამოიყოს ფსიქომოტორული განვითარების პათოლოგიის მქონე ბავშვთა ჯგუფი. დღევანდელ დღეს სულ უფრო და უფრო მატულობს იმ ახალშობილთა რიცხვი, რომლებიც მომავალში წარმოადგენენ მენტალური პათოლოგიის რისკის ჯგუფს. ასევე მატულობს ისეთი დაავადებათა სიხშირეც, რომლებსაც თან ახლავს სოციალური დეზადაპტაცია.

ფსიქომოტორულ განვითარებაში ჩამორჩენის სიხშირის მანკვებლები სხვადასხვა ქვეყანაში და ერთი ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონებშიც კი მნიშვნელოვნად ცვალებადია. ეს შესაძლოა გამოხატავდეს დაავადებულთა რეალურ მანკვებულს მსოფლიოს ამ თუ იმ რეგიონში, თუმცა აუცილებლად უნდა აღინიშნოს ასეთი განსხვავებების ძირითადი მიზეზები: დაავადებულთა გამოვლენის ხარისხი, ფსიქომოტორული განვითარების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები, ამა თუ იმ საზოგადოების კულტურული მახასიათებლები და მათგან გამომდინარე აღზრდისა და სწავლების სისტემები. ჯანმო-ს XX საუკუნეში ჩატარებული კვლევების მონაცემების მიხედვით მსოფლიოში გონებრივი განვითარების ჩამორჩენა დაფიქსირდა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში მოსახლეობის 1-3%-ში. ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად განვითარდა კოგნიტიური ნევროლოგია, რამაც ნათლად დაგვანახა არა მხოლოდ მედიცინის ამ დარგის აქტუალობა, არამედ ბავშვებში კოგნიტიური განვითარების დარღვევის პრობლემის სიმწვავეც.

ნერვული სისტემის განვითარება მით უფრო სწრაფად მიმდინარეობს, რაც უფრო პატარაა ბავშვი. ეს პროცესი განსაკუთრებულად ენერგიულად მიმდინარეობს პირველი 3 თვის განმავლობაში. ნერვული უჯრედების დიფერენცირება მთავრდება 3 წლის ასაკისათვის, ხოლო 8 წლის ასაკში თავის ტვინის ქერქი აკუმულირებული მისხედვით თითქმის არ განსხვავდება მოზრდილი ადამიანის თავის ტვინის ქერქისაგან. მიელინოზაციის პროცესი სრულდება 5 წლის ასაკში. ბავშვის ტვინის კვება გაცილებით უკეთ ხდება, ვიდრე მოზრდილის ტვინისა, რაც კაპილარული ქსელის სიმდიდრით აიხსნება. სისხლის გადინება ტვინის ქსოვილებიდან ახალშობილებში შენლებულია, რადგან დიპლოიდური ენების ჩამოყალიბება იწყება მხოლოდ ყოფლივანდების დახურვის შემდეგ. ამით აიხსნება ახალშობილების მიდრეკილება ნეიროტოქსიოზისაკენ ინფექციური დაავადებების დროს ტოქსიური ნვთირებების აკუმულირებისა და მეტაბოლიზმის დარღვევის ფონზე.

ბავშვის სიცოცხლის პირველივე დღეებიდანვე ფუნქციონირებს ყველა გრძნობითი ორგანო

(მხედველობა, სმენა, ყნოსვა, გემოვნება, ტაქტილური შეგრძნებები). თუმცა, იმის გამო, რომ ჩვილობაში ბავშვს არ შეუძლია განახორციელოს კონკრეტულ გამღიზიანებელზე ადექვატური რეაქცია, (ანუ ახალშობილისათვის დამახასიათებელია ყველა მისი რეაქციის არადიფერენცირებულობა), ამა თუ იმ რეცეპტორის გაღიზიანება გვაძლავს არა ლოკალურ, არამედ დიფუზურ რეაქციას.

დაბადების მომენტიდან დროულ ახალშობილს გააჩნია რიგი თანაყოლილი, უპირობო რეფლექსები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ორგანიზმის ადაპტაციას გარემოს მიმართ. მოგვიანებით ამ პროცესში ერთვება შექცეული რეფლექსებიც. III თვის ბოლოსათვის კი ყალიბდება რთული, დიფერენცირებული რეფლექსები, რომლებიც მიუთითებენ თავის ტვინის ქერქის ანალიზატორული ფუნქციის განვითარებას. ბავშვები გაცილებით ადვილად ამყარებენ პირობით კავშირებს გარე სამყაროსთან, ვიდრე მოზრდილები, სწრაფად იძენენ თვისებებს და ქცევის წესებს, რომლებიც როგორც წესი რჩება მთელი სიცოცხლის განმავლობაში.

ბავშვის სიცოცხლის მეორე წელს პირველთან შედარებით მისი ფსიქომოტორული და ფიზიკური განვითარება უფრო ინტენსიურია. ბავშვები იწყებენ სიარულს, უმჯობესდება მათი მოძრაობითი კოორდინაცია და მეტყველება, საგრძნობლად მატულობს სიტყვების ლექსიკონი. მოგვიანებით თამაში იღებს უფრო გონივრულ ხასიათს, ბავშვები ცდილობენ ეთამაშონ ერთმანეთს, იწყებენ უფროსების მითითებების შესრულებას და ითვისებენ ქცევის ელემენტარულ წესებს.

სიცოცხლის მესამე წლის განმავლობაში ბავშვების მოტორული ქმედებები უფრო სრულყოფილია. ფართოვდება გარემოში ორიენტაციის დონე, რთულდება მეტყველება და თამაშის ფორმა.

ბავშვის ფსიქიკის განვითარებაში გამოყოფენ 4 ეტაპს:

I ადრეული ეტაპი 0-3 წლამდე. 1-3 წლების პერიოდში მოძრაობები იძენენ ფსიქომოტორულ ხასიათს, რაც წარმოადგენს ყველა ფსიქიკური ფუნქციის ფორმირების საფუძველს, მათ შორის: აღქმის, ყურადღების, მიზანმიმართული მოქმედების, აზროვნებისა და ცნობიერების.

II ეტაპი ადრეული სასკოლო პერიოდი გრძელდება 4-დან 6 წლამდე.

III ეტაპი სასკოლო ეტაპი 7-11 წლამდე - ბავშვების მოქმედება იძენს მუდმივ ინდივიდუალურ ხასიათს.

IV ეტაპი იდეატორული, 12-14 წლამდე - ხდება აღქმის, აზროვნების, ანალიზის ფორმირების გართულება. ბავშვები იწყებენ ქმედებამდე თავის ცნობიერებაში წინასწარი გეგმების შემუშავებას. აზროვნება ხდება აბსტრაქტული და იწყება პიროვნების ჩამოყალიბება.

ფსიქიკის განვითარებაში გამოიყოფა შემდეგ კრიტიკული პერიოდები:

I - 2-დან 3.5 წლის განმავლობაში, II - 7-დან 8

წლამდე და III - 12-დან 15 წლის განმავლობაში.

I და II ასაკობრივი კრიზისი - (იგივე პარაპუბერტატული პერიოდი) - ხდება ფსიქიკური და ფიზიკური მახასიათებლების სწრაფი ფორმირება, რაც განაპირობებს ყველა სიცოცხლისათვის აუცილებელი სიტემის მოქმედების გადაძაბვას. ფსიქიკური სფეროს სხვადასხვა დარღვევები საწყისს იღებს სწორედ ამ ასაკიდან.

III ასაკობრივი კრიზისი - პუბერტატული - დაკავშირებულია შინაგანი სეკრციის ჯირკვლების ფუნქციების შეცვლასთან, ბავშვების ინტენსიურ ზრდასთან, სქესობრივ მეტამორფოზასთან. ამ პერიოდში ბავშვები ძალიან მგრძობიარნი არიან და განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებენ.

ასევე ძალიან საინტერესოა კრიტიკული პერიოდები პრენატალურ და ადრეულ ბავშვთა ასაკში. ესენია: ორსულობის 15-25 კვირა (ქერქის ფორმირება) და 28-ე კვირა (ქერქქვეშა სტრუქტურების ფორმირება). ორსულობის მესამე ტრიმესტრი (30-40 კვირა) და მშობიარობის წინა პერიოდი (მშობიარობამდე 3-5 დღე), მშობიარობა, ახალშობილობის პერიოდი (1-1,5 თვე), 6-8 თვის ასაკი, 15-17 თვე, 2,5-3,5 წელი.

ორსულობის მესამე ტრიმესტრისთვის დამახასიათებელია სმენითი მახსოვრობის ელემენტების გაჩენა და ნაყოფის ქცევის კორელაცია დედის ფსიქიურ მდგომარეობასთან. თავად მშობიარობა წარმოადგენს ნაყოფისთვის სტრესულ მდგომარეობას, რაც შეიძლება იყოს მიზეზი დისტრესული რეაქციების ტრანსფორმაციისა და სხვადასხვა პათოლოგიების განვითარების რისკის ზრდისა.

სიცოცხლის პირველი თვე შეესაბამება საკუთარი "მეს" არადიფერენცირებულ აღქმას. ამ დროს ვითარდება „კორნარდ ლორენცოს იმპრინტინგის ფენომენი“, იგივე „მესსიერებაში ალბუკვლის“ ფენომენი - ახალშობილის პირველი "შედეგლობით კონტაქტი" ("eye-kontakt") ადამიანის სახესთან, რომელიც განსაზღვრავს მომავალში ბავშვის ფსიქიკის განვითარებას. შემდგომი ეტაპი არის ახალშობილობის 3-4 კვირა. მას ეწოდება პირველადი სოციალური ქცევის პერიოდი გარემოსთან მხედველობითი კონტაქტის სახით. "early eye contact baby"-ის ფენომენი ხასიათდება პირველი რადებითი და უარყოფითი ემოციების ჩამოყალიბებით, რომელიც შეესაბამება 6-8 თვის ასაკს. ეს პერიოდი ხასიათდება ბავშვის მიერ საკუთარი "მეს" დიფერენციაციით და ინდივიდუალიზაციით. ამავე ეტაპზე ყალიბდება ადამიანების მიმართ არჩევითი "დიმილის" და ელემენტარული სოციალური უპირატესობის მინიჭების უნარი. ბავშვის სიცოცხლის 15-17 თვეზე ხდება ქცევის პირველადი მოტივაცია, რომელიც განპირობებულია ორგანიზმის ვიტალური მოთხოვნილებებით. შედარებით მოგვიანებით ყალიბდება ქცევის მეორადი მოტივაცია, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ბავშვის დამოკიდებულება გაუმომყოფების მიერ მისი ქცევის შეფასებაზე. შემდეგი კრიტიკული პერიოდი არის 2,5-3,5 წელი. ამ ეტაპზე ფორმირდება თვითშეგნება. ხდება საკუთარი „მეს“ სრულყოფილი განსაზღვრა და ინდივიდუალიზაცია. ბავშვს გააჩნია არა მხოლოდ დადებითი და უარყოფითი გამოცდილება გარემოსთან ურთიერთობისა, არამედ განცდა მოსალოდნელი საფრთხის, შიშისა და მღელვარებისა. ასევე მათ უყალიბდებათ დამოუკიდებლობის შეგრძნება.

ქცევის რეგულაციაში შეიძლება გამოვყოთ 1. ემოციური რეგულაცია (ემოციის გამოხატვის დონისა

და ფორმის მართვის პროცესები) და 2. კოგნიტიური რეგულაცია (კოგნიტიური ანალიზის უნარი, ქმედების პლანირება).

ქცევის რეგულაციის პროცესებზე, გავლენას ახდენენ არა მხოლოდ გარემო ფაქტორები, არამედ გენეტიკურიც. სოციალური დამოკიდებულება ბავშვისა და მისი ახლობელი ზრდასრულების მიმართ, პირველ რიგში დედის მიმართ, წარმოადგენს ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს რეგულატორს, რომელიც გავლენას ახდენს მისი ქცევის ფორმირებაზე. უფრო ადრეული (შესაძლებელია თანდაყოლილი) ქცევის აფექტური რეგულაციის ფორმები გამოიყვანება ბავშვის მოზრდილთან ურთიერთობისას უკვე 2 თვის ასაკში.

ბავშვსა და დედას შორის ვითარდება ემოციური დამოკიდებულება, რომელიც უყალიბებს ბავშვს უსაფრთხოების განცდას და აძლევს მას თავის ძალებში დარწმუნების საშუალებას. ამ დამოკიდებულების ხარისხი განისაზღვრება იმით, თუ რაოდენ კარგად შეუძლია ბავშვს სტრესულ სიტუაციაში მისი ქცევის რეგულირება დედის არ ყოფნის დროს ან მისთვის უცხო გარემოში. ზემოაღნიშნული დამოკიდებულების ხარისხი ჩვილობის დროს არის ერთ-ერთი პრედიქტორი შემდგომი წარმატებული ემოციური რეგულაციისა.

ქცევის ჩამოყალიბებაში დიდი როლი მიუძღვის მეტყველებას. შესაბამისად ძალზედ მნიშვნელოვანია მეტყველების განვითარების კრიტიკული პერიოდების გამოყოფა:

პირველი სენსიტიური ფაზა არის 1-დან 1,5-2 წლამდე. ამ პერიოდში იწყება მეტყველების ფორმირება და საკომუნიკაციო საფუძვლების განვითარება. თუ ამ პერიოდში ბავშვი იმყოფება ადექვატურ გარემოში, ის სწრაფად ითვისებს სიტყვებს, რაც აუცილებელი პირობაა ფრაზული მეტყველების განვითარებისთვის. მეორეს მხრივ, თუ ბავშვს არ აქვს საკმარისი საემოციური ურთიერთობა უფროსებთან, ხშირია სტრესი, მაშინ მეტყველების განვითარება ფერხდება და გარკვეულ შემთხვევებში წყდება კიდევ.

მეორე სენსიტიური ფაზა მოიცავს 2,5-3,5 წლებს. ეს არის პერიოდი, როდესაც ბავშვი აქტიურად ეუფლება ფრაზულ მეტყველებას, სიტუაციური მეტყველებიდან გადადის კონკრეტულ მეტყველებაზე, რისმა მოშლამაც შეიძლება გამოიწვიოს ბავშვის ქცევის დარღვევა, რაც გამოიხატება სიჯიუტეში და ნეგატივიზმში.

ამავე პერიოდში შეიმჩნევა ემოციური დაძაბულობა, რაც მეტყველების დროს გამოიხატება პაუზებში არა მარტო ფრაზებს შორის, არამედ ფრაზის, სიტყვის და მარცვლების შუაშიც. გარდა პაუზებისა, ვხვდებით მარცვლების, სიტყვის და სიტყვათა შეთანხმების გამეორებას, რასაც ფიზიოლოგიურ იტერაციას უწოდებენ. რაიმე ფსიქიკურმა სტრესმა ან სენსორულმა დეპრევიაციამ შეიძლება შეაფერხოს მეტყველების განვითარების ტემპი ან გამოიწვიოს მეტყველების პათოლოგია - ენაბლუობა.

მესამე პიპერსენსიტიურ პერიოდში (5-6 წლამდე ასაკში) ყალიბდება კონტექსტური მეტყველება, ანუ ტექსტების დამოუკიდებლად ჩამოყალიბების უნარი.

ქცევის რეგულაციის როლში შეგვიძლია განვიხილოთ ტემპერამენტი, გარემო ფაქტორების ზემოქმედების ინდივიდუალური "ფილტრი". ტემპერამენტი გავლენას ახდენს ინდივიდუალურ სახესხვაობაზე, რომელიც ვლინდება ემოციურ რეგულაციაში, ქცევისა და კოგნიტიური პროცესების ორგანიზაციაში. დე. ბეიტსის მონაცემების მიხედვით ბავშვები "რთული"

ტემპერამენტით უფრო მგრძობიარენი არიან გერემოს ნეგატიური ზემოქმედების მიმართ, ხოლო “მარტივი” ტემპერამენტის მქონე ჩვილები – გარემოს პოზიტიური გავლენის მიმართ, თუმცა ამ უკანასკნელთათვის უფრო მნიშვნელოვანია სოციალური სტიმულაცია. აქტიური ბავშვები უკეთესად ვითარდებიან მცირე სტიმულაციის პირობებში, ვიდრე ძლიერი სტიმულაციის დროს, რადგან მათ უფრო მაღალი აქვთ კვლევითი აქტიურობა.

ასე რომ ტემპერამენტი, ემოციური პროცესების რეგულაციის მამოლდული რეგულირებელი, კოგნიტიური შესაძლებლობების გამოვლინება და სოციალური გარემოს მიმართ ადაპტაცია - წარმოადგენს ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ფაქტორს, რომელიც გავლენას ახდენს როგორც ქცევის რეგულაციის ფორმირების პროცესზე, ასევე მის ხასიათზე და ბავშვის სამყაროსთან დამოკიდებულების სტრატეგიაზე.

ტემპერამენტის ფაქტორი მოქმედებს იწყებს ერთი თვის ასაკიდან. ტემპერამენტს ქმნის 9 ფაქტორი: აქტიურობა, რიტმულობა (ციკლურობა), სენსიტიურობა, (რეაქტიულობა), ინტენსიურობა, სიცოცხლისუნარიანობა (მოძრაობა), კომუნიკაბელობა, ადაპტაციურობა, ხასიათი, ყურადღება.

ფსიქიური განვითარების დისონტოგენეზი ვითარდება უამრავი შინაგანი და გარეგანი ფაქტორების (გენეტიკური, ბიოლოგიური, ფსიქოგენური და მიკროსოციალური) ზემოქმედებით და მათი ურთიერთქმედებით.

დისონტოგენეზის ფაქტორები - ემოციური შენევა და დეპრეზაცია არსებითად ფსიქოსოციალური და ერთმანეთთან მჭიდროდ დაკავშირებული ფაქტორებია.

სიცოცხლის პირველ საათებში და დღეებში გაჩენილი კავშირი დედასა და ბავშვს შორის არის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი და აკისრია გადამწყვეტი როლი სხვა ემოციური კავშირების ფორმირებაზე.

დეპრეზაცია შეიძლება იყოს სრული და ნაწილობრივი, ენსორული და ემოციური. ნებისმიერი მათგანი ძალიან დიდ როლს თამაშობს ფსიქიკის განვითარებაში.

მიუხედავად დისონტოგენეზის უამრავი ტიპისა, მიღებულია მათი გაერთიანება 2 ძირითად ჯგუფად: დისონტოგენეზი ნეგატიური სიმპტომატიკით და პროდუქციული სინდრომებით. პირველს მიეკუთვნება ტოტალური და პარციალური რეტარდაცია (ფსიქიური განვითარების შეფერხება), აქსელერაცია, ინფანტილიზმის სხვადასხვა ფორმები და ნევროპათია. მეორე ჯგუფს მიეკუთვნება შემთხვევები, როდესაც დისონტოგენეზის დარღვევის ნეგატიური კლინიკური გამოვლინებისას ჩნდება შემდეგი პროდუქციული ფენომენი: შიში, პათოლოგიური პირველადი მოქმედება, ენურეზი, ენკოპრეზი, უწყესრიგო ქცევა, სიარულის, მეტყველების, თვითომსახურეობის უნარის დაკარგვა, ფსიქიკური აფექტორული დარღვევები და სხვა.

მიღებულია ფსიქიკური განვითარების პათოლოგიების კლინიკური ფორმების შემდეგი სისტემატიზაცია:

1) გონებრივი განვითარების ჩამორჩენა, 2) ფსიქიური განვითარების შეფერხება (მოსაზღვრე და პარციალური) 3) ფსიქიკის განვითარების დამახინჯება და სხვა დარღვევები, რომელშიც შედის: აუტისტური დარღვევები (აუტიზმი), აქსელერაცია, ინფანტილიზმი, სომატოპათია და სხვაფსიქიური პათოლოგიების მაღალი რისკის მქონე ბავშვთა ფსიქიკის დისონტოგენეზის

ძირითადი ფორმები.

ფსიქომოტორული განვითარების შესაფასებლად მთელს მსოფლიოში გამოიყენება სხვადასხვა ავტორების მიერ შემუშავებული შკალები და სკრინინგ-ტესტები.

ტემპერამენტის, ემოციური რეგულაციის და მშობლებთან დამოკიდებულების სტილის შესაფასებლად გამოიყენეს ჯ. ბალევის ტესტი-კითხვარი “ბავშვის დღე”. ის საშუალებას გვაძლევს შევაფასოთ ბავშვის ტემპერამენტი და მისი დამოკიდებულების თავისებურებები გარემოსადმი, ასევე ოჯახში მისი აღზრდის ტიპი. ტემპერამენტისა და სოციალური ზემოქმედების ინდივიდუალური ერთობა ქმნის ინდივიდის ხასიათს.

ეს ტესტი სტანდარტიზირებულია ფრანგი ბავშვების არჩევაზე.

ტესტში “ბავშვის დღე” გამოყოფილია ხასიათის 4 ტიპი:

◆ რთული (მაღალი დატვირთვა, სუსტი კონტროლი, აგრესიული რეაქციები)

◆ მორცხვები (საშუალო დატვირთვა, კარგი კონტროლი, პოზიტიური და აგრესიული რეაქციები)

◆ მსუბუქი (ბალანსირებული დატვირთვა, ზომიერი კონტროლი, უფრო პოზიტიური, ვიდრე ნეგატიური დამოკიდებულება გარემოსადმი)

◆ პასიური (დაბალი დატვირთვა, სუსტი კონტროლი, გერემოსთან დამოკიდებულება სუსტადაა განვითარებული)

რთული და პასიური ხასიათი განიხილება, როგორც ნორმის ზღვარი, რომელიც შემდგომში შესაძლებელია გახდეს ბავშვის დეზადაპტაციის მიზეზი.

მორცხვი და მსუბუქი ხასიათის არსებობას ბავშვებში (რაც გულისხმობს კონტროლის საშუალო ან მაღალ ხარისხს, დატვირთვის სხვადასხვა ხარისხის კარგი ბალანსი საშუალოს უპირატესობით, შკალების მიხედვით მაღალი ქულები, რომელიც ადასტურებს ქცევის რეგულაციის შესაძლებლობის არსებობას – ავტონომიურობა, მოწესრიგებულობა, დედისა და მამისადმი მიმბაძველობა და დამჯერებლობა და სხვა) განიხილავენ, როგორც უფრო სასურველ ვარიანტს ემოციისა და ქმედების რეგულაციის ფორმირების თვალსაზრისით, ვიდრე რთული და პასიური ხასიათების შემთხვევაში.

გამოყოფენ ოჯახში 4 ძირითად ტიპს აღზრდის მიხედვით:

◆ ზედმეტად მასტიმულირებელი ოჯახი (მშობლების ინტენსიური ურთიერთობა ბავშვთან, მისი აღზრდისადმი მაღალი მოთხოვნილებები).

◆ მოსიყვარულე (ამ შემთხვევაშიც ინტენსიური დამოკიდებულება ბავშვთან, მაგრამ უფრო პოზიტიური; მშობლები ნაკლებად მკაცრები არიან და ბავშვს ბევრი რამის კეთების საშუალებას აძლევენ).

◆ მკაცრი (დედა ზრუნავს ბავშვზე მხოლოდ მაშინ, როდესაც არის ამის აუცილებლობა, ძალიან მკაცრი და მწუვალია, მამაც ძალიან მკაცრად ექცევა).

◆ პასიური (მშობლები არც თუ დიდად ინტერესდებიან ბავშვით, დედა არ არის მკაცრი და არ უთმობს დიდ დროს ბავშვის აღზრდას).

ტემპერამენტის შეფასებისას მიღებული ქულების შედარებისათვის (რომლებიც მიიღეს მშობლების გამოკითხვის შემდეგ), გამოიყენება კ. ბეილის ქცევის შეფასების შკალა (BSID-2, II რედაქცია, 1993).

ქცევის შეფასების შკალა შედგება 30 პუნქტისაგან,

რომელიც სწავლობს ბავშვის ქცევას ტესტირების დროს. გამოვლენის სისწორე ან ქცევის თითოეული სახის გამოხატულების ხარისხი ფასდება 5 ბალიანი შკალით. შეფასება ხდება 2 ექსპერტის მიერ ტესტირების დროს ბავშვის ქცევაზე დაკვირვებისას. შკალის ფაქტორიზაციის შედეგად დაჯგუფდა 3 შედარებით უფრო საერთო მახვენებელი, ანუ ე.წ. 3 სუბშკალა.

I ორიენტაცია/დავალებისადმი დამოკიდებულება (ყურადღების სიფართო და სიმყარე, მიზნისაკენ სწრაფვა).

II ემოციურობა/ექსტრავერტიულობა (ემოციური ტონი, ურთიერთობისადმი სწრაფვა, ფრუსტრირებულობა და სხვა).

III აქტიურობა (დავალების შესრულების მოტორულობის ხარისხი, მოძრაობების ინტენსიურობა, მოძრაობითი აქტივობის რეგულაცია, რთული და მარტივი მოტორიკა).

კოგნიტიური და ფსიქომოტორული განვითარების შესაფასებლად გამოიყენება ბეილის "ახალშობილთა განვითარების შკალები"-ის ტესტები.

ამ შკალების მორგებით ფასდება ბავშვის კოგნიტიური განვითარების მახვენებლები, გამოსახული მენტალური და ფსიქომოტორული განვითარების ინდექსებით (MDI და PDI მიხედვით), ასევე სუბშკალის ინდექსებით. მენტალური და ფსიქომოტორული განვითარების შკალებში სუბშკალები გამოყვეს და აღწერეს

ე.ა. სეგინენკომ და ტ.ბ. რიაზანოვმა.

მენტალური გტანვითარების შკალაში გამოყოფილია შემდეგი სუბშკალები:

კოგნიტიური განვითარება:

1. მხედველობითი კოორდინაციები (თვალის გაყოლება, მზერის ფიქსაცია).

2. მანუალური კოორდინაციები (მიწვდომა, უცებ დაჭერა, მანიპულირება).

3. "მხედველობა-სმენის" კოორდინაციები.

4. მხედველობითი-მოტორული კოორდინაციები.

ინტეგრალური მახასიათებლები:

5. ექსტრაპოლაცია, არაპირდაპირი ქმედებების დაშვება.

6. ქმედებების კონტროლი (ქმედება ვერბალური ინსტრუქციის მიხედვით, იმიტაცია).

კომუნიკაციური განვითარება:

7. კოოპერაცია.

8. გოკალიზაცია, ქესტები, მეტყველება.

ასევე გამოყოფილი იყო რამოდენიმე სუბშკალა, რომლებიც მოიცავდა იმ სინჯებს, რომელთა შესრულებაც ნორმაში შეუძლიათ ბავშვებს 30 თვის ასაკიდან: თვლა, ფერების დასახელება, დეცენტრაცია (ეს გახლავთ პიაჟეს ერთ-ერთი სინჯი სხვა ადამიანის შეხედულების წარმოსადგენად), სქესობრივი იდენტიფიკაცია, კლასიფიკაცია ("მეოთხე ზედმეტია"), სინჯები მხედველობით აღქმაზე და ყურადღებაზე და ა.შ.

ინტელექტის დონის განსაზღვრისთვის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ტესტი მოწოდებული იყო ამერიკელი ფსიქოლოგისტიკის დევიდ ვექსლერის მიერ, რომლის მიხედვითაც გონებრივ ჩამორჩენილობას საფუძვლად უდევს ინტელექტუალური კოეფიციენტის (IQ) მანქვენებელი. IQ არის თანაფარდობა კლინიკურად განსაზღვრულ გონებრივი განვითარების ჩამორჩენის დონესა ფსიქიურ განვითარებლობისა. მიღებულია შემდეგნაირი პერიოდიზაცია:

1) ნორმალური გონებრივი განვითარება IQ 80-100-ის ფარგლებში. 2) მოსაზღვრე მდგომარეობა IQ 70-80. 3) მსუბუქი გონებრივი ჩამორჩენილობა IQ 50-70. 4) ზომიერი IQ 35-50. 5) მძიმე ფორმა IQ 20-25. 6) ღრმა ჩამორჩენილობა IQ 20-ზე ნაკლები.

განვითარების სკრინინგული შეფასება ხდება ნორმატიული შკალების საშუალებით. უკანასკნელი 15-20 წლის განმავლობაში გამოვლინდა, რომ შკალა-კითხვარები მშობლებისათვის ფსიქომეტრიული თავისებურებების შესაფასებლად არაფრით არ ჩამოუვარდება ტრადიციულ შკალებს, პირიქით ბევრ საკითხში მათზე უკეთესიცაა. კითხვარების მაღალ ხარისხს განსაზღვრავს ის, რომ მათი პუნქტები აღწერენ ადვილად დაკვირვებადი პუნქტების ძალიან დიდ რაოდენობას, რომლებიც აფასებენ ბავშვის ქცევას, ხოლო შესაძლო დასაშვები პასუხებია "დიახ" და "არა". მშობლების გამოყენების უპირატესობა კითხვარების შევსების დროს მდგომარეობს იმაში, რომ ისინი თვალყურს ადევნებენ ბავშვებს სისტემატიურად, სრულიად სხვადასხვა სიტუაციებში, მითუმეტეს მაშინ, როდესაც სპეციალისტმა უნდა შეაფასოს ის ძალიან მცირე დროის განმავლობაში, სშირად ბავშვისათვის უწყველ მდგომარეობაში.

ბავშვების განვითარების ზუსტი შეფასებისათვის 2-42 თვემდე გამოიყენება KID<R> (ჩისტოვიჩი, რეიტერი, შაპირო 2000) და RCDI-2000 (შაპირო, ჩისტოვიჩი, 2000). ეს არის შკალა-კითხვარული მოიცავს 252 პუნქტს, რომლებიც დაყოფილია 5 მახასიათებლად: "კოგნიტიური", "მოძრაობა", "ენა", "თვითმომსახურება" და "სოციალური". კითხვარებს ავსებენ ბავშვის მშობლები ან სხვა ბავშვთან მუდმივად ახლოს მყოფი პირები. გარდა ამისა კითხვარების პუნქტებზე პასუხების გაცემის დროს მშობლები უკეთესად გაიცნობენ ხოლმე მათ შვილებს, უფრო მეტად ინტერესდებიან მათი განვითარებით. შეიძლება ჩავთვალოდ, რომ შკალა-კითხვარების შევსება თვისთავად წარმოადგენს ადრეული დახმარების ერთ-ერთ პროცედურას.

ფსიქომოტორულ ან მეტყველების განვითარების შეფერხებას, თუ დროულად არ ჩატარდა ადეკვატური თერაპიული და სარეაბილიტაციო ღონისძიებები, შესაძლებელია მოყვეს ერის ინტელექტუალური პოტენციალის დაქვეითება. სამკურნალო საშუალებების არსუნალობის გაფართოვებამ, რომლებიც გამოიყენება ზემოაღნიშნული დარღვევების კორექციის მიზნით, აგრეთვე მათი გამოყენების გამოცდილების დაგროვებამ - შესაძლებელი გახდა ისეთი პრობლემის მოგვარება, რომელსაც აქვს არა მხოლოდ სამედიცინო, არამედ კოლოსალური სოციალური ღირებულება.

Psychomotor development of children is the important parameter reflecting mental and somatic health. It allows To reveal initial deviations (rejections) in development, to allocate children with deep plural displays of backlog diagnostics of psychomotor development since the period infancy. Now the number of newborns to which intellectual backwardness threatens increases. In our country and abroad there are many scales for the control over development of children. The comparative analysis of the scale standard in our country, and the basic scales used abroad is lead. The analysis has shown competency of existence of everyone. But for practical work those scales which contain the most exact parameters can be recommended first of all and have no misses (passings) in check of dynamics (changes) of development of children.

„ნერვიული ბავშვები“

არასასიამოვნო სიტყვათშეთანხმებაა, მაგრამ სინამდვილეს ვერსად გაექცევით. პრობლემა პრობლემად რჩება. მშობლებისთვის, პედაგოგებისთვის, ექიმებისთვის მრავალ თავსატეხს აჩენს ნერვიული ბავშვი. ხშირად ეს სატიკვარი ე.წ. „ძნელად აღსაზრდელი“ ბავშვის ცნებასაც კი უტოლდება, რადგან მართლაც რთულია გაარკვიო სად თავდება „ძნელი“ და სად იწყება ნერვიული ბავშვი მეტწილად ძნელად აღსაზრდელი ნერვიულად მიაჩნიათ. გარეგნულად ეს თითქმის ასეცაა. კაპრიზები, სიჯიუტე, აღგზნებულობა, აფექტურობა ორივე შემთხვევაში სახეზეა, მაგრამ მათი წარმოშობის მიზეზები სხვადასხვაა. „ძნელი“ ბავშვის მიუღებელი ქცევის საფუძველი არასწორი აღზრდაა. ნერვიული ბავშვისა კი მისი ჯანმრთელობა, რომლის კორექტირება მედიცინის პრეროგატივაა. ამიტომ კარგად უნდა ვერკვეოდეთ როდისაა საჭირო პედაგოგიური რეკომენდაციები და როდის ექიმის ჩარევა.

ნერვიული ბავშვის ქცევა, მისი მდგომარეობა განპირობებულია სამი უმთავრესი დარღვევით. პირველია – ხშირი და ღრმა გადაღლილობა, მოქანცულობის გრძნობა, მეორე – სისტემატური ან პერიოდული თავის ტკივილი და მესამე – ძილის დარღვევა. ეს მოვლენები შეიძლება იყოს პერმანენტული ან იშვიათი, ძლიერი ან სუსტი, მკვეთრად გამოხატული ან თითქმის შეუმჩნეველი. აღსანიშნავია, რომ ნერვიული ბავშვის მდგომარეობა მხოლოდ ამ სამი მიზეზით არ ვლინდება. ხშირად მათ უერთდება სხვა სიმპტომებიც. მაგ. ცუდი მადა, გაძლიერებული მგრძობელობა სიცვიის, სიცხის, სუნის, ხმაურის მიმართ, არამდგრადი გუნება-განწყობა და მრავალი სხვა. აქვე უნდა ვთქვათ, რომ მშობლები, პედაგოგები ნერვიული ბავშვების მიმართ უშეგებენ ბევრ მიუტევებელ შეცდომას, რომელთა შორის ერთი შეიძლება დავასახელოთ. ჩვენ გვაგინწყდება, რომ ნერვიული ბავშვები მეტწილად ძლიერ მგრძობიარენი არიან და როცა გვინდა შეკითხვებით დავადგინოთ რა აწუხებთ მათ, კითხვის შინაარსსა და ტონზე დიდადა დამოკიდებული მათი პასუხები. მაგ. თუ შევეკითხებით – „შენ ძალიან გტკივა თავი?“, პასუხი აუცილებლად ადეკვატური იქნება. ანუ, თავი რომ სტკივა უმჯობაა, ახლა გასარკვევი ისაა როგორ სტკივა ბავშვი ან მოჭარბებული შთაგონებით, სულაც ჯანმრთელი რომ იყოს, გიპასუხებს – დიახ, მტკივა. ჩვენს მიერ კითხვის ასე დასმამ ათქმევინა ასეთი პასუხი.

საინტერესოა რა ინვეს ბავშვებში ნერვიულობის სინდრომს? ამის უამრავი საფუძველი არსებობს. მათგან შევხვით, ექიმების აზრით, სამ ყველაზე უფრო გავრცელებულ მიზეზს.

პირველია ინფექცია, ინტოქსიკაცია, რაიმე სახის ტრავმა, რომელიც ბავშვმა დედის გაუფრთხილებლობის გამო ჯერ კიდევ მუცლადყოფნის პერიოდში მიიღო, სამშობიარო პათოლოგიები და სხვ. მეორე მიზეზია ბავშვის სისტემატური, ხშირი ავადმყოფობა, განსაკუთრებით გრიპოზული, რომელიც საგრძნობლად აქვეითებს იმუნიტეტს, ასუსტებს ორგანიზმს და რაც მთავარია, ნერვიულ სისტემას. აქვე შედის ადრეული ასაკის თავის ტრავმები, რომლებსაც თან ახლდა ლეზინება და გონების დაკარგვა. მესამე მიზეზად მიჩნეულია სისტემატური და ხანგრძლივი ფიზიკური და გონებრივი გადატვირთვა, გადაღლა, აგრეთვე მძიმე ნერვიული სტრესი. ეს სამი მიზეზია ბავშვის ნერვიულობის საფუძველი. მათგან იწყება ნერვიული სისტემის დასუსტება.

პირველი ორის თავიდან აცილების გზა შედარებით ნათელია. მიმავალმა დედამ მკაცრად უნდა დაიცვას ჰიგიენური წესები ფეხმძიმობის პერიოდში, შემდეგ კი გულმოდგინედ იზრუნოს იმაზე, რომ ბავშვს აარიდოს სხვადასხვა დაავადებები ფიზიკური ტრავმები. თავისებური და გაცილებით რთულია მესამე მიზეზის თავიდან აცილება, ბუნებრივია, თითოეული მშობელი, თითოეული პედაგოგი ცდილობს აღზარდოს ყოველმხრივ, ჰარმონიულად განვითარებული პიროვნება. ამის მიღწევას უმეტესობა ბავშვის უზომოდ დატვირთვის გზით ცდილობს. შედეგი კი უკუფექტია – აღსაზრდელი ნელ-ნელა ხდება ნერვიული. მას არ შეუძლია განივითაროს ბუნებრივი, თანამობილი შესაძლებლობები და უნარები. გადატვირთვა სხვა მიზეზებითაც შეიძლება მოხდეს. მათი ჩამოთვლა შორს წაგვიყვანს. მთავარი რა მოსდევს ამ გადატვირთვა-გადაღლა.

პირველ რიგში თვალმისაცემია გადაღლილობა, საერთო სისუსტე, ერთგვარი გაფანტულობა. ბავშვი მეცადინეობის დროს ვერ ახერხებს მობილიზებას, შუა გზაზე წყვეტს დაწყებულ საქმეს, უჭირს რაიმეს დამახსოვრება, მალე ავიწყდება ნასწავლი. იწყება აკადემიური ჩამორჩენილობა, უარყოფითად იცვლება მისი მდგომარეობა კლასში, მასწავლებლების თვალში. ყველაფერი ეს ინვეს ემოციურ დათრგუნელობას, საკუთარ ძალებში დაურწმუნებლობას, საკუთარ თავში ჩაკეტვას. ზოგჯერ კი პირიქით, ერთგვარ „აფეთქებას“, გაღიზიანებულობას, აფექტურობას. ნერვიულობის დაწყებას ხელს უწყობს ხანგრძლივად მიმდინარე მძიმე განცდებიც, რაც შეიძლება გამონეულები იყოს ოჯახური არეულობით, მშობელთა გაუთავებელი კინკლაობით, თანატოლთა წრეში მოუგვარებელი კონფლიქტებით. შეიძლება შეგვედავონ, რომ ზემოჩამოთვლილი მიზეზები ყოველთვის არ ინვეს ბავშვთა ნერვიულ არსებად ჩამოყალიბებას, რომ გადატვირთვა, ძლიერი დაძაბვა ბევრ ბავშვს ხვდება, მაგრამ ისინი ამას უძლებენ. ეს ასეა, მაგრამ ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს, რომ სწორედ ეს სიმპტომები ინვევენ ბავშვის დასუსტებას, რასაც მოჰყვება ნერვიული ბავშვი.

როგორ მოვახდინოთ ბავშვთა ნერვიულობის აღკვეთა. რა ღონე ვიხმაროთ იმისთვის, რომ ბავშვის ნერვები მდგრადი იყოს. პირველ პირობად შეიძლება მივიჩნიოთ საკუთარი ბავშვის ყოველმხრივი ცოდნა, მისი გენეტიკური ნიშანთვისებები, კონკრეტული დაავადებებისადმი მისი ორგანიზმის დამოკიდებულება, ტრავმების შედეგები. თუ ამათგან რომელიმე სახეზეა, მაშასადამე არსებობს რეალური საშიშროება და წინაპირობა ნერვიული სისუსტისა.

მეორე პირობაა გადატვირთვის, როგორც ფიზიკურის, ისე გონებრივის თავიდან აცილება. თუ ჩანს, რომ ბავშვი ვერ ერევა დაკისრებულ საქმეს, ვერ ახერხებს სიძნელის გადალახვას, აუცილებელია მისი დატვირთვის გეგმაზომიერად შემცირება, დავალების შემსუბუქება. ამასთან, საჭიროა ხელის შეწყობა, რათა იგი მეტ ხანს იყოს სუფთა ჰაერზე, მეტს სერინობდეს და თამაშობდეს. ყოველდღიურად იყოს დაკავებული დილის გამამხნეველები ვარჯიშით და ფიზიკულტურით, სადაც უნდა ჭარბობდეს ე.წ. გამაჯანსაღებელი და არა შეჯიბრებითი ასპექტები.

მესამე მნიშვნელოვან პირობად უნდა მივიჩნიოთ რეჟიმის განუხრებლად დაცვა. იმათთვის, ვისაც გარკვეული მიდრეკილება აქვს მწვავე ნერვიულობისკენ, რეჟიმი კანონი უნდა იყოს. ეფექტურმა რეჟიმმა უნდა

შეადლების ბავშვს რიგი დავალებების შესრულოს ბუნებრივად, დაძაბვის გარეშე, ხალისით. სწორმა რეჟიმმა უნდა ააცილოს მას მტკივნეული ფიზიკური თუ გონებრივი გადატვირთვა. რეჟიმი უნდა ითვალისწინებდეს ბავშვის ტელევიზორთან ყოფნის ხანგრძლივობასაც. ამ დროს ყურადღება უნდა მიექცეს ტელეპროდუქციას. ძალზე სახიფათოა. ტელევიზორით გატაცება თუნდაც იმიტომ, რომ ბავშვს ჰგონია ადვილად, სიამოვნებით იღებს ინფორმაციას. სწორედ ესაა საშიში, რადგან ნებისმიერი გადაცემა აუცილებლად მოითხოვს გარკვეულ აქტიურ, დაძაბულ აზროვნებას, რაც ხდება ხოლმე გადატვირთვის მიზეზი.

ყურადღაღება კიდევ ერთი პირობა – წყნარი, ზომიერი ოჯახური გარემოს შექმნა. ამ პირობის აუცილებლობაზე საუბარი ზედმეტია. აქ იდილიის მიღწევა თითქმის შეუძლებელია, მაგრამ რა მნიშვნელობა აქვს ასეთ ჯანსაღ ოჯახურ გარემოს ბავშვის ნერვული სისტემის სწორად ჩამოყალიბების საქმეში, კომენტარი ზედმეტია. უკონფლიქტო სიტუაციები არ არსებობს, მაგრამ ყოველთვის უნდა ვეცადოთ მოვარიდოთ მათ მოზარდი. არ გავხადოთ ჩხუბის, საქმის გარჩევის სცენების მონაწილე.

ამრიგად, ბავშვის მშვიდი ნერვების აღსაზრდელად და შესანარჩუნებლად აუცილებელია ორგანიზმის გაკაყება, მოსალოდნელ ავადმყოფობასთან მომზადებული შეხვედრა, რადგან ჯანმრთელი ბავშვი, როგორც წესი ადვილად არ ავადდება, ავადმყოფობს მცირე ხნით, ავადმყოფობის კვალი არ რჩება, არ მოქმედებს მის ხასიათზე და სულიერ ცხოვრებაზე. სანინაალმდგომ ხდება ნერვიულ ბავშვში, ნებისმიერი დაავადება მძიმედ მიმდინარეობს, რჩება გართულებები, ინელება აღდგენითი პერიოდი. სწორედ ამ დროსაა საჭირო მშობლისა და მასწავლებლის კონსტრუქციული თანამშრომლობა. მომთხოვნელობის შემსუბუქება, მეცადინეობის ტემპის შეზღუდვა და სხვ.

აქ, ალბათ, ისიც უნდა ვთქვათ, რომ ნერვული ბავშვები, განსაკუთრებით უმცროს სასკოლო ასაკში, ხშირად მიმართავენ ისეთ მიუღებელ ქცევას, როგორიცაა სიმულაცია. ამას ისინი თითქმის შეუგნებლად აკეთებენ, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც გრძნობენ

მშობლების, მასწავლებლების გადამეტებულ ყურადღებას, დაუმსახურებელ ქებას ან სიბრაულს, როდესაც ხედავენ, რომ ათავისუფლებენ ზოგიერთი დავალების შესრულებისაგან. ამ დროს ისინი სარგებლობენ თავიანთი მდგომარეობით და უჩივიან იმას, რაც უკვე აღარ, ან ნაკლებად აწუხებთ. აზვიადებენ სიტუაციას. ამ დროს უნდა შეგვეძლოს მდგომარეობის რეალურად შეფასება. იმის გარკვევა, როდისაა ბავშვი გულწრფელი, როდის იგონებს ავადმყოფობას და როდის არა. ნინაალმდგომ შემთხვევაში მას ჩვევად ექცევა „ავადმყოფად ქცევა“, სიმულაცია, რის შემდეგაც უზომოდ გაჭირდება იმის დადგენა, სად თავდება სერიოზული ავადმყოფობა, და სად იწყება მოჩვენებითობა.

ამრიგად, გამოვკვეთოთ მშობელთა და პედაგოგთა მოქმედების პრიორიტეტული მიმართულებები ნერვიულ ბავშვთან მიმართებაში.

პირველ რიგში აუცილებელია კონსულტაციები ბავშვთა ფსიქონერვოლოგთან. მასზე კარგად ვერაფერს დაინახავს ბავშვის თავისებურებებს, ნერვიულობის სიმპტომებს. იგი გვიჩვენებს გზებს სიტუაციის გამოსასწორებლად. საჭიროების შემთხვევაში დანიშნავს წამალს, ფსიქოთერაპიულ სეანსებს, ფიზიოთერაპიულ პროცედურებს.

ამის შემდეგ საჭიროა ბავშვის მასწავლებელთან კონტაქტი. ექიმის რეკომენდაციების გათვალისწინებით მოსწავლის ინდივიდუალური თავისებურებების ერთობლივად გათვალისწინება, რაშიც იგულისხმება მოთხოვნის დონე, დასაშვები დატვირთვა და სხვ. მასწავლებლებმა უნდა შეძლონ ნერვიული მოშლილობის მქონე ბავშვს დაახლოებით მთელი კლასის, სკოლის მისდამი კეთილგანწყობა, სითბო და ყურადღება.

ბოლოს ზრუნვა იმაზე, რომ ოჯახში იგრძნობოდეს სინყნარე, ურთიერთპატივისცემა, ობიექტურობა, ზომიერი მოთხოვნეულება. ბავშვისათვის ისეთი დავალების მიცემა, რომლის შესრულებაც დაძაბვის, გადაღლის გარეშე შეეძლება. რწმენის არსებობა, რომ ბავშვის ნერვებს აუცილებლად ეშველება, თუ გვეყოფა მოთმინება და ვიქნებით თანამიმდევრულები.

პროფ. თ. კარანაძე

ქრონიული დაღლილობის სინდრომი – XXI საუკუნის პანდემია

ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის გავრცელებების მაჩვენებლებმა XXI საუკუნის დასაწყისში მსოფლიო მასშტაბით კატასტროფულ ციფრებს მიაღწია. კერძოდ, აშშ-ის მოსახლეობის 58%-ს, საფრანგეთის – 71%-ს, ინდოეთის – 80%-ს, ხოლო იტალიის მოსახლეობის 83%-ს აღენიშნება ამ დაავადების კლინიკურ ნიშანთა მთელი „თაიგული.“

სტრასბურგის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის ნერვულ სნეულებათა დეპარტამენტის კვლევებით დადგენილია, რომ ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის ძირითადი ეტიოლოგიური ფაქტორი ხშირად განმეორებადი ფსიქო-ემოციური სამიზნე ორგანოებია თირკმელზედა ჯირკვალი (იგი გამოიმუშავებს სტეროიდულ ჰორმონებს: მინერალოკორტიკოიდებს, გლუკოკორტიკოიდებს და კატექოლამინებს – ადრენალინს და ნორადრენალინს) და ადამიანის ტვინის ზედა დანამატი – ეპიფიზი, ანუ ჯვალდუზისებრი სხეული (გამომიშუავებს ჰორმონ მელატონინსა და სეროტონინს).

მწვავე ანუ ერთჯერადი სტრესის პირობებში პათოფიზიოლოგიური ძვრების ჯაჭვი ძირითადად თირკმელზედა

ჯირკვლის გზით რეალიზდება. ამ დროს ძლიერდება ადრენალინის, ნორადრენალინის და კორტიზოლის გამოყოფა სისხლში და მოქმედებს შესაბამის სამიზნე ორგანოებზე, რის შედეგადაც თვალის გუგები ფართოვდება, გულისცემა ჩერდება, გარემოში ორიენტაციის უნარი ქვეითდება. სტრესფაქტორის მოხსნის შემდეგ ცვლილებები აბსოლუტურ ნორმას უბრუნდება. აღნიშნული ცვლილებები არ ნიშნავს, რომ დაავადება სახეზეა, ეს მხოლოდ მეტყველებს ორგანიზმის ადაპტაციური პროცესების ნონასწორობის მდგომარეობაზე და, პრაქტიკულად, ფიზიოლოგიურ ჩარჩოებში თავსდება. დაავადება იწყება მხოლოდ მაშინ, როცა ზემოთ აღნიშნული მწვავე სტრეს-რეაქციები ხშირად მეორდება, ანუ ატარებს ქრონიკულ ხასიათს.

ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის ჩამოყალიბების ერთ-ერთ აუცილებელ ფაქტორს ორგანიზმზე მოქმედი სტრეს-რეაქციების ქრონიზაცია წარმოადგენს.

ცოცხალ ორგანიზმებში მოქმედებს უაწყობოთი უკუკავშირის პრინციპი, რაც გარკვეული ფიზიოლოგიური პროცესების ურთიერთნონასწორებაში გამოიხატება. სტრესის დროს, თირკმელზედა ჯირკვლის მიერ გამოყ-

ოფიციური კორტიზოლი მოქმედებს ჰიპოთალამუსის შესაბამის რეცეპტორებზე, რასაც უარყოფითი უკუკავშირის პრინციპით თირკვლეშედა ჯირკვალში კორტიზოლის ბიოსინთეზის დროებით შეწყვეტა მოჰყვება. ეს ბიოქიმიურად კორტიკოტროპინ რილიზინგ მაინჰიბიტორული ჰორმონის წარმოქმნის გაძლიერებით ვლინდება ჰიპოთალამუსის მხრიდან.

ქრონიკული სტრესის პირობებში ხდება ზემოხსენებული მექანიზმის მოშლა, რაც იმით ვლინდება, რომ ჰიპოთალამუსი ვერ რეაგირებს კორტიზოლის მომატებულ კონცენტრაციაზე, ანუ ხდება კორტიზოლის რეცეპტორების მგრძობელობის დაქვეითება კორტიზოლის მიმართ, რის შედეგადაც ორგანიზმში იკვრება პათოლოგიური ჯაჭვი, რაც სისხლში კორტიზოლის დონის პროგრესული მატებით ვლინდება. ამ პროცესს თან ახლავს ცვლილებები გამოხატული ლიპიდების ბიოსინთეზის გაძლიერებით და ცილების ბიოსინთეზის დაქვეითებით. შედეგად ვითარდება სიმუსქნე, იმატებს სისხლის წნევა, ქვეითდება იმუნური სისტემის აქტივობა, ვითარდება ინსულინრეზისტენტობა, რთულდება ქრონიკული და ნეკროზების შეხორცება და ა.შ.

ფარმაკოლოგიური ჩარევის გარეშე, აღნიშნული ცვლილებები გადადის ღრმა სტადიაში, რომლის დროსაც იწყება თირკმელზედა ჯირკვლის გამოფიტვა, ორგანიზმის რეზერვული ენერჯის გამოლევა და ორგანიზმის სისტემებს შორის რიტმული და ინტეგრალური ფუნქციონირების მოშლა. კლინიკურად ეს მდგომარეობა ვლინდება მუდმივი და აუხსნელი დაღლილობის შეგრძნებით, რაც გრძელდება კარგი დასვენების და გამოძინების შემდეგაც. აღნიშნება ყურადღების კონცენტრაციის მოშლა, თავს იჩენს პრობლემები მეხსიერების დაქვეითების და დეპრესიის თვალსაზრისით.

ზემოხსენებულ პირობებში ორგანიზმში იწყება პათოლოგიური ლტოლვა ფსიქოსტიმულატორული და ანალეპტიკური აქტივობის მქონე საშუალებების მიმართ. დღესდღეობით. ამგვარი საშუალებებიდან მოსახლეობის ფართო ფენებისთვის ყველაზე ხელმისაწვდომია ყავა (რომელიც შეიცავს კოფეინს) და კოკა-კოლა (შეიცავს კოკაინს). ეს ნივთიერებები ხასიათდება ფსიქომასტიმულირებული და ეიფორიული აქტივობით და იწვევს მათ მიმართ ორგანიზმის მხრიდან ფსიქოლოგიური და ნარკოტიკული დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას, რაც მათი ხშირი გამოყენების შემთხვევაში, უფრო და უფრო აშკარა ხდება.

ყავისა და კოკა-კოლის გადაჭარბებული მოთხოვნილება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის ერთ-ერთ უპირველეს დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმად იქცა.

თირკმელზედა ჯირკვლის გამოფიტვის პირობებში ორგანიზმზე კოფეინისა და კოკაინის ფსევდოდადებითი ეფექტით ხასიათდება. ნივთიერებათა ზემოქმედება ცენტრალური ნერვული სისტემის უჯრედებზე ენდორფინების პროდუქციის გაძლიერებით გამოიხატება, რასაც თან ახლავს დაღლილობით გამოწვეული დისკომფორტის დროებითი მოხსნა. ამავდროულად კი კოფეინი და კოკაინი იწვევს დაუძლურებელი გულის კუნთის და გამოფიტული თირკმელზედა ჯირკვლის სტიმულაციას, რასაც რეალურად პათოლოგიური პროცესის გართულება-გაღრმავება მოჰყვება.

ზემოთქმულზე დაყრდნობით შეიძლება ითქვას, რომ ქრონიკული დაღლილობის პირობებში, ყავა და კოკა-კოლა გვევლინება, როგორც „ენდორფინებით შენიღბული სტრესი“.

1995 წლიდან გაძლიერებული ყურადღება დაეთმო ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის დროს ჯალღუზისებრ სხეულში გამოიმუშავებულ ჰორმონ მელატონინის

ბიოსინთეზის ცვლილებებს. დადგენილია, რომ მელატონინი ორგანიზმის ნეირო-ენდოკრინული და იმუნური სისტემის რიტმული და ინტეგრალური ფუნქციონის ძირითადი რეგულატორია და მისი წარმოქმნის მოშლას არსებითი მნიშვნელობა აქვს თითქმის ყველა დაავადების განვითარებაში. ასევე, ცნობილია, რომ მელატონინი აქვეითებს ჰიპოთალამუსის მგრძობელობას პერიფერიული ჰორმონებისადმი (მათ შორის – კორტიზოლისადმიც), რაც ფიზიოლოგიურ პირობებში მელატონინის ადაპტოგენური აქტივობის მაჩვენებელია. ცნობილია ასევე, რომ ქრონიკული სტრესი პირდაპირი გზებით აქვეითებს მელატონინის წარმოქმნას, რაც ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის ჩამოყალიბების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პირობაა.

1970 წელს ვ. მ. დილმანმა დაამუშავა თეორია, რომელსაც „დაბერების ევოლუციური თეორია“ ჰქვია. მასში ნათქვამია, რომ ასაკის მატებასთან ერთად ჰიპოთალამუსი კარგავს ორგანიზმის პერიფერიებიდან მომდინარე სიგნალების (ნერვული იმპულსები, ჰორმონები) ადეკვატურად აღქმის უნარს, რაც ხდება საფუძველი ნივთიერებათა ცვლის ღრმა მოშლილობის და ასაკის მატებასთან ერთად დაკავშირებული არაერთი დაავადების (ათეროსკლეროზი, II ტიპის შაქრიანი დიაბეტი, არტერიული ჰიპერტენზია და ა.შ.) განვითარებისა. ცნობილია, რომ ორგანიზმში მელატონინის შეყვანა ახდენს ჰიპოთალამუსის ე.წ. გაახალგაზრდავებას, რაც ხსენებულ დაავადებათა უნივერსალური პროფილაქტიკით, უკვე არსებულ მდგომარეობათა გარკვეული კორექციით და თეორიულად სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის 25-30%-ით ზრდით გამოვლინდება. როგორც ჩანს, ახალგაზრდა ჰიპოთალამუსის გადაწვრთვამ შესაძლებელია სიცოცხლის ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად გაზარდოს, ასეთი ოპერაცია რუსეთში უკვე უშაქრო დიაბეტით და ენდოკრინული იმპოტენციის სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ 31 ავადმყოფზე განხორციელდა. მსგავსი ტრანსპლანტაციები მსოფლიოს სხვა ქვეყნებში ჯერ არ განუხორციელებიათ და ტრანსპლანტოლოგიის უაქტუალურეს საკითხს წარმოადგენს.

საფრანგეთის ჯანმრთელობის ეროვნული ასოციაციის – NutraneWS-ის მონაცემებით ბუნებრივი ადაპტოგენები მნიშვნელოვნად აუმჯობესებენ ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის კლინიკურ მიმდინარეობას. მათგან აღსანიშნავია ძირტკბილას ნაყენის ყოველდღიური მიღება დღეში 20-25 წვეთის ოდენობით 6-8 კვირის განმავლობაში. ამ დროს იკრძალება ყავისა და კოკა-კოლას მიღება.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით შეიძლება გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნები:

1. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით XXI საუკუნის დასაწყისში ქრონიკული დაღლილობის სინდრომით დაავადებულია მსოფლიოს მოსახლეობის 73%.
2. ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის განვითარების ძირითადი მიზეზი ხშირად განმეორებადი სტრესული სიტუაციებია.
3. ყავისა და კოკა-კოლას ბოროტად გამოყენება იწვევს, ხოლო უკვე არსებობის შემთხვევაში, ართულებს ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის კლინიკურ მიმდინარეობას.
4. გაერთიანება NutraneWS-ის მონაცემებით, ფიტო-ადაპტოგენების ჩართვა ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის მკურნალობაში დღესდღეობით ფარმაცევტულ ბაზარზე არსებულ სამკურნალწამლო საშუალებათა არსენალიდან ყველაზე ეფექტური და უსაფრთხო გადაწყვეტილებაა.

NutraneWS-ის ფრანგულენოვან სამედიცინო მონაცემებზე დაყრდნობით თარგმნა და კომენტარები დაურთო ექიმმა ალექსი თაჰარტიძემ

მწვავე რევმატიული ცხელება

მწვავე რევმატიული ცხელება (მრც) კვლავ რჩება ერთ-ერთ აქტუალურ სისტემურ ანთებით დაავადებად, რომლის დროსაც უპირატესად და მნიშვნელოვნად ზიანდება გულ-სისხლძარღვთა სისტემა. მრც-ის ყველაზე სერიოზულ გართულება კი გულის რევმატიული მანკებია, რაც ახალგაზრდა ასაკის პირებში სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზია. გასული საუკუნის 80-იან წლებში F.Denny რევმატიზმს „მინტრიგებელ“, „ამოუცნობ“ დაავადებას უწოდებდა. აღნიშნული პრობლემა იარსებებს მანამ, სანამ გარემოში ადგილი ექნება A სეროტიპის ჯგუფიდან სტრეპტოკოკის ცირკულაციას.

უკანასკნელი წლების ლიტერატურული მონაცემების საფუძველზე დაყრდნობით შეიძლება ითქვას, რომ მრც ბავშვთა ასაკში რეგისტრირდება ყველა კლიმატო-გეოგრაფიულ ზონაში, როგორც განვითარებად, ისე განვითარებულ ქვეყნებში. აქტუალურია ამ დაავადების პრობლემა საქართველოშიც. მისი სიხშირის პიკი მოდის 6-10 წლის ბავშვებზე და გამწვავებას სეზონური ხასიათი გააჩნია (გაზაფხული, შემოდგომა). მის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს კლიმატური პირობები ასრულებენ. საქართველოს ჯანდაცვის სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრის მიხედვით მრც-ით ავადობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნებოდა სვანეთში, რაჭა-ლეჩხუმში, გურიაში, აჭარაში, სამეგრელოში. დაავადების სიხშირე 2001-2005 წლების მონაცემებით შეადგენდა 2.5% და წლების მიხედვით მერყეობდა 0.2%-0.5%-მდე.

უკვე დიდი ხანია დადგენილია მჭიდრო კავშირი A სეროტიპის ჯგუფის β ჰემოლიზურ სტრეპტოკოკსა და ზემო სასუნთქი გზების ინფექციას შორის, რაც უარკვეული პირობების შექმნის ფონზე საფუძვლად უდევს მრც-ის განვითარებას. ასევე დადგენილია, რომ მრც-ის პათოგენეზში მნიშვნელოვან ენიჭება სტრეპტოკოკის მხოლოდ რევმატოგენურ შტამს, რომლის ყველაზე მნიშვნელოვან თვისებად, მიჩნეულია პროტეინის მოლეკულაში სპეციფიური ეპიტოპების არსებობა და გააჩნია ტროპიზმი გულის ქსოვილის მიმართ. ფარინგიალურ ქსოვილში კი ხდება ანტიგენების დეპონირება სწორედ ასეთი სპეციფიური სახით. ავტორთა აზრით, რც-ის განვითარებაში ასეთი დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მოცემული ორგანიზმის ჰიპერნიმურ რეაქციას სტრეპტოკოკურ ანტიგენზე და იმუნური პასუხის ხანგრძლივობას (სტრეპტოკოკური ინფექციების სიხშირე).

ამჟამად არსებულ კონცეფციათა შორის, რც-ის პათოგენეზში, ყველაზე საფუძვლიან კონცეფციას წარმოადგენს Rotta-ს მიერ მოწოდებული ტოქსიკოიმუნოლოგიური ჰიპოთეზა. მრც შემაერთებული ქსოვილის სისტემური ანთებითი დაავადებაა, რომლის დროსაც ზიანდება ძირითადად გულ-სისხლძარღვთა სისტემა. იგი ვითარდება სტრეპტოკოკური ინფექციის (ზემო რესპირატორული ტრაქტის ანთებითი დაავადებები, ქუნთრუშა) გადატანის შედეგად. სხვადასხვა ქსოვილის მიმართ პოლიტროპულობის (M ცილის) მიხედვით გამოიყოფა რევმატოგენური და ნეფრიტული ტიპები. მათ შორის ვირულენტურად არის მიჩნეული M5, M3, M6, M18, M24 (განსაკუთრებით M5) სეროტიპები. დღეისთვის უკვე ცნობილია A ჯგუფის სტრეპტოკოკის 9 სუპერანტიგენი და პათოგენურობის 11 ფაქტორი, რაც მნიშვნელოვნად განაპირობებს დაავადების კლინიკური ფორმების და სიმძიმის პოლიმორფულობას.

კლასიფიკაცია

I კლინიკური ფორმები: მწვავე რევმატიული ცხელ-2007 წელი

ება, განმეორებითი რევმატიული ცხელება.

II კლინიკური გამოვლინებები:

ა. ძირითადი: კარდიტი, ართრიტი, ქორეა, ბექდის-ებური ერითემა, რევმატიული კვანძები.

ბ. დამატებითი: ცხელება, ართრალგია, აბდომინალური სინდრომი, სეროზიტები.

III გამოსავალი:

ა. გამოჯანმრთელება

ბ. გულის ქრონიკული რევმატიული დაავადება მანკის გარეშე;

მანკით.

IV სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა

ა. H. D. Стражеско и В. X. Василенко-ს კლასიფიკაციის მიხედვით

0, I, IIA, IIB, III სტადიები.

ბ. ნიუ-იორკის კარდიოლოგიური ასოციაციის NYHA-ს კლასიფიკაციის მიხედვით (ფუნქციონალური კლასები 0, I, II, III, IV).

მრც ძირითადად, 3-დან 15 წლამდე ასაკის ბავშვების პათოლოგია და მისი სიხშირე განსაკუთრებით მაღალია 7-15 წლის ასაკში. დაავადების ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მემკვიდრული განწყობა და იმუნური სისტემის მდგომარეობა მოცემულ მომენტში. დადგენილია, რომ მრც-ის მიმდინარეობამ განიცადა მნიშვნელოვანი პოლიმორფიზი. ხშირად იგი მკვეთრი კლინიკო-ლაბორატორიული გამოვლინებების გარეშე მიმდინარეობს.

მცირედმანიფესტურია მისი ცალკეული ფორმები, მათ შორის კარდიტი. დაბალი რევმატიული აქტივობით გამოირჩევა ლატენტური ვარიანტის მრც. მცირედინფორმაციულია გახანგრზლივებული მიმდინარეობის მრც-ის აქტივობის მაჩვენებლებიც. ხშირია წაშლილი ფორმები და იშვიათია გულის მძიმე დაზიანებები. სავარაუდოდ ეს, ალბათ განპირობებულია ერთის მხრივ, ანტიბიოტიკების ფართო გამოყენებით და არასრულფასოვანი მკურნალობის მრც-ის თანამედროვე მიმდინარეობა ხასიათდება ანთებითი პროცესის ზომიერი და მინიმალური აქტივობით, ექსუდაციური კომპონენტის შემცირებით, გულის მანკის ჩამოყალიბების იშვიათობით და სისხლის მიმოქცევის უკმარისობის მინიმალური გამოვლინებით. ამასთან ერთად, შემცირდა რევმატიული კვანძებისა და ანულარული ერითემის დიაგნოსტიკური ღირებულება, ნაკლებად ინფორმატიულია ლაბორატორიული ტესტების მონაცემები, განსაკუთრებით დაავადების მონოსინდრომული ვარიანტის დროს. კარდიტის შედარებით მსუბუქი მიმდინარეობასა და რევმატიული ცხელების პროგნოზის გაუმჯობესებას (პრაქტიკულად არ გვხვდება ლეტალური შემთხვევები) დაავადების მკურნალობისა და მეორადი პროფილაქტიკის დახვეწით იხსნება.

მრც-ის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებად გამოიყენება კისელ-ჯონსის კრიტერიუმები გადამუშავებული 1992 წელს ამერიკელთა კარდიოლოგიური ასოციაციის და მოდიფიცირებული რუსეთის რევმატოლოგთა ასოციაციის მიერ 2003 წელს.

მკურნალობის მიზანი

A ჯგუფის β ჰემოლიზურ სტრეპტოკოკის ერადიკაცია.

ანთებითი პროცესის აქტივობის შესუსტება.

ავადმყოფებში, რომლებმაც გადაიტანეს კარდიტი გულის რევმატიული მანკის თავიდან აცილება.

გულის რევმატიული მანკის შემთხვევაში შგუბებითი

ხასიათის გულის უკმარისობის კომპენსაცია.

მედიკამენტოზური მკურნალობა

ეტიოტროპული (ანტისტრეპტოკოკური) თერაპია: ბენზილპენიცილინი – 500000-1000000ED 4-ჯერ დღეში, 10 დღე კუნთებში. შემდგომ გადავდივართ პროლონგირებული მოქმედების პენიცილინის გამოყენებაზე მეორადი პროფილაქტიკის რეჟიმით.

ანთებისსანიანალმდეგო მკურნალობა: გლუკოკორტიკოიდები მრც-ის დროს გამოიყენება გამოხატული კარდიტის და/ან პოლისტეროზიტის შემთხვევაში, არასტეროიდები ასაკობრივად, ხოლო გულის შეგუბებითი უკმარისობის შემთხვევაში ინიშნება სიმპტომური მკურნალობა დიურეტიკებით, β ადრენობლოკატორებით, საგულე გლიკოზიდებით.

პირველადი პროფილაქტიკა – ზემო სასუნთქი გზების (ტონზილიტი, ფარინგიტი) A ჯგუფის β ჰემოლიზურ სტრეპტოკოკური გენეზის მწვავე და ქრონიკული ხასიათის ინფექციის ანტიმიკრობული თერაპია – β ლაქტამური ანტიბიოტიკები (პირველი რიგის სამკურნალო საშუალებები): ბენზათინ ბენზილპენიცილინი, ამოქსაცილინი, ფენოქსიმეთილპენიცილინი, ცეფადროქსილი. ალტერნატიული საშუალებები (β ლაქტამური ანტიბიოტიკების აუტანლობის შემთხვევაში) – აზიტრომიცინი, კლარიტრომიცინი, მიდეკამიცილინი, როქსიტრომიცინი, სპირამიცილინი, ერითრომიცინი, ყველა ზემოთა აღნიშნული პრეპარატი ინიშნება 10 დღის განმავლობაში

წონის და ასაკის შესაბამისად.

მეორადი პროფილაქტიკის მიზანია თვიდან ავიცილოთ მრც-ის განმეორებითი შეტევები და დაავადების პროგრესირება. ბენზილპენიცილინის ბენზოატი-გამოყენება მრც-ის მეორადი პროფილაქტიკის დროს კუნთებში 3 კვირაში ერთხელ 2,4 მლნ ED-დღეებში და მოზარდებში, თუ წონა <25კგ-ზე ინიშნება 600000 ED და თუ >25 კგ-ზე – 1,2მლნ ED.

მეორადი პროფილაქტიკის ხანგრძლივობა დგინდება ინდივიდუალურად: ავადმყოფები, რომლებმაც გადაიტანეს მრც კარდიტის გარეშე (ართრიტი, ქორეა) – იმყოფებიან მეორად პროფილაქტიკაზე არა ნაკლებ ბოლო შეტევიდან 5 წლის განმავლობაში 16-18 წლის ასაკამდე. მათ, ვინც გადაიტანა კარდიტი მანკის გარეშე და გამოჯანმრთელდა, იმყოფება მეორად პროფილაქტიკაზე არა ნაკლებ 10 წელი ან 25 წლამდე. მათ, რომლებმაც გადაიტანეს კარდიტი მანკით, (მათ შორის ოპერირებული) – იმყოფებიან მეორად პროფილაქტიკაზე მთელი სიცოცხლის მანძილზე. ამ დროისთვის ცნობილია, რომ ბიცლინი-5 ვერ ასრულებს პრევენციულ პრეპარატებისადმი ნაყენებულ ფარმაკოკინეტიკურ მოთხოვნებს, ამიტომ ბენზილპენიცილინი ბენზოატის ყველაზე ეფექტურ სამკურნალო ფორმად მონოდებულისა ექსტენცილინი.

მედიცინის დოქტორი ელისო შანიძე

იუვენილური რევმატოიდული ართრიტის პოპულაციურ-გენეტიკური მახასიათებლები საქართველოში

მ.დ. მ. რუხაძე, პროფ. მ. შანიძე

გ. ყვანიას სახ. თსსუ-ს პედიატრიული კლინიკის კარდიო-რევმატოლოგიური განყოფილება

იუვენილური რევმატოიდული ართრიტი წარმოადგენს შემეართებელი ქსოვილის სისტემურ დაავადებას, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სახსრების ქრონიკული პროგრესირებადი დაზიანება და მნიშვნელოვანი დარღვევები იმუნურ სისტემაში. გენეტიკური განწყობა ირას დროს ეჭვს არ იწვევს, ვინაიდან აღინიშნება განმეორებითი შემთხვევების დაგროვება ირა-თი დაავადებულთა ოჯახებში, თუმცა არის აზრი, რომ დაავადების ოჯახური აგრეგაცია გამონეწეულია საერთო ოჯახური გარემო პირობებით. (6).

ასევე დაავადების მემკვიდრული გადაცემის ტიპის შესახებ არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა – ავტორთა ნაწილი აღნიშნავს, რომ ირა-ს შეესაბამება გადაცემის დომინანტური ტიპი (7), ზოგიერთი ავტორი თვლის, რომ გადაცემის ტიპი რეცესიულია (6), ხოლო (2,8) აზრით იგი პოლიგენურია.

სამუშაოს მიზანია ირა-ს გენეტიკური საფუძვლების დადგენა და გენეტიკური პარამეტრების განსაზღვრა ქართული პოპულაციისათვის.

გამოკვლეულ იქნა თსსუ პედიატრიული კლინიკის რევმატოლოგიურ განყოფილებაში ჰოსპიტალიზებული 166 ირა-თი დაავადებული 1-დან 15-წლამდე პრობანდი რევმატოლოგიური განყოფილების კონტიგენტიდან და მათი I, II ხარისხის ნათესავები. პოპულაციური სიხშირის დასასგენად ასევე კვლევა ჩატარდა 2011 პრობანდს ქ. თბილისის საერთო მოსახლეობიდან. პრობანდის შერჩევა ხდებოდა ერთეულოვანი რეგისტრაციის მეთოდით, ე.ი. თითოეული ოჯახიდან პრობანდად

ითვლებოდა მხოლოდ ერთი ბავშვი. დიაგნოზს ვადგენდით ირა-ს კრიტერიუმებით. ჩატარებულ იქნა კლინიკური, ბიოქიმიური, იმუნოლოგიური, რენტგენოგრაფიული, გენეტიკურ-ეპიდემიოლოგიური კვლევა.

კლინიკური მასალის სეგრეგაციული ანალიზი ჩატარდა ვაინბერგის მეთოდით.

დაავადებისადმი გენეტიკური მიდრეკილება დადასტურებულად ითვლება მაშინ, როდესაც დაავადების სიხშირე ავადმყოფ პრობანდთა ნათესავებს შორის სარწმუნოდ აღემატება პოპულაციურ სიხშირეს.

ირა-ს სიხშირე ავადმყოფ პრობანდთა ნათესავებს შორის და საქართველოს მოსახლეობაში მოცემულია 1 ცხრილში.

როგორც ვხედავთ, ირას სიხშირე პრობანდთა პირველი ხარისხის ნათესავებში სარწმუნოდ აღემატება პოპულაციურ სიხშირეს, ასევე მომატების ტენდენციას ამჟღავნებს სიხშირე II ხარისხის ნათესავებში ამრიგად, განმეორებითი შემთხვევების დაგროვება ირა-თი დაავადებულთა ნათესავებში ადასტურებს გენეტიკური მიდრეკილების როლს დაავადების დეტერმინაციაში.

დაავადების მემკვიდრული გადაცემის ტიპის დასადგენად ჩავატარეთ გენეტიკური მოდელის ფარგლებში. მონოგენური, როდესაც დაავადება განიხილება, როგორც მარტივი მენდელირებადი ნიშანი და პოლიგენური, როდესაც დაავადების გადაცემა ხდება მრავალი ერთმხრივ მიმართული გენების და გარემო ფაქტორების ერთობლივი მოქმედებით.

ირა-ს განაწილება პრობანდთა ნათესავეებსა და საქართველოს მოსახლეობაში.
ცხრილი №1

ნათესავეების კლასი	ირა-ს სიხშირე პოპულაციაში Qp%	ირა-ს სიხშირე ავადმყოფთა ნათესავეებში Qr%	კრიტიერიუმი
სიბები	0.85+0.2	7.9+1.2	3.91
მშობლები	0.68+0.27	4.80+1.3	2.85
პაპა-ბებიები	0.68+0.27	1.69+0.5	1.78

აუტოსომურ მონოგენური მოდელის ტესტირება მოვანდინეთ ორი ტიპის ოჯახისათვის: 1. ორივე მშობელი ჯანმრთელი (NN) 2. ერთ-ერთი მშობელი დაავადებულია ირა-თი (N?A) სეგრეგაციული ანალიზის ჩასატარებლად შევადგინეთ სიბების ცხრილები.
(ცხრილი №2,3)

ირა-ს განაწილება ოჯახში, სადაც ორივე მშობელი ჯანმრთელია (N?N)
ცხრილი №2

ბავშვების რაოდენობა ოჯახში	პჯახების რიცხვი	ავადმყოფ ბავშვთა რიცხვი ოჯახში	ბავშვების რიცხვი
2	62	1	124
2	4	2	8
3	40	1	120
3	5	2	30
4	5	1	20
4	4	2	16
4	1	3	4
5	1	1	5
6	2	1	12

ირა-ს განაწილება ოჯახში, სადაც ერთი მშობელი დაავადებულია ირა-თი (N?A)
ცხრილი №3

ბავშვების რაოდენობა ოჯახში	ოჯახების რიცხვი	ავადმყოფთა რიცხვი	ბავშვების რიცხვი
2	8	1	16
2	0	2	0
3	3	1	9
3	2	2	6
4	2	1	8
4	1	2	4

სიბების ტაბულების საფუძველზე მოვანდინეთ ირა-ს სეგრეგაციული სიხშირის შეფასება (ცხრილი №4)

ირა-ს სეგრეგაციული სიხშირის განაწილებამ მოგვცა, როგორც აუტოსომურ-რეცესიული, ისე აუტოსომურ დომინანტური მოდელის უარყოფის საშუალება. მონოგენური მოდელის

შემოწმებამ არასრულ პენეტრანტობაზე ასევე იარყო გენეტიკურ მიდრეკილებას საქართველოს პოპულაციაში შეესაბამება მემკვიდრული გადაცემის მულტიფაქტორული მოდელი.

ირა-ს სეგრეგაციული სიხშირის შედარება მონოგენურ მოდელებთან
ცხრილი №4

ქორნიების ტიპი	სეგრეგაციული სიხშირე	ოჯახების რიცხვი	ბავშვების საერთო რიცხვი	ავადმყოფი ბავშვების რიცხვი	1 კრიტიერიუმი	
					რეცესიული მოდელი	დომინანტური მოდელი
N*N	0.05+0.015	124	324	134	12.978	3.244
N*A	0.107+0.058	16	43	19	6.468	6.430

THE POPULATION AND GENETICAL CHARACTERISTIC OF A JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS IN GEORGIA

SUUMMERY

The purpose of our work is learning a type inheriting JRA in a population of Georgia.

For objects of research were 161 ill JRA in the age of from 1 till 5 years (proband) and their relatives I II of the degree

of kindred. For installation of population frequency 2011 probands of the same age of the common population of were inspected. Tbilisi methods of research clinical, immunological, biochemical, genetical-epidemiological. A segregation analysis was conducted on a method of Weinberg. Segregation the analysis has shown, that at JRA more adequate is the polygenic more of inheritance, at which a plenty of genes to the order by the environmental factors define (determine) phenotype.



MEDICAL STUDENTS' ASSOCIATION - Tbilisi
ევროპის მედიკოს სტუდენტთა ასოციაცია - თბილისი

TEDDY BEAR HOSPITAL-TBH

პროექტის ისტორია იწყება 1999 წლიდან როდესაც იგი პირველად გაიმართა შედეგში. ის უდიდესი გამოსხმარება და წარმატება, რომელიც TBH (Teddy Bear Hospital) მიიღო გახდა იმის წინაპირობა, რომ არაერთხელ განმეორებულიყო, როგორც შედეგში ასევე ევროპის მრავალ ქვეყანაში. ევროკავშირის სტრუქტურებმა იმთავითვე უდიდესი ყურადღება მიაქციეს TBH და მისი შედეგების პოზიტიურობას და გაამახვილეს მასზე ყურადღება. ევროპის მედიკოს სტუდენტთა ასოციაციის



საქმიანობაში TBH ითვლება ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს და პრიორიტეტულ ღონისძიებად, რაც იმითაც მტკიცდება რომ 2001 წლის გენერალური ასამბლეის სხდომაზე მოისმინა რა TBH შედეგები (ინგლისი, გერმანია, ესპანეთი, პორტუგალია, სლოვენია, ნიდერლანდები, ბელგია, შვეცია, დანია) შემოიღო სპეციალური პოსტი ევროპის აღმასრულებელ საბჭოში, რომელიც მოახდენდა სხვადასხვა ქვეყნებში აღნიშნული პროექტის რეალიზების კოორდინაციას. ამგვარად ევროპული სტრუქტურების მიერ TBH ერთსულოვნადაა აღიარებული როგორც – “მედიკოს სტუდენტთა მიერ განხორციელებული ყველაზე წარმატებული პროექტი ევროპის რეგიონში”.

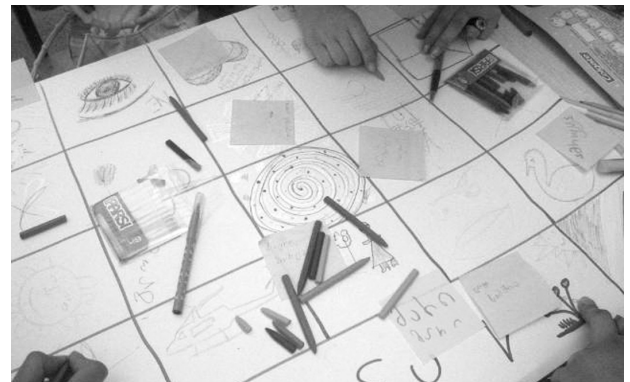
ევროპის მედიკოს სტუდენტთა ასოციაციის საქართველოს წარმომადგენლობა პროექტით დაინტერესდა 2000 წლის EMSA გენერალური ასამბლეის შემდეგ (რომელიც თბილისში ჩატარდა), ხოლო TBH ქართული ვარიანტის განხორციელებაზე აქტიური თანამშრომლობა სულ რამდენიმე წლის ისტორიას ითვლის. ევროპის მედიკოს სტუდენტთა ასოციაციის საქართველოს წარმომადგენლობის გადაწყვეტილებით პროექტი პირველად განხორციელდა 2002 წელს. იგი ჩატარდა თსუ-ის სტუდენტთა 65-ე სამეცნიერო



კონფერენციის მომდევნო დღეებში. მას შემდეგ ყოველ წლიურად იმართება TBH ბავშვთა დაცვის საერთაშორისო დღეს.

დღესაც, 2007 წლის 31 მაისს, ევროპის მედიკოს სტუდენტთა ასოციაციის თბილისის წარმომადგენლობის გადაწყვეტილებით პროექტი ჩატარდება თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის თვითმმართველობის, ივ.თარხნიშვილის სახელობის სტუდენტთა სამეცნიერო საზოგადოების და პედიატრიული მხარდაჭერით, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში.

მიზანი: ბავშვები ძალზედ მგრძობიარენი არიან იმ გარემოცვის მიმართ, რომელიც მათ ხვდებათ საავადმყოფოებში. ექიმები თეთრი ხალათებით ბავშვებისათვის უცხო და საშიში რამ არის. ეს არის ორი გარემოება, რომელიც ბავშვის ფსიქოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ ჯანმრთელობაზე კარგად ნამდვილად არ მოქმედებს. TBH-ის მთავარი მიზანია ის, რომ გართობისა და თამაშის ვითარებაში ბავშვებს აღმოუფხვრას შიში ექიმებისა და საავადმყოფოს მიმართ. TBH-ში ყოფნისას ბავშვები აკვირდებიან როგორ მკურნალობენ და როგორ ექცევიან მათ დათუნიებს მედიკოსი სტუდენტები (დათუნიას ექიმები). ამ დროს ბავშვები არ განიცდიან იმ ფსიქო-ემოციურ ზეწოლას, რომ თითქოს ისინი ავადმყოფები არიან და საავადმყოფოში იმყოფებიან. ამის შემდეგ ბავშვები გაივლიან პროფესიულ სამედიცინო შემოწმებას, შთაბეჭდილებებს უზიარებენ ფსიქოლოგს.



TBH-ის მეორე მიზანია ასწავლოს და გაუადვილოს მედიკოს სტუდენტებს ბავშვებთან ურთიერთობა. მედიკოს სტუდენტებთან უმრავლესობას სწავლის პერიოდში არ აქვს საშუალება დაეუფლოს ფსიქოლოგიურ და უშუალო ურთიერთობაზე დამყარებულ ცოდნას, რომელიც აუცილებელია ბავშვის გამოკვლევისა და მკურნალობისათვის. TBH ერთ-ერთი შესაძლებლობაა სტუდენტებისათვის, რომ შეიძინოს გამოცდილება მათთან ურთიერთობის გზით.

განხორციელება: დიდი კარავი - ე.წ. იმიტაციური საავადმყოფო გაიშლება უსაფრთხო ადგილას (საუნივერსიტეტო მოედანზე) და მოირთვება ისე, რომ მიიქციოს ბავშვების ყურადღება.

„დათუნიას ექიმებს“ (მედიკოს სტუდენტებს) წინასწარ უნდა ჩაუტარდეთ ტრენინგი ექიმებისა და ფსიქოლოგების მიერ - პედიატრიული განყოფილებიდან. კარვის გარეთ სპეციალური ადგილია გამოყოფილი ხატვისა და თამაშისათვის. ბავშვების ნახატები ასახავს მათ შთაბეჭდილებებს. ეს ნახატები და ბავშვების ღიმილი გამოხატავს იმ დადებით ემოციას,



რომელსაც ის გზავნით როცა ხედავს თავის განკურნებულ დათუნას.

მიმდინარეობა: TBH-ის მოდელი: სტუდენტი – დათუნის ექიმი, დათუნა – პაციენტი, ბავშვი – მშობელი.

პირველად „ექიმი“ ეკითხება „პაციენტის“ მშობელს ისტორიას, რა დაემართა დათუნას, შემდეგ იწყებს გამოკვლევას. უნდა ეცადოთ, რომ ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე არ გამახვილდეს ყურადღება, გასოვლეთ ბავშვის განკურნება არ არის მიზანი, დათუნას განკურნება გაცილებით ძნელია...

გამოკვლევა და მკურნალობა დაფუძნებულია არანინაზიურ მეთოდებზე: აუსკულტაცია, პერკუსია, პალპაცია ნახვევების დაღება და ა.შ.

პროექტის ორგანიზატორების მიერ უკვე შექმნილია საკოორდინაციო ჯგუფი და დაწესებულია აქტიური მუშაობა. იმედი გვაქვს მხარს დაგვიჭერთ, რათა პროექტი განხორციელდეს სათანადო დონეზე.

Teddy Bear Hospital

Teddy Bear Hospital is one of EMSAs (European Medical Students' Association) many project. Teddy Bear Hospital-TBH is a favorite among EMSAs because of its simplicity to start and the many benefits we are able to reap from it.

In 2002 EMSA-Georgia has organized TBH with support of Tbilisi State Medical University. Since that time EMSA-Tbilisi, Medical faculty of Tbilisi State Medical University, together with Pediatrics is Organizing this project.

Now In 2007, by decision of EMSA-Tbilisi TBH will be organized together with Student's Self-government and iv. Tarkhnishvili students' Scientific Society Of Tbilisi State Medical University and pediatric

Teddy Bear Hospital (TBH) aims at helping young children between ages of 3-12 to lose their fears towards doctors and hospital environments in a friendly and playful way.

Children are invited to attend a teddy bear hospital with their 'poorly' teddy bear. In the teddy bear hospital, there are teddy doctors (medical students) with their stethoscopes, sphygmomanometer, 'x-ray' and 'CAT scan' machines to investigate teddy's illness.



In this simple role-play where children act as teddy's parents and medical students as teddy doctors, children learn to understand the entire process of a consultation without the pressure of being a patient. We often fear what we do not understand, therefore, using this role-play, children will then understand it better and learn to cope better as they would already know why such investigation has to be done. We often do better when we feel we are in charge. In this instance, children make the choice to come to Teddy Bear Hospital with their teddy bear – therefore they feel they are in-charge of the situation.

When children first come into Teddy Bear Hospital, they are sat down in groups to break the ice. Simple introductions followed by the 'talk of fear'. 'Talk of fear' is where we ask children about their fears. We draw a pyramid and ask them to place what they fear most when going to the doctor's surgery or the hospital in accordance. Using systemic desensitization of coping with fears, we first talk to them about it, see some pictures of it, then get them to picture it in their mind, then picture themselves in it, touch the real thing (e.g. syringe - without the needle of course) and slowly cope with it.

After that, we then bring them to the consultation room with teddy pretending to be 'ill'. We get a history off teddy and the children. Perform some clinical examinations – inspection, palpation, percussion, auscultation. Children love this as they will get some 'hands-on' experience meddling with stethoscope – listening to their heart beat and breathing sounds. Blood pressure and temperature will also be taken. Teddy with broken arms or legs will also get their 'x-ray' taken. Some teddy will also get to see their very own 'CAT scans'. With teddy needing an emergency surgery,



there will be surgeon available to operate on teddy. Children are also taught the reality of medicine, not everyone gets better on the day, some might have to stay overnight and tackle the hospitalization issue. Telling them that the hospital building is not scary and that someone could stay with them. Children often think staying in the hospital is a punishment for them for being naughty. A consultation is usually ended with a prescription for teddy and reminder about taking their medication regularly and some hygiene issues.

After understanding the role of the doctor and the patient, children will then pretend to be doctors and treat medical students with their new found skills. The miniature 'ER' (emergency room) sessions' will often be the best part. Children and medical students will play the role as emergency room doctor's on-call, while some will play paramedics. After receiving an emergency call, the team will be sent to the scene to save the patient (sometimes a teddy, sometimes a child or even a medical student). Children will then learn to practice CPR – cardiac pulmonary resuscitation.

Children are also taught about personal hygiene, common childhood illnesses and simple body anatomy.

Teddy Bear Hospital shows a child that doctors are no scary white monsters and hospital is not really a scary place. Medical students are given teachings and lectures prior to dealing with children. This will also help to bridge the gap between medical students – the future doctors with children and the community.

მეცნიერება და უსაფრთხოება

„ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დასუღი“

დღეისათვის უდავოა, რომ მეცნიერების განვითარება უმაღლეს წერტილებს უახლოვდება; კერძოდ გენური ინჟინერიით ახალ ადამიანსაც კი შეუთამაშნენ. უკვე არსებობს ხელოვნური განაყოფიერებაც და პირველი ახალშობილებიც სახეზეა. ასევე ადამიანი XX საუკუნეში ვიხილეთ მფრინავი რაკეტებიდან კოსმოსში გამოსული და სხვა პლანეტაზე ფეხდადგმულიც კი.

მაგრამ, ეს არ ნიშნავს, რომ მეცნიერება ისე ვითარდება, რომ მას და მის განვითარებაზე სხვადასხვა სფეროებში, ყველა ერთნაირად აღიქვამს და ყველა ერთნაირად უყურებს.

მე, პირადად როგორ აღიქვამ მეცნიერებას და მის უსაფრთხოებას:

I – რიგში მეცნიერების განვითარება უნდა ეყრდნობოდეს ბიოეთიკური ნორმების დაცვას.

II – რიგში იგი უნდა განისაზღვრებოდეს სოციალურ-ეკონომიურ და ეკოლოგიურ გარემოსთან ერთად.

თითულ ამ გარემოსთან ერთად მეცნიერების განვითარებას შეიძლება ჰქონდეს დადებითი და მისი უარყოფითი მხარეები; ამგვარად, ჩემი აზრით XXI საუკუნის მეცნიერება უნდა ემსახურებოდეს ურბანიზაციის მაღალ საფეხურზე ასვლისას კაცობრიობას და მისი თითული ქვეყნის, მოქალაქის უსაფრთხოებას, შესაძლო უარყოფითი გავლენისადმი პრევენციული ღონისძიებების გატარებას.

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე ჩვენი მიზანი გახლდათ აუცილებელი პრევენციული ღონისძიებების გასატარებლად ჯანდაცვის რამოდენიმე მნიშვნელოვანი საკითხის განხილვა.

პრევენციული ღონისძიებების გატარებისათვის აუცილებელი პირობაა საკითხის ფუნდამენტალური ცოდნა და გააზრებული სტრატეგიული მიმართულებისაკენ სწრაფვა, რა თქმა უნდა, რომელიც დაფუძნებულ იქნა ა) ზუსტ სამედიცინო სტატისტიკაზე, ბ) სამედიცინო უმაღლეს ტექნოლოგიებზე, გ) თანამედროვე კომპიუტერულ გადამუშავებულ ანალიზზე (პროგნოზირებასა და ახალ პროგრამებზე), რასაც, ჩვენს მიერ შესრულებულ შრომაში არსებული დასკვნები ემყარება.

მსოფლიოს ყველა რეგიონს თავისებური ჯანდაცვის სფეროს სიტუაცია-მდგომარეობა ახასიათებს, რის შესაფასებლადაც აუცილებელია იმსჯელო:

- რეგიონის საერთო სიტუაციაზე
- მოსალოდნელ სიცოცხლის ხანგრძლიობასა და სიკვდილიანობაზე
- მოსალოდნელი ჯამრთელი ცხოვრების ხანგრძლივობაზე
- დაავადებათა კლასებზე როგორიცაა კერძოდ:
 - ა) ინფექციური დაავადებები – სქესობრივი გზით

გადამდები ტუბერკულოზი, მალარია, ვაქცინოპროფილაქტიკით თავიდან ასაშორებელი დაავადებანი (დიფტერია-ჰეპატიტი პოლიომიელიტი)

ბ) არაინფექციური დაავადებები (გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, სიმსივნეები, სიმსუქნე, შაქრიანი დიაბეტი)

გ) ფსიქიური ჯანმრთელობა
დ) უბედური შემთხვევა და ტრავმები

რეგიონში ჯანდაცვის სიტუაციის შესაფასებლად აუცილებელია მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფების მონაცემთა ანალიზი: პირველი ჯგუფია – მონაცემები ბავშვთა ჯანმრთელობის შესახებ:

ამ ჯგუფში მნიშვნელოვანია ჩვილ და ხუთწლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა. ნეონატალური სიკვდილიანობა, განსაკუთრებით ადრეულ ეტაპზე, განსაზღვრავს ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის საერთო დონეს. ერთი რამ ცხადია, რომ იმ ქვეყნებში, სადაც ბავშვთა სიკვდილიანობის დონე მაღალია მისი შემცირება შეიძლება მიღწეული იქნეს ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის დონის შემცირებით, ხოლო ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის დონის შემცირება – ნეონატალური სიკვდილიანობის დონის კლებით. ბავშვთა ჯანმრთელობის შეფასებისას აუცილებლად განხილული უნდა იქნეს ბავშვთა კვების საკითხი, მათ შორის სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში ძუძუთი კვება და ბავშვთა კვებაში მიკროელემენტების ნაკლებობა; ავადმყოფობა ბავშვებში, (მათი მიმდინარეობა). ყოველივე ზემო აღნიშნულთა მანქნებლები დამოკიდებულია ქვეყანაში ბავშვთა საწოლების რაოდენობაზე, რომელიც აუცილებლად განხილული უნდა იყოს რეგიონის სოციალურ-ეკონომიკურ და ეკოლოგიურ პირობებთან ერთიან კონტექსტში.

ამასთან ერთად, დედის სიკვდილიანობა, ბავშვთა იმუნიზაცია, ტუბერკულოზთან და აივ/მიდსთან ბრძოლა განაპირობებს ქვეყანაში ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას. ამდენად, ყოველივე ზემოთ ჩამოთვლილი მჭიდროდაა დაკავშირებული სოციალურ, ეკონომიკურ და ეკოლოგიურ ფაქტორებზე, რომლებსაც ქვემოთ გვექნება საუბარი. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე საუბრისას გვერდს ვერ ავუვლით ბავშვთა უფლებათა დაცვის საკითხებს, თუმცა ზემო ჩამოთვლილი ყველა მანქნებელი ეხება ბავშვთა უფლებათა დაცვის საკითხს.

ბავშვის უფლებათა კონვენციის ძალაში შესვლიდან დღემდე ბავშვების დაცვის საქმეში მიღწეულია პროგრესი. გადაიდგა მნიშვნელოვანი ნაბიჯები. შემუშავდა ახალი კანონმდებლობა, უფრო დახვეწილი საერთაშორისო ნორმებით, როგორც არის ბავშვის უფლებათა კონვენციის დამატებითი ოქმები ბავშვებით ვაჭრობის, ბავშვთა პროსტიტუციისა და

პორნოგრაფიის, შეიარაღებულ კონფლიქტებში ბავშვთა გამოყენების შესახებ. უმნიშვნელოვანესია ბავშვთა უფლებები კონფლიქტის ზონებში და არ შემოიღვია არ შეეხებო მას საქართველოს მაგალითზე.

საბჭოთა კავშირის დაშლამ და თავისუფლების დაბრუნებამ საქართველოს მოსახლეობას მოუტანა პოლიტიკური არეულობა, სამოქალაქო ომი და ეკონომიკის რღვევა. სამხრეთ ოსეთსა და აფხაზეთში კონფლიქტებისა და სეპარატისტული მოძრაობების შედეგად ადგილი ჰქონდა მძვინვარე ბრძოლებსა და იძულებითი მიგრაციის პროცესებს. დღეისათვის, როგორც ცნობილია აფხაზეთსა და სამხრეთ ოსეთს მართავენ de facto სეპარატისტული მთავრობები, რომლებსაც საერთაშორისო თანამეგობრობა არ ცნობს. საგულისხმოა, რომ ჯანმრთელობასთან, კვებასთან, განათებასთან, აგრეთვე, ბავშვების დაცვასა და განვითარებასთან დაკავშირებული პრობლემები კონფლიქტის ზონებში უფრო მკვეთრად არის გამოხატული, ვიდრე საქართველოს დანარჩენ ნაწილებში. საერთაშორისო თანამეგობრობამ უმჯობესია მეტად გააფართოოს საკუთარი როლი ამ ზონებში ბავშვთა უფლებების დაცვის საქმეში.

და მართლაც, „ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“.

ამ ჩართვის შემდეგ ვებრუნდები შემდეგს.

ჩატარდა რამდენიმე მნიშვნელოვანი საერთაშორისო შეკრება, როგორც იყო 2001 წელს გამართული იოკოჰამის მსოფლიო კონგრესი, მიმართული კომერციული მიზნით ბავშვთა სქესობრივი ექსპლუატაციის წინააღმდეგ, და გაერო-ს გენერალური ასამბლეის 2002 წელს გამართული, ბავშვებისადმი მიძღვნილი საგანგებო სესია. ამ თავყრილობებზე დადასტურდა სხვადასხვა ქვეყნის მთავრობებისა და სამოქალაქო საზოგადოებების ვალდებულებები ბავშვთა დაცვასთან დაკავშირებით და მათი შესრულების ღონისძიებათა გეგმებიც შემუშავდა.

აღნიშნულ საკითხს დავამთავრებ ანდერს ჯონსისა (გენერალური მდივანი, პარლამენტ შორისი კავშირი) და ქეროლ ბელამის (ადმინისტრაციული დირექტორი, გაეროს ბავშვთა ფონდი) სიტყვებით:

„აღნიშნული ვალდებულებებისა და დაპირებების მიუხედავად, ბავშვები კვლავ იტანჯებიან ძალადობის, სასტიკი მოპყრობისა და ექსპლუატაციის გამო. ცხადია, რომ ჩვენი ძალისხმევა დღესაც ისევე საჭიროა, როგორც თხუთმეტი წლის წინ. ბავშვებისათვის შესაფერის მსოფლიოს მსოფლიო მაშინ შევქმნით, როდესაც თითოეულ ბავშვს დავიცავთ ექსპლუატაციის, ძალადობის, სასტიკი მოპყრობისა და უგულვებელყოფისაგან“.

ზემო განხილული ბავშვთა მდგომარეობათა საკითხის გარდა რეგიონებში სიტუაციათა შესაფასებლად აუცილებელია მოზარდების, ქალთა ჯანმრთელობისა და მოზარდებისა და ჯანმრთელების ჯგუფების დახასიათება.

ვიხილავთ რა მეცნიერებასა და უსაფრთხოებას უნდა აღინიშნოს ჯანმრთელობის მთავარი დეტერმინანტები:

– კერძოდ, სოციალურ-ეკონომიკური

ჯანმრთელობა და ქვეყნის განვითარება, სიღა-
2007 წელი

რიბე, ფსიქოსოციალური ფაქტორები, მოსახლეობის დასაქმება, განათლება, გენერალური ფაქტორები, ეს ის საკითხებია რომელთა ერთობლიობა ქმნის რეგიონებისა და ცალკეული სახელმწიფოთა ერთ-ერთ მთავარ დეტერმინანტს სოციალურ-ეკონომიკურს.

ჯანმრთელობის კიდევ ერთი მთავარი დეტერმინანტია ცხოვრების წესი, რომლის შემადგენელიცაა – კვება, ფიზიკური აქტიურობა, მოწვევა, ალკოჰოლიზმი, ნარკომანია-ტოქსიკომანია.

ჯანმრთელობის უმნიშვნელოვანესი დეტერმინანტია ფიზიკური გარემო, რომლის ჰიგიენის სამოქმედო გეგმა, დღეისათვის მსოფლიოს ყველა რეგიონმა, და ქვეყნამ თავის სტრატეგიულ მიმართულებად უნდა აქციოს. უკანასკნელი წლების განმავლობაში ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) მიერ მიღებულ პროგრამებსა და სახელმძღვანელო დოკუმენტებში, მათ შორის ფრანკფურტის (1989 წ.), ჰელსინკის (1994 წ.) და ლონდონის (1999 წ.) გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის ევროპულ კონფერენციებზე ხელმოწერილ დოკუმენტებში ჩამოყალიბებულია სრულად ახალი მიდგომები და პრინციპები მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

ამ პრინციპების თანახმად, გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის სექტორებს დაეკისრათ ძირითადი პასუხისმგებლობა ადამიანის ჯანმრთელობისა და გარემოს დაცვის პოლიტიკისა და მისი მართვის სფეროებში ისეთი მექანიზმების შემუშავების და განხორციელებისა, რომლებიც უზრუნველყოფენ ეკოლოგიური თვალსაზრისით მდგრად განვითარებას, ადამიანის ჯანმრთელობაზე მავნე გარემო ფაქტორების ზემოქმედების ეფექტურ პრევენციასა და კონტროლს.

თუ გავითვალისწინებთ, რომ ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების ძირითადად ცხოვრების წესი და პირობები, გარემო და გენეტიკური ფაქტორები ახდენენ, ჯანმრთელობის დაცვის წილი კი მხოლოდ 12-14%-ს შეადგენს, უფრო გასაგები ხდება ის დიდი ყურადღება, რომელსაც ჯანმო იხენს გარემოსა და ჯანმრთელობის საკითხების მიმართ.

ყველა სახელმწიფოში აღიარებული უნდა იქნას რა ზემოაღნიშნული პრინციპები და ინიციატივები „გარემოს დაცვის შესახებ“ და „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონებში შესაბამისად უნდა ექნეს განსაზღვრული შესაბამისი სამინისტროების კომპეტენცია, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის სფეროში.

ბევრ ქვეყანაში დღეისათვის თანამედროვე მოთხოვნათა გათვალისწინებით დაწყებულია ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს განმსაზღვრელი სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმებისა და წესების შემუშავება ან კიდევ უკვე შემუშავებული და სამოქმედოდ შემოდებული ან დასამტკიცებლად მზად არის ამ სახის ყველა ძირითადი ნორმატიული დოკუმენტი, მათ შორის: რადიაციული უსაფრთხოების ნორმები. ელექტრომაგნიტური გამოსხივების ზემოქმედების ჰიგიენური ნორმატივები, სასმელი და რეკრეაციული წყლების, ატმოსფერული ჰაერის, ნიადაგისა და საკვები პროდუქტების უსაფრთხოების განმსაზღვრელი ჰიგიენური ნორმატივები, გარემოს

ობიექტებში პესტიციდების შემცველობის ჰიგიენური ნორმატივები, შრომის პირობებისა და უსაფრთხოების ჰიგიენური მოთხოვნები და ა.შ. ამ დოკუმენტების მოთხოვნათა შესრულებით შესაძლებელი გახდება ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მავნე გარემო ფაქტორების ზემოქმედების თავიდან აცილება.

ამასთან, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა ყველა, განსაკუთრებით გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებისათვის ძალზე რთულ ამოცანას წარმოადგენს. მისი გადაჭრა შესაძლებელია მხოლოდ სხვადასხვა სამინისტროებისა და უწყებების, ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის ორგანოების ერთობლივი ძალისხმევით.

სწორედ, ამიტომ მათი მიზანი უნდა იყოს შეიმუშავოს და განახორციელოს გარემოს ჰიგიენის სამოქმედო ეროვნული გეგმა, გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ქვეყანაში არსებული პრობლემების შესწავლა და შეფასება, მათ გადასაჭრელად პრიორიტეტული მიმართულებებისა და მოქმედებების განსაზღვრა.

განსახილველია გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის სრული ასპექტი ყველა გეგმის მოთხოვნათა გათვალისწინებით: პოლიტიკა გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, გარემოს გაჯანსაღების მართვა, წყლისა და ჰაერის ხარისხი, საკვები პროდუქტების ხარისხი და უსაფრთხოება, მყარი ნარჩენები და ნიადაგის დაბინძურება, მაიონებელი და არამაიონებელი გამოსხივება, სტიქიური უბედურებები და სამრეწველო ავარიები და ა.შ.

თითოეული ამ საკითხის განხილვისათვის გათვალისწინებული უნდა იყოს ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური, კლიმატურ-გეოგრაფიული, დემოგრაფიული და სხვა ფაქტორები: კერძოდ, მავნე გარემო ფაქტორებთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის რისკის შეფასება და ანალიზი; გარემოს დაცვის გასაუმჯობესებელი პრიორიტეტული პრობლემების განსაზღვრა; სანიტარული და ეპიდემიური სიტუაციის დამამზადებელი და მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე გარემო ფაქტორების მავნე ზემოქმედების თავიდან ასაცილებელი (შესარბილებელი) კონკრეტული ღონისძიებების ჩამოყალიბება და განხორციელება.

ყოველივე ზემო გამომდინარეობს სხვადასხვა სახის ადამიანური საქმიანობის, ბიოსფეროზე მისი ზემოქმედების, აგრეთვე, ადამიანთა ჯანმრთელობაზე გარემოს ზეგავლენის ურთიერთკავშირების კონცეფციიდან.

გარდა ამისა, გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შემუშავებული და განხორციელებული უნდა იყოს ისეთი პოლიტიკა, რომელიც უზრუნველყოფს ეკოლოგიური თვალსაზრისით მდგრად განვითარებას, ჯანმრთელობისათვის მავნე გარემო ფაქტორების ეფექტურ პროფილაქტიკასა და მათზე კონტროლს, აგრეთვე სამართლიანობის პრინციპებზე დაფუძნებული ხელმისაწვდომი ჯანსაღი გარემოს შექმნას;

შესწავლილი უნდა იყოს ისეთი მაჩვენებლები რომლებიც აშუქებენ:

ა) გარემო ფაქტორების გავლენას მოსახლეობის

ჯანმრთელობის მდგომარეობას მაჩვენებლებზე, ბ) ავლენენ ტერიტორიებსა და რეგიონებს, რომლებიც გამოირჩევიან დაბინძურების მაღალი დონით და მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მავნე ზემოქმედებით;

აუცილებელია განხილული და შეფასებული იყოს:

ა) გარემოს ჰიგიენის სფეროს მართვის სისტემები;

ბ) რესურსები გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის განსახორციელებლად;

გ) ამასთან ერთად გარემოს კონკრეტული პრიორიტეტული ფაქტორები, კერძოდ:

- წყალი. დასახლებული ადგილების წყალმომარაგების გაუმჯობესების საკითხები. აგრეთვე ზღვის სანაპირო ზოლისა და სხვა სარეკრეაციო ობიექტების სანიტარული მდგომარეობა და დაბინძურებისაგან მათი დაცვის საკითხები;

- ჰაერი. დასახლებული ადგილების ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურების ხარისხი და სანიტარული დაცვის ღონისძიებები;

- მყარი ნარჩენები და ნიადაგის დაბინძურება. დასახლებული ადგილების ტერიტორიების სანიტარული მდგომარეობის, საყოფაცხოვრებო სასოფლო-სამეურნეო და სამრეწველო ტოქსიკური ნარჩენებით გარემოს ობიექტების (ნიადაგი, ჰაერი, წყალი) დაბინძურებისაგან დაცვისა და ქიმიური უსაფრთხოების საკითხები;

- საკვები პროდუქტები. ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების რისკის შემცირების ღონისძიებები და წარმოდგენილია მოსახლეობის ჯანსაღი კვების სახელმწიფო კონცეფცია;

- მაიონებელი და არამაიონებელი გამოსხივება. რადიაციული ფონი, ქვეყანაში არსებული მაიონებელი და არამაიონებელი გამოსხივების წყაროები; გასატარებელი ღონისძიებები;

- სტიქიური უბედურებები და სამრეწველო ავარიები. მოსალოდნელი სტიქიური უბედურებებისა და სამრეწველო ავარიების, აგრეთვე ავარიების პროფილაქტიკისა და ლიკვიდაციის მზადყოფნის საკითხები;

- საწარმოო და საცხოვრებელი გარემო. დასაქმებული მოსახლეობის შრომის პირობების საკითხები, პროფესიული დაავადებების, ტრავმატიზმისა და მოწამვლის პროფილაქტიკური ღონისძიებები; დასახლებულ ადგილებში ჯანმრთელობისათვის კეთილსასურველი ფიზიკური, სოციალური და ფსიქოლოგიური გარემოს შექმნის საკითხები;

- ქალაქები და მსხვილი დასახლებული ადგილები. ქვეყნის მსხვილ ქალაქებში შექმნილი ჰიგიენურ-ეკოლოგიური პრობლემები, ეკოპათოლოგია პრევენციული ღონისძიებებით.

გარემოს 1⁰ – XXI საუკუნეში მნიშვნელოვანი ადგილი უნდა დაეთმოს გლობალური დათბობის მოსალოდნელ სტიქიურ უბედურებებსა და სხვადასხვა დაავადებათა გავრცელებას – მოსალოდნელ ეპიდემიათა მზადყოფნის საკითხებს.

ზემო აღნიშნულის რეალიზაცია შესაძლებელია მხოლოდ მოქმედებებზე პასუხისმგებელი სამინისტროების, უწყებების, დაწესებულებების, ადგილობრივი თვითმმართველობის და მმართველობის ორგანოების, არასამთავრობო ორგანიზაციების მჭიდრო

ინტერსექტორალური თანამშრომლობის საფუძველზე, მოსახლეობის ფართო ფენების აქტიური მონაწილეობით. მის განხორციელებაში განსაკუთრებული როლი და პასუხისმგებლობა ენიჭებათ ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის ორგანოებს, რომლებმაც ჯანმო-ს რეკომენდაციის თანახმად უნდა შეიმუშაონ და განახორციელონ ადგილობრივი (რაიონის, ქალაქის) სამოქმედო გეგმები, გარემოსა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ცალკეული პროექტები. განსაზღვრული კონკრეტული პრიორიტეტული ღონისძიებების განსახორციელებლად უმრავლეს ქვეყანაში (მით უმეტეს პოსტსაბჭოთა კავშირის სივრცეს) არსებული რთული სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, საჭირო იქნება დაფინანსების სხვადასხვა წყაროს მოზიდვა, მათ შორის საერთაშორისო ორგანიზაციების, ფონდების, დონორი ქვეყნების დახმარება. ჩვენს რეგიონს კერძოდ თუ შეეხებათ საჭიროა სამხრეთ კავკასიისა და შავი ზღვის აუზის ქვეყნებთან მჭიდრო თანამშრომლობა, პირველ რიგში ისეთი პრობლემების გადაჭრაში, როგორცაა წყალი და ჯანმრთელობა, ზღვის დაბინძურება, მდინარე მტკვრის აუზის პრობლემები და სხვა.

კვლევებში მაღალი ტექნოლოგიების ჩართვა, ზუსტი სამედიცინო სტატისტიკურ მონაცემთა ბაზის არსებობა, თანამედროვე კომპიუტერულ პროგრამათა შექმნა და გამოყენება (დაავადებათა მიმდინარეობის პროგნოზირება, რისკის ფაქტორებსა და ჯგუფების დადგენა და სხვა.) აი, ის რაზე დაყრდნობითაც შესაძლებელია XXI საუკუნის ზემო ჩამოთვლილ მრავალ პრობლემათა გადაჭრა.

ყოველივე ზემო აღნიშნულიდან გამომდინარე, მეცნიერებათა განვითარება მიმდინარეობს და მათზე მონიტორინგის განხორციელება წარმოადგენს

ძირითად ამოცანას, რომელიც ითვალისწინებს ქვეყანაში ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნას, მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ცხოვრების პირობების გაუმჯობესებას, ამასთან ერთად აუცილებელია შესაძლო ეკოპათოლოგიური პრევენციული ღონისძიებების გატარება, რომელიც XXI საუკუნეში ძირითად სტრატეგიად უნდა იქნეს მიჩნეული.

ჩემს სიტყვას კი დავასრულებ სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქის უწმინდესისა და უნეტარესის ილია II სიტყვით:

„ადამიანის ცხოვრება ეს არის გამოცდა, ეს არის განსაცდელი და იგი უნდა გავიაროთ ღირსეულად. ღვთისგან ამ ქვეყნად მოვლენილი ყოველი ადამიანი არის ხატება ღვთისა, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ მას თან სდევს ადამის და ევას მიერ ჩადენილი პირველქმნილი ცოდვა. ადამიანი უძღურია და მას სჭირდება დახმარება, მაღლი სულისა წმინდისა; სჭირდება ეკლესია, რადგან ეკლესია არის უძლიერესი სულიერი ძალა; ეკლესია არის სავანე, სადაც ადამიანი დებულობს მადლს სულისა წმინდისა, „უძღურთა მკურნალსა და ნაკლულევიანთა აღმავსებელსა“. ჩვენი წინაპრები ასე ღოცავდნენ ერთმანეთს, - „იხარეთ ორსავე სოფელსა შინა“. ერთადერთი პირობა ამისი არის სიახლოვე უფალთან, მისი უზუნაესი ნების აღსრულება, უნდა ვიჩქაროთ სიკეთის კეთება იმიტომ, რომ არავინ ვუწყით როდის მოვა ის საოცარი და საიდუმლო დღე, როცა ადამიანი უნდა წარსდგეს წინაშე უფლისა, ჩვენს მიერ გაღებულ სიკეთე კი უფალთან მიდის.“

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი
პროფესორი. აკადემიკოსი
გიორგი ჩახუნაშვილი

ფსიქო-სოციალური ასპექტების გავლენა ღიაბეტის კომპენსაციის ხარისხზე ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში

კ. ამირხანაშვილი¹, თ. ლაფანაშვილი¹, ნ. ბიკაშვილი¹, ნ. მარინაშვილი¹, ნ. სენიაშვილი¹, ნ. შენგელია¹, თ. ვარდოსანიძე¹, ვ. ვლასოვი²

¹ღიაბეტის ბავშვთა დაცვის ასოციაცია, თბილისი, საქართველო,

²ნოვო/ნორდისკი ა/ს, კოპენჰაგენი, დანია.

შაქრიანი ღიაბეტს ჯანმოს კლასიფიკაციის მიხედვით მსოფლიოში ქრონიკული ანუ არაგადამდებ დაავადებების სიაში მესამე ადგილი უკავია, გულ-სისხლძარღვთა და სიმსივნური დაავადებების შემდეგ. ბოლო ათწლეულის მანძილზე მთელს მსოფლიოში აღინიშნება ღიაბეტის ზრდის უწყვეტი ტენდენცია, რამც თითქმის ეპიდემიური ხასიათი მიიღო. პარალელურად საქართველოშიც იზრდება ღიაბეტის რიცხვი, მათ შორის ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში (შაქრიანი ღიაბეტი, ტიპი I). ღიაბეტის როგორც, ქრონიკული მდგომარეობის დროს უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება, არამარტო სწორად შერჩეულ ინსულინოთერაპიას, ადეკვატურ 2007 წელი

კვების რეჟიმის დაცვას და ყოველდღიურ თვითკონტროლის ჩატარებას, არამედ პაციენტის გარშემო არსებულ ფსიქო-სოციალურ ფაქტორებს. ასევე აღსანიშნავია ღიაბეტური განათლების როლი, რომლის ხარისხი პაციენტის მოტივაციასთან უშუალო კორელაციაში განაპირობებს ღიაბეტის კომპენსაციის მიღწევას.

ჩვენი სამუშაოს მიზანს წარმოადგენდა დაგვედინა ღიაბეტური განათლების, პაციენტების ფსიქო-სოციალური განწყობისა და ღიაბეტის კომპენსაციის ხარისხის კორელაციები საქართველოში მცხოვრები შაქრიანი ღიაბეტი ტიპი I ბავშვების მაგალითზე.

მთლიანობაში გამოკვლეული იქნა 189 ბავშვი (ღიაბეტი ტიპი I). შემდეგი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: I ჯგუფი-46 ბავშვი, ასაკი: 6-11 წ.წ.; ღიაბეტის ხანგრძლივობა: 7თვიდან-8წლამდე; II ჯგუფი-58 ბავშვი, ასაკი 12-15წ.წ.; ღიაბეტის ხანგრძლივობა: 1-11 წ.წ.; III ჯგუფი-85 ბავშვი, 16წ და ზევით; ღიაბეტის ხანგრძლივობა: 3

თვიდან-21 წლამდე;

კვლევა ჩატარდა შემდეგ კითხვარის მიხედვით:

1. იციან თუ არა ნათესავეებმა და მეგობრებმა, დიაბეტი რომ გაქვთ?
2. იციან თუ არა ნათესავეებმა და მეგობრებმა ჰიპოგლიკემიის დროს დახმარება?
3. დაგაქვთ თუ არა სკოლაში გლუკომეტრი და ინსულინის შპრიც-კალმისტარი?
4. იციან თუ არა თქვენმა უახლოესმა მეგობრებმა მათი გამოყენება?
5. მიგაქვთ თუ არა საჭმელი სკოლაში?
6. უშლის თუ არა დიაბეტი ხელს თქვენს ფიზიკურ აქტივობას?
7. ოჯახის წევრებიდან ვინ გაიარა დიაბეტური სკოლა და რამდენჯერ;

შესასწავლ პოპულაციაში მუდმივად ტარდებოდა ნახშირწყლოვანი ცვლის ინტეგრალური მაჩვენებლის გლიკოზირებული ჰემოგლობინის HbA1c კვლევა.

გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ: შესწავლილ პაციენტებში დიაბეტით ავადობას მაღავეს მხოლოდ I ჯგუფის ბავშვების 5%, მათი ნათესავეებისა და მეგობრების მხოლოდ 10% იცის, როგორ დაეხმაროს ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობის დროს; მეორე და მესამე ჯგუფის პაციენტები არ მაღავენ რომ აქვთ დიაბეტი და ნათესავეებმა და მეგობრებმა იციან, ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობის დროს რა სახის დახმარება უნდა აღმოუჩინონ;

სკოლაში გლუკომეტრი და ინსულინის შპრიც-კალმისტარი არ დააქვს I ჯგ. პაციენტების 28%; II ჯგ. პაციენტების 45%, და III ჯგ. პაციენტების 35%; მათი გამოყენება არ იციან უახლოესი მეგობრების 59%-I ჯგუფში, 75%-II ჯგუფში და 59%-III ჯგუფში. საჭმელი სკოლაში არ დააქვს I ჯგ. 5%-ს, II ჯგ. პაციენტების 30%, და III ჯგ. პაციენტების 63%; დიაბეტი ფიზიკურ აქტივობაში, ხელს უშლის I ჯგ. ბავშვების 14%, ხოლო II და III ჯგ პაციენტებისთვის ეს პრობლემას არ წარმოადგენს;

I ჯგუფის 31% დედამ და ბავშვმა გაიარა დიაბეტური სკოლა 1-ჯერ, მათი საშუალო წლიური HbA1c 9.2%; 50% დედამ და ბავშვმა გაიარა დიაბეტური სკოლა 2-ჯერ, მათი საშუალო წლიური HbA1c 8.1%; 19% დედამ, ბავშვმა და მამამ გაიარა დიაბეტური სკოლა 2-ჯერ, მათი საშუალო წლიური

HbA1c 7.5%;

II ჯგუფში 80% დედამ და ბავშვმა გაიარა დიაბეტური სკოლა 1-ჯერ, მათი საშუალო წლიური HbA1c 9.8%; 10% დედამ და ბავშვმა გაიარა დიაბეტური სკოლა 2-ჯერ, მათი საშუალო წლიური HbA1c 8.5%; 10% დედამ, ბავშვმა და მამამ გაიარა დიაბეტური სკოლა 2-ჯერ, მათი საშუალო წლიური HbA1c 7.2%;

III ჯგუფში, 50% დედამ და ბავშვმა გაიარა დიაბეტური სკოლა 1-ჯერ მათი საშუალო წლიური HbA1c 10.5%; 40% დედამ და ბავშვმა გაიარა დიაბეტური სკოლა 2-ჯერ მათი საშუალო წლიური HbA1c 8.8%; 10% დედამ, ბავშვმა და მამამ გაიარა დიაბეტური სკოლა 2-ჯერ მათი საშუალო წლიური HbA1c 7.8%;

საქართველოს დიაბეტიან ბავშვებსა და მოზარდებში (შაქრიანი დიაბეტი ტიპი I), ჩვენს მიერ ჩატარებულმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა რომ, პაციენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა არ მაღავეს, რომ აქვს დიაბეტი და ეს არ უშლის ხელს მათ ფიზიკურ აქტივობას, მათი ნათესავეები და მეგობრებმა გათვითცნობიერებულები არიან ჰიპოგლიკემიური ექსტრემალური მდგომარეობის შესახებ, იციან შპრიც-კალმისტრების და გლუკომეტრების მოხმარება. კვლევებმა აჩვენა, რომ აუცილებელია დიაბეტური სწავლების კურსის ყოველწლიური გაგლა, სასურველია თინეჯერები განმეორებთ კურსს დაესწრონ მეგობრებთან ერთად, რომ არა მარტო დედისა და ბავშვის, არამედ დანარჩენი ოჯახის წევრების, ზოგ შემთხვევაში მეგობრებისა და ახლო ნათესავეების დიაბეტური განათლება წარმოადგენს კომპენსირებულად მიმდინარე დიაბეტის საფუძველს, რომელიც მომავალში თავიდან აგვაცილებს დიაბეტურ გართულებებს.

Influence of psycho-social aspects on the level of diabetes compensation among the children and adults.

K. Amirkhanashvili¹, T. Lapanashvili¹, N. Bikasvili¹, N. Marinasvili¹, N.Sexhniashvili¹, N. Shengelia¹, T. Vardosanidze¹, V. Vlasov²

¹Diabetic Children's Protection Association, Tbilisi, Georgia, ²Novo/Nordisk A/S, Copenhagen, Denmark.

ბელიცინაში სამეცნიერო კვლევის მეთოდოლოგიის საკითხებისათვის

ი.კორინთელი, ზ. ზარნაძე, თ.ნოზაძე, ვინარი ბუჯაბიძე, მ.კორინთელი.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორ

გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკა

სარწმუნო სამედიცინო მტკიცებულება სწორად დაგეგმილი და ჩატარებული კვლევის შედეგს წარმოადგენს და იგი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში გადაწყვეტილების მისაღებად შეიძლება იქნას გამოყენებული.

მსოფლიო სამედიცინო სივრცეში აღიარებული მულტიცენტრული მეთოდოლოგიით სამეცნიერო კვლევის შესრულება საკმაოდ რთულია და რიგი

გარემოებების გათვალისწინებას საჭიროებს.

საკითხის სპეციფიკიდან გამომდინარე აქტუალობის შეფასების კრიტერიუმები ინდივიდუალურია, ამასთანავე საყურადღებოა შემდეგი მომენტები:

• ღია (Open Label Trial) ან (Beafore after study) სამეცნიერო კვლევების საფუძველზე საკითხის აქტუალობის დადასტურება.

• ქვეყნის სტატისტიკის დეპარტამენტის მონა-

ცემებით უკანასკნელი 3-5 წლის განმავლობაში ამ კონკრეტული ნოზოლოგიით ავადობის მაჩვენებლის ზრდა.

კვლევის მიზნის განსახორციელებლად დასახული ამოცანების შესრულებისათვის საჭირო ობიექტების მობილიზებისა და უახლესი პარაკლინიკური გამოკვლევების ჩატარების რეალური შესაძლებლობა სამეცნიერო კვლევის მეტა-ანალიზში ჩართვის შანსს ზრდის (1,3). მიღებული შედეგები შეიძლება გამოყენებული იქნას დაავადების მართვის საერთაშორისო რეკომენდაციების ადაპტირებისათვის ეროვნულ პრაქტიკულ/თეორიულ საქმიანობაში ან გამოყენებული იქნას დაავადების მართვის სარწმუნოების არ ნაკლები C დონის ეროვნული რეკომენდაციების შემუშავებისათვის.

კვლევის სუბიექტების რაოდენობა (Number needed to trial) განსაზღვრება საკითხის სპეციფიკიდან გამომდინარე, ქვეყნის, უკანასკნელი 3-5 წლის ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების გათვალისწინებით(2,5). აგრეთვე, დაცული უნდა იქნას პაციენტთა უფლებები.

კვლევის სუბიექტები მკაცრად უნდა აკმაყოფილებდნენ კვლევაში ჩართვის იმ კრიტერიუმებს, რომელიც პროტოკოლით წინასწარ იქნა განსაზღვრული(1,4).

სამეცნიერო კვლევა უნდა იყოს შენიღბული (Masking of Research), ბრმა (Blind Study).

საკვლევი პოპულაციის შერჩევის მიზნით გამოიყენება შერჩევის შემთხვევითი მეთოდი (Randomized Study), რომლითაც განისაზღვრება:

- ზოგადი პოპულაცია. (General Population).
- სამიზნე პოპულაცია (Target Population).
- რეალური პოპულაცია (Real Population).

კვლევა უნდა იყოს კოჰორტული (Cohort study), მაგრამ კვლევის სპეციფიკის გათვალისწინებით, დასაშვებია არაკოჰორტული ვარიანტიც (Noncohort study).

კვლევაში კონტროლი შეიძლება წარმოებდეს პარალელური რანდომიზირებული (Concurrent randomized control) ან პარალელური არარანდომიზირებული (Concurrent nonrandomized control) ფორმატით.

კონტროლი ისტორიული მეთოდით (historical control), ნორმებთან (Accord to standart control), სხვა ლიტერატურული მონაცემთან შედარება (Accord to literary datas) დასაშვებია კვლევის სპეციფიკის გათვალისწინებით.

სამეცნიერო კვლევა შინაარსობრივად და სტრუქტურულად ისე უნდა იყოს დაგეგმილი და შესრულებული, რომ მის შიდა (Internal Validity) და გარე (General Validity) სარწმუნოებებს დონეებს შორის სხვაობა, მინიმუმამდე იყოს დაყვანილი(1,2,5). ამასთანავე, მინიმუმამდე უნდა იყოს დაყვანილი შემთხვევითი (Accidental Errors) და სისტემური (Systematic Errors) შეცდომების შესაძლებლობა.

მნიშვნელოვან მოთხოვნას წარმოადგენს საბუღალტრო (cost-study) და ეკონომიური (Economic Evaluation) მაჩვენებლების გამომანგარიშება. დადასტურებული უნდა იყოს შრომის დადებითი ეკონომიური ბალანსი (Balance-sheet). ეკონომიური მახასიათებლები ინდივიდუალურად გაითვლება კვლევის სპეციფიკიდან გამომდინარე, შემდეგი ძირითად საფინანსო კრიტერიუმებს გათვალისწინებით:

- ხარჯთ-მინიმიზაცია (cost-minimization)

- ხარჯთ-ეფექტურობა (cost-effectiveness)
- ხარჯთ-სარგებლიანობა (cost-utility analysis)
- ხარჯთ-მომგებიანობა (cost-benefit)
- ტექნიკურ ხარჯებზე ეფექტურობა (technical efficiency),

დადგენილი უნდა იყოს კომერსანტთა სავარაუდო სფერო (სადაზღვეო კომპანია, ფარმაცევტული საწარმო და სხვა) რომელიც შეიძლება დაინტერესდეს შედეგების პრაქტიკაში დანერგვით და ინვენსტიციების განხორციელებით. მიღებული შედეგების პრაქტიკაში დანერგვა უნდა იძლეოდეს მნიშვნელოვან ფინანსურ მოგებას.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ სამეცნიერო კვლევა არ უნდა ემსახურებოდეს სარეკლამო ინტერესებს.

სამეცნიერო ნაშრომის შესრულებისას, ქვეყნისა და საერთაშორისო კანონმდებლობის დაცვა, ერთერთი მნიშვნელოვანი საკითხია.

ამრიგად, მედიცინაში, მეთოდოლოგიური ტექნოლოგიების თანამედროვე ვარიანტებზე სამეცნიერო კვლევის შესრულების ორიენტირება ზრდის მიღებული შედეგების სანდობის ხარისხს. მათი გამოყენება ხელს შეუწყობს პრაქტიკული მედიცინის მოდერნიზირებისა და ოპტიმიზაციის პროცესს.

საკვანძო სიტყვები: მეთოდოლოგია. რანდომიზაცია.

ლიტერატურა:

1. Devereaux PJ, Yusuf S. The evolution of the randomized controlled trial and its role in evidence-based decision making. *J Intern Med.* 2003;254:105-13.
2. Harte AA, Baxter GD, Gracey JH. The efficacy of traction for back pain: a systematic review of randomized controlled trials. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003;84:1542-53.
3. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med.* 2002;347:81-8
4. Clarke R, Armitage J. Antioxidant vitamins and risk of cardiovascular disease. Review of large-scale randomised trials. *Cardiovasc Drugs Ther.* 2002;16:411-5.
5. Pappas DE, Owen Hendley J. Otitis media. A scholarly review of the evidence. *Minerva Pediatr.* 2003;55:407-14

Korinteli I, Zarnadze Z, Nozadze T, Gujbidze V, Korinteli M. On the Subject of Methodology of Medical Science Trial Tbilisi State Medical University, Paediatric Clinic by Prof. Zhvania G. Georgia.

The extent to which the design and conduct of a study are likely to have prevented systematic errors (bias). Variation in quality can explain variation in the results of studies included in a systematic review. More rigorously designed (better 'quality') trials are more likely to yield results that are closer to the 'truth'. See also external validity, validity. A trial that compares two groups of people, one of which receives the intervention of interest and one of which is a control group. Some parallel trials have more than two comparison groups and some compare different interventions without including a non-intervention control group.

Full economic evaluations are studies in which a comparison of two or more treatments or care alternatives is undertaken and in which both the costs and outcomes of the alternatives are examined.

Key Words: Methodology. Randomization.

გენომური იმპრიბინგის ფენომენი არატრადიციული ღამეხვილრობის ტიპის ღაავალბებში

მ.ა. ჭიპაშვილი, თსსუ, მოლეკულური და ადამიანის გენეტიკის დეპარტამენტი

არატრადიციული დამემკვიდრების დაავადებათა ჯგუფს მიეკუთვნება რამდენიმე დაავადება, რომელსაც საფუძვლად უდევს გენომური იმპრიბინგი. ამ ფენომენს საფუძვლად უდევს დედისა ან მამის ჰომოლოგიური გენების განსხვავებული ექსპრესია შთამომავლებში.

ცნობილია, რომ ადამიანის გენების უმრავლესობისათვის დამახასიათებელია ორალელური ექსპრესია. მაგრამ, როგორც აღმოჩნდა, არსებობს გენები, განლაგებული იმპრიბინგის უბნებში, რომლებისათვის დამახასიათებელია მონოალელური ექსპრესია. ამ დროს ექსპრესირდება მხოლოდ დედის ან მამის ალელი, მეორე კი, სათანადოდ, ფუნქციურად არ არის აქტიური. ასეთ გენთა შერჩევითი სუპრესია ვითარდება სპერმატო, ან ოოგენების დროს დნმ-ის ციტოზინური ფუძეების მეთილირების შედეგად. ეს ხდება შემდგომში იმის მიზეზი, რომ იმპრიბინგის რეგიონის გენების ტრანსკრიპცია წყდება. ასეთი გენების რაოდენობა ადამიანის გენომში 30-დან 100-მდეა. ისინი განლაგებულია 2,3 6, 7, 11, 14, 15 და მე-20 ქრომოსომებში.

დღეს იდენტიფიცირებულია გენომური იმპრიბინგის რამდენიმე მექანიზმი:

1. ერთი მშობლის დისომია – ავადმყოფს აღენიშნება ორივე ქრომოსომა წყვილში იმპრიბინგის უბნებით მიღებული მხოლოდ ერთი მშობლისაგან.
2. ქრომოსომული აბერაციები იმპრიბინგის უბნებში, სადაც განლაგებულია ექსპრესირებადი გენები, მაგალითად – დელეციები, ტრანსლოკაციები ან ინვესტიები.
3. იმპრიბინგის იმ ცენტრების დელეციები, რომლებიც აკონტროლებენ ქრომოსომებში დნმ-ის მეთილირების პროცესებს.

ძალიან ხშირად გენომური იმპრიბინგი აღინიშნება დედისეული წარმოშობის მე-15 ქრომოსომის დისომიის ან 15q11-13 მამისეული წარმოშობის სეგმენტებში მომხდარი დელეციების გამო. ამ დროს ვითარდება პრადერ-ვილის სინდრომი. ზემოთ

აღნიშნულ უბანში ინაქტივირებული ხდება 7 გენი. აქედან იდენტიფიცირებულია მხოლოდ ორი. ერთი აკონტროლებს ბირთვული რიბონუკლეოპროტეინის, მეორე კი – ცილა ნეკდინის სინთეზს. შემთხვევათა უმეტესობა სპორადულია და განპირობებულია სამი მექანიზმით: მამისეული მე-15 ქრომოსომის q11-13 სეგმენტის დელეცია; დისომია დედისეული ქრომოსომით; იმპრიბინგის უბნის ტრანსლოკაციით იგივე ქრომოსომაში.

მამისეული მე-15 ქრომოსომის დისომია ან q-11-13 სეგმენტების დელეცია დედის მე-15 ქრომოსომაში ხდება ანჰლომანის სინდრომის მიზეზი. დაავადებულთა 68% პათოლოგია განპირობებულია აღნიშნულ სეგმენტებში მომხდარი დელეციებით, 3%-ში დაავადება განპირობებულია იმპრიბინგის ცენტრის დელეციით, 11% ამ რეგიონის გენის მუტაციით, რომელიც აკონტროლებს უბიკვიტინ-პროტეინ-ლიბაზას სინთეზს. კიდევ 11% შემთხვევებში ეთიოლოგია ჯერ დადგენილი არ არის.

ორივე აღნიშნული სინდრომის მქონე ბავშვებში კლინიკური სურათი საკმაოდ მძიმეა და ის აღწერილია სათანადო პროფილის ლიტერატურაში. რთულია ამ დაავადებათა დიაგნოსტიკა, რადგანაც აქ საჭიროა არა მარტო ციტოგენეტიკური, არამედ მოლეკულურ-გენეტიკური მეთოდების გამოყენება, ამის საშუალება კი ჩვენს ქვეყანაში ჯერ არ არის. აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული დაავადებათა რისკი ზოგიერთ ოჯახებში, სადაც უკვე არის ერთი დაავადებული ბავშვი, ზოგჯერ 50% აღწევს. ამიტომ, მნიშვნელოვანია ამ დაავადებათა პრენატალური დიაგნოსტიკა.

საქართველოში კი მოლეკულური დიაგნოსტიკა, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, პრაქტიკულად შეუძლებელია. სწორი და დროული დიაგნოსტიკა კი წარმოადგენს მნიშვნელოვან პროფილაქტიკურ ღონისძიებას ადამიანთა პოპულაციაში. უნდა დისკუსა საკითხი ჯანდაცვის სფეროს სათანადო სამსახურების წინაშე, რათა შეიქმნას ჩვენთანაც სოლიდური გენეტიკური სამსახური თანამედროვე ლაბორატორიით, სადაც შესაძლებელი იქნება სრულფასოვანი გენეტიკური ანალიზი.

მალაბსორციის სინდრომი მუკოვისციდოზით ღაავალბებულ ბავშვებში

ნ. ბადრიაშვილი, ე. ასათიანი; ი. მანჯგალაძე; ნ. ყუთულაშვილი თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიული კლინიკა

მუკოვისციდოზი საკმაოდ ხშირი მონოგენური მემკვიდრული დაავადებაა. ხასიათდება გარეგანი სეკრეციის ჯირკვლების უნივერსალური დაზიანებით. ეს უკანასკნელი გამოვლინდება ზედმეტად წებოვანი სეკრეტის წარმოქმნით და გამოშვებით სადინრების ობსტრუქციით (1,2)

კლინიკური სურათი ვლინდება ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული პროცესის, ნაწლავური სინდრომისა და ფიზიკური განვითარების შეფერხებით. ასაკის მატებასთან ერთად პანკრეასის გარეგანი ფუნქციის უკმარისობის ნიშნები ხშირდება და იზრდება სასუნთქი სისტემის დაზიანების სიმპტომები. დაავადების პროგრესი გამწვავებულია სასუნთქი სისტემაში პროცესის განმეორებითი გამწვავებით, უფრო ხშირად ბრონქიტის და ნაკლები სიმძირით პნევმონიის ტიპით (8,9)

ყველაზე ადრეული და მძიმე გამოვლინება მე არის მეკონიალური ილუუსი, რომლის მიზეზია პანკრეასული აქილია და წვრილი ნაწლავის ჯირკვლების დისფუნქცია. მეკონიალური ილუუსი ლიტერატურის მიხედვით გვხვდება ავადმყოფთა 10-15- და ითვლება დაავადების უმძიმეს ფორმად.

მალაბსორციის სინდრომის მკურნალობა წარმატებით ხორციელდება პანკრეასული ფერმენტებით, რომელთა შორის

განსაკუთრებული ადგილი დაიკვიდრა ფერმენტმა კრეონმა, იგი დაფარულია pH მგრძობიარე კაფსულით, მიკროსფერულია და შეიცავს 10 000-25 000 ერთეულ ლიპაზას.

შრომის მიზანია მალაბსორციის სინდრომის მიმდინარეობის შესწავლა მუკოვისციდოზით დაავადებულ ბავშვებში. ჩვენს მიერ განხილულია მუკოვისციდოზით დაავადებული 48 ბავშვის მონაცემები. ერთ წლამდე 18 (37,5%); 1-3 წლამდე 15 (31,25%); 3-7 წლამდე 9 (18,75%); 7-14 წლამდე 6 (12,5%) პაციენტი. დაავადების შერეული ფორმა გამოვლინდა 34 (70,8%) ფილტვის ფორმა 14 (29,2%) შემთხვევაში. მეკონიალური ილუუსი აღენიშნა 4 (8,3%) პაციენტს.

ავადმყოფთა 75% მალაბსორციის სინდრომი აღენიშნა ტიპიური კლინიკით: პოლიფეკალია ცხიმინიანი, მყრალი, ხშირი საგოზავისებური განავლით. არაიშვიათად (18%) გამოვლინდა სწორი ნაწლავის გამოვარდნა განსაკუთრებით ადრეული ასაკის ბავშვებში.

შენიშნულია ფუნქციის დარღვევა ინვეს პიპოტროფიას მიუხედავად გაძლიერებული მადისა. ავადმყოფთა ნახევარს აღენიშნა მასის დეფიციტი სიმალის დეფიციტთან ერთად, ხოლო 1/3 მასის დეფიციტი ნორმალური სიმალის ფონზე. სიმალეში

ჩამორჩენა ნორმალური მასის ფონზე გამოვლინდა 2,6%; 7,8% ანტროპომეტრიული მონაცემები იყო ნორმის ფარგლებში; გოგონები ფიზიკურ განვითარებაში უფრო ჩამორჩებოდნენ, ციდრე ვაუბები, განსაკუთრებით 3 წლამდე ასაკში. ჩვენს მიერ გამოვლენილია პირდაპირი კორელაციული კავშირი ანტროპომეტრიულ მონაცემებსა და ბრონქოფილტვის დაზიანების ხარისხს შორის.

პანკრეასის ფუნქციის დარღვევის კორექცია ხორციელდებოდა ფერმენტ კრეონის გამოყენებით, დოზის შერჩევა ხდებოდა ინდივიდუალურად და მისი ადექვატურობის შეფასება ხდებოდა სხეულის მასის მატებით, ზოგადი მდგომარეობისა და გუნებაგანწყობის გაუმჯობესებით, დეფეკაციის სიხშირით და განავლოვანი მასების რაოდენობის განსაზღვრით. ფერმენტის სადელეამისო დოზა ნაწილობრივად მიღებული საკვების, მოცულობის და ხასიათის პროპორციულად.

როგორც ჩვენი გამოკვლევები, ისე ლიტერატურული მონაცემები მიუთითებენ საკვების მიღების წინ 30 წუთით ადრე უნდა მიეცეს შუკოსოლვინი, რომელიც ხელს უწყობს ნაწლავებში ცილოვანი ლორწოს გათხევებას და საკვები ინგედიენტების უკეთ მოწოდებას. იშვიათ შემთხვევაში დოზის გადაჭარბებისას ფერმენტები ინვევენ ლებინებას, მადის დაქვეითებას. აუცილებელია დამატებით ვიტამინების მიცემა განსაკუთრებით ცხიმში ხსნადი ვიტამინების, B ჯგუფის და მიკრო ელემენტების. ცხიმში ხსნადი ვიტამინები სასურველია მიეცეთ ნყაღის ხსნადი სახით და ორმაგი დოზით, მკაცრი დიეტა გართულების გარეშე შემთხვევებში საჭირო არ არის. საკვები ეძლევა მკაცრ პორციებით და ხშირად. საკვების კალორიულობა იზრდებოდა ცხოველური ცილების ხარჯზე. საკვების მომზადებისას, უპირატესობა ეძლევა ზეთის ხილის ზეთს, მზესუმზირას, სიმინდისა და სოიოს ზეთს. შეუზღუდავად ეძლევა კამპოტი, ხილი, ხილის ნენი და კარამელი. დიეტისა და ფერმენტების ადექვატური დოზის ფონზე, შესაძლებელი ხდება ისეთი გართულების ლიკვიდაცია, როგორცაა სწორი ნაწლავის გამოვარდნა, რაც ჩვენს შემთხვევაში გამოვლინდა 18%-ში. კარგი შედეგებია მიღებული ანაბოლური სტეროიდები (რეტაბოლილი) გამოყენებისას.

ცვლილებები ჰეპატობილიარული სისტემის მხრივ, რომლებიც ხანგრძლივად არ იძლევიან კლინიკურ გამოვლინებას, აღენიშნება თითქმის ყველა ავადმყოფს. ეს ცვლილებები მეორადია და დამოკიდებულია ავადმყოფის ხანდაზმულობასა და სიმძიმეზე. ფუნქციური რადიოიზოტოპური, ექოგრაფიული და მორფოლოგიური გამოკვლევები გამოავლენენ ცვლილებებს ცილოვან-ციხმოვანი დისტროფიის სახით, ქრონიკული რეაქტიული ჰეპატიტისა და ბილიარული ციროზის სახით. ეს უკანასკნელი ატარებს დიფუზურ ან მულტილობულარულ სახეს.

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებს ზოგჯერ უვლინდება შეგუბება ღვიძლში და სანაღვე გზებში, რიგი ავტორები ამ მოვლენას მიიჩნევენ ადრეულ სპეციფიურ დაზიანებად. რიგ შემთხვევებში, ეს მოვლენა გამოვლინდება ექოგრაფიულად. კეროვანი ციროზის დროს ირღვევა ღვიძლის სტრუქტურა პორტალური გზების სკლეროზის ხარჯზე. მულტილობულარული ღვიძლის ციროზი ვლინდება ავადმყოფთა 7%-ში, ხასიათდება კარის სისტემის სკლეროზით, სანაღვე გზების პროლიფერაციით კისოტოზური გადაგვარებით და მათში ნაღვლის შეგუბებით. ღვიძლის ფოკალური დაზიანება ხშირად გვხვდება მოზრდილთა აუტოფსიაზე. ავადმყოფთა 1/3 აღენიშნებათ ღვიძლის ფუნქციური ტესტების ცვლილებები, ნაღველკენჭოვანი დაავადება მოზრდილ ავადმყოფებში აღენიშნებათ 12%-ში; პოპულაციასთან შედარებით ამ დაავადების სიხშირე მე დაავადებულებში აიხსნება პანკრეასის უკმარისობით და განავლით ნაღვლისმტავების დიდი რაოდენობით დაკარგვით (3,5). სავარაუდოა ღვიძლში სპეციფიური ცვლილებების განვითარება ანალოგიურია სხვა სერეციულ ორგანოებში მიმდინარე პროცესებისა, კერძოდ, პანკრეასისა და სასუნთქ აპარატში. ეგრეთწოდებული არასპეციფიური ცვლილებები ცილოვან ცხიმოვანი დისტროფიის და რეაქტიული ჰეპატიტის სახით ვითარდება ტოქსიური აგენტების (ბაქტერიული ტოქსინები, მედიკამენტები) მეტაბოლური დარღვევებით, რომლებიც გამოწვეულია ჰიპოქსიით და ჰიპოქსემიით. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დარღვევებით, სისხლის მიმოქცევის მოშლით, რომელიც ხშირად დეკომპენსირებულია.

ჩვენს მიერ გამოკვლეულია მე დაავადებულთა 71% აღენიშნა დისბაქტერიოზი, 11% შეგვხვდა ლაქტოზის აუტანლობა, 3% აღენიშნებოდა ცელიაკური სინდრომისა და ლაქტაზური უკმარისობის თანაარსებობა.

უნდა აღინიშნოს, ჩვენს მიერ ჩატარებული ღვიძლის ფუნქციის რუტინული ლაბორატორიული მაჩვენებლები (ACT, ALT ტუტეფოფატაზა, გლუტამინტრანსფერაზა და სხვა, იყო მკარგად ან არაინფორმაციული) პუნქციური ბიოფსია იძლევა საშუალებას

დადგინდეს არამარტო დაზიანების არსებობა, არამედ ღვიძლის დაზიანების ფორმა, მაგრამ იგი ინვაზიურია, ტექნიკურად რთულია, ამიტომ, ფართოდ გამოყენებისათვის მიუწვდომელია. ლიტერატურული და ჩვენი მონაცემებით, ეფექტური და პერსპექტიული გამოკვლევა ექოგრაფია, იგი იძლევა საშუალებას ღვიძლის დაზიანების საწყის ეტაპზე აღმოჩენებისა და შემდგომ სტადიაში დაავადების კონტროლს.

კლინიკურ მორფოლოგიურად გამოვლენილი ღვიძლის პრეციროზული და ციროზული დაზიანებისას ინიშნებოდა ღვიძლის მაკიდა ნაღველდენი საშუალებები, მათ შორის ბალახები (უმრავლესობა იძლევა ამოსახველებელ ეფექტსაც), ჰეპატოტროპული პრეპარატები. მე დაავადებულებში ხშირია ქრონიკული ჰიმოორტიტი და სინუსიტები, რომლებიც გამოვლინდება რენტგენოლოგიურად განსაკუთრებით მოზრდებში და მოზრდილებში, ასევე ხშირია მოზრდებში და მოზრდილებში ცხვირის პოლიპები, რომელსაც აქვს მორეციდივე ხასიათი, რაც ხშირი მიზეზია სუნთქვის გაძნელებისა და სისხლდენისა, კონსერვატიული მკურნალობიდან საყურადღებოა ადგილობრივად კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობა.

მე დაავადებულებში მალაბსორციის მკურნალობა გრძელდება მთელი სიცოცხლის მანძილზე და ითვალისწინებს კარგი ნუტრიციული მდგომარეობის შენარჩუნებას, რაშიც უდიდესი მნიშვნელობა აქვს თანამედროვე ტექნოლოგიით დამზადებულ ეკოლოგიურად სუფთა და ბალანსირებულ საკვებ ინგრედიენტებს.

ამ თვალსაზრისით, ჩვილ ბავშვებში ნარმატებით შეიძლება რეკომენდირებული იქნას ფირმა „ნუტრიტეკსი“ მიერ მოწოდებული საკვები „ნუტრილაკ ბიფი“, რომელიც გამდიდრებულია ცოცხალი ბიფიდობაქტერიებით და ხელს შეუწყობს ნორმალური ნაწლავის მიკროფლორის აღდგენას დისბაქტერიოზის შემთხვევაში. ასევე იმედის მომცემია „ნუტრილაკ რემედას“ გამოყენება როგორც ადგილად მოსაწოდებელი საკვების, განსაკუთრებით ისეთ შემთხვევებში, სადაც გამოვლინდა ლაქტოზის აუტანლობა. ასევე ცელიაკური სინდრომისა და ლაქტაზური უკმარისობის შემთხვევაში მიზანშეწონილად გვესახება „ნუტრილაკ სოიას“ გამოყენება, რომელიც დამზადებულია ბიონატურალური სოიისგან და შეესაბამება ჯანმრთელობის მოთხოვნებსა და რეკომენდაციებს. ჩვენი ყურადღება მიიპყრო საკვებმა „ნუტრილაკი, პეპტიდი, სჯტ“, რომელიც პირდაპირი ჩვენებაა ნაწლავთა შენარჩუნების ფუნქციის დარღვევისას. ცხიმოვანი კომპონენტი მასში ნარმოდგენილია მცენარეული ცხიმებისა და საშუალო ჯაჭვოვანი ტრიგლიცერიდების სახით, რომელიც გადაამუშავების გარეშე შეინოვება.

Gastro-intestinal complication in children with cystofibris N. Badriashvili; E. Asatiani; I. Manjgaladze; N. Kutulashvili
Tbilisi State Medical University, Pediatric Clinic

SUMARY
Key words: cystofibris, children, Gastro-intestinal, hepatobiliary system;

cystofibris is a chronic multisystem disorder characterized by recurrent endobronchial infections, progressive obstructive pulmonary disease, and pancreatic insufficiency with intestinal malabsorption.

Recents studies suggest that adenotonsillar disease appear to be more prevalent in patients with cystofibris.

Meconium ileus, the earliest and most sever complication of cystic fibrosis, was detected in 6,5) of patients in our study. There were estimated 85) of patients with cystic fibrosis who experienced gastro-intestinal syndrome characterized with thick, large, frequent, bulky, tenacious, malodorous stools. In children, especially of young age, in 18% of cases there were seen rectal prolapse.

Disorders in gastro-intestinal tract in patients with cystic fibrosis leads to hypotrophy pr even dystrophy, in 1/3 of the patients were detected poor weight gain with normal height. While in 2,6% of the cases patient have normal poor weight with delayed growth.

Changes in hepatobiliary system were observed in almost all patients with cystic fibrosis of different age groups. Functional, radioisotope, morphologic studies revealed chronic hepatitis and billiard cirrhosis.

Chronic sinusitis were detected almost in all patients with cystic fibrosis who over gone x-ray. Nasal polyps are one of the most common complications of the disease and appear in about 48% of patients, especially in adults. Recurrence of this complication appears in 50-80% of patients.

Prognosis of the cystic fibrosis stay to be very serious, because of several factors. The severity is determined largely by the form of disease. In case combined form of cystic fibrosis prognosis was worst than in respiratory or gastro-intestinal form of disease.

The „Nutritek“ milk products and mixtres can be succesfully resomended to improve the nutrition status.

იოდდეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამა

80-იან წლებში, არა მარტო სამედიცინო პერსონალი, არამედ მოსახლეობაც ნათლად ამჩნევდა ჩიყვის მზარდ გავრცელებას ქვეყანაში. 80-იანი წლების ბოლოს ენდოკრინოლოგებისათვის თვალსაჩინო გახდა ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზიით დაავადებულთა რიცხვის კატასტროფული ზრდა.

თბილისის ექიმთა დიპლომის შემდგომი განათლების სამედიცინო აკადემიის ენდოკრინოლოგიის კათედრის თანამშრომელთა მიერ (კათედრის გამგე პროფ. მეტრეველი) 1985-1998 წლებში საქართველოს სხვადასხვა რაიონებში ჩატარებული ექსპედიციებით გამოვლინდა ჩიყვის მნიშვნელოვანი გავრცელება მოსახლეობაში. 1994 წელს ჩიყვის ეპიდემიოლოგიისა და ჩერნობილის ატომური ელექტროსადგურის ავარიის შესაძლო შედეგების შესასწავლად გამოკვლევები ჩატარდა ბათუმში, ფოთში, წყალტუბოში, წიფასა და წნორში. მათ მიერ განუღმმა კვლევებმა დამაჯერებლად დაადასტურა ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებათა საგანგაშო მატება ქვეყანაში.

1993 წლის 1 ივნისს ბავშვთა დაცვის საერთაშორისო დღეს ქ. თბილისის დედათა და ბავშვთა ცენტრში თსსუ ენდოკრინოლოგიის კათედრის ბავშვთა ენდოკრინოლოგიის კურსის ხელმძღვანელის პროფ. ზ. სეხნიაშვილის, ამავე კათედრის ასისტ. ლ. კომშიაშვილის და სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონფის ხელმძღვანელის პროფ. გ. ჩახუნაშვილის მიერ ჩატარდა სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია, რომელიც სპეციალურად მიეძღვნა ჩიყვის შემთხვევათა კატასტროფულ მატებას საქართველოს ბავშვთა პოპულაციაში, სადაც აღნიშნული ფაქტი პირველად დაუკავშირდა ჩერნობილის აფეთქებით გამოწვეულ ეკოლოგიურ კატასტროფას. აღსანიშნავია, რომ საქართველო დღემდე არ არის შეყვანილი ჩერნობილის ატომური ელექტროსადგურის ავარიის შედეგად განვითარებულ ქვეყანათა სიაში, მიუხედავად იმისა, რომ ეს საკითხი ყოველთვის დასმული იყო ნუტრიციოლოგიის ცენტრის თანამშრომლების მიერ ადგილობრივ და საერთაშორისო კონფერენციებზე და ასევე განიხილებოდა სამთავრობო დონეზე.

1995-96 წლებში ჯანმო-ს და გაეროს ბავშვთა დაცვის ფონდის (UNICEF) მიერ, ყოფილ საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებში, მათ შორის საქართველოშიც, განხორციელდა ეპიდემიოლოგიური კვლევები იოდდეფიციტური კერების გამოსავლენად საქართველოში. UNICEF კონსულტანტის რ. გუთეკუნსტს და ქართველ ექიმთა (დ. მეტრეველი) მიერ გამოკვლეული იქნა სხვადასხვა რაიონებში მცხოვრები მოსწავლეები. კვლევის შედეგებით ჩიყვის სიხშირე მერყეობდა 36-დან 93%-მდე, გამოკვლეულ ახალშობილთა 63%-ში სისხლში თირეოტროპული ჰორმონის ფონზე აღმოჩნდა 5 მკ. ერთ/მლ-ზე მაღალი.

1995-98 წლებში ბავშვთა რესპუბლიკური ენდოკრინოლოგიური ცენტრის თანამშრომელთა (ხელმძღვანელი – ზ. სეხნიაშვილი, თანამშრომლები – მ. გორდელაძე, ლ. კომშიაშვილი, თ. ჩანტლაძე, მ. იოსელიანი, ნ. აბდუშელიშვილი, ე. მელქაძე, შ. ნიკნკლაძე, ნ. მარინაშვილი, მ. კაკაურიძე) მიერ ექსპედიციები მოეწყო საქართველოს თითქმის ყველა რეგიონში. გამოვლინდა ენდემური ჩიყვის გავრცელების მაღალი მაჩვენებლები. 6-12 წლის ბავშვთა ასაკობრივი ჯგუფების კლასტერული

ეპიდემიოლოგიური კვლევების მონაცემებით, ენდემური ჩიყვის სიხშირე შეადგენდა 32-87%-ს, იოდურიის მედიანა ზოგიერთ რაიონებში (ზემო იმერეთი, მთიანი აჭარა, სვანეთი და სხვა) არ აღემატებოდა 3 მკგ%-ს, რაც მძიმე ხარისხის იოდდეფიციტზე მიუთითებდა.

მდგომარეობის სიტუაციურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ მთელი საქართველო, განსაკუთრებით მისი მაღალმთიანი რეგიონები აუცილებლად მოითხოვდა არამხოლოდ ექიმების, არამედ სამთავრობო დახმარებას. ჩვენი ცენტრის სპეციალისტების მიერ (ზ. სეხნიაშვილი, მ. გორდელაძე) შემუშავებული იქნა იოდ-ის პროფილაქტიკის და მკურნალობის პროექტი, რომლის საფუძველზეც, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრომ დაამტკიცა იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკის (იოდ) სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამის რეალიზაციას ხელი შეუწყო იმ ფაქტმა, რომ, 1996 წლიდან იოდდეფიციტის წინააღმდეგ ბრძოლაში პრიორიტეტული ადგილი დაიკავა საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვის და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის მუშაობაში. ამ საქმეს ხელმძღვანელობდა კომიტეტის წევრი ლ. თოფურიძე. მისი ინიციატივით მომზადდა ქვეყანაში იოდპროფილაქტიკის საკანონმდებლობა ზაზა, ჩატარდა მრავალი ღონისძიება, რომელთა შორის აღვნიშნავთ 1998 წელს „იოდირებული მარილის კვირეულს“, რომელსაც დიდი გამოხმაურება მოჰყვა საზოგადოებაში.

პროგრამის მიზანი იყო საქართველოში კომპლექსური პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებით იოდ-ის ეფექტური მართვა, რაც უზრუნველყოფდა მათ შემცირებას, ხოლო მომავალში მინიმუმამდე დაყვანას.

1997 წლიდან 2002 წლამდე პროგრამას ახორციელებდა თბილისის იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკის ცენტრი, რომელსაც 2002 წლიდან ეწოდა – საქართველოს ნუტრიციოლოგიის ეროვნული ცენტრი.

1997-2002 წწ. განმავლობაში საქართველოს ნუტრიციოლოგიის ეროვნული ცენტრი აქტიურად მონაწილეობდა იოდდეფიციტის პროფილაქტიკის საკითხებზე საკანონმდებლო საქმიანობაში. 2004 წელს საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის მიერ (თავმჯდომარე გ. წერეთელი, მოადგილე გ. გეგელაშვილი) შემუშავდა სამომავლო გეგმა მაირკის უნივერსალური იოდისა და კანონის მისაღებად. კანონპროექტმა გაიარა საპარლამენტო და საკომიტეტო მოსმენები, რაც 2005 წელს დაგვირგვინდა საქართველოს პრეზიდენტის მიერ ბრძანებულების საფუძველზე „იოდის, სხვა მიკროელემენტების და ვიტამინების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებების პროფილაქტიკის შესახებ“ კანონის მიღებით.

1997=2004 წლებში ნუტრიციოლოგიის ეროვნული ცენტრის ზაზაზე ხორციელდებოდა ქვეპროგრამა „რადიაციული ფონის შესწავლა საქართველოში“ სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პრევენციული მედიცინის კათედრის თანამშრომლებთან (ხელმძღვანელი პროფ. ნ. ვეფხვაძე) ერთად, რომლის მიზანი იყო საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში რადიაციული ფონის შესწავლა.

1997-2004 წლებში პედიატრიის ინსტიტუტის ჰემატოლოგიის განყოფილების თანამშრომლებთან ერთად

(ხელმძღვანელი პროფ. ა. კვეზერელი-კოპაძე) საქართველოს ბავშვთა პოპულაციაში ჩატარდა რკინადეფიციტური ანემიების ეპიდემიოლოგიის კვლევა.

2006 წელს სტრატეგიული კვლევის ინსტიტუტთან (ხელმძღვანელი შ. შედანი) ერთად ცენტრმა მონაწილეობა მიიღო პროგრამაში: „საკვები პროდუქტების მიკრონუტრიენტებით ფორტიფიცირება.“

პროგრამის ჩარჩოებში დაიგეგმა და ჩატარდა შემდეგი ღონისძიებები:

1. შეიქმნა იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკის სამხარეო სპეციალიზებული ცენტრები თბილისში, ბათუმში (მ. ტულუში), ქუთაისში (მ. ქაკაია), ზუგდიდში (გ. გულუა) და თელავში (ნ. ნაზირიშვილი) სათანადო მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვილობით (ექოსკანერი, შარდში იოდის ექსკრეციის განმსაზღვრელი აპარატი და სხვა).

2. პროგრამის ბიუჯეტიდან დაფინანსდა საქართველოს ყველა რაიონის ენდოკრინოლოგიური კაბინეტების სამედიცინო პერსონალი. ჩამოყალიბდა იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკის სამსახური.

3. ჩამოყალიბდა იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პოპულაციური მონიტორინგული სისტემა, მიმდინარეობდა იოდდეფიციტურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური კვლევა, შეიქმნა ეპიდემიოლოგიურ მონაცემთა ბანკი (თ. ლობჯანიძე, დ. წერეთელი).

4. შემუშავდა ტრენინგების ციკლის პროგრამა იოდდეფიციტის საკითხებზე, რომლის მიხედვითაც 124 ექიმმა გაიარა მიზნობრივი მომზადება ცენტრის კოორდინატორის და წამყვანი სპეციალისტების ხელმძღვანელობით (ზ. სენიაშვილი, ო. გოგიბერიძე, ლ. კომპიაშვილი, მ. გორდელაძე).

5. შეიქმნა იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკის სამხარეო კომიტეტები საქართველოს 71 დასახლებულ პუნქტში, გაისინჯა წყალსა და ნიადაგში იოდის შემცველობა, რომელიც უმეტეს შემთხვევაში კორეგირებდა ამ რეგიონებში ჩიყვის გავრცელებასთან.

6. 10 წლის განმავლობაში პროგრამის მუშაობის პერიოდში ჩატარდა 300-მეტი ექსპედიცია საქართველოს ყველა რეგიონში. ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია ჩაუტარდა 1500500-ზე მეტ პაციენტს.

– ფარისებრი ჯირკვლის სონოგრაფიული კვლევა ჩაუტარდა 53457 პაციენტს (მ. სვანიძე, ი. ქვილითაია, შ. ნინკლაძე).

– ცენტრის ლაბორატორიაში (ხელმძღვანელი გ. ვარდიშვილი, ლაბორანტები ნ. თავაძე, თ. სამადაშვილი, ქ. ყორყოლიანი) იოდის ექსკრეციის ანალიზი ჩაუტარდა 100000-ზე მეტ პაციენტს, ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონული პროფილის ანალიზი ჩაუტარდა 24000-ზე მეტ პაციენტს.

– ფარისებრი ჯირკვლის პუნქციური ბიოფსია და ციტოლოგიური კვლევა ჩაუტარდა 1500-ზე მეტ პაციენტს (ციტოლოგი ნ. მიქელაძე).

– პროგრამის ჩარჩოებში ასევე უფასოდ ჩატარდა 16 ოპერაცია კვანძოვანი ჩიყვით დაავადებულ ბავშვებში.

7. წამყვან სატელევიზიო არხებზე – პოპულარულ და სამედიცინო გადმცემებში სისტემატურად შუქდებოდა ინფორმაცია იოდდეფიციტისა და მასთან დაკავშირებული გართულებების შესახებ; დაიბეჭდა ათეულობით ბროშურა, როგორც სამედიცინო პერსონალისთვის,

ასევე მოსახლეობის ფართო ფენებისთვის.

8. ცენტრის დაარსებიდან დღემდე მუშაობს ცხელი ხაზი, რომლითაც მოსახლეობას აქვს საშუალება, უფასოდ მიიღოს ინფორმაცია იოდდეფიციტის შესახებ.

9. ნუტრიციოლოგიის ეროვნული ცენტრის თანამშრომლები 10 წლის განმავლობაში აქტიურად მონაწილეობდნენ საქველმოქმედო აქციებში მთელი საქართველოს მასშტაბით. საქველმოქმედო საზოგადოება Acts Georgia-ის მიერ პროგრამის ხელშეწყობის მიზნით, შემოტანილი იქნა პრეპარატი ლევოქსილი, რომელიც გადანაწილდა პროგრამაში მონაწილე ყველა სამედიცინო დაწესებულებაზე. აღნიშნული პრეპარატი უფასოდ დაურიგდა ენდემური ჩიყვით დაავადებულ ბავშვებსა და ორსულებს. ანალოგიური პროგრამები ჩატარდა საზოგადოება „ამქორთან“ ერთად.

10. იოდდეფიციტის პროფილაქტიკის და მკურნალობის საკითხებში დაგროვილი გამოცდილება და ჩატარებული კვლევის შედეგები აისახა სამედიცინო პუბლიკაციებში როგორც ადგილობრივ, ისე საერთაშორისო გამოცემებში. შრომები ასახავდა ენდემური ჩიყვის ეპიდემიოლოგიურ ანალიზს, კორელაციას იოდდეფიციტის სიმძიმესთან. გამოქვეყნდა ბავშვთა ინტელექტუალური განვითარების მაჩვენებლები მძიმე ენდემურ კერებში, შესწავლილ იქნა ეკოლოგიურ ფაქტორების და კვების ინფრასტრუქტურის როლი ენდემური ჩიყვის პათოგენეზში.

განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო ორსულობის დაგეგმვის და მონიტორინგის საკითხებს იოდდეფიციტის პირობებში. ამ თემას მიეძღვნა ლექციათა ციკლი „ორსულობა და იოდდეფიციტი“ ქ. თბილისის 24 ქალთა კონსულტაციაში. ამჟამად მიმდინარეობს ლექციათა ციკლი „იოდდეფიციტის პროფილაქტიკა რისკის ჯგუფებში“ ბავშვთა პოლიკლინიკებში. (მომხს. მ. გორდელაძე). აღნიშნული პროექტი ტარდება ფარმაცევტული კომპანია „ნიკომედის“ ხელშეწყობით.

2000 წელს გამოიცა სახელმძღვანელოები: „იოდდეფიციტური დაავადებები“ (ავტორები ზ. სენიაშვილი, მ. გორდელაძე, მ. სვანიძე), „ფარისებრი ჯირკვლის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა“ (მ. წერეთელი).

ნუტრიციოლოგიის ეროვნული ცენტრის ბაზაზე შესრულდა სადისერტაციო ნაშრომები:

„ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებათა სუტუქტურა ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში და მათი დიფერენციული დიაგნოსტიკა“ – ნ. აბდუშელიშვილი (ხელმძღვანელი – ზ. სენიაშვილი).

„ახალშობილის პერიოდის თავისებურებანი დედის თირეოიდული პათოლოგიის და იოდის დეფიციტის დროს“ – ე. ფაცაცია 2002 წელი (ხელმძღვანელი – მ. ჟვანია, მ. გორდელაძე).

2005 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტსა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან ერთად ნუტრიციოლოგიის ცენტრის თანამშრომლებმა (ზ. სენიაშვილი, ე. მელიქია და რ. კვანჭახაძე) მიიღეს მონაწილეობა სახელმძღვანელო „ჯანსაღი კვება – ჯანმრთელობის მთავარი გასაღები“ შედგენაში.

ცენტრის თანამშრომლების მიერ განხორციელდა დასწრებული უწყვეტი განათლების პროგრამა (2005146) „მიკროლემენტების როლი ქრონიკული დაავადებების პროფილაქტიკისა და მკურნალობაში“ (კოორდინატორი რ. კვანჭახაძე).

ტესტები

– დღენაკლი ახალშობილის რეანიმაციის პროცესში უნდა გვახსოვდეს მათი თავისებურებანი. ამოარჩიეთ სწორი პასუხი:

- ა) ტვინის კაპილარების მაღალი განვლადობა.
- ბ) სურფაქტანტის დეფიციტი.
- გ) არასრულფასოვანი თერმორეგულაცია.
- დ) ინფექციების მაღალი რისკი.
- ე) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი.

– ახალშობილებში მწვავე ჰიპოვოლემიის სამკურნალოდ რეკომენდირებული ხსნარია:

- ა) ალბუმინის 5% ან 10% ხსნარი.
- ბ) ფიზიოლოგიური ხსნარი ან რინგერი.
- გ) გლუკოზის 5% ხსნარი.
- დ) პლაზმა.

– რომელი მედიკამენტის შეყვანა არ შეიძლება ენდოტრაქეალურად?

- ა) ეპინეფრინი
- ბ) ნალოქსონი
- გ) ნატრიუმის ბიკარბონატი

– ახალშობილებში რეკომენდირებული ეპინეფრინის კონცენტრაციაა:

- ა) 1:1000
- ბ) 1:10 000
- გ) 1:100 000

– ნატრიუმის შეყვანის სწორი გზა ახალშობილებში:

ა) ნელა, კარგი ვენტილაციის პირობებში, მსხვილი ყალიბრის სისხლძარღვებში.

- ბ) სწრაფად, პერიფერიულ ვენაში.
- გ) ენდოტრაქეალურად ნელა.

– ახალშობილის რეანიმაციის 10 სთ-ის შემდეგ განვითარებული კრუნჩხვის მოსახსენებლად, როდესაც ელექტროლიტები და შაქარი სისხლში ნორმაშია, გამოიყენება:

- ა) კალცი გლუკონატი 10%
- ბ) დიაზეპამი
- გ) გომკი
- დ) ფენობარბიტალი.

– ახალშობილების სარეანიმაციო ღონისძიებების შეწყვეტა მიზანშეწონილია მას შემდეგ, რაც გული-სცემა არ აღენიშნება:

- ა) 30 წთ-ის განმავლობაში.
- ბ) 35 წთ-ის განმავლობაში.
- გ) 25 წთ-ის განმავლობაში.
- დ) 15 წთ-ის განმავლობაში.

– შეშუპების საწინააღმდეგო მკურნალობა ქალა-ტვინის ტრავმების დროს ბავშვებში ნაჩვენებია, რათა თავიდან ავიცილოთ:

- ა) ჰემატომის მატება
- ბ) ტვინის შეშუპება
- გ) ქალასშიდა წველის მატება
- დ) სწორია ა და ბ
- ე) ყველა პასუხი სწორია

– მართვით სუნთქვაზე მყოფი ბავშვისთვის, რომელსაც დანოტივებული გაზთა ნარევი მიენოდება და ნორმალური პემპერატურის, სადღე-ღამისო ინფუზური თერაპიისათვის საჭირო სითხის მოცულობა უნდა შეუმცირდეს:

- ა) 50%-ით
- ბ) 40%-ით
- გ) 25%-ით

დ) 15%-ით

ე) 10%-ით

– 6 თვის ბავშვს ერთი კვირის განმავლობაში ემატება სისუსტე, უმადობა. აღენიშნება მრავლობითი სისხლჩაქცევები კიდურებსა და თავზე, მოხრილ მდგომარეობაშია. სავარაუდო დიაგნოზი:

- ა) ცინგა.
- ბ) სეპტიური მდგომარეობა და ოსტეომიელიტი.
- გ) ჰემოფილია.
- დ) იდიოპათიური პურპურა.
- ე) ბავშვზე ძალადობა.

– რიეს სინდრომზე ეჭვის მიტანა შეიძლება, როცა:

- ა) მომატებულია ბილირუბინის დონე.
- ბ) მომატებულია ტრანსამინაზა.
- გ) მომატებულია პროტრომბინის დრო.
- დ) მომატებულია ამიაკის დონე სისხლში.

– ინტუბაციის შეცვლა ტრაქეოსტომით საჭიროა, მას შემდეგ რაც გასულია:

- ა) 24 სთ.
- ბ) 72 სთ.
- გ) 2 კვირა
- დ) გადანყვეტილება მიიღება ინდივიდუალურად.

– ახალშობილებში ჰერპესული ინფექციის დროს ყველაზე ეფექტურია დაინიშნოს:

- ა) განციკლოვირი
- ბ) ზოვირაქსი
- გ) რემანტადინი
- დ) ტიენამი

– დედის ორგანიზმიდან პლანცენტის მეშვეობით ნაყოფს გადაეცემა:

- ა) IG M
- ბ) IG G
- გ) IG A
- დ) IG E
- ე) IG D

– ყველაზე ხშირი გამოვლინება გლიკოზიდური ინტოქსიკაციისა ბავშვებში არის:

- ა) სინუსური ბრადიკარდია
- ბ) პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია
- გ) ატრიოვენტრიკულარული ბლოკადა
- დ) პარკუჭოვანი ტაქიკარდია

– ქვემოჩამოთვლილთაგან, რა არ გამოიყენება მეტაბოლური აციდოზის კორეგირებისათვის:

- ა) C ვიტამინის დიდი დოზები.
- ბ) ცილოვანი ხსნარები
- გ) სოდის 4%-იანი ხსნარი
- დ) ტრისამინის ხსნარი
- ე) დეროუსა და რინგერ-ლაქტატის ხსნარი.

– ქვემოაღნიშნულიდან რა არ შეესაბამება სუნთქვის უკმარისობის II ხარისხს:

- ა) კანის საფარველის სიფერმკრთაღე, ციანოზი.
- ბ) სუნთქვის გახშირება 25%-ით ასაკობრივ ნორმასთან შედარებით.
- გ) პულსის სუნთქვასთან შეფარდება (P/R) 2,0-1,5:1.
- დ) სისხლის ჟანგბადით გაჯერება (PO₂) 70-80 მმ. ვერცხ. წყ. სვ.

– დაეკომპენსირებული მეტაბოლური აციდოზი (PH^{7,3}).

– ქვემოაღნიშნულიდან რა არის არასწორი ოქსიგენოთერაპიასთან დაკავშირებით:

ა) ოქსიგენაციის პროცესში 100%-იანი ჟანგბადის ხანგრძლივმა გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს სისხლში მისი შემცველობის მატება ტოქსიკურ დონეებზე.

ბ) ოქსიგენოთერაპია მაღალეფექტურია ყველა სახის ჰიპოქსიის (ჰიპოქსიკურის, ცირკულაციურის, ანემიურის და ჰისტოტოქსიკურის) დროს.

გ) ოქსიგენოთერაპიის პროცესში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სასუნთქი აირის ტემპერატურას და ტენიანობას.

დ) მძიმე გართულებების თავიდან ასაცილებლად ოქსიგენოთერაპია უნდა ჩაატარონ შეძლებისდაგვარად მინიმალური დოზით და ხანმოკლე დროით.

– ქვემოთჩამოთვლილ დაავადებათაგან რომელი არ არის მუდმივი დადებითი წნევით ქვეშ სპონტანური სუნთქვის ჩატარების უკუჩვენება:

ა) გაფანტული ატელექტაზი.

ბ) პნევმოთორაქსი.

გ) პნევმომედიასტინუმი.

დ) პერიფერიული სისხლძარღვოვანი უემარისობა არტერიული ჰიპოტონიით.

ე) დიაფრაგმის თიაქარი.

– ქვემოთჩამოთვლილთაგან რა არის სუნთქვის მოშლილობის სინდრომის მკურნალობისას ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციის ჩვენება:

ა) აპგარის სკალით შეფასება 4 ქულა და ნაკლები.

ბ) ასფიქსიის შეტევის განვითარება.

გ) არტერიულ სისხლში ჟანგბადის გაჯერება (PaO₂) 70 მმ. ვერც. წყ. სვ.

დ) არტერიულ სისხლში ჰიპერკაპნია (PaO₂) 60 მმ. ვერც. წყ. სვ.

– ქვემოთჩამოთვლილთაგან რა არის ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციის აბსოლუტური ჩვენება:

ა) სუნთქვის პათოლოგიური რიტმი ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების ფონზე.

ბ) სუნთქვის აქტში დამატებითი კუნთების მონაწილეობა.

გ) ანოე, მიუხედავად მისი გამომწვევი მიზეზებისა.

დ) აციდოზი (PH 7,3).

ე) არტერიული ჰიპოქსემია (PaO₂) 70 მმ. ვერც. წყ. სვ) ოქსიგენოთერაპიის გარეშე.

– ქვემოთჩამოთვლილთაგან რა არის ბავშვის რენიმაციის განყოფილებაში გადაყვანის ჩვენება:

ა) ტოქსიკოზი II ხარისხის ექსიკოზით.

ბ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მწვავე უემარისობა და ფილტვის შეშუპება.

გ) ნეიტროფილური არალიკვიდირებადი ფორმა.

დ) კოლაფსი.

ე) ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციის აუცილებლობა.

– ქვემოთჩამოთვლილ სამკურნალო საშუალებებშიდან რომლის დანიშვნა არ არის მიზანშეწონილი საგულე გლიკოზებთან:

ა) მაპოლარიზებელი ხსნარის

ბ) ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის.

გ) რიბოქსინის

დ) B ჯგუფის ვიტამინების

ე) ეუფილინის

– ქვემოთჩამოთვლილ საშუალებებიდან რომლით იწყებენ ბრადიარითმიის (ბადიკარდიის) მკურნალობას:

ა) ადრენალინით

ბ) ნორადრენალინით

გ) ატროპინით

დ) სტროფანტინით

ე) ობზიდანიტ (ანაპრილინით)

– მიუთითეთ პრეპარატი, რომელიც არ გამოიყენება „გულის გაჩერების“ მკურნალობისას:

ა) ადრენალინი

ბ) დიგოქსინი

გ) კალციუმქლორიდი

დ) ნატრიუმჰიდროკარბონატი

ე) გლუკოზის 20%-იანი ხსნარი

– რა ინვეს კალციუმის ინტრავენური ან გულის პარკუჭში შეყვანა:

ა) სისტოლის გახანგრძლივებას და გაძლიერებას.

ბ) დიდიასტოლის გახანგრძლივებას.

გ) სისხლძარღვთა რეცეპტორების ბლოკირებას.

დ) სისხლძარღვთა განვლადობის მომატებას.

ე) წნევის შემცირებას ფილტვის არტერიაში.

– ქვემოთჩამოთვლილთაგან რა მიუთითებს გულის ხელოვნური მასაჟის უეფექტობაზე:

ა) მაქსიმალური არტერიული წნევა 50-70 მმ. ვერც. წყ. სვ-ის ფარგლებში.

ბ) ერთეული სპონტანური ჩასუნთქვები.

გ) პულსაცია საძილე და სხივის არტერიებზე.

დ) გუგების მყარი გაფართოება.

– რა არის რეკომენდირებული პარკუჭების ციმციმის შემთხვევაში:

ა) სტროფანტინის შეყვანა

ბ) ადრენალინის შეყვანა

გ) კალციუმის მარილების შეყვანა

დ) ელექტრული დეფიბრილაცია.

ე) რიტმის წარმართვის ჩართვა.

– ქვემოთჩამოთვლილ ტესტიდან რომელი არ მიანიშნებს „ტვინის სიკვდილზე“ და შესაბამისად რენიმაციის გაგრძელების მიზანშეწონილობაზე:

ა) თვალის კაკლების უძრაობა 3-4 C? ტემპერატურის წყლის შეყვანის ყურის არხში (უარყოფითი ვესტიბულურ-ოკულური რეფლექსი).

ბ) გულის ელექტრული აქტივობის არარსებობა ვენაში ატროპინის სამმაგი დოზის ერთჯერადად შეყვანისას.

გ) არტერიულ და ვენურ სისხლში ჟანგბადის პარციული დაჭიმულობის 6-7%-იანი სხვაობა.

დ) ტვინის ბიოელექტრული აქტივობის არარსებობა (სწორი ხაზი ეეგ-ზე)

ბემეგრადის ინტრავენური შეყვანისას.

– ქვემოთჩამოთვლილი საინფუზიო ხსნარებიდან რომელს აქვს ყველაზე მკვეთრად გამოხატული დეზინტოსეკიაციური თვისება:

ა) ბუნებრივ კოლოიდებს (პლაზმას, ალბუმინს).

ბ) მაღალმოლეკულურ სინთეზურ კოლოლოიდებს (პოლიგლუკინს).

გ) საშუალომოლეკულურ სინთეზურ კოლოიდებს (რეოპოლიგლუკინს, ჟელატინოლს).

დ) დაბალმოლეკულურ სინთეზურ კოლოიდებს (ჰემოდეზს, ნეოკომპენსანს).

ე) კრისტალოიდებს (გლუკოზის 5-10%-იან ხსნარს, მარილოვან ხსნარებს).

– სტრეპტოკოკული ფარინგიტის სამკურნალოდ რეკომენდებულია:

ა) კოტრიმოქსაზოლი (ბაქტრიმი, ბისეპტოლი);

ბ) პენიცილინის ჯგუფის პრეპარატები;

გ) ცეფალოსპორინები;

დ) ამინოგლიკოზიდები.

– სწრაფმოქმედი ბრონქოდილატატორებია:

ა) ნო-შპა;

ბ) ეუფილინი;

- გ) ორალური სალბუტამოლი;
 დ) საინექციო ეპინეფრინი;
 ე) ყველა ჩამოთვლილი
 - **სწრაფმოქმედი ბრონქოდილატატორების გამოყენების პირდაპირი ჩვენებაა:**
 ა) შეტევეთი ხასიათის ხველა;
 ბ) ასთმოდური სინდრომი სუნთქვის უკმარისობით;
 გ) ასთმოდური სინდრომი სუნთქვის უკმარისობის გარეშე;
 დ) ყველა ჩამოთვლილი.
 - **ბრონქოდილატატორებს არ იყენებენ:**
 ა) 2 თვემდე ასაკში;
 ბ) 2 თვიდან 1 წლამდე ასაკში;
 გ) 1 წლიდან 5 წლამდე ასაკში;
 დ) 5 წელზე მეტ ასაკში.
 - **კრუპის სინდრომის III-IV ხარისხის შემთხვევაში პირველ რიგში გამოიყენება:**
 ა) ეპინეფრინის კანქვეშა ინექცია;
 გ) ჰორმონოთერაპია;
 დ) ანტიბიოტიკოთერაპია.
 - **სუნთქვის უკმარისობით მიმდინარე ასთმოდური (ობსტრუქციული) სინდრომის დროს რეკომენდებულია ეპინეფრინის 0,1%-იანი ხსნარის შემდეგი დოზირება:**
 ა) 0,01 მლ/კგ-ზე;
 ბ) 0,1 მლ/კგ-ზე;
 გ) 0-001 მლ თითოეულ წელზე;
 დ) 0,1 მლ თითოეულ წელზე.
 - **სტრუპტოკოკული ფარინგიტის პენიცილინით მკურნალობის ხანგრძლივობა შეადგენს:**
 ა) 5 დღეს;
 ბ) 7 დღეს;
 გ) 10 დღეს;
 დ) 14 დღეს.
 - **მწვავე რესპირაციული ინფექციის დროს ანტიპირეტული საშუალებების გამოყენების ჩვენებაა:**
 ა) დაბალი სუბფებრილიტეტი (37 გრადუსი - 37,5 გრადუსი);
 ბ) მაღალი სუბფებრილიტეტი (37,5 გრადუსი-38 გრადუსი)
 გ) მაღალი ცხელება (38 გრადუსი და მეტი)
 დ) ყველა ჩამოთვლილი
 - **მწვავე რესპირაციული ინფექციის შემთხვევაში ქრონიკულად ითვლება ხველა თუ ის გაგრძელდა:**
 ა) 7 დღე;
 ბ) 14 დღე;
 გ) 21 დღე;
 დ) 30 დღე.
 - **პნევმონიის განვითარების რისკ-ფაქტორია:**
 ა) ადრეული ასაკი;
 ბ) დღენაკულულობა;
 გ) ორგანიზმის გადაცივება;
 დ) ჰიპოტროფია;
 ე) ყველა ჩამოთვლილი.
 - **პნევმონიის სადიაგნოსტიკო კლინიკური ნიშნებია:**
 ა) ტემპერატურის მომატება, ხველა, უხვი მშრალ ბ) ციანოზი ცხვირ-ტუჩის არეში, სუნთქვაში ნეკნთაშორის არეების მონანილეობა, სველი მსხვილბუშტუკოვანი ხიხინი;
 გ) ხველა, ცხვირიდან უხვი სეროზული გამონადენი, მშრალი ხიხინი;
 დ) ხველა, სუნთქვის გახშირება და ლოკალური კრეპიტაცია.

- **2 წლამდე ასაკის ბავშვებში კმო-ს მიერ რეკომენდირებული ანტიპირეტული საშუალებაა:**
 ა) ასპირინი;
 ბ) ანალგინი;
 გ) პარაცეტამოლი;
 დ) ყველა ჩამოთვლილი.
 - **მწვავე რესპირაციული ინფექციის დროს 2 თვემდე ასაკის ბავშვთა ჰოსპიტალიზაციის ჩვენება:**
 ა) კრუნჩხვა;
 ბ) მაღალი ცხელება;
 გ) კრუპის სინდრომი;
 დ) ასთმოდური სინდრომი;
 ე) ყველა ჩამოთვლილი.
 - **მწვავე რესპირაციული ინფექციის დროს 2 თვეზე მეტი ასაკის ბავშვთა ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებაა:**
 ა) კრუნჩხვა;
 ბ) კრუპის სინდრომი;
 გ) კახექსია;
 დ) კომური მდგომარეობა;
 ე) ყველა ჩამოთვლილი.
 - **ყურის მწვავე ინფექციის კლინიკური ნიშანია:**
 ა) ცხელება;
 ბ) ყურის ტკივილი;
 გ) ჩირქოვანი გამონადენი ყურიდან;
 დ) ყველა ჩამოთვლილი.
 - **ყურის ქრონიკული ინფექციის დიაგნოზის მისაღებად იმ შემთხვევაში, თუ გამონადენი ყურიდან გრძელდება:**
 ა) 7 დღე;
 ბ) 14 დღე;
 გ) 21 დღე;
 დ) 30 დღე.
 გულისა და სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები. რევმატიული დაავადებები.
 - **კარდიალური პათოლოგიის რისკის-ჯგუფს არ მიეკუთვნებიან ბავშვები:**
 ა) მარფანის სინდრომით;
 ბ) ელერს-დანლოს სინდრომით;
 გ) დამოკლებული PQ ინტერვალის სინდრომით;
 დ) ალპორტის სინდრომით.
 - **სახსრების დაავადებები ხშირად უვითარდებათ ბავშვებს:**
 ა) ექსუდაციურ-კატარული დიათეზით;
 ბ) ლიმფურ-ჰიპოპლაზიური დიათეზით;
 გ) ნერვულ-ართრიული დიათეზით;
 დ) პერინატალური ენცეფალოპათიით.
 - **გულის პათოლოგია უმეტესად ვლინდება:**
 ა) დეტონი-დებრე-ფანკონის სინდრომის დროს;
 ბ) მარფანის სინდრომის დროს;
 გ) ალპორტის სინდრომის დროს;
 დ) ადრენოგენიტალური სინდრომის დროს.
 - **ორგანიზმის ადაპტაციის პროცესში მონაწილეობს:**
 ა) თირკმელზედა ჯირკვალი;
 ბ) ჰიპოთალამუსი;
 გ) ჰიპოფიზი;
 დ) ყველა ჩამოთვლილი.
 - **ჰეპარინსა და პისტამინს გამოყოფს:**
 ა) ნეიტროფილი;
 ბ) ლიმფოციტი;
 გ) პოხიერი უჯრედი (მასტოციტი);
 დ) პლაზმური უჯრედი;

ე) ყველა ჩამოთვლილი.
- ლიმფოციტებისა და პლაზმური უჯრედების აქტივობას თრგუნავს:

- ა) სუპრასტინი;
- ბ) მეთილპრედნიზოლონი (ურბაზონი);
- გ) დიგოქსინი;
- დ) ტრენტალი.

- ჰეპარინის გამოყოფას თრგუნავს:

- ა) K ვიტამინი;
- გ) დექსამეტაზონი;
- დ) ტრენტალი.

- ანთებით რეაქციაში არ მონაწილეობს:

- ა) თრომბოციტი;
- ბ) პლაზმური უჯრედი;
- გ) ლიმფოციტი;
- დ) მიოციტი.

- 5 წლის ბიჭს ალენიშნება დადლილობა, მარცხენა პარკუჭის პულსაციის გაძლიერება, კანკალი მარცხნივ II ნეკნთაშორის არეში, ეკგ-ზე მარცხენა პარკუჭის გადატვირთვა. რენტგენოგრაფიაზე - მცირე წრის ჰიპერვოლემია, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია, თქვენი წინასწარი დიაგნოზია:

- ა) ფილტვის არტერიის სტენოზი;
- ბ) პარკუჭთაშორის ძგიდის დეფექტი;
- გ) სუბაორტული სტენოზი;
- დ) ღია არტერიული (ბოტალის) სადინარი.

- ავადმყოფს ღია არტერიული სადინრით არ ახასიათებს:

ბ) მარცხენა მარკუჭის ჰიპერტროფია;
გ) ფილტვის არტერიის რკალის გამოდრეკა რენტგენოგრაფიაზე;
დ) სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის ჰიპერვოლემია.
1202. ავადმყოფს ღია განიერი არტერიული სადინრით პრაქტიკულად არ უვლინდება:

ა) გულის საძგერი გაფანტული და გაძლიერებული;
ბ) გულმკერდის ამობერვა გულის საპროექციო არეში მარცხნივ;
გ) „ძრავისმაგვარი ხმაური“;
დ) ციანოზი და „დოლის ჯოხისმაგვარი თითები“/
- ავადმყოფს ღია არტერიული სადინრით,

როგორც წესი არ უვითარდება:

- ა) ბაქტერიული ენდოკარდიტი;
- ბ) ფილტვის შეშუპება;
- გ) გულის უკმარისობა;
- დ) ქოშინ-ციანოზის შეტევები.

- ღია არტერიული სადინრის ბაქტერიული დაზიანებისას ვლინდება:

- ა) სპლენომეგალია;
- ბ) ცხელება;
- გ) ედს-ის აჩქარება;
- დ) ანემია;
- ე) ყველა ჩამოთვლილი.

- გამოხატული ზოგადი ციანოზი ახასიათებს:

- ა) სამკარიანი სარქელის ატრეზიას.
- ბ) აორტის კოარქტაცია;
- გ) ღია არტერიულ სადინარს;
- დ) პარკუჭთაშორის ძგიდის დეფექტს.

- ფილტვისმიერი ჰიპერტენზია არ ახასიათებს:

- ა) ღია არტერიული სადინარს;
- ბ) წინაგულთაშორის ძგიდის დეფექტს;
- გ) პარკუჭთაშორის ძგიდის დეფექტს;
- დ) ფილტვის არტერიის იზოლირებულ სტენოზს.

- პარკუჭთაშორის ძგიდის დიდი ზომის დეფექტის შემთხვევაში 3 თვის ასაკის ბავშვს არ უვლინდება:

- ა) ქოშინი და ფიზიკური დატვირთვის აუტანლობა;
- ბ) ხშირი პნევმონიები;
- გ) ფილტვის არტერიაზე მეორე ტონის აქცენტი;
- დ) კრუნჩხვა.

- პარკუჭთაშორის ძგიდის დეფექტის დროს შუილის მაქსიმალური ხმიანობა ვლინდება:

- ა) გულის მწვერვალზე;
- ბ) ფილტვის არტერიაზე;
- გ) მკერდის ძვლის მარცხნივ III-IV ნეკნთაშორის არეში;
- დ) მკერდის ძვლის ზედა მესამედზე.

- ხშირი პნევმონიები არ ახასიათებს:

- ა) ატრიოვენტრიკულურ კომუნიკაციას;
- ბ) პარკუჭთაშორის ძგიდის დეფექტს;
- გ) ფალოს ტეტრადას;
- დ) წინაგულთაშორის ძგიდის დეფექტს.

- ფალოს ტეტრადის ყველაზე ხშირი გართულება:

- ა) ბაქტერიული ენდოკარდიტი;
- ბ) სისხლძარღვთა თრომბოზი;
- გ) ფილტვის შეშუპება;
- დ) სისხლის დენა;

- ფალოს ტეტრადას არ ახასიათებს:

- ა) იძულებითი მდებარეობა;
- ბ) ცინოზის მძიმე შეტევები;
- გ) უსიმპტომო მიმდინარეობა;
- დ) „დოლის ჯოხისმაგვარი“ თითები;
- ე) პოლიციტემია.

- ქოშინ-ციანოზის შეტევები ახასიათებს:

- ა) წინაგულთაშორის ძგიდის დეფექტს.
- ბ) ფალოს ტეტრადას;
- გ) ღია არტერიულ სადინარს;
- დ) პარკუჭთაშორის ძგიდის დეფექტს.

- ფალოს ტეტრადის შემთხვევაში ქოშინციანოზის შეტევის მოსახსნელად არ გამოიყენება:

- ა) სტროფანტინი;
- ბ) ჟანგბადი;
- გ) ანაპრილინი (ობზიდან);
- დ) პრომედოლი.

- სისტემური წითელი მგლურას დროს გამონაყარის ტიპური ლოკალიზაცია:

- ა) ყურის ნიჟარებზე;
- ბ) ტანზე;
- გ) ფეხებზე;
- დ) ცხვირის კეხსა და ლოყენზე;
- ე) ხელებზე.

- სისტემურ წითელ მგლურას ახასიათებს:

- ა) რეინოს სინდრომი;
- ბ) სისხლში LE უჯრედები;
- გ) პერიორბიტული ერითემა;
- დ) დისფაგია;
- ე) ყველა აღნიშნული.

- სისტემური წითელი მგლურას სადიაგნოსტიკოდ ყველაზე ინფორმაციულია განისაზღვროს:

- ა) A იმუნოგლობულინები;
- ბ) M იმუნოგლობულინები;
- გ) ჰემოგლობინი;
- დ) ანტისხეულები დნმ-ის მიმართ;
- ე) არც ერთი აღნიშნული.

- სისტემური წითელი მგლურას დროს გადამწყვეტი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ენიჭება:

- ა) იმუნოგლობულინების მომატებას;
- ბ) დისპროტეინემიას.
- გ) LE უჯრედების არსებობას.
- დ) ედს-ის მომატებას.

„აღარ ვართ მონა, არამედ აზნაურ“

(პირონ მჟორა)

ეს იყო 1917 წლის 25 მარტს... მას შემდეგ ცხრა ათეული წელი გავიდა. ამ მოვლენას მაშინ არავინ დაუტოვებია გულგრილი და იგი დღესაც სიამაყით გვახსენებს, რადგან ეს იყო არა, ნაწყალობევი, არამედ მოპოვებული თავისუფლება და მას სხვა ხიბლი და სხვა მადლი აქვს!

საქართველოს ეკლესია, დღიდან მისი დაარსების, იყო და არის ერის სულიერი ცხოვრების წარმართველი. მისი ისტორია უკეთილშობილესი ნაწილია ჩვენი ქვეყნის ისტორიისა. ეკლესიის როლი და დანიშნულება განსაკუთრებით იზრდებოდა ქვეყნის პოლიტიკური უამინდობის ჟამს. ამიტომ მტერი არა მხოლოდ სახელმწიფოს მმართველობის ხელში ჩაგდებას ცდილობდა, არამედ ეკლესიური ცხოვრების წესის დათრგუნვასაც.

XIX საუკუნის დასაწყისიდან 106 წლის მანძილზე საქართველოს ეკლესია იძულებით რუსეთის საეგზარქოსოს დაემორჩილა. ფაქტობრივად, ეს იყო ტყვეობის წლები. ქართველი ერი არასდროს შეგუებია რუსი ეგზარქოსების თავაშვებულ ქმედებებს. ამიტომ, XIX ს-ის მეორე ნახევრიდან ჩვენი სამღვდელეობა და ინტელიგენცია თავგამოდებით იბრძოდა ავტოკეფალიის მოპოვებისთვის, მაგრამ რუსეთი ამ საქმეს „რკინის ბოროლებში“ აქცევდა და იყო დევნა და ცილისწამება ავტოკეფალიური მოძრაობის მესვეურებსა; საქართველოდან გადაასახლეს მთავარეპისკოპოსი კირიონი, არქიმანდრიტი ამბროსი.

რუს ხელისუფალთ ესმოდათ, რომ საქართველოს ეკლესიის ავტოკეფალიის აღდგენა ქვეყნის დამოუკიდებლობის აღდგენის წინაპირობას ქმნიდა.

1905 წლის 18 თებერვალს მანიფესტის საფუძველზე რუსეთის იმპერიის ყველა მოქალაქეს მიეცა უფლება გამოეთქვა პირად აზრი, თუ როგორ შეიძლება დაპირებული გარდაქმნების ცხოვრებაში გატარება. ამ პროცესში მონაწილეობა მიიღო დეკანოზმა კალისტრატე ცინცაძემ. მან თავისი მოსაზრება საქართველოს ეკლესიის მომავალზე გაუზიარა სერგი გორგაძესა და ანტონ თოთბაძეს.

მათ წინადადება მიიღეს და შეთანხმდნენ საქართველოს ეკლესიის დამოუკიდებლობის აღდგენის საკითხი დაეყენებინათ. სერგი გორგაძემ ითავა ეკლესიის მართვა-გამგეობის პროექტის დამუშავება. ანტონ თოთბაძემ იკისრა საზოგადოების დამოკიდებულების შესწავლა ამ თემისადმი; ხოლო კალისტრატე ცინცაძემ თავისი ბროშურის ხელახალი გამოცემა უზრუნველყო. სულ მალე ნათელი გახდა, რომ სამღვდელეობა და მორწმუნე საზოგადოება ერთსულოვანი იყო და მხარს უჭერდა ავტოკეფალიის აღდგენის მოთხოვნას.

კალისტრატე ცინცაძემ შეადგინა პეტიცია, რომლის განხილვაშიც მონაწილეობდნენ სამღვდლოთაგან კორნელი კეკელიძე (მაშინ დეკანოზმა), ნიკიტა თალაკვაძე, ქრისტეფორე ციციქიშვილი, ბენიამინ კონტრიძე, ხოლო საერო მოღვაწეთაგან ექვთიმე თაყაიშვილი, ალექსანდრე ყიფშიძე და ნიკოლოზ არჯევანიძე.

პროექტის განხილვას აქტიურად ესწრებოდნენ ილია ჭავჭავაძე, აკაკი წერეთელი, ნიკო ნიკოლაძე, იაკობ გოგებაშვილი...

მარკოზ ტყემალაძის ბინაზე გამართულმა საჯარო კრებამ მონონა და მიიღო პეტიციის საბოლოო ვარიანტი.

1917 წლის 25 მარტს სვეტიცხოვლის საპატრიარქო ტაძარში შეგროვილმა სამღვდლოებამ და საზოგადო მოღვაწეებმა, რომლებიც საქართველოს ეკლესიის დროებით მმართველობაში შედიოდნენ, 106 წლის შემდეგ აღდგენილად გამოაცხადეს საქართველოს ეკლესიის ავტოკეფალია.

დროებითი მმართველობის კომიტეტის წევრები სულიერებით, ღვაწლითა და კომპეტენციით მართლაც გამოირჩეოდნენ. ესენი იყვნენ: ეპისკოპოსები ლეონიდე, ანტონი, პიროსი, პროტოპრესვიტერი კორნელი კეკელიძე, დეკანოზი ნიკიტა თალაკვაძე, მღვდლები ვასილ და პოლიევქტოს კარბელაშვილები, კალისტრატე ცინცაძე, ქრისტეფორე ციციქიშვილი, საერონი: ვასილ ბარნოვი, სერგო გორგაძე, გრიგოლ ყიფშიძე, პავლე ინგოროყვა, სოფრომ მაგლობლიშვილი, პარმენ გოთუა და სხვ.

ამ დროს ეპისკოპოსი კირიონი გადასახლებაში იმყოფებოდა და იქიდან უჭერდა მხარს ამ საშურ საქმეს.

ეს ფაქტი რუსეთისთვის სრულიად მიუღებელი იყო. ამიტომაც შეეცადნენ ჯერ ქართული სამწყსოს ტერიტორიულ და კულტურულ-ნაციონალურ ერთეულებად დაშლას, შემდეგ კი ქართველი პატრიარქის – სვეტიცხოველში, ხოლო რუსი მიტროპოლიტის თბილისში დასმას. ამის პასუხად რუსეთში საგანგებოდ ჩასული და იქ მცხოვრები ქართველები აქტიურად იბრძოდნენ, რომ შეენარჩუნებინათ მოპოვებული ავტოკეფალია; რასაც შედეგად მოჰყვა ის, რომ 1917 წლის აგვისტოს ბოლოს, ყოფილ ეგზარქოს პლატონს თბილისი დაატოვებინეს.

1917 წლის 9 სექტემბერს სიონის საპატრიარქო ტაძარში საქართველოს საეკლესიო კრება გაიხსნა. თავმჯდომარეობდა გიორგი ჟურული, ტრიფონ ჯაფარიძე, სპირიდონ ქაღისხიძე. კრებას 441 დელეგატი ესწრებოდა. მართვა-გამგეობისა და სასულიერო საკითხებზე მსჯელობის შემდეგ 17 სექტემბერს კათალიკოს-პატრიარქის არჩევნები ჩატარდა, მასში ქართველი ინტელიგენციის თხოვნით, კირიონიც იღებდა მონაწილეობას. არჩევნებში კირიონმა გაიმარჯვა. კათალიკოს-პატრიარქად მისი აღსაყდრება შედგა 1 ოქტომბერს სვეტიცხოველში.

კათალიკოს-პატრიარქი კირიონ II შემდეგ საქართველოს სამოციქულო, ავტოკეფალური, მართლმადიდებელი ეკლესიის საქეთმპყრობლის მძიმე ჯვარი ღირსეულად ატარეს ლეონიდე, ამბროსი, ქრისტეფორე, კალისტრატე, მელქისედეკმა, ეფრემმა, დავითმა. სასულიერო დასის შეწვევითა და ერის თანადგომით მათ უშიშრეს გამოცდას გაუძლეს. ამით ავტოკეფალური მოძრაობის ერთი ეტაპი დასრულდა, მაგრამ საქართველოს მართლმადიდებლური ეკლესიის საერთაშორისო აღიარება მართლმადიდებელ მსოფლიოში დაკავშირებულია უწმინდესი და უნეტარესი ილია II სახელთან, 1990 წელს მსოფლიო საპატრიარქო სცნო საქართველოს სამოციქულო ეკლესიის ავტოკეფალია უძველესი დროიდან.

დღესაც, 90 წლის შემდეგ, რთული დრო გვიდგას, რომ გადავრჩეთ და გავუძლოთ დროის გამონევენებს, აუცილებელია ერის კონსოლიდაცია და სულიერი ძალისხმევის გამოვლენა. ამიტომაც ბრძანებს უწმინდესი და უნეტარესი ილია II: „იბრძოლეთ ჩვენი გმირი წინაპრების მსგავსად, რათა საკუთარ თავში და თქვენს გარშემო დაიცვათ თქვენი წილი საქართველო. დღეს ეგ ომია თქვენი დიდგორი, თქვენი ბასიანი“.

(2007 წლის საშობაო ეპისტოლე)

გვწამს, ღვთის მადლით საქართველოს ეკლესიის დამაარსებლის, წმ. ანდრია მოციქულისა და საქართველოს განმანათლებლის, წმიდა ნინოს შეწვევითა, მეოხებით წმიდა მეფე ვახტანგ გორგასლისა, რომელმაც V საუკუნეში ავტოკეფალია მოუპოვა საქართველოს ეკლესიას, ჩვენს დიდებულ მეფეთა და დედოფალთა, ღირსთა და ღმერთშემოსილ მამათა და დედათა გოცვით საქართველო გადარჩება და სულიერად გაბრწყინდება, ამინ!



APININI-APIPIPULMO აპინინი-აპიპულმო

წარმოადგენს ორი ბიოლოგიურად აქტიური კომპონენტებით მდიდარი პროდუქტის ფუტკრის ნაწარმისა და წინვოვანის ექსტრაქტის ნაზავს.

გრძელი ხორთუმისა და ფრენის დიდი რადიუსის მქონე ქართული ფუტკრის მიერ შეგროვილი ყვავილის მტვერი მდიდარია ორგანიზმის შენების, განვითარებისა და სიცოცხლისათვის აუცილებელი ნივთიერებებით: ცილებით (შეიცავს ამინომჟავების 22 სახეობას, მათგან 8 შეუცვლელს), ნაჯერი და უჯერი ცხიმოვანი მჟავებით, გლიკოზიდებით, ვიტამინებით (A, B, C, D, PP, E, K, ფოლის მჟავა), ფოსფორბინებით, რუტინით (სისხლძარღვის კედლის გამამაგრებელი ბიოფლავონოიდი), მიკრო და მაკროელემენტებით (Fe, Zn, Cu, F). წინვოვანი ექსტრაქტი-ქლოროფილით.

გამოიყენება: 1. ძიძმე და ხანგრძლივი ავადმყოფობის შემდგომი რეაბილიტაციისათვის. 2. გონებრივი და ფიზიკური გადატვირთვისას, ზოგადო მდგომარეობის და ნერვული სისტემის გასაუმჯობესებლად.

3. პარენტრალური კვებისას, ვეგეტარიანელებისათვის და მათთვის ვის კვებით იმუნიტეტს, გამოიყენება იმუნოდეფიციტის დროს. რაციონშიც ცხოველური წარმოშობის პროდუქტები მცირეა; 4. არეგულარებს. 5. აუმჯობესებს ფილტვების ვენტილაციას, მათში ჟანგბადის მიწოდებას. 6. მწვავე რესპირატორული დაავადებების დროს და მათი პროფილაქტიკის მიზნით. 7. სასუნთქი სისტემის ანთებითი დაავადებების დროს: ბრონქიტები, პნევმონიები, ტუბერკულოზი. 8. ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის დროს. 9. ანტირადიაციული საშუალებაა. 10. ხელს უწყობს მოზარდათა სიმალლეში ზრდას. 11. აუმჯობესებს გულ-სისხლძარღვით სისტემისა და კუჭნაწლავის ტრაქტის ფუნქციას. 12. ორსულობის და ლაქტაციის პერიოდში. 13. ენდოკრინოლოგიაში: შაქრიანი დიაბეტის და ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის დროს. წინააღმდეგ ჩვენებები: ინდივიდუალური აუტანლობა გვერდითი მოვლენები. გამოვლენილი არ არის დოზირება: 1 წლიდან 1/4 აბი 2-ჯერ დღეში; 1 წლიდან 3 წლამდე 1/3 აბი სამჯერ დღეში; 3 წლიდან 6 წლამდე 1 აბი 3-ჯერ დღეში. 6-დან 12 წლამდე 1,5 აბი 3-ჯერ დღეში; 12 წლიდან 2 აბი 3-ჯერ დღეში; მკურნალობის კურსი ერთი თვე. განმეორებითი კურსი რეკომენდირებულია 3 თვეში ერთხელ. მიღების წესი: მიიღება ჭამამდე 15 წუთით ადრე, ან ჭამის დროს. ნახევარი ჭიქა წყლის დაყოფით, ან შეიძლება 13 სთ-დან 15 სთ-მდე, 17 სთ-დან 19 სთ-მდე. ეძლევა ექიმის დანიშნულებით.

გამოშვების ფორმა: ორი 30 ტაბლეტიანი ფლაკონი, ტაბლეტები თავლის არომატით, არ არის დაფარული საღებავიანი გარსით.

შენახვის წესი: ჰიგროსკოპულია და ინახება მშრალ, გრილ ადგილას, შენახვის ვადა 1 წელი.

APIKOR აპიკორი

ორი ბიოლოგიურად აქტიური კომპონენტებით მდიდარი პროდუქტის ფუტკრის ნაწარმისა და ყურძნის ნიჰის ნაზავია. ყურძნის ნიჰა ამცირებს დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდებს და საერთოდ ქოლესტერინის შემცველობას სისხლში, რის შედეგადაც ათეროსკლეროზის პროგრესირება ფერხდება. ქართული ფუტკრის მიერ შეგროვილი ყვავილის მტვერი კი მდიდარია ორგანიზმის შენების, განვითარებისა და სიცოცხლისათვის აუცილებელი ნივთიერებებით: ცილებით (შეიცავს ამინომჟავების 22 სახეობას, მათგან 8 შეუცვლელს), ნაჯერი და უჯერი ცხიმოვანი მჟავებით, გლიკოზიდებით, ვიტამინებით (A, B, C, D, PP, E, K, ფოლის მჟავა), ფოსფორბინებით, რუტინით (სისხლძარღვის კედლის გამამაგრებელი ბიოფლავონოიდი), მიკრო და მაკროელემენტებით,

აუმჯობესებს ცხიმოვან ცვლას, სისხლძარღვის კედელში ამცირებს ქოლესტერინს, აუმჯობესებს მხედველობას. ხელს უწყობს ორგანიზმის განმეორებას, წონაში დაკლებას. აძლიერებს იმუნიტეტს.

სხნის ნერვულ დაძაბულობას სტრესების დროს, ორგანიზმს მატებს ტონუსს (ამაგრებს ენერჯით ცხიმების ცვლის ხარჯზე), აუმჯობესებს ძილს. გამოაქვს ტოქსინები. სხნის „პაპნელიას“.

აუმჯობესებს საჭმლის მოხელვას, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, კუჭის, ღვიძლის, ელენთის ფუნქციას.

გამოიყენება: 1. ბავშვებში პარენტრალური კვებისას; მათთვის ვის კვებით რაციონშიც ცხოველური წარმოშობის პროდუქტები მცირეა. 2. იმუნიტეტის ასანეად; ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის დროს; ანტირადიაციული საშუალებაა. 3. გონებრივი და ფიზიკური გადატვირთვისას ზოგადი მდგომარეობის და ნერვული სისტემის გასაუმჯობესებლად. 4. ჭარბი ნონის პროფილაქტიკისათვის, წონაში დაკლების პროგრამაში. 5. ათეროსკლეროზის, გულის იშემიური დაავადებების, ჰიპერტონიის პროფილაქტიკისათვის. 6. ახლომხედველობისა და მხედველობის სიმახვილის დაქვეითების საპროფილაქტიკოდ. 7. შაქრიანი დიაბეტის დროს, როგორც დამხ-

მარე საშუალება. 8. ვაჟების სქესობრივი მომწიფების პერიოდში, მამაკაცებში დაქვეითებული სქესობრივი აქტივობისას; 9. დერმატიტების, გამელოტების, ცხიმოვანი ცვლის დარღვევის, ღვიძლის ცხიმოვანი დისტროფიის, ღვიძლის, თირკმლის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების დროს. 10. კლინიკურულ პერიოდში.

ინდივიდუალური აუტანლობა გვერდითი მოვლენები გამოვლენილი არ არის. დოზირება: 6 თვიდან 1 წლამდე 1/4 აბი 2-ჯერ დღეში; 1 წლიდან 3 წლამდე 1/3 აბის ამჯერ დღეში; 3 წლიდან 6 წლამდე 1 აბი 3-ჯერ დღეში; 6-დან 12 წლამდე 1,5 აბი 3-ჯერ დღეში; 12 წლიდან 2 აბი 3-ჯერ დღეში; მკურნალობის კურსი ერთი თვე; განმეორებითი კურსი რეკომენდირებულია 3 თვეში ერთხელ.

მიღების წესი: ჭამამდე 15 წუთით ადრე, ან ჭამის დროს. ნახევარი ჭიქა წყლის დაყოფით, ან შეიძლება დაიშვას და მოეყაროს თბილ საკვებს. მიღების რეკომენდირებული ბიოლოგიური დროა დილით 9 სთ-10 სთ. 13 სთ-დან 15 სთ-მდე, 17 სთ-დან 19 სთ-მდე. ეძლევა ექიმის დანიშნულებით.

გამოშვების ფორმა: ორი 30 ტაბლეტიანი ფლაკონი. ტაბლეტები თავლის არომატით.

შენახვის წესი: პრეპარატი ჰიგროსკოპულია და ინახება მშრალ, გრილ ადგილას. შენახვის ვადა 1 წელი.

APIPIKNO-APIHEPATI აპიპიკნო-აპიპეპატი

წარმოადგენს ბუნებრივ ნატურალურ მცენარეულ კომპონენტთა წყაროს: ფუტკრის ნაწარმი + წინვოვანის ექსტრაქტი + ყურძნის ნიჰა. სუპერ ჯანმრთელობის ელექსირი მდიდარია თითქმის ყველა იმ ბიოლოგიურად აქტიური კომპონენტებით, რომლებიც აუცილებელია ორგანიზმის ნორმალური ცხოველმყოფელობისათვის და ჯანმრთელობის შენარჩუნებისათვის. ესენია: ცილები (შეიცავს ამინომჟავების 22 სახეობას, მათგან 8 შეუცვლელს), აქტიური ლიპიდები, მათ შორის უჯერი ცხიმოვანი მჟავები, გლიკოზიდები, ვიტამინები (A, B, C, D, PP, E, K, ფოლის მჟავა), რუტინი (სისხლძარღვის კედლის გამამაგრებელი ბიოფლავონოიდი), ფოსფორბინები - მათ შორის ბეტა-სიტოსტერონი, რომელიც განაპირობებს ორგანიზმში ჰორმონალური ნივთიერების სინთეზს (მეთილგლუტოსტერონი), ტრიტერპენოვანი ოქსი ოლიანოლის მჟავა, მიკროელემენტები (Fe, Zn, Cu, F), წინვოვანი ექსტრაქტი-ქლოროფილი, ყურძლის ნიჰა და სხვა.

გამოიყენება: პროფილაქტიკური მიზნებისათვის ტონუსისა და იმუნიტეტის ასამაღლებლად: ფიზიკური და გონებრივი გადაძაბვის შემდეგ ორგანიზმის შრომისუნარიანობის აღსადგენად; ხელს უწყობს მოზარდების სიმალლეში ზრდას; აუმჯობესებს ორგანიზმის ცხოველმყოფეობას და ანელებს დაბერების პროცესებს; ათეროსკლეროზის, გულის იშემიურ დაავადებების, ჰიპერტონიის პროფილაქტიკისათვის.

ახლომხედველობისა და მხედველობის სიმახვილის დაქვეითების საპროფილაქტიკოდ; შაქრიანი დიაბეტის დროს, როგორც დამხმარე საშუალება. ვაჟების სქესობრივი მომწიფების პერიოდში, მამაკაცებში დაქვეითებული სქესობრივი აქტივობისას; დერმატიტების, გამელოტების, ცხიმოვანი ცვლის დარღვევის, ღვიძლის ცხიმოვანი დისტროფიის, ღვიძლის, თირკმლის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების დროს. აუმჯობესებს ფილტვების ვენტილაციას, მათში ჟანგბადის მიწოდებას. სასუნთქი სისტემის ანთებითი დაავადებების დროს. ბრონქიტები, პნევმონიები, ტუბერკულოზი. ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის დროს. ანტირადიაციული საშუალებაა.

წინააღმდეგ ჩვენებები: ინდივიდუალური აუტანლობა. გვერდითი მოვლენები: გამოვლენილი არ არის. დოზირება: 6 თვიდან 1 წლამდე 1/4 აბი 2-ჯერ დღეში; 1 წლიდან 3 წლამდე 1/3 აბი სამჯერ დღეში; 3 წლიდან მოზრდილთათვის 3 აბი 3-ჯერ დღეში. მკურნალობის კურსი ერთი თვე. განმეორებითი კურსი რეკომენდირებულია 3 თვეში ერთხელ.

შეიძლება დაიფშვას და მოეყაროს თბილ საკვებს. მიღების რეკომენდირებული ბიოლოგიური დროა დილით 9 სთ-10 სთ. 13 სთ-დან 15 სთ-მდე, 17 სთ-დან 19 სთ-მდე. ეძლევა ექიმის დანიშნულებით. გამოშვების ფორმა: ორი 30 ტაბლეტიანი ფლაკონი. ტაბლეტები თავლის არომატით.

შენახვის წესი: პრეპარატი ჰიგროსკოპულია და ინახება მშრალ, გრილ ადგილას. შენახვის ვადა 1 წელი. რეკომენდირებულია საქართველოს ექიმთა ასოციაციის მიერ. არის ქართული წარმოების ბუნებრივი, ნატურალური კვებითი დანამატი, რომელიც აკმაყოფილებს საერთაშორისო სტანდარტების ყველაზე მაკაცრ კრიტერიუმებს.

ავთიაქი „პარმაფარმი“ - ალ. ყაზბეგის გამზირი №8 (ტრანსპორტის სამინისტროს გვერდით) ტ. 38-41-71; ავლაბარი - ცისკრის ქ. 7.