

**საქართველოს ვ. მოროშკინის სახელობის
სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი**
V. Moroshkini's Georgian Social Pediatrics Protection Fund



„ჩანასახიდან ბავშვს აქვს უფლება იყოს დაცული“.

„Childrens rights must be defended since embryo“

**სოციალური პედიატრიის დაცვის
ფონდის ჟურნალი**

№ 8-3-2

გამოდის ექვს თვეში ერთხელ

**ევრო მეცნიერების საქართველოს ეროვნული
საქმიის ჟურნალი**

თბილისი
2006
Tbilisi

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის ქურნალის "სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია" სარედაქციო საბჭოსა და სარედაქციო კოლეგიის შემადგენლობა

სარედაქციო საბჭო

საკუთარი რედაქტორი

პროფესორი **ი. ციციშვილი**

მთავარი რედაქტორი

მ. მ. დ. პროფესორი, აკადემიკოსი

გ. ჩახუნავაძე

რედაქტორის მოადგილე

კ. იმნაძე,

დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის დირექტორი

რედაქტორის მოადგილე

თ. მიქაელაძე,

ექიმი-პედიატრი

რედაქტორის მოადგილე

ლ. კიკნაძე,

საქართველოს კალთა კონგრესის თავმჯდომარე

რედაქტორის მოადგილე

გ. დიდავა,

საქართველოს პათოლოგ-ანატომია ასოციაციის

გენერალური მდივანი, მ. მ. დ. პროფესორი, აკადემიკოსი

რედაქტორის მოადგილე

ნ. ჯობაძე

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა კავშირი, მ. მ. კ.

სარედაქციო საბჭოს მდივანი

ნ. გაღრიშვილი,

თ. ს. უნივერსიტეტის ასისტენტი, მ. მ. კ.

საბჭოს წევრები:

დ. ტაბუცაძე

თ.ს.ს.უ უნივერსიტეტის დოცენტი, მ. მ. კ.

ქ. კვაჭაძე

საქართველოს ეკოლოგიური პედიატრიის კავშირი

დ. კუხიანიძე

აფხაზეთში ჰუმანიტარულ და სოციალურ

პროგრამათა განვითარების საერთაშორისო ფონდის თავმჯდომარე

მ. ნანობაშვილი

ექიმი-პედიატრი

გ. ადამაშვილი

ექიმი-პედიატრი, მ. მ. კ.

ნ. ფრუიძე

ექიმი-პედიატრი

**სარედაქციო კოლეგია
კოლეგიის თავმჯდომარე**

- ბ. მანჯავიძე**
თსსუ მმდ პროფესორი
- მოდგილა ქ. ნემსაძე**
თსსუ მმდ პროფესორი
- მოდგილა ნ. თოფურიძე**
თსსუ ასისტენტი მმკ
- მოდგილა ზ. შაქარაშვილი**
მმკ

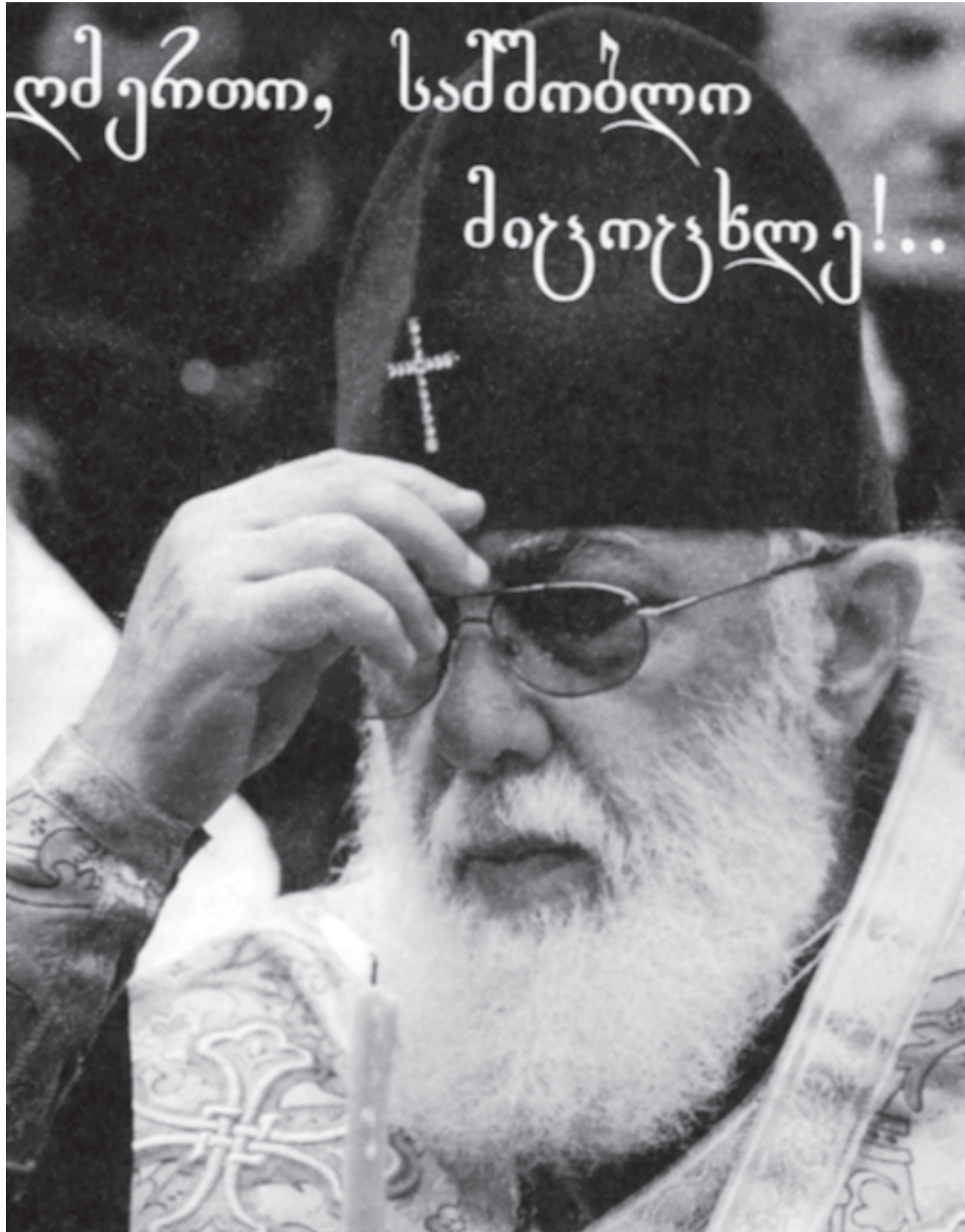
კოლეგიის წევრები

- ასათიანი ნ.** (არასამთავრობოების
კოალიცია აფხაზეთისთვის)
- ბიბილაშვილი ი.** (არასამთავრობოების
კოალიცია აფხაზეთისთვის)
- ბაბაიძე თ.** (მ. მ. კ.
მეან-გინეკოლოგი – ბათუმი)
- დავითაია ვ.** (თ. ს. ს. უ.
პროფესორი მ. მ. დ.)
- ზარდალიშვილი ვ.** (საქართველოს
ბავშვთა კარდიოლოგთა
ასოციაციის მ. მ. დ.)
- ზურაბაშვილი დ.** (ფსიქიატრიის
ინსტიტუტის დირექტორი,
პროფესორი)
- კვეზირაძე-კოვაძე ა.** (საქართველოს
პედიატრთა ასოციაციის
პრეზიდენტი მ. მ. დ. პროფ. აკად.)
- კუტუბიძე რ.** (თსსუ პროფესორი,
მ. მ. დ. აკად.)
- კილაძე დ.** (ჯი-პი-სის
გენ დირექტორი, მ. მ. კ.)
- კარანაძე თ.** (ივანე ჯავახიშვილის სახ.
სახელმწიფო უნივერსიტეტის
პროფესორი)
- მამა ლევანი** (საქართველოს
საპატრიარქო)

- მირიანაშვილი მ.** (არასამთავრობო
ორგანიზაცია „ჟირაფი“)
- მორჩილაძე ა.** (ქ.თბილისის შრომის,
ჯანმრთელობისა და
სოციალური საქალაქო
სამსახურის უფროსის მოადგილე)
- ნადარეიშვილი ბ.** (წითელი ჯვრის
სამედიცინო დეპარტამენტის
ხელმძღვანელი)
- ჟვანია მ.** (თსსუ
პროფესორი მმდ)
- ჟორჟოლიანი ლ.** (საქართველოს
პედიატრიის ინსტიტუტის
დირექტორი, პროფ. მმდ)
- უპარი ნ.** (თსსუ პროფესორი მმდ)
- ურუშაძე ლ.** (ევრომეცნიერების
საქართველოს ეროვნული
სექციის თავმჯდომარე)
- ფავლანიშვილი ი.** (თსსუ პროფ.)
- ფრუიძე დ.** (თსსუ გ. ჟვანიას
პედიატრიული კლინიკის
გენერალური დირექტორი)
- ქარსელაძე რ.** (ივ. ჯავახიშვილის
სახ. სახელმწიფო
უნივერსიტეტის პროფ. მ. მ. დ.)
- 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)
- სოჯავა მ.** (თსსუ პროფესორი, მმდ)
- ცინცაძე ნ.** (აჭარის რეგიონის
სოციალური და ეკოლოგიური
პედიატრიის კავშირი)

სარჩევი

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის პრეს-რელიზი	7	ფარისებრი ჯირკვლის კვანძები: კლინიკური მნიშვნელობა, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ...	31
სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის საქველმოქმედო აქციების შესახებ	8	თავის ტკივილი ბავშვთა ასაკში	34
INFORMATION ABOUT SOCIAL PEDIATRICS PROTECTION FOUND	12	ჰორმონდამოუკიდებელი ცალმხრივი კრივტორქიზმის პერიოქპრაციული მკურნალობა ...	36
ერთად ჩვენ შევძლებთ დავაპარცხმთ შიღსი, ტუბერკულოზი და მალარია	16	Молекулярные изменения при острой дыхательной недостаточности у детей	38
დავით ფრუიქე – მინდა, დიდი მადლობა გადავუხადო წინამორბედთ, კლინიკისა და პროფესიონალური კადრების შენარჩუნებისათვის	17	მწვავე პოსტტრექტოკოპული გლომერულონეფრიტი	41
II საერთაშორისო ფესტივალი „ჩვენებურები“	18	„მტკიცებითი მედიცინის დრო დადგა“	45
ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის მედიკო- სოციალური პრობლემები საქართველოსა და კავკასიის რეგიონში	21	რა უნდა ვიცოდეთ ცოფის, ჯილენის, მალარიის, ბოტულიზმისა და ჰეპატიტის შესახებ	46
სრულიად საქართველოს მედიცინის მუშაკთა დაცვის ასოციაცია „დედა და ბავშვი“	22	საქართველოს სასმელი ნყლის რესურსების რაციონალური გამოყენებით ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების კონცეფციის ანოტაცია	50
უალკოჰოლო სასმელები ბავშვთა კვებაში	24	ოცდამეერთე საუკუნეში პედიატრიული დარგის განვითარების პერსპექტივები საქართველოში	52
შენობა-ნაგებობებში სანიტარულ- ჰიგიენური მოთხოვნები და მიხედვით ნორმებისა და წესების დარღვევის შესახებ	25	სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი მოსახლეობისა და ახალგაზრდა ექიმების სამსახურში	56
ფრინველის ბრძვის საშიშროება	27	Life and activity of professor Ioseb Kvachadze	58
თუ ძირუბი ასპროცინთან გარანტიას გაძლევთ, ის ძირუბი აღარ არის	29	clinical trials	59



დებერთა, საძიებლო
მიტოვებულე!...

ჩემი საცია სამშობლო,
სასაცო მთელი ქვეყანა,
განათებული მთა-მარტი
წილნაცართა ღმერთთანა.

თავისუფლება დღეს ჩვენი
მომავალს უმღერს დიდებას,
ცისკრის ვარსკვლავი ამოდის
და თბ ზღვას შუა ბრწყინდება.

დიდება თავისუფლებას,
თავისუფლებას დიდება!

სოციალური პედაგოგის დახვის ფონდის პრეს-ჩელიზი

სოციალური პედაგოგის დახვის ფონდი შეიქმნა 1998 წლის 9 ოქტომბერს.

ის ისახავს კეთილშობილურ მიზანს განახორციელოს სოციალური პედაგოგის განვითარების პროგრამები, როგორცაა დედათა, ბავშვთა და მოზარდთა სოციალური უფლებების დაცვა და მათ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა. ფონდს გააჩნია დიდი ორგანიზაციული გამოცდილება, შესატყვისი



მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა და გამოცდილი კადრები.

ფონდის გამგეობის თავმჯდომარეა პროფესორი გ. ჩახუნაშვილი, მასში მოღვაწეობენ და გაფართოებული გამგეობის წევრები არიან: პროფ. ი. ციციშვილი, პროფ. ა. კეკელიძე, პროფ. რ. კუტუბიძე, პროფ. ნ. უბერი, დოც. დ. ტაბუცაძე, ხ. შაქარაშვილი, მ. მირიანაშვილი, ნ. ხადრიაშვილი, ვ. გეგეშიძე, ნ. თოფურიძე, თ. მიქელაძე, მ. ნანობაშვილი და სხვები. ფონდთან თანამშრომლობენ ცნობილი ექიმები, პროფესორები, საზოგადო მოღვაწეები, იურისტები, რომლებიც ატარებენ მოსახლეობის სოციალური უზრუნველყოფისა და სამედიცინო დახმარების საქველმოქმედო აქციებს (უფასო გამოკვლევები, მკურნალობა, კონსულტაციები). ამ აქციებზე, რომელიც ჩატარდა თბილისსა და საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში (მთა-თუშეთი, აჭარა, კოდორის ხეობა, სიღნაღი, ახალგორი, ბახმარო-ბეშუმი, ბაღდადი, რუსთავი, აბაშა, გურჯაანი, მარნეული, გორი ჩოხატაური, ლანჩხუთი, საგარეჯო, ფასანაური, ზუგდიდი, აჭაღის ბავშვთა კოლონია, წყნეთის ბავშვთა სახლი და სხვა მრავალი) კომპლექსურად გაისინჯა 74 000-ზე მეტი ბავშვი და მოზარდი. შედეგად პრაქტიკულად შეიქმნა მოსახლეობის ავადობის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის, მათი კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის ეფექტურობის ზოგადი სურათები. შემუშავდა რეკომენდაციები და შეიქმნა პროგრამები ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის ამაღლების მიზნით.

ორგანიზაციას აქვს დიდი გამოცდილება სამკურნალო-პროფილაქტიკური, სარეაბილიტაციო და სანიტარულ-ჰიგიენური განათლების პროგრამების მართვის და მონიტორინგის საქმეში. UNICEF-ის მხარდაჭერით განხორციელებული აქვს პროექტი „სასჯელადსრულების დაწესებულებებში და დროებით იზოლაციაში მყოფ ბავშვთა და მოზარდთა სოციალურ-ფსიქოლოგიური, სამედიცინო-პროფილაქტიკური და სარეაბილიტაციო ღონისძიებანი“,

რომლის ძირითადი სტრატეგია იყო: 1) ციხეებსა და დაკავების ადგილებში მყოფ ბავშვთა და მოზარდთა სამედიცინო შემოწმების საფუძველზე ჯანმრთელობის შესაბამისი ღონისძიებების გატარება (მკურნალობა, რეკომენდაციები და ა.შ.), 2) ბავშვთა ფსიქო-სომატური მონაცემების საფუძველზე სარეაბილიტაციო ღონისძიებების შემუშავება, 3) ჯანმრთელი ცხოვრების წესის უზრუნველყოფისათვის სამედიცინო-ადმინისტრაციული მუშაობის ჩატარება და შესატყვისი ლიტერატურის მიწოდება. პროგრამის შესრულების პროცესში გამოვლინდა, რომ ამ კონტიგენტში საკმაოდ მაღალია ტოქსომანიის, ნარკომანიის, პროსტიტუციის, ტუბერკულოზის, სქესობრივი გზით გადადებ ინფექციათა, ფსიქო-სომატური დარღვევების რიცხვი.

პროგრამის შესრულების ანალიზით დაისახა განსახორციელებელი ამოცანები: 1. სასწრაფო მსჯავრდებულთა იზოლაცია დანაშაულის კატეგორიებისა და წლოვანების მიხედვით. 2) მომავალი დედობის პრობლემის გადაჭრის ერთ-ერთ შემადგენელი ნაწილია ბავშვთა ასაკში „ქუჩის ბავშვებში“ გოგონათა სწორი ორიენტაციის ჩამოყალიბებას. 3) აუცილებლობა მოითხოვს ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში ტოქსომანიის, ნარკომანიის, სქესობრივი გზით გადადებ ინფექციათა, მათ შორის აივ ინფექციის პროფილაქტიკური და სამკურნალო ღონისძიებების გატარებას, 4) სკოლა-სემინარები არსებული პრობლემის ირგვლივ – სასწავლო-ადმინისტრაციული დაწესებულებებისა და უმაღლესი სასწავლებლების პედაგოგებთან 5) სპეციალურ



გადაცემათა ციკლის შექმნა რადიო-ტელევიზიაში, პრესაში აქტიური გაშუქება. პროექტი „მონანიება“). პროგრამაზე მუშაობის პერიოდში პერიოდულ პრესაში არსებული პრობლემის ირგვლივ გამოქვეყნდა სტატიები: 1) „რისკის ჯგუფის“ ბავშვებთან პედაგოგიური მუშაობის ზოგიერთი საკითხი. 2) ფრთხილად, თქვენს წინ ბავშვი! 3) ჩვენ მივდივართ იმ გზით, რომლითაც უნდა ვიაროთ! 4) ბავშვთა და მოზარდთა დანაშაულობა ექიმ-პედაგოგის თვალთახედვით.

ინვალიდთა ლიგასთან ერთად შემუშავებული აქვს პროგრამა „გონებრივი და ფიზიკური შესაძლებლობების შეზღუდვის პრევენციის მეთოდოლოგიის შემუშავება, პროპაგანდა და პირველადი სოციალური დახმარება ბავშვთა ასაკში“ პროგრამის მიზანს წარმოადგენს, შეგვესწავლა

სასწავლო დაწესებულებებში არსებული ჰიგიენური მდგომარეობა, შემუშავდეს არსებული დარღვევების პრევენციის მეთოდები და როგორც სკოლის მოსწავლეებს, ასევე მათ მიკროსოციალურ გარემოს მიეწოდოს ინფორმაცია შრომისა და დასვენების დროის სწორი განაწილების, ფიზიკური აქტივობის აუცილებლობის შესახებ, სწორი კვების თაობაზე ანუ მოხდეს ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდა.

„ბავშვთა აღზრდისა და განვითარების ხელშეწყობი მიზნობრივი პროგრამა“, რომლის სტრატეგიული მიზანი და ორიენტირებაა: 1) დედაქალაქის სასწავლო-აღმზრდელობით დაწესებულებებში ბავშვთა და მოზარდთა ჰიგიენის განვითარების უზრუნველყოფა. 2) დედაქალაქის საგანმანათლებლო დაწესებულებებში მომავალი თაობის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფისათვის პრევენციული ღონისძიებების განსახდერა და განხორციელება. 3) სასწავლო-აღმზრდელობით დაწესებულებებში არსებული ჰიგიენური მდგომარეობის შესწავლა და არსებული დარღვევების პროფილაქტიკა. 4) დედაქალაქის სასწავლო-აღმზრდელობით დაწესებულებებში ბავშვთა და მოზარდთა ჰიგიენის საკითხებში განათლების ხარისხის განსახდერა და უზრუნველყოფა. 5) ბავშვთა და მოზარდთა სწავლებისა და აღზრდის პირობების გაჯანსაღება და მათ სასწავლებლებში ჰიგიენური წესებისა და ნორმების დაცვა.

მესამე წელიწადია ანხორციელებს ქ. თბილისის სამკურნალო დაწესებულებებში 0-დან 3-წლამდე ბავშვთა კვების პროგრამას. საქართველოს თავდაცვის ფონთან ერთად ფონდმა შეასრულა „საქართველოს მთლიანობისათვის ბრძოლაში მონაწილე და დაღუპულთა ოჯახების სამედიცინო-სამკურნალო, პროფილაქტიკური და სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამა“.

2004წ განახორციელა: I. ქ. თბილისის მერიის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საქალაქო სამსახურის პროგრამები:

1) „ქ. თბილისში სკოლის ასაკის ბავშვთა სკოლითხის, მათი რისკ ჯგუფების გამოვლენა და პრევენციული ღონისძიებანი“

2) „თბილისის ინსტიტუციონალურ დაწესებულებებში (ბავშვთა სახლები, სკოლა-ინტერნატები, ბაგა-ბაღები, პანსიონატები, თავშესაფრები) მყოფ აღსაზრდელებში სომატურ დაავადებათა პრევენციული და რეაბილიტაციური ღონისძიებანი“

II. მონაწილეობა მიიღო საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ჩატარებულ ტენდერში:

1) სოციალური სფეროს ინსტიტუციონალური და ფუნქციონალური რეფორმის ხელშეწყობის 2004წლის სახელმწიფო პროგრამის -სოციალური სფეროს საორგანიზაციო-მეთოდური და სამართლებრივი უზრუნველყოფის კომპონენტს „სოციალური მუშაკის ინსტიტუტის ჩამოყალიბება საქართველოში.“

2) მოსახლეობის სტაციონარული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის

- 0-3წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო დახმარების კომპონენტის მონიტორინგი

III 2005წელს ანხორციელებს CRDF პროექტს: Role of viral pathogens in systemic infections in infants from the newborn intensive care units in Georgia “

3. USAID end WORLD LEARNING –თან შექმნილი სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის სამუშაო ჯგუფი (ხელმძ. მ. მირიანაშვილი) მუშაობს 2006 წელი

ინვალიდთა ინტერესებისადმი საქართველოს ეროვნულ მოქმედებათა გეგმის პროექტზე.

2004წლის ოქტომბერში სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდმა სხვა არასამთავრობო ორგანიზაციებთან ერთად კოალიციაში გაიმარჯვა USAID end WORLD LEARNING-მიერ გამოცხადებულ კონკურსში სახელწოდებით „ვისწავლოთ ერთად ცხოვრება“ რომელიც მთლიანად ეძღვნება ა.შ.შ.ს. ინტერესებისადმი კომპანია. ქ-ნი მ. მირიანაშვილი ამ პროგრამის კოორდინატორია.

მონაწილეობას ღებულობს კონკურსში:

1. „Early diagnosis and treatment of Celiacia“
2. „Prediction of current and optimization of treatment and rehabilitation of the patients with Mucoviscidosis“



3. „Early diagnosis and treatment of Lactose intolerance“

ორგანიზაციას ჩატარებული აქვს სამუშაო შეხვედრები სახალხო დამცველის ოფისში საკითხზე - „არასრულწლოვანი დამნაშავეები, მათი უფლებები და რეალობა“ და „გლობალური მარშის“ წარმომადგენელთან კაილაშ სატიარტთან. გამკვების თავმჯდომარემ მოხსენება გააკეთა საერთაშორისო

ასოციაციის „კავკასია: ეთნიკური ურთიერთობები, ადამიანის უფლებები, გეოპოლიტიკა“ სხდომაზე, სადაც განიხილებოდა საქართველოში ბავშვთა უფლებების დაცვის სფეროში არსებული მდგომარეობა. ორგანიზაციას საერთოდ სხვადასხვა თემატიკაზე ჩატარებული აქვს თორმეტი კონფერენცია და 18 სიმპოზიუმი.

ყოველ წელს ბავშვთა დაცვის საერთაშორისო დღეს უძღვნი ს კონფერენციას რომელზედაც განიხილება პედიატრიის აქტუალური საკითხები, ბავშვთა უფლებები და სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის საანგარიშო მოხსენება (01.06.2004წ, 01.06.2003წ, 01.06.2002წ, 01.06.2001წ, 01.06.2000წ)

- „ჯანმრთელი ბავშვი მშვიდობიანი კავკასია“(01.06.1999)

„სახლგაზრდა პედიატრთა XVIII კონფერენცია“ (01.06.2000წ)

კონფერენცია: „ბავშვთა მკურნალობა XXI საუკუნეში“(01.06.2000

კონფ: „რესპირატორულ დაავადებათა თერაპიის აქტუალური საკითხები“(28.02.2001

კონფ: „ბავშვი, მოზარდი და ოჯახური ძალადობა“(01.6.2001)

კონფ: „ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“(2001)

- შეხვედრა სახალხო დამცველის ოფისში „არასრულწლოვანი დამნაშავეები, მათი უფლებები და რეალობა“(27.03.2001)

- შეხვედრა „გლობალური მარშის“ წარმომადგენელთან

კაილაშ სატიარტან (04.09.2002

კონფ: „აღამიანის გენომის პროექტი“ (13.02.2002)

კონფ: „თანდაყოლილი ინფექციების თანამედროვე ასპექტები“ (6.11.2002)

კონფ: „მუკოვისციდოზით დაავადებულთა სამედიცინო და სოციალური ასპექტები“ (7.11.2002)

კონფ: „მოზარდთა სექსუალური, ბიოსამედიცინო, სოციალური და ფსიქოლოგიური ასპექტები“ (20.12.2002)

კონფ: „მეორადი იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის დიაგნოსტიკისა და იმუნოორექციის პრინციპები პედიატრიულ პრაქტიკაში“ (31.05.2003წ)

კონფ: „ენტერალური და პარენტერალური კვების პრინციპები. (04. 04 2003წ)

- „საქართველოს ბავშვთა

კარდიოლოგთა ასოციაციის II სამეცნიერო პრაქტიკული კონფერენცია“ (19.XII.2003წ)

- „პედიატრიის

აქტუალური საკითხები“ – ეძღვნება გენეტიკოსის ვ. მოროშინის სსოფნას. (22.XII. 2004წ)

- 2005 წლის 1 ივნისს

ჩატარდა სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XIII კონფერენცია –

„პედიატრიის აქტუალური საკითხები“, რომელიც მიეძღვნა ბავშვთა დაცვის საერთაშორისო დღეს.

2005 წლის 9 სექტემბერს სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის მიერ სასტუმრო თბილისი მერიტში ჩატარდა II საერთაშორისო კონფერენცია „ჯანმრთელი ბავშვი – მშვიდობიანი კავკასია“.

2005 წლის 27.XII გ. უვანიას სახელობის თსსუ პედიატრიული კლინიკის სააქტო დარბაზში ჩატარდა სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XIV კონფერენცია, თემაზე „პედიატრიის აქტუალური საკითხები“.

კონფერენცია გახსნა მ. მ. დ. პროფესორმა რამაზ კუტუბიძემ. სხდომის თავმჯდომარეები იყვნენ პროფ. აკად. ა. კვეზერელი-კოპაძე, პროფ. აკად. გ. ჩახუნაშვილი, კურატორები მ. მ. კ. ნ. ბადრაშვილი, მ. მ. კ. ნ. თოფურიძე

კონფერენციაზე გაკეთდა მოხსენება პედიატრიის ისეთ აქტუალურ საკითხებზე, როგორებიცაა: „ინფექციათა მიმართ რეზისტენტობის გენეტიკური მარკერები“. მ. მ. დ. გ. კამკაშიძე, მ. ბუნაშვილი. „გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა მკურნალობის თანამედროვე პრინციპები“. მ. მ. დ. პროფ. აკად. გ. ჩახუნაშვილი, მ. მ. კ. ნ. ჯობავა. „მემკვიდრეობით დაავადებათა პრევენცია და პრენატალური დიაგნოსტიკის პრინციპები“. მ. მ. კ. მ. წულაია, მ. მ. კ. ნ. თოფურიძე, მ. მ. კ. ნ. ბიტავა, ი. მანჯგალაძე. „კლინიკური ფარმაკოლოგიის მნი-

ვშნელობა პრაქტიკულ მედიცინაში“. მ. მ. კ. ი. კორინთელი, მ. მ. კ. ქ. კვაჭაძე, თ. ნოზაძე, თ. ხარაშვილი. „B ჰეპატიტის პროფილაქტიკა და პოსტნატალური გართულებები ახალშობილებში“. ნ. ხეთისიაშვილი, თ. კვიციანიძე, ლ. ჯანელიძე, ლ. ხვადაგიანი, მ. თოფურიძე, ნ. პატავა, ნ. ხაჩიშვილი. „ფირმა GIC-ის პროდუქცია სანიტარულ-ჰიგიენურ სამსახურში“. ვ. ხელაშვილი, თ. ინკირველი.

ფონდის თანამშრომლების მიერ შემუშავებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამები: 1. „პირველადი და მეორადი იმუნოდეფიციტებისა და მემკვიდრეობითი დაავადებების მართვა“. (რეგისტრაციის №2003171).

2. „მალბსორტიის სინდრომით მიმდინარე დაავადებათა ეტიოპათოგენეზის, კლინიკის, დიაგნოსტიკის, და მკურნალობის პრინციპები“ (რეგისტრაციის №2003170).

3. „გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაზიანების დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროგნოზირებისა და რეაბილიტაციის თანამედროვე პრინციპები თურა-ს და სწმ-ს დროს, მიტრალური სარქველის პროლაბირებისა და გულის რიტმის დარღვევების დროს ბავშვთა ასაკში“ (რეგისტრაციის №2003357).

4. „გულის ანთებითი და არაანთებითი შექნილი დაავადებების (არარევმატიული კარდიტი, მიოკარდიოდისტროფია, კარდიომიოპათია, ვეგეტო-სისხლძარღვოვანი დისტონია, არტერიული ჰიპერტენზია, არტერიული ჰიპოტონია, მიოკარდიუმის ინფარქტი, გულის იშემიური დაავადება) პათოგენეზის, დროული დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროგნოზირებისა და რეაბილიტაციის თანამედროვე პრინციპები.“ (რეგისტრაციის №2003358).

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი დიდ მუშაობას აწარმოებს სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტებთან, რეზიდენტებთან, ახალგაზრდა ექიმებთან. ფონდთან შექმნილია პედიატრ სტუდენტთა კავშირი „პესტო“ და ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგარომლებიც ფონდის აქტიური მხარდაჭერით ეკვივან სანიტარულ-საგანმანათლებლო საქმიანობას, ფონდთან ერთად ხელმძღვანელობენ და აქტიურ დახმარებას უწევენ სტუდენტებს, რეზიდენტებს და ახალგაზრდა ექიმებს სამეცნიერო-პრაქტიკულ საქმიანობაში.

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი აწარმოებს საგამომცემლო საქმიანობას უშვებს გაზეთს „სოციალური პედიატრია“ და სამეცნიერო-პრაქტიკულ ჟურნალს „სოციალური პედიატრია“, მეთოდურ რეკომენდაციებს, ბუკლეტებს.

Web gverdi: sppf.info.

E-mail: sppf@sppf.info

სოციალური პედიატრიის დახვის ფონდის საქველმოქმედო აქციაზის შესახებ

აქციებში მონაწილეობენ: გამოჩენილი ქართველი პედიატრები. მიმდინარეობს ავადმყოფთა ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა და სხვა. ურიგებათ 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 დღე; გაისინჯა 100-მდე ბავშვი და დაურიგდათ მედიკამენტები. დღათა და ბავშვთა საღი-აგნოსტიკო ცენტრში და აგრეთვე ქალაქის სხვადასხვა პოლიკლინიკებში ჩამოყალიბდა მაღალკვალიფიციურ პროფესორ-მასწავლებელთა უფასო კონსულტაციე-

ბი კვირაში ერთჯერ.

ქალაქის წამყვან პედიატრიულ კლინიკებში გარ-
ღება მაღალკვალიფიციურ პროფესორ-მასწავლებელ-
თა უფასო კონსულტაციები თვეში ერთჯერ.

აქციებში სხვადასხვა პროფილით მონაწილეობდ-
ნენ:

1. კანისა და ვენსნეულებათა ინსტიტუტი
2. პარამიტოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტი-
ტუტი და სხვ.

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

დაიბეჭდა და გავრცელდა მუნისა და გილის საწი-
ნააღმდეგო შესაბამისი უფასო სამახსოვროები.

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

13.03.99 წ. ქ. ფოთი. გაისინჯა 950 ბავშვი. დაურიგ-
დათ 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, დაურიგ-
დათ მედიკამენტები.

23-24-25.08.99 წ. ჩაგარდა უფასო ლაბორატორიუ-
ლი და ინსტრუმენტული კვლევა.

ქ. ხობი და ქ. მუგდღი დაურიგდათ მუნისა და
გილის საწინააღმდეგო წამლები.

04.04.99 წ. ექსპედიცია ფსანაურში კომპლექსურად
გაისინჯა 4008 მეტი ბავშვი

07.05.99 წ. ექსპედიცია გურიის რეგიონში. ქ. ლანჩხ-
უთი ჩაუგარდათ უფასო ლაბორატორიული და ინ-
სტრუმენტული კვლევა, დაურიგდათ მედიკამენტები.

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

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

13-14.08.99 წ. ჩოხატაური (გაისინჯა 1500-მდე ბავშ-
ვი)

15.08.99 წ. ბახმარო (გაისინჯა 2000-ზე მეტი ბავშ-
ვი-დამსვენებელი) მღვის ღონიდან 2050 მ.

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

17.09.99 წ. ჩაგარდა კომპლექსური გამოკვლევები
თბილისის უპატრონო ბავშვთა სახლში.

16.10.99 წ. ჩაგარდა გასინჯვები ღუშეთში (გაისინ-
ჯა 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 გა-
კეთდა 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) გაისინ-
ჯა 300-მდე ბავშვი

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

20.07-28.07.2000 წ. წყნეთის ბავშვთა სახლში გას-
ინჯულია 60 ბავშვი

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

7-8.08.2000 წ. ბახმარო-ბემში გაისინჯა 1925 ბავშ-
ვი

2001 წ.

15.03.2001 წ. გაისინჯა და კომპლექსური გამოკე-
ლევა ჩაუგარდა რუსთავის ამოგის ქარხნის თანამ-
შრომელთა ბავშვებს.

23.06.2001 წ. გაისინჯა და კომპლექსური გამოკე-
ლევა ჩაუგარდა რუსთავის ამოგის ქარხნის თანამ-
შრომელთა ბავშვებს.

14-15-16.09.2001 წ. ბაღდადის რ-ნი სოფ. საირმე,
წითელხევი, როხი, II ობზა, ხანი, გეგანი, 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) საპატრი-
არქოსთან ერთად გაისინჯა 600 ბავშვი და 100
მომრდილი.

27-28-29.06.2002 წ. ქ. თბილისი 20 - მომრდილთა
პოლიკლინიკა, 10 - ბავშვთა პოლიკლინიკა, 11 - ბავშ-
ვთა 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. მესტაფონი გაისინჯა 210 ბავშვი.

7.09.2003 წ. მუგდღი გაისინჯა 290 ბავშვი.

15.10.2003 წ. რაჭა გაისინჯა 170 ბავშვი.

18.10.2003 წ. ღმანისი გაისინჯა 180 ბავშვი.

2004 წელი

მარტი-აპრილი-მაისი: კასპი, გურჯაანი, თელავი,
ახმეტა, ლაგოდეხი, სიღნაღი, ბოდბე, ასპინძა, ახალციხე,
ბორჯომი, თბილისი, მესტაფონი, ხარაგაული, ჭიათურა
გაისინჯა 1728 ბავშვი.

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის მიერ საქართველოს საპატრიარქოს თანადგომით საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში: ზუგდიდი, ხულო, ხელვაჩაური, ქედა, ლანჩხუთი, ოზურგეთი, ინგური – 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 მოზარდი.

დღემდე აქციებში სულ გაისინჯა 74 000 ბავშვი და ათასობით ხანში შესული. საქველმოქმედო აქციები გრძელდება.

სოციალური პედიატრიის დახვის ფონდის მიერ ჩატარებული კონფერენციები 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 მედიცინალ 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 მკურნალო-

ბის 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

“ადამიანის გენომის პროექტი“

10.03.2002

ახალგორი. მაგონიზირებელი 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 პედიატრია” (შუქდება სოციალური, სამედიცინო, პედაგოგიური, ფსიქოლოგიური, ფსიქიატრიული, რელიგიური და სხვა აქტუალური და პრობლემური საკითხები)

19.12.2003. საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა II კონგრესი.

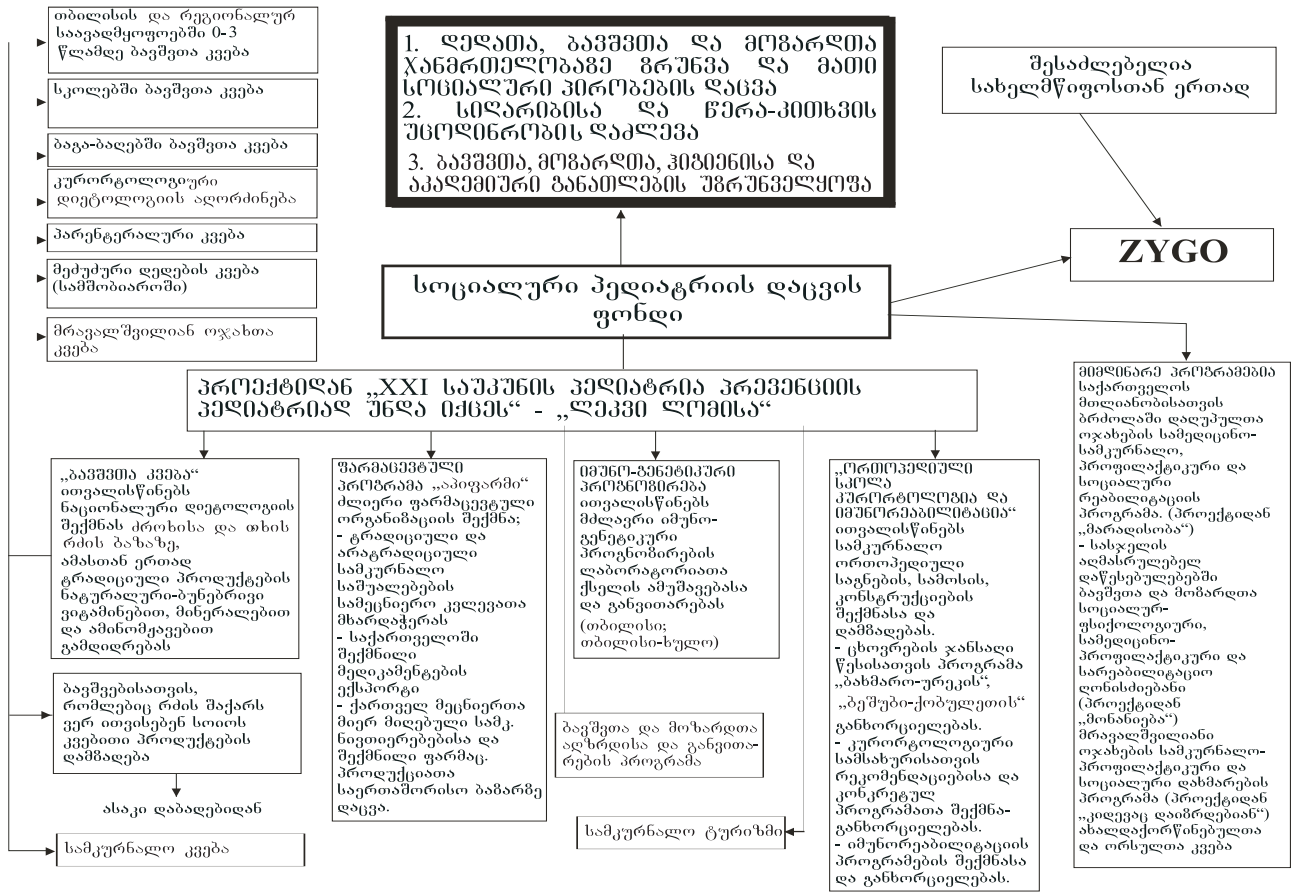
1.06.2004. II საერთაშორისო ინტერნეტ-კონფერენცია. პედიატრიის აქტუალური საკითხები

22.10.2004. კონფერენცია თემაზე: „ΔΙΑΙΕΤΟΘΕΕΟ ΑΘΥΟΑΕ.ΘΕΕ ΟΑΕΕΑΑΕ“, რომელიც ეძღვნებოდა სოციალური პედიატრიის პრეზიდენტის, გენეტიკოსის ვიქტორ მოროშკინის ნათელ ხსოვნას.

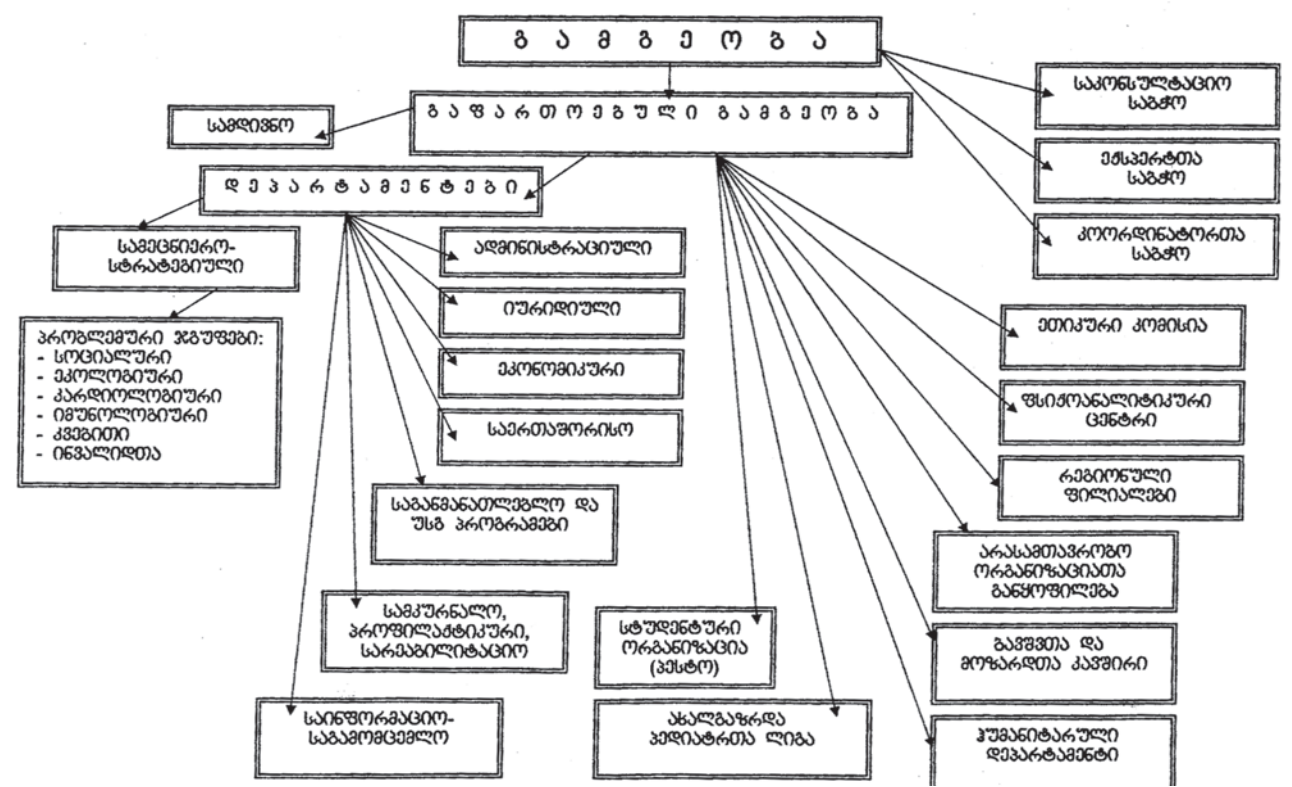
1.06.2005 პედიატრიის აქტუალური საკითხები XIV კონფერენცია.

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

„ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაჯილდოებული“



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 Found 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 Found 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 healed 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- "Apivit", which consists of vitamins and aminoacids and nonalcoholic drink "Apophit" as the part of "Children's nutrition" program and their serial production will start as soon as possible. Radio protector "Apiextra" 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 UNICEF, "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-Propylactic 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 Tserodna, natural soft drink Iverciuli, 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 ოლიკო ბეჟუაშვილისა და საგარეო საქმეთა მინისტრის თანაშემწის ლიკა დოლიძის ხელშეწყობით თსსუ გ. ჟვანიას პედიატრიულ კლინიკაში განისიჯა და შესაბამისი კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევები ჩატარდა საგურამოს ასთმით დაავადებულ გავშვთა პანსიონატის 28 გავშვს.



ერთად ჩვენ შევკლავთ დავაპარსხვით შიდსი, ტუბერკულოზი და მალარია

შიდსი, ტუბერკულოზი, მალარია – ზოგი საქართველოსათვის ისტორიულად ნაცნობი დაავადება, ზოგიც XX საუკუნის ცივილიზაციის ნაყოფი.

მსოფლიოში, ყველაზე მაღალი სიკვდილიანობა სწორედ ამ სამ დაავადებაზე მოდის. გლობალური ფონდი არის ის ორგანიზაცია, რომელიც 2001 წლიდან ებრძვის მათ.

იგი დამოუკიდებელი ორგანიზაციაა, რომელიც იმართება საბჭოს მიერ. საბჭო შედგება როგორც დონორი სახელმწიფოების მთავრობის, ასევე დაფინანსების მიმღები ქვეყნების მთავრობების წარმომადგენლებისაგან. საბჭოს წევრები არიან: არასამთავრობო ორგანიზაციები, კერძო სექტორის წარმომადგენლები (ბიზნეს და ფილანთროპული ფონდები) და ასევე აღნიშნული დაავადებებისაგან დაზარალებულ პირთა გაერთიანებების წარმომადგენლები.

გლობალური ფონდის მისიის შესრულება მთლიანად დამოკიდებულია იმ ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოზე (CCM), სადაც ხდება პროგრამების დაფინანსება, ფინანსების მიმღებ პირველად ორგანიზაციაზე და მის ქვეკონტრაქტორებზე.

ამგვარად, ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო გლობალური ფონდისთვის არის ცენტრალური ორგანო, რომლის სამუშაოებიც განისაზღვრება შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის ნაციონალური პრიორიტეტები, დაფინანსებისათვის გასაგზავნი განაცხადის საბოლოო ვერსიის მიღება და განსახილველად მისი გაგზავნა. გრანტის მიღების შემთხვევაში, ეს ორგანო უკვე გვევლინება პროექტების წარმართვისთვის კოორდინატორად და მეთვალყურეობს პროექტების განხორციელებას.

ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო შედგება: სამთავრობო სტრუქტურების, სხვადასხვა საერთაშორისო სააგენტოების, არასამთავრობო ორგანიზაციების, ავანმანათლებლო და აკადემიური სექტორის, კერძო სექტორის, რელიგიური ორგანიზაციებისა და რასაკვირველია, დაავადებებისგან დაზარალებულ პირთა გაერთიანებების წარმომადგენლებისაგან.

საქართველოში აღნიშნული ორგანო 2002 წელს შეიქმნა. მის ფუნქციას წარმოადგენდა შიდსის ნაციონალური პროექტის დამტკიცება და წარდგენა გლობალური ფონდისათვის განსახილველად.

2003 წელს გლობალური ფონდის მიერ შიდსის ხუთწლიანი პროექტი იქნა დამტკიცებული, რაც გულისხმობდა 12 მილიონიან დაფინანსებას.

2004 წლიდან ამირჩიეს საკოორდინაციო საბჭოს თავმჯდომარედ. ჩემი დაინტერესება ამ საკითხებით შემთხვევითი არ ყოფილა, ვინაიდან წლების განმავლობაში, როგორც არასამთავრობო ორგანიზაციის ხელმძღვანელი, აქტიურად ვიყავი ჩართული შიდსის პრევენციის ნაციონალურ კომპანიაში და კარგად მესმოდა ქვეყნისთვის აღნიშნული პროექტების მნიშვნელობა.

2004 წელს საქართველომ მალარიასთან ბრძოლის პროგრამისათვის გლობალური ფონდიდან მიიღო 645 ათასი ამერიკული დოლარის დაფინანსება.

ხოლო 2005 წელს ტუბერკულოზთან ბრძოლის პროექტი 5,5 მილიონი ამერიკული დოლარით დაფინანსდა.

საკოორდინაციო საბჭო გახდა წარმომადგენლობითი და ქმედითუნარიანი. სხდომები რეგულარულად ტარდება, არის ხშირი დისკუსიები, ცხარე კამათი, რაც ხაზს უსვამს წევრთა ცოცხალ ინტერესს აღნიშნული პროექტების მიმართ.

არ შემიძლია არ აღვნიშნო, რომ უკანასკნელ სხდომაზე საკოორდინაციო საბჭოში განვერიანდა საქართველოს საპატრიარქო. საპატრიარქოს წარმომადგენელმა დამსწრე საზოგადოებას გააცნო უწმინდესისა და უნეტარესის მიმართევა.

ახლა კი მოკლედ პროექტების მსვლელობის შესახებ:

უდავო მიღწევად და წარმატებად მიმაჩნია, როდესაც ვაცხადებთ, რომ სადღეისოდ გლობალური ფონდის დახმარებით ყველა შიდსით დაავადებული უზრუნველყოფილია ანტირეტროვირუსული მკურნალობით, რაც საქართველოს, მოლდოვასთან ერთად, სამაგალითოს ხდის.

წარმატებულად უნდა იქნეს მიჩნეული მალარიის პროექტიც. თუ 2000 წლისათვის დაავადება გავრცელებული იყო დასავლეთ საქართველოში – გურიაში, ხოლო აღმოსავლეთ საქართველოში კი – ქვემო ქართლსა და კახეთში, სადღეისოდ დასავლეთ საქართველო აღარ ფიგურირებს მალარიის გავრცელების რუკაზე, ხოლო ქართლსა და კახეთში მოხერხდა მისი ლოკალიზაცია და შემთხვევითი რიცხვის მნიშვნელოვანი კლება.

ტუბერკულოზის პროექტიც ნელ-ნელა იკრებს ძალას. მიმდინარეობს ექიმების და ექთნების წვრთნა-გადამზადება. პირველადი ჯანდაცვის გააქტიურების ფონზე ხდება ფთიზიატრიული სამსახურის მნიშვნელოვანი გარდაქმნა. დაწყებული ლაბორატორიული სამსახურის მშენებლობა თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად, რაც უპირველესი წინაპირობაა პროგრამის წარმატებულ მსვლელობისათვის. აქტიურად მზადდება ნიადაგი ტუბერკულოზის რეზისტენტული ფორმების მკურნალობისათვის.

სიამაყით ვატყობინებთ, რომ საქართველოს საშუალება მიეცა ალტერნატიული წევრის სახით ჰყავდეს წარმომადგენელი გლობალური ფონდის საბჭოში. ეს, რასაკვირველია, კიდევ ერთი, დამატებითი, ტრიბუნაა საერთაშორისო თანამეგობრობის ერთ-ერთ ფორუმზე.

დასასრულს, შეგახსენებთ, რომ 24 მარტი ტუბერკულოზთან ბრძოლის საერთაშორისო დღეა. ამ დღეს საზოგადოებისთვის ხმამაღლა ხდება შეხსენება იმ დაავადების შესახებ, რომელსაც ყოველწლიურად მსოფლიოში ეწირება 3 მილიონამდე ადამიანი, მათ შორის, ჩვენი მოქალაქეებიც.

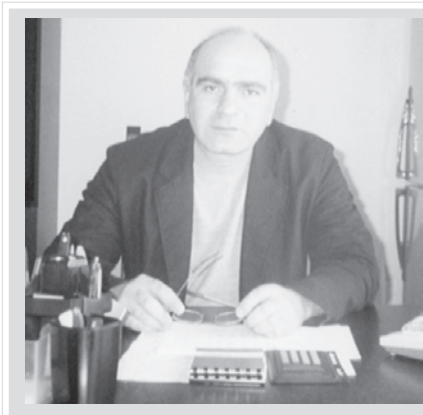
საზოგადოებრივი თვითშეგნებისა და აქტიურობის ზრდის გარეშე ძნელია, მიაღწიო წარმატებას. ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო მომავალში უფრო გააქტიურებს თავის ურთიერთობას საზოგადოებასთან და გაზრდის პროექტების მსვლელობის გამჭვირვალობას.

**ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს თავმჯდომარე
სანდრა ელისაბად რულოვსი**

გაზეთი „მედიკოსი“



დავით ფრუიკა - მინდა, დიდი მადლობა გადავუხადო წინამორბედთ, კლინიკისა და პროფესიონალური კადრების შენარჩუნებისათვის



თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის გ. ჭვანიას სახელობის პედატრიული კლინიკა 1985 წელს დაარსდა. თავდაპირველად მას ქალაქის მე-6-ე შიშველი მე-2-ე საავადმყოფო ეწოდა. 1997 წლიდან კი თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიული კლინიკა. კლინიკაზე სასაუბროდ, ახლადდანიშნულ ბენერალურ დირექტორს, ბატონ დავით ფრუიკას მივმართეთ.

- მოგესალმებით, ბატონო დავით, პირველ რიგში, გილოცავთ ახალ თანამდებობაზე დანიშვნას, წარმატებებს გისურვებთ პროფესიულ საქმიანობაში. გთხოვთ, გაგვეცნოთ.



- დიდი მადლობა, დავიბადე 1960 წელს, ქალაქ თბილისში. 1976 წელს დაეამთავრე თბილისის №53-ე საშუალო სკოლა. 1976 წლიდან 1982 წლამდე ესწავლობდი მოსკოვის სამედიცინო ინსტიტუტში, სამკურნალო ფაკულტეტზე. 1982 წლიდან - 1988 წლამდე ვმუშაობდი ბავშვთა რესპუბლიკურ საავადმყოფოში.

1989 წლიდან - 1993 წლამდე ვიყავი 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 უწყებთა პრევენციული განვითარებისა და ადამიანური რესურსების მართვის დეპარტამენ-

ტის უფროსი.

2004 წლიდან - 2005 წლამდე - იუსტიციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის მრჩეველი.

1988 წელს დავიცავი საკანდიდატო დისერტაცია.

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

მყავს მეუღლე და ქალიშვილი.

- ბატონო დავით, საუბარი კლინიკით დავიწყეთ, რა პრობლემები დაგხვდათ კლინიკაში და როგორ აპირებთ მის გადაჭრას?

- პირველ რიგში, მინდა დიდი მადლობა გადავუხადო წინამორბედ ადმინისტრაციას, რადგან იმ მძიმე დროს, მძიმე პირობებში შეძლო შეენარჩუნებინა შენობა, მაღალპროფესიონალური კადრები, მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები, რათა ბავშვთა სამკურნალო პროცესები არ ყოფილიყო შეფერხებული.

პრობლემები, როგორც ყველა დიდ სამედიცინო და-



წესებულებაში იგივეა. პირველ რიგში, აღსანიშნავია შენობის შენახვა. ძალიან ძნელია ამხელა შენობის, კომუნალური გადასახადებისა და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსებისთვის დაფინანსების გამოხახვა. სავარაუდოდ, ამ პრობლემების გადასაწყვეტად მოგვიწევს განყოფილებების შეერთება-შემჭიდროვება - დეპარტამენტის ჩამოყალიბება, რითაც ვვარაუდობთ, რომ შე-

ვამცირებთ გასავლის ხარჯებს.

კლინიკაში ვფიქრობთ დეპარტამენტის ჩამოყალიბებას. ადრეულ პერიოდთან შედარებით, დაწესებულებას უწევს კონკურენტუნარიან გარემოში ფუნქციონირება, რაც გვავალდებულებს ჩვენივე სერვისითა და მიღწევებით მოვახდინოთ თვითრეალიზაცია, გავუფრთხილდეთ კლინიკის პრესტიჟს და კონკურენციას.

მე შორს ვარ იმ აზრისგან, რომ რომელიმე დაწესებულებამ დაირქვას ლიდერის სახელი, უნდა შევეცადოთ და ყველამ ერთად შევძლოთ განვითარება. ვფიქრობ, რომ ამ სიახლეებითა და თანადგომის გზით საბოლოო მიზანი – ბავშვის კეთილდღეობა და ჯანმრთელობისთვის ზრუნვა გაიმარჯვებს.

– როგორ გესახებათ კლინიკის მომავალი?

– ჩვენი კლინიკა, ძირითადად, მაღალკვალიფიციური ექიმებითა და პროფესორ-მასწავლებლებითაა დაკომპლექტებული. კლინიკა გარდა სტაციონარული მომსახურებისა, მუშაობს რეგიონალურად გასვლით გასინჯვებზე. კლინიკაში მუშაობს სხვადასხვა პროგრამები, როგორცაა დედათა, ბავშვთა და მოზარდთა სოციალური უფლების დაცვა და მათი ჯანმრთელობისთვის ზრუნვა. აგრეთვე, მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამა და მრავალი სხვა. ამ პროგრამების განხორციელება და ფინანსური დახმარება ხდება როგორც ადგილობრივ, ასევე უცხოურ ფირმებთან თანამშრომლობით. კლინიკას კავშირი აქვს ავსტრალიასთან, სანტანას ჰოსპიტალთან – (წმინდა ანას ჰოსპიტალი), აგრეთვე, ავსტრალიულ-ამერიკულ ფონდთან, რომელიც ძირითადად, განათლების სფეროზე მუშაობს. ხორციელდება, აგრეთვე პროგრამა ავსტრალიულ ფონდთან ვენაში ონკოლოგიური პროგრამა, რაც გულსხმობს – კადრების მომზადებას, კლინიკის მატერიალურ-ტექნიკური სერვისით აღჭურვს, აგრეთვე, დახმარებას დიაგნოზის დასმასთან დაკავშირებით. რაც ძალიან მნიშვნელოვანია კლინიკისთვის.

ასე რომ, კლინიკის მომავალი – მისი ზრდა და განვითარება, უცხოურ ფორმებთან და კლინიკებთან თანამშრომლობას გულისხმობს.

– გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკა – პედიატრიული ფაკულტეტისთვის ძირითად სასწავლო ბაზას წარმოადგენს. რა სიახლეებს გვეტყოდა ამასთან დაკავშირებით?

– აღვნიშნავ, რომ გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკა აკრედიტებული და ლიცენზირებულია, როგორც თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის მრავალპროფილიანი ერთეული და იგი პედიატრიული ფაკულტეტის ძირითად სასწავლო ბაზას წარმოადგენს..

ჩვენი კლინიკა – საუნივერსიტეტო კლინიკაა. ამიტომ, დიდი როლი ენიჭება სტუდენტებისა და პროფესიონალური კადრების მომზადებას. კადრებისა, რომლებიც მზად იქნებიან კონკურენტუნარიან გარემოს გაუძლონ. მოგა-

სხენებთ, რომ ცვლილებებია აგრეთვე განათლების სფეროში. მნიშვნელობა ენიჭება რეზიდენციისა და ალტერნატიულ გზას – სადაც ხდება პროფესიონალური ჩამოყალიბება. ვფიქრობთ, რომ ის კატეგორია, რომლებიც მოიპოვებენ ლიცენზიის უფლებას, მიიღებენ განათლებას. ცვლილებებია, აგრეთვე, საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონებშიც, რომლის მიხედვითაც, ექიმს ლიცენზიის მიღებისთვის აქვს 2 გზა:

1) გამოცდა – და შედეგად 5-წლიანი ლიცენზიის მიღება;

2) უწყვეტი პროფესიული განათლება და სამედიცინო სისტემაში ჩართვა – შესაბამისად, აკრედიტირებულ სასწავლო სისტემაში მონაწილეობის გზით – კრედიტ-ქულების დაგროვება.

ეს კი, თავისთავად, მომავალში მკვეთრად გაზრდის მსმენელთა რიცხვს ჩვენს კლინიკაში.

აღსანიშნავია, რომ მოხდა სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტისა და დახელოვნების ინსტიტუტის შეერთება. ამ ფუნქციას პედიატრიის სფეროში, გარკვეულწილად აიღებს პედიატრიული კლინიკა სხვა კლინიკებთან ერთად. მომავალში გა-

თვლილია საუნივერსიტეტო კლინიკების ასოციაციის ჩამოყალიბება.

– რა რეფორმების გატარებას აპირებთ?

– მომავალში დაგეგმილია ბევრი სიახლეები. მინდა აღვნიშნო, რომ ეს ცვლილებები, პირველ რიგში, გულისხმობს ყველა დაინტერესებული პირის, კერძოდ კი ჯაჭვი: შენობა-ექიმი-პაციენტის ინტერესების დაცვას.

გვინდა განვავითაროთ ამბულატორიული სამსახური. ჩამოვყალიბოთ გადაუდებელი პირველადი და-

ხმარების დეპარტამენტი – რაც სასწრაფო დახმარების, მიმღებისა და ობსერვაციის შეერთებას გულისხმობს.

ვიფქრობთ, მოსახლეობას შევთავაზოთ სიახლეები. მომსახურების დამატებითი ფორმები, რაც გულისხმობს უკვე გაწერილ პაციენტთა მეთვალყურეობას და კონტროლს მათ ჯანმრთელობაზე. აგრეთვე – ამბულატორიული კონტროლი და კონსულტაციები. ანაზღაურების ფორმის გაუმჯობესებით და როგორც ზემოთ აღვნიშნე, ისეთი ფორმის მოძებნით, რომელიც მისაღები იქნება როგორც დაწესებულებისთვის, ასევე ექიმისა და პაციენტისთვის – რაც ყველა მხარის ინტერესების გათვალისწინებას გულისხმობს.

გვაქვს კავშირი „იუტას“ უნივერსიტეტთან – ვფიქრობთ, რომ დაგვეხმარებიან ამ პროექტის განხორციელებაში.

და არა მარტო ეს სიახლეები, გვაქვს მრავალი სხვა პროექტები – ვფიქრობთ, რომ ყველა სასიკეთო სიახლე აუცილებლად განხორციელდება.

– რას გვეტყვით სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდთან თანამშრომლობაზე?

– მინდა აღვნიშნო, რომ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიული კლინიკა



და მასთან არსებული სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი გარკვეულწილად „გაიგივებულია“.

ფონდთან თანამშრომლობენ ჩვენი კლინიკის ნამყვანი სპეციალისტები, ცნობილი ექიმები, პროფესორები, საზოგადო მოღვაწეები, რომლებიც სისტემატურად ატარებენ მოსახლეობის სოციალურ უზრუნველყოფას და სამედიცინო დახმარების საქველმოქმედო აქციებს (უფასო გამოკვლევები, მკურნალობა, კონსულტაციები).

ფონდი მუშაობს სხვადასხვა პროექტებზე. ფონდი სისტემატურად ატარებს „ღია კარის დღეს“ – უფასო გასინჯვებს კლინიკაში. ფონდი აწყობს კონფერენციებს და, როგორც ზემოთ აღვნიშნე, ყოველივე ამაში, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიული კლინიკის თა-

ნამშრომლები მონაწილეობენ.

- დასასრულს, ახლოვდება 1 ივნისი, ბავშვთა დაცვის დღე. როგორ ემზადებით ამ დღისთვის?

– მინდა აღვნიშნო, რომ ბავშვისა და მისი ჯანმრთელობისთვის ზრუნვა, ჩვენი კლინიკისა და ყველა პედიატრის უპირველესი საზრუნავია. 1 ივნისს კლინიკას დაგეგმილი აქვს ბევრი საქველმოქმედო ღონისძიება – უფასო გასვლითი რეგიონალური გასინჯვები, კლინიკაში – „ღია კარის“ დღე, დაგეგმილია კონფერენციის ჩატარება მნიშვნელოვან საკითხებზე.

- დიდ მადლობას მოგახსენებთ საინტერესო საუბრისთვის, წარმატებულ მომავალს გისურვებთ, ბატონო დავით!

მანანა ნანობაშვილი

უწმიდესისა და უნეტარისის, სრულიად საქართველოს კათალიკოს-პატრიარქის, ილია II-ის, ღოცვა-კურთხევით ასოციაცია „ქართული კულტურა საქართველოში და მის საზღვრებს გარეთ“ თაოსნობით 2005 წლის 1-7 ოქტომბერს ჩატარდა II საერთაშორისო ფესტივალი „ჩვენებურები“



გულითადად მივესალმებით საერთაშორისო ფესტივალ „ჩვენებურების“ ყველა მონაწილეს. მოხარულნი ვართ, რომ ჩვენი შეხვედრები ტრადიციული ხდება და სულ უფრო მეტ ადამიანს აერთიანებს.

დედასამშობლოდან მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხეში გაბნეულ ქართველებთან კავშირის გაღრმავება, მათში ეროვნული სულისკვეთების განმტკიცება და სამშობლოში დაბრუნებისათვის ხელშეწყობა სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის საქმე და ამაში ყველამ უნდა მივიღოთ აქტიური მონაწილეობა.

ჩვენი ეკლესია ცდილობს თავისი წვლილი შეიტანოს ამ საქმეში. მინდა გაცნობოთ, რომ ქობულეთში, ზღვის პირას, არის შესანიშნავი ადგილი, სადაც ზაფხულობით გაზრახული გვაქვს მოვანყოთ დასასვენებელი სახლი უცხოეთში მცხოვრებ ქართველთა ბავშვებისათვის. მათ უნდა მივცეთ საშუალება უფრო ახლოს გაეცნონ ჩვენს წესებს, ტრადიციებს, ჩვენს ისტორიასა და კულტურას; ვფიქრობთ, ეს განზრახვა ერთ-ორ წელიწადში რეალობად იქცევა და გაჩნდება კიდევ ერთი კერა თანამემამულეთა სულიერი გადარჩენისათვის.

შევთხოვ ღმერთს, უფალმან ძალი ერსა თვისსა მოსცეს, უფალმან აკურთხოს ერი თვისი მშვიდობით!

+ ილია II

ბიული ალასანია, ასოციაციის პრეზიდენტი, ფესტივალ „ჩვენებურების“ პროექტის ავტორი და ხელმძღვანელი

ახალ საქართველოში ბევრ სასიამოვნო სიახლესთან ერთად „ჩვენებურებთან“ შეხვედრის ტრადიციაც დამკვიდრდა. გასულ წელს საქართველო მასპინძლობდა და ტაშს უკრავდა თურქეთიდან, აზერბაიჯანიდან და ისრაელიდან ჩამოსულ ქართველებს, რომლებმაც ქართული კულტურის ძალა კიდევ ერთხელ დაგვანახეს და ამით სიამაყის გრძნობა კიდევ ერთხელ განგვაცდევინეს. წელს „ჩვენებურების“ ფესტივალი მეორედ ტარდება. ამჯერად ფესტივალის გეოგრაფიული საზღვრები გაფართოვდა და საქართველოს მოქალაქეები შეხვედებიან ცხრა ქვეყნიდან ჩამოსულ ქართველებს, რომლებიც წინაპრებისაგან ნაანდერძვე, საუკუნეებში გამოტარებულ, ნალოლიავებ შემოქმედებას დღესაც ხელუხლებლად ინახავენ.



განსხვავებულია ბედის მიუხედავად, ჩვენებურებს ქართული კულტურისა და დედასამშობლოს სიყვარული აერთიანებთ. ისინი მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის ერთგული მოქალაქეები არიან და ღირსეულად ატარებენ ქართველის სახელს, ამავე დროს არ წყვეტენ კავშირს დედასამშობლოსთან და ქართულ კულტურას აცნობენ მსოფლიოს.

დღეს გაერთიანების დროა. საქართველო ფართოდ აღებს კარებს და იბრუნებს თავის შვილებს. ბევრმა ქართველმა აღიდგინა საქართველოს მოქალაქეობა და მხარში ამოუდგა ქვეყნის მშენებლებს. საქართველო იმკვიდრებს ადგილს თანამედროვე სამყაროში და უცხო ქვეყნებში მცხოვრები ქართველები ამ გზაზე მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ.

მივესალმები ჩვენს თანამემამულეებს, დიდ ბედნიერებასა და წარმატებებს ვუსურვებ.



დარეჯან კუხიანიძე, ასოციაციის დამფუძნებელი, ფესტივალ „ჩვენებურების“ კოორდინატორი, საორგანიზაციო კომიტეტის თავმჯდომარე

ფესტივალის „ჩვენებურები“ აგრძელებს სიცოცხლეს. ამჯერად ჩვენ გვევნივინ ქართული კულტურის მოამაგენი მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხიდან. მათი უმრავლესობა ჩვენებური, ანუ ეთნიკური ქართველია, მაგრამ ფესტივალში მონაწილეობას მიიღებენ ის ადამიანებიც, რომლებიც არ არიან ჩვენი თანამემამულენი, რომლებსაც ცოტა ხნის წინ წარმოდგენაც კი არ ჰქონდათ ქართულ კულტურაზე, ქართულ სიმღერაზე. დღეს ისინი ქართულად მღერიან, მღერიან სიამოვნებით, სიყვარულით.

ქართული ხალხური სიმღერის ფენომენზე ბევრი დაწერილა და ალბათ კიდევ ბევრი დაინერება. ჩვენი მრავალხმიანი სიმღერა ხომ ის საძირკველია, რომელზედაც ეფუძნება ერის მეობა, ხასიათი, შინაგანი თვისობრიობა. მავანნი სულ ტყუილად თვლიან გაცვეთილად ისეთ სიტყვებს, და, რაც მთავარია, მცნებებს, როგორცაა „სამშობლო“, „მამული“, „თავდადება“;

არადა, მადლობა ღმერთს, არსებობს მარადიული ღირებულებანი, რომელთაც დრო-ჟამი ვერაფერს აკლებს პრაგმატიზმით გაჯერებულ ჩვენს დროშიც, ასეთი ღირებულებაა ქართული სიმღერა, ქართული ცეკვა, ქართული ენა და ყველაფერი ეს მასაც ეკუთვნის, ვინც „სოფლის უკულმა ტრიალს“ აპყოლია, ოდენ მსოფლიო მოქალაქედ უგრძენია თავი და საკუთარი აღარ ახსოვს... ასეთებს ვურჩევთ, მოზრდნდნენ ფესტივალზე და საკუთარი თვლით იხილონ მაჭახელას ბერიკაცები, სტამბოლელი ქართველები: იბერია და ბაიარი, ლაზი ბიროლი, ფრანგული ანსამბლები: „ირინოლა“ და „მარანი“, რუსეთში მოღვაწე „ლაკადა“ და „იბერია“, საინგილოდან „ლაზარე“, გერმანიაში დაარსებული ქართველ მგალობელთა გუნდი, ინეგოლის მოცეკვავეთა ცეცხლოვანი ანსამბლი, ანსამბლები უკრაინიდან და საბერძნეთიდან.

საოცარი ჰარმონიის ქართულ სიმღერებს არა მარტო ხმით, გულითაც მღერიან ჩვენი სტუმრები.

ჩვენებურების გული კი მონატრებული სამშობლოს სიყვარულით ძვრეს...

ბედნიერი არიან ისინი, რადგან სამშობლოსათვის უძგერთ გული.

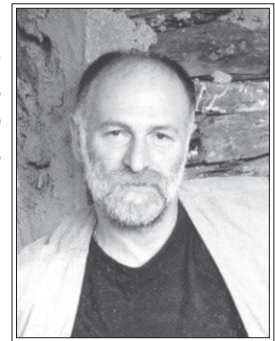
ბრიგოლ კალანდიაძე – ასოციაციის აღმასრულებელი მდივანი

უსწრაფესი ტემპებით განვითარებად მსოფლიოში მხოლოდ ის ერები და საზოგადოებები მიაღწევენ წარმატებას, რომელთაც შეუძლიათ წარსული, აწმყო და მომავალი ერთიან, უწყვეტ, განვითარებად კონტექსტად აქციონ. ყველაზე მნიშვნელოვანი კი ამ გზაზე კულტურული თვითმყოფადობაა. პიროვნული თუ კორპორაციული სიძლიერე სწორედ ტრადიციების სიმყარით, სხვისაგან განსხვავებულობის ხარისხით მიიღწევა.

რაოდენ სასიხარულოა, რომ მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში მიმოფანტული ქართველობა საკუთარ ფესვებს არ ივიწყებს.

სასურველია, რომ ქართულმა საზოგადოებამ შეიმუშაოს მიდგომები, რომლებიც ჩვენს დიასპორებს უფრო აქტიური საქმიანობის შესაძლებლობას მისცემს.

იქნებ ფესტივალის „ჩვენებურები“ ამაშიაც დაგვეხმაროს.



თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში 19 დეკემბერს 13 საათზე ჩატარდა კონფერენცია თემაზე „საქართველოში იძულებით გადაადგილებულ პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა და სოციალური საკითხები“.

იძულებით გადაადგილებულ პირთა ჯანმრთელობისა და სოციალური მდგომარეობის შესასწავლად წლების განმავლობაში ჩატარებული კვლევები საკმაოდ მწირია, ამიტომ, ბუნებრივია, სრულად ვერ ასახავს რეალურ მდგომარეობასა და რეალურ სურათს. მწირი ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების შეკრება საშუალებას გვაძლევს ვივარაუდოთ, რომ საქართველოში იძულებით გადაადგილებულ პირთა სოციალური და ჯანმრთელობის მდგომარეობა რბილად რომ ვთქვათ საგანგაშოა.

ბუნებრივია, წლების განმავლობაში დაგროვილ პრობლემებს დღევანდელი ხელისუფლება მოკლე ვადაში ვერ გამოასწორებს, მაგრამ ქართულმა საზოგადოებამ, სახელმწიფო და არასამთავრობო სექტორმა, დონორმა საერთაშორისო ორგანიზაციებმა უნდა მიიღონ ერთიანი სამომავლო გეგმა დაგროვილი პრობლემების გადასაჭრელად.

კონფერენციაზე დაისვა საკითხი სამთავრობო და საზოგადოებრივი სექტორის ერთიანი სამოქმედო გეგმებით მუშაობის შესახებ. უნდა შეიქმნას ერთიანი საინიციატივო მუშა ჯგუფი, რომელიც ითავებს და მიზნად დაისახავს საქართველოში იძულებით გადაადგილებულ პირთა ჯანმრთელობისა და სოციალური მდგომარეობის შესწავლას.

კონფერენციაში მონაწილეობა მიიღეს თსსუ რექტორმა დავით თელიამ, ლტოლვილთა და განსახლების მინისტრის მოადგილემ თამარ მახარაშვილმა, აფხაზეთის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრმა ელგუჯა ბერიამ, აკად. გიორგი ჩახუნაშვილმა, პროფ. ირაკლი ციციშვილმა, პროფ. გიორგი ბურკაძე და სხვ.

ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის მედიკო-სოციალური პრობლემები საქართველოსა და კავკასიის რეგიონში

0. ზაბნაძე, უ. ზაბნაძე
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

თანამედროვე მსოფლიოში მიმდინარე სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური პროცესები მკვეთრად აყენებენ ჯანმრთელობის განმტკიცების საკითხს, მათ შორის ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის. აღნიშნული საკითხის გადანყვეტაზე დამოკიდებული თითოეული ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური და კულტურული პოტენციალი, დემოგრაფიული პროცესების განვითარება.

მედიკო-სოციალური მიდგომით შესწავლილი იქნა და შეფასებული მომავალი თაობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

ცხოვრების ამ პერიოდში ყალიბდება პიროვნების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური სფერო, ურთიერთობა უფროსებთან და თანატოლებთან, ხდება სოციალურ-ფსიქოლოგიური ადაპტაცია ცხოვრების პირობებთან, რაც თავის მხრივ ზეგავლენას ახდენს ინდივიდის ჯანმრთელობაზე. სხვადასხვა მეთოდებისა და მიმართულებების გამოყენება ჯანმრთელობის კომპლექსური შესწავლისათვის მნიშვნელოვან ადგილს იკავებს სამედიცინო მეცნიერებაში. თანამედროვე მეთოდები იძლევა საშუალებას, განხილული იქნას სოციალური სფეროს ყველა ასპექტები ჯანმრთელობასთან დამოკიდებულებაში.

ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა კომპლექსური მეთოდების გამოყენებით ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლა და შეფასება, ცხოვრების წესის დახასიათება, სოციალური და პროფესიული სფეროს სოციალურ-ფსიქოლოგიური დახასიათება, დაკმაყოფილების ხარისხი.

ჩვენს მიერ შემუშავებული იქნა სპეციალური მეთოდიკა შესწავლისა და შეფასებისათვის, რუქა ექსპერტული ანალიზისათვის, შესწავლილი იქნა ავადობა მომართვიანობით სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში. ჩატარებული იქნა ანკეტირება.

სოციოლოგიური კვლევის მიზანს შეადგენდა ძირითადი კანონზომიერებების დადგენა სოციალურ-ფსიქოლოგიური სფეროს პრობლემებისადმი ადაპტაციის, მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და სტაბილიზაციის ღონისძიებების შემუშავება, სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის გაუმჯობესება, ცხოვრების წესის ფორ-

მირება. მიღებული მონაცემები დამუშავებული იქნა სამედიცინო სტატისტიკის სხვადასხვა მეთოდების გამოყენებით.

კომპლექსურმა გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობა მნიშვნელოვნად არის დაკავშირებული საყოფაცხოვრებო, აღმზრდელით, კომპენსატორულ, კვებით, ემოციურ და სხვა ფაქტორებზე.

შესაფასებელი რუქის გამოყენებით მიღებული იქნა მონაცემები დაავადებების გავრცელების შესახებ. ავადობის სტრუქტურაში წამყვან დაავადებებზე შეიძლება ჩაითვალოს: სასუნთქი სისტემის დაავადებები (ძირითადად რესპირატორული დაავადებები), კუჭნაწლავის სისტემის დაავადებები. გამოკვლევულთა ნახევარზე მეტი აღნიშნავს სამედიცინო დახმარების არასრულფასოვნებას და სამედიცინო დაწესებულებათა არასათანადო მატერიალურ-ტექნიკურ აღჭურვილობას. მოზარდებში პროფილაქტიკური აქტივობა აღინიშნებოდა 10%-ზე ნაკლები. სკოლამდელ ასაკში პროფილაქტიკური აქტივობა მნიშვნელოვნად მაღალი იყო.

მნიშვნელოვანი ყურადღება დაეთმო სკოლამდელი და სასკოლო ასაკის ჯანმრთელობის შეფასებას. გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ სასკოლო ასაკის პირთა შორის აღინიშნებოდა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება, რაც შეიძლება აიხსნას სამედიცინო დახმარების დაბალი დონით, სასწავლო დაწესებულებებში პროფილაქტიკური სამედიცინო სამსახურის არ არსებობით, უხარისხო და არაბალანსირებული და არარაციონალური კვებით, არასრულფასოვანი გამაჯანსაღებელი ღონისძიებებით, სასწავლო პროცესის გადატვირთვით.

თითოეული ინდივიდის ცხოველმყოფელობისა და სოციალური სფეროს დაკმაყოფილების ხარისხის მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს საზოგადოების განვითარება, ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარება.

აღნიშნული მეთოდი იძლევა საშუალებას ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან მიმართებაში განხილული იქნას ძირითადი სოციალური პრობლემები და შეიქმნას ინდივიდუალური რეკომენდაციები და ღონისძიებები ჯანმრთელი თაობის ფორმირებისა და აღზრდისათვის კავკასიის სივრცეში.

სრულიად საქართველოს პედაგოგთა მუშაკთა დასვის ასოციაცია „ლეა და ბავშვი“

თქვენ გაინტერესებთ იმდრო, რას წარმოადგენს ჩვენი ასოციაცია? ჩვენ – სხვები ვართ

პირველ რიგში, ნება მომეცით, მადლობა გადაგიხადოთ, რომ დაინტერესდით ჩვენი პრობლემებით და გადაწყვეტილებით გაეცნოთ ასოციაციის პოზიციებს მიმდინარე პროცესებთან დაკავშირებით.

ჩვენი ასოციაცია უკვე რვა წელია ფუნქციონირებს. იგი დაფუძნებულია კანონის ყველა მოთხოვნით, იუსტიციის სამინისტროსა და სასამართლოს შესაბამისი დადგენილებით. ორგანიზაცია თავის საქმიანობას ახორციელებს ექიმის ფიცისა და მორალურ-ეთიკური პრინციპების გათვალისწინებით.

ამ დუხჭირი წლების განმავლობაში ასოციაციამ შეძლო ორმოცდაათამდე მარტოხელა მედიკოსის (მიუხედავად მათი სტატუსისა) ფიზიკური გადარჩენა. უმწიფეს ვეხმარებით და დღესაც ვეხმარებით როგორც მედიკამენტებით, ისე კვების პროდუქტებით. ამ კეთილშობილურ საქმიანობაში ლომის წილი ჩვენი ახალგაზრდული ორგანიზაციის წევრებს ეკუთვნის. ისინი არ ეპუებოდნენ მძიმე საყოფაცხოვრებო პირობებს (უშუქობას, ულიფტობას, სიცივეს, ტრანსპორტის არ ქონას), შეუპოვრად ერკინებოდნენ ყოველგვარ სირთულეს და ეს ყველაფერი ფინანსური უზრუნველყოფის, ე. წ. გრანტების გარეშე ხდებოდა.

ასოციაცია რეგულარულ დახმარებას უწევს მიუსაფარ ბავშვთა სარეაბილიტაციო ცენტრს „მომავლის სახლი“, ჩვენი მედიკოსები სისტემატურ გამოკვლევებს უტარებენ ამ სახლის აღსაზრდელებს.

ჩვენი მოქმედება არ შემოიფარგლება მხოლოდ სოციალური დახმარებით. სწორედ ასოციაციამ აიძულა წინა მთავრობა მეორე ეტაპის ობიექტების პრივატიზება ისე ჩატარებინა, რომ სამედიცინო მათა არ შეძლებოდა მათი ხელში ჩაგდება და ისინი მედპერსონალის საკუთრება გამხდარიყო.

ასოციაციის დამსახურებაა ისიც, რომ მედპერსონალის ლიცენზირებამ ადამიანური სახე მიიღო და ერთდროულად მედიკოსის ცოდნა არ ეკარგება. მას უფლება აქვს წინასწარ გაეცნოს ტესტებს და საჭიროების შემთხვევაში რამდენჯერმე გავიდეს გამოცდაზე. შედეგად ლიცენზირება ხდება არა ისე, როგორც ფერშლის „რეფორმატორებს“ ჰქონდათ გადაწყვეტილი. რაც ათასობით მედიკოსის უმუშევრობასა და სამედიცინო ობიექტების დახურვას გამოიწვევდა. ჩვენ დღესაც აქტიურად ვმონაწილეობთ სამედიცინო დაწესებულებებისა და მედპერსონალის ლიცენზირებაში. მივესალმებით და ვეხმარებით ექიმთა დახელოვნების აკადემიის მიერ შემუშავებული ლიცენზირების პროგრამების განხორციელებას (რექტორი გია მენაბდე).

ორგანიზაციას გააჩნია ფილიალები საქართველოს თითქმის ყველა რეგიონში, რაიონსა და სამედიცინო დაწესებულებაში. ამ მრავალრიცხოვანი მედპერსონალის სახელით თავს უფლებას ვაძლევთ გავაანალიზოთ, თუ რატომ ცდილობენ მავანი სამედიცინო საზოგადოების პოლიტიზირებას; გვსურს დავსახოთ გზები ხელისუფლებისა და მედიკოსთა დასახლოებულად და იმ დესტაბილიზაციის თავიდან ასაცილებლად, რომლისკენაც მედპერსონალს უბიძგებენ სხვადასხვა ავადმოსურნე ადამიანები თუ პოლი-

ტიკური, ლიდერები“.

სამედიცინო სფეროს მუშაკების მაკოორდინირებელი არასამთავრობო ორგანიზაციები, რომლებიც წამდვილად იცავენ მედიცინის მუშაკთა სოციალურ ინტერესებს, ჩვენს გარდა, არ არსებობენ. ამაში დიდი წვლილი შეიტანა წინა მთავრობამ. კერძოდ, მედიცინის იმდროინდელი მესვეურები თავიანთი რეგიონული ვოიაჟების დროს, მინისტრის მითითებით, აშკარად ცდილობდნენ ასოციაციის დაშლასა და იმიჯის შელახვას. ამისთვის არაფერს თაკილობდნენ. სამედიცინო საზოგადოებას სთავაზობდნენ მათ მიერ შექმნილ „ჯიბის“ არასამთავრობო ორგანიზაციებში გაწევრიანებას. სახელდობრ, ერთ-ერთმა ყოფილმა მინისტრმა იმერეთში სტუმრობისას მედიკოსებს მცდარი ინფორმაცია მიანოდა. უთხრა, რომ ჩვენი ასოციაცია დაიშალა და სამაგიეროდ მოუწოდა, შეერთებოდნენ ორგანიზაციას, რომელიც სახელწოდებით (მაგრამ არა მიზნებით) ჩვენი იდენტური იყო; როგორც ხედავთ, ყველაფერი ხდებოდა, სახელწოდების დუბლირებაც კი, მედმუშაკთა შეცდომების შესაყვანად. თუმცა ამ მცდელობებმა შედეგი ვერ გამოიღო, რაც თქვენი დამსახურებაა, კოლეგებო! როგორც მოგეხსენებათ, მედიკოსებს შესანიშნავი უნარი აქვთ, გააანალიზონ მთავრობის, ისევე როგორც პაციენტის, სიმპტომოკომპლექსი და სწორი დიაგნოზიც დასვან. მართლაც, სამედიცინო საზოგადოების ერთდროულად და სიბრძნემ კიდევ ერთხელ იჩინა თავი და მალევე გამოააშკარავა ამ შტრიკებზე ერთდროული კომპანიების წამდვილი მიზნები, მიმართული ქართველი ხალხისა და კონკრეტულად, მედპერსონალის დასალუბად. წინა მთავრობამ თავისი ძირგამომთხრელი საქმიანობით ჩვენს ნისქეილზე დაასხა წყალი, უფრო მეტად გაგვაძლიერა და გაგვაერთიანა. მნიშვნელოვნად გაიზარდა სამედიცინო საზოგადოების ნდობა ჩვენი ასოციაციის მიმართ, რისთვისაც კიდევ ერთხელ გამოვხატავთ მადლიერებას.

დღეისათვის ჩვენს რიგებში ოციათასამდე მედიკოსია, ასოციაციას გააჩნია რეგიონული და რაიონული ორგანიზაციები, რომლებიც ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე ყველა სახელმწიფოებრივ პროცესში აქტიურად იღებენ მონაწილეობას.

ჩვენს დარგში მეტად რთული მდგომარეობაა, პრობლემაც ბევრია, ვინაიდან სისტემა რეფორმატორულ პროცესში იმყოფება; ეს კი ყოველთვის მტკივნეულია როგორც პაციენტისათვის, ისე მედიკოსებისთვის. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ახლანდელ მთავრობას მემკვიდრეობით არასწორი, რამდენიმე ოჯახის გამდიდრებისაკენ მიმართული სახელმწიფო პოლიტიკა და სიდატაკის დონემდე მიყვანილი მოსახლეობა, ასევე დანგრეული სამედიცინო დაწესებულებები ერგო.

საქართველოში წლების მანძილზე გამეფებული ტოტალური სასონარკვეთილება პირველად ამ ორი წლის წინ გაფერმკრთალდა. გაგვიჩნდა იმედი, რომ ახალმა პრეზიდენტმა და მთავრობამ სწორად გაიგეს რეფორმის რეალური არსი და მიხვდნენ, რომ ეს არ არის მხოლოდ ექიმთა საქმე, მასზე პასუხისმგებელი მარტო ერთი სფეროს

მუშაკები ვერ იქნებიან და უფასო, თანამედროვე სამედიცინო სისტემის შექმნა შეუძლებელია მთელი სამთავრობო გუნდის კომპლექსური მუშაობისა და მზარდი დაფინანსების გარეშე.

ჩვენს დარგს პირველად ჰყავს თავისი რიგებიდან ელექტრორატის მოთხოვნით დანიშნული მინისტრი – ბატონი ლადო ჭიპაშვილი. მან პირველმა, სადაზღვევო ფონდის ხელმძღვანელებთან (ზაზა სოფრომაძე, ვატო სურგულაძე) შეძლო პენსიონერთათვის პენსიებისა და სამედიცინო დაწესებულებებისთვის კი კუთვნილ ასიგნებათა დროული მიწოდება, აგრეთვე დაიწყო დავალიანებათა გასტუმრებაც.

აღსანიშნავია ისიც, რომ ზ. ნოლაიდელმა, მისი ფინანსთა მინისტრობისას შევარდნაძის მთავრობაში მოახერხა ჯანდაცვის სფეროსათვის თანხების დროული გადარიცხვა, თუმცა ამ ფულს ჩვენამდე არ მოუღწევია. სამედიცინო ობიექტები თანხას ან ლარის ინფლაციის წინა დღეს იღებდნენ, ან მუდმივად ისმენდნენ განმარტებებს იმის შესახებ, რომ მთელი თანხა ტუბერკულოზისა და ფსიქიატრიული სისტემებისთვის დაიხარჯა. ნამდვილად კი, როგორც ახლა გაირკვა, ამ დარგებშიც არაფერი გაკეთებულა.

პრეზიდენტის გუნდის მიერ საფინანსო სფეროს სწორება და, რაც მთავარია, პატიოსანმა ადმინისტრირებამ მოგვცა ის შედეგი, რომ დაწესებულებებს გაუჩნდათ ავტონომიური სახსრები, რითაც ბევრმა მათგანმა რემონტისა და სარეაბილიტაციო სამუშაოების ჩატარება მოახერხა. შემცირდა მათ მიმართ სახელმწიფოს დავალიანებაც. დაწყებულია სილატაკის დაძლევის პროგრამა, რომლისთვის საჭირო სახსრები წინათ ჩინოვნიკთა ჯიბეებში ილექებოდა.

პრეზიდენტი და მთავრობა მოქმედებენ არა პირადი მერკანტილური და კარიერისტული მიზნებისათვის, არამედ მოსახლეობისა და მედპერსონალის ინტერესებიდან გამომდინარე. პირადად მათთვის ეს წამგებიანიც კია, რადგანაც მათი საქმიანობა არ გულისხმობს ხმაურიან პარაკაშპანიებსა და იაფფასიან რეკლამას, არამედ ის მიმართულია პაციენტების, მედიკოსებისა და სოციალურად დაუცველი ფენების საკეთილდღეოდ.

ბევრმა არ იცის, რომ დღეს საქართველოში გლობალური ფონდისა და ევროკავშირის დახმარებით ასამდე ამბულატორია შენდება. რეალურად დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის განვითარება. მზადდება კადრები. იმერეთში გაიხსნა მრავალპროფილიანი თანამედროვე საავადმყოფო. არ გადის არც ერთი კვირა, რომ არ იხსნებოდეს ახალი ან გარემონტებული სამედიცინო დაწესებულება. მთელი საქართველოს ტერიტორიაზე ფუნქციონირებს უფასო სასწრაფო სამედიცინო დახმარება და ყველაფერი ეს არა მედიკოსების ხარჯზე, არამედ მათი ინტერესების გათვალისწინებით ხდება.

ასოციაციის მიღწევად შეიძლება ჩაითვალოს მთავრობის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება სამედიცინო დარგის საგადასახადო სფეროს გასაუმჯობესებლად, რის შედეგადაც ჩვენი დაწესებულებები გათავისუფლდნენ იმ გადასახადებისაგან, რომლებიც სასაცილო და შეურაცხმყოფელი იყო (საგზაო, სამენარმეო და სხვა), აღარ ხორციელდება ჯანდაცვის სამინისტროს რეკეტული შემონემებები.

სამწუხაროდ, ყველა ხელისუფლება ცდილობს დაიახლოვოს მხოლოდ ორი ტიპის არასამთავრობო ორგანიზაციები: პირველი – უკვე ანაფორებული, გრანტებით გამდიდრებული და მეორე – ფსევდოპოზიციური, ხელისუფლების მლანძღველი, სუბიექტური კრიტიკით, სიტუაციის გაუთვალისწინებლობით, თავიანთი სარეკლამო საქმიანობისკენ მიმართული.

დასანანია, აგრეთვე მასმედიის პოლიტიკაც, რომელიც, თითქმის მხოლოდ ყურითმორთმეულ სენსაციებსა და ნეგატივზეა ორიენტირებული. რადიო და ტელეკომპანიები მუდმივად ერთი და იგივე, თანაც ისეთ პირებს ინვევენ

ლია ეთერში, ვინც დიდი ხანია, ამონურეს თავიანთი შესაძლებლობები და საზოგადოებას რეალურსა და ქმედით ვერაფერს სთავაზობენ. მათი სისტემური გამოსვლები მხოლოდ ნეგატიურ შედეგებს თუ მოიტანს.

ამ წერილის სათაურში ჩვენ განაცხადეთ, რომ სხვები ვართ. ეს კი იმით გამოიხატება, რომ ჩვენი ორგანიზაცია ცდილობს სასურველ შედეგს მთავრობასთან კონსენსუსით მიაღწიოს და არა პოპულისტური მეთოდებით. ხელისუფლების ზოგიერთი წარმომადგენლისათვის კი იგი თავისი უმართვაობის გამო, ნაკლებად მიმზიდველად რჩება. თუმცა საზოგადოებაში, სწორედ ჩვენი მსგავსნი არიან პოპულარულნი. ისინი, ვინც მიზანმიმართულად, ნაბიჯ-ნაბიჯ ცდილობენ დღევანდელი საკმაოდ მძიმე სიტუაციის გამოსწორებას რეალურად არსებული გეგმებით.

ჩვენი ასოციაციის სამოქმედო გეგმა ასე გამოიყურება:

1. არავითარი პარტიული ზემოქმედება ჩვენს მოძრაობაზე – პარტიკომების დრო გავიდა.

2. ვითანამშრომლოთ ყველა სამთავრობო და არასამთავრობო სტრუქტურასთან, რათა შევძლოთ მედიცინის სფეროს სწორ განვითარებაში შესამჩნევი წვლილის შეტანა.

3. გამოვუცხადოთ დაუნდობელი ბრძოლა ექიმბაშებსა და არალიცენზირებულ სამედიცინო საქმიანობას.

4. მჭიდრო კონტაქტი ვიქონიოთ მასმედიასთან, რათა არ მოხდეს საზოგადოების დეზინფორმირება და დესტაბილიზაციისთვის ხელის შეწყობა.

5. ეთხოვოს პრემიერსა და დარგობრივ მინისტრებს, რომ მოხდეს დაფინანსება ცალკე მოადგილეთათვის, რომელნიც დაკავებული იქნებიან მხოლოდ არასამთავრობო სექტორთან მუშაობით.

6. ეთხოვოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს, ბატონ ლადო ჭიპაშვილს, გამონახოს სახსრები და ფართობი ერთობლივი სამედიცინო გაზეთის „მედიკოსის“ დაფუძნებისა და გამომშვებისათვის, რათა სიტყმატურად და შეუფერხებლად მოხდეს სამინისტროს პოლიტიკისა და მუშაობის გაშუქება, საგამოცდო ტესტებისა და მედიცინის თანამედროვე მიღწევებთან დაკავშირებული სტატიების გამოქვეყნება.

7. ეთხოვოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს, რომ ჩვენი ორგანიზაციის წარმომადგენლები შევყვანილ იქნენ მინისტრის საბჭოს, ყველა კომისიის, მათ შორის – სალიცენზიო, სადაზღვევო, სატენდერო და სხვათა შემადგენლობაში. აგრეთვე:

ა) შემუშავდეს მედპერსონალისათვის განკუთვნილი სოციალური პროგრამები (სადაზღვევო, საპენსიო, სადოტაციო და ა. შ.), აგრეთვე ასოციაციის უშუალო მონაწილეობითა და კონტროლით დაიგეგმოს და განხორციელდეს მედმუშაკთა სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა.

ბ) მოხდეს ჩვენი ორგანიზაციის ჩართვა ჯანდაცვის პოლიტიკის განმსაზღვრელი ყველა ჯგუფის მუშაობაში.

გ) მოვითხოვოთ ოპტიმიზაციის შედეგად დასატოვებელი ან შესაქმნელი სამედიცინო დაწესებულებების შერჩევის, მათი კადრებით დაკომპლექტების პოლიტიკა იყოს ღია და გამჭვირვალე და განხორციელდეს ჩვენი უშუალო მონაწილეობითა და მეთვალყურეობით.

დ) რეალურად ამოქმედდეს მემორანდუმი, რომელიც გაფორმდა ჯანდაცვის მინისტრს, სრულიად საქართველოს მედიცინის მუშაკთა დაცვის ასოციაციის პრეზიდენტსა და არასამთავრობო ორგანიზაციების საპარლამენტო ანსამბლეს თავმჯდომარეს შორის.

ყველაფერი ზემოთ აღნიშნულის შესრულება შესაძლებლობას მოგვცემს, რომ სრულიად საქართველოს მედიცინის მუშაკთა ასოციაციამ „დედა და ბავშვი“ შეძლოს თავისი ძირითადი მიზნების განხორციელება. ესენია:

- 1. მედიკოსთა სოციალური უფლებების დაცვა;
- 2. ჯანდაცვის სწორი განვითარებისთვის ხელის შეწყობა;

3. შუამავლის როლის შესრულება სახელმწიფო, არასახელმწიფო ორგანიზაციებსა და სამედიცინო კოლექტივებს შორის, რაც, საბოლოო ჯამში, თავიდან აგვაცილებს არაკეთილმოსურნეთა ჩარევასა და ამით გამოწვეულ დესტაბილიზაციას.

გასაკეთებელი კიდევ ბევრია – მოსაგვარებელია საკადრო პოლიტიკა, გასაუმჯობესებელია რეგიონებთან მუშაობა, განსახორციელებელია საქართველოს გენეტიკური ფონდის გადარჩენისთვის მონოდებული ეროვნულ-დემოგრაფიული პროგრამა, რომელიც გულისხმობს ტუბერკულოზის, შიდსის, უსაფრთხო სისხლის, დედათა და ბავშვთა დაცვის და სხვა პროგრამების პრიორიტეტულობას.

მოგიწოდებთ, რომ ერთად გავანალიზოთ ძირითადი პრობლემები, დავსახოთ მათი მოსაგვარებელი გზები და შევიმუშავოთ ამისათვის საჭირო ეფექტური პროგრამები, რათა საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში ჩვენთვის, ყველასათვის კეთილსაიმედო მდგომარეობა შეიქმნას. ამისათვის კი, თქვენი თანადგომა, აქტიური მხარდაჭერა და თანამშრომლობა გჭირდება.

სრულიად საქართველოს მედიცინის მუშაკთა დაცვის ასოციაციის პრეზიდენტი, სამედიცინო-სოციალურ მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი

ლ. ს. მამალაია
გაზეთი „მედიკოსი“

უალკოჰოლო სასმელები ბავშვთა კვებაში

ქუთათელაია ლ. – ტექნიკის მეცნიერებათა კანდიდატი

დღეს მსოფლიოში დიდი ყურადღება ექცევა ადამიანის ცხოვრებასა და მისი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, რომელიც განისაზღვრება ბალანსირებული კვებით. ამ ღონისძიების განხორციელებაში არანაკლებ როლს ასრულებს საკვები პროდუქტები, რომლებიც ერთის მხრივ დააკმაყოფილებს სტანდარტის მოთხოვნებს, ხოლო მეორეს მხრივ იქნება ადამიანისთვის უვნებელი.

კვების მრეწველობის სხვა დარგებს შორის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანია უალკოჰოლო სასმელების წარმოება. უალკოჰოლო სასმელებს დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც საკვებ პროდუქტს, ყველა ასაკის მომხმარებლისთვის, მაგრამ ისინი განსაკუთრებულია ბავშვებისათვის. ბავშვებს ძალიან უყვართ ტკბილი სასმელი, თუმცა მათთვის არავინ არ ზრუნავს და არ შეუქმნია უალკოჰოლო სასმელი, როგორც გამაგრებელი და როგორც ბავშვების ჯანმრთელობისათვის სასარგებლო, რადგან უალკოჰოლო სასმელები მზადდება ძირითადად შაქრისაგან, ლიმონის მჟავის, ნახშირმჟავა გაზისა და, რაც მთავარია, ხილ-კენკროვანი წვენებისა და ნაყენებისაგან; ასევე ბოსტნეულისა და ბალჩეულის ნაყენებისაგან, რომლებიც მდიდარია ვიტამინებით, მიკრო და მაკრო ელემენტებით და სხვა ბიოაქტიური ნივთიერებებით.

უალკოჰოლო სასმელების ზრდასა და მოხმარებას მსოფლიოში მყარი ტენდენცია აქვს. ასე მაგალითად, უალკოჰოლო სასმელების მოხმარება ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენდა (ლ/1 სულზე): გერმანიაში – 195, ამერიკაში – 164, ბელგიაში – 129, ჩეხეთში – 110, შვეიცარიაში – 55, რუსეთში – 50, სომხეთში, უკრაინასა და საქართველოში – 26, ბელორუსიაში – 22, ლიტვაში – 27. ლატვიაში – 23. მაგრამ არავის არა აქვს გაანგარიშებული, რამდენი ლიტრი უალკოჰოლო სასმელი იხარჯება ბავშვებისათვის. ან როგორ სასმელს ლეზულობენ ისინი.

მართალია, ადრეულ პერიოდში, როდესაც ქუხდა ლაღი-ძისეული უალკოჰოლო სასმელები, მაშინაც არავინ არ აქცევდა ბავშვებს ყურადღებას.

დღეს, საბაზრო ეკონომიკის პირობებში, როდესაც ცდილობენ დაამზადონ რაც შეიძლება მეტი სასმელი და გაასაღონ იაფად, შაქრის ნაცვლად იყენებენ შაქრის შემცველებს – საქარინს, სვიტლს, ასპარტამს და სხვ. ბავშვებს

ანვდიან უხარისხო, ბავშვებისთვის მავნე სასმელებს, რომლებიც უზიანებენ მათ ღვიძლს და ხშირი ხმარებით გახდიან გონებადაქვეითებულს, რის ნათელ წარმოდგენას იძლევა ჟურნალ „პიშჩევაია პრომიშლენნოსტის“ რეკოლექციის წევრის კუდრიაშვილის მონაცემები სარგებლობის ოფიციალური ცნობით, რომელიც გააკეთა 1966 წლის 26 დეკემბერს აშშ პროგრამა „60 წუთმა“, რომ „NUTRA SWEET-ით“ დამზადებულმა საკვებმა პროდუქტებმა ხშირი ხმარების შემდეგ ცხოველებში გამოიწვია თავის სიმსივნე.

არა და აუცილებელია, ბავშვებს მიენდოს ვიტამინებით, ამინომჟავებით, მიკრო და მაკრო ელემენტებით მდიდარი წვენები, სასმელები.

ჯანმრთელი კვება არის გარანტი ბავშვების ნორმალური ზრდისა და განვითარებისთვის. ამიტომ საჭიროა, ყურადღება მიექცეს საწარმოებსა და სავაჭრო ობიექტებს, ბაზრობებს, სადაც იყიდება უალკოჰოლო სასმელები დამზადებული მხოლოდ ხელოვნური დამატკობლებით ასპარტამით, საქარინით და მრავალი სხვა დაუსაბუთებელი დამატკობლებით. ასევე სინთეზური არომატიზატორების გამოყენებით.

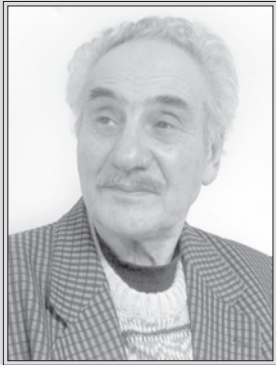
პროდუქტები იყიდება ყოველგვარი გამაფრთხილებელი წარწერების გარეშე, რომლითაც სარგებლობენ არა მარტო დიაბეტი დაავადებულნი, არამედ ჯანმრთელი ადამიანები და ძირითადად ბავშვები.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, აუცილებელია, დამზადდეს უალკოჰოლო სასმელები ერთიდან ათ წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის, სადაც გამოყენებული იქნება ჩვენი ფლორა, ტრადიციული და არატრადიციული, კულტურული და ველურად მზარდი მცენარეები. შესწავლილი იქნება მათი ფიზიკურ-ქიმიური და ორგანოლეპტიკური მაჩვენებლები, ასევე მათი სამკურნალო თვისებები. შერჩეული უსაფრთხო, ეკოლოგიურად სუფთა ხილისაგან, ბოსტნეულისა და ბალჩეულისაგან დავამზადოთ მსოფლიოში პირველად უალკოჰოლო სასმელები 1-დან 10 წლამდე ბავშვებისთვის, როგორც გაზირებული, ისე არაგაზირებული. შეიქმნას ახალი ტექნოლოგიები უალკოჰოლო სასმელების დასამზადებლად.

გადავარჩინოთ ბავშვები სხვადასხვა დაავადებებისა და გონების დაქვეითებისაგან.

შენობა-ნაგებობებში სანიტარულ-ჰიგიენური მოთხოვნები და მისი დარღვევის შესახებ

(მოსწავლა ნაპითსულია საქართველოს ჰუმანიტარულ და სოციალურ მედიცინის ინსტიტუტში 2005 წლის 22 ივნისს)



პროფ. კიაზო ნიშიჯაკი

მოკლე დონია:

- საქართველოს დამსახურებული არქიტექტორი
- სახელმწიფო პრემიის ლაურეატი
- თბილისის სახელმწიფო სამხატვრო აკადემიის პროფესორი
- საქართველოს ჰუმანიტარულ და სოციალურ მედიცინაში აკადემიის ნამდვილი წევრი-აკადემიკოსი.

არქიტექტურის და მედიცინის ერთობლივი მიზანია, შევუქმნათ ადამიანს სუფთა გარემო და ვიზრუნოთ მის ჯანმრთელობაზე.

როგორც წესი, შენობა-ნაგებობების პროექტის შედგენისას არქიტექტორებსა და ინჟინრებს ევალებათ გაითვალისწინონ ის სანიტარულ-ჰიგიენური მოთხოვნები, რასაც ითვალისწინებს სამშენებლო ნორმების დანესების კრებული.

რა მდგომარეობაა ამ მხრივ თბილისის განაშენიანებაში?

თუ გადავხედავთ თბილისის ძველი შენობა-ნაგებობების მდგომარეობას, ამ თვალსაზრისით უამრავ დარღვევებს აღმოვაჩინებ.

როგორც მოგეხსენებათ, ადრეულ პერიოდში პროექტის მიხედვით მშენებლობა თითქმის არ წარმოებულა და თვითნებურად, სტიქიურად შენდებოდა ქალაქი, ამიტომ სანიტარულ-ჰიგიენურ მოთხოვნებს ნაკლებად ითვალისწინებდნენ.

როგორი სახის დარღვევებს ჰქონდა ადგილი?

არ იყო გათვალისწინებული თბილისის გეოგრაფიული ადგილმდებარეობა, მისი კლიმატური პირობები, რომ იგი მდებარეობს დედამიწის განედის 43-ე პარალელზე, ამიერკავკასიის კლიმატური დარაიონების IV-B ზონაში, ამიტომ, თუ ამ მოთხოვნების მიხედვით ვიმსჯელებთ, ძველად აშენებულ სახლებს არა აქვს საცხოვრებელ სათავსოთა ოპტიმალური რაოდენობის სწორად შერჩეულ მხარეს ინსოლაციის, ბუნებრივი განათების, გამჭოლი განიავება. ზოგან ნაწილობრივ იყო გათვალისწინებული. მაგრამ დროთა განმავლობაში იქნა გადაკეთებული უარესისკენ და კომფორტს მოკლებული აღმოჩნდა.

აგრეთვე მეტწილად არასწორად იყო მოწყობილი შიდა ეზოები, სადაც დიდი იყო განაშენიანების სიმჭიდროვე. არ ითვალისწინებდნენ რელიეფის სირთულისა და ფართობის სიმცირეს. ეზოს არ ჰქონდა ნორმალური განათება და მზის სხივებს იყო მოკლებული. ჩაბნელებული ეზოს გამო საცხოვრებელი სათავსო-

ებიც ჩაბნელებული იყო.

ბევრი ეზო მოკლებული იყო გამწვანებას. აქ ავტოგასაჩერებლებიც მოაწყეს.

მაგრამ ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთ ძველ განაშენიანებაში ცხოვრებას თავისებური ხიბლი ჰქონდა და ჰუმანიზმის შესანიშნავი მაგალითი იყო იქ შექმნილი ატმოსფერო: მაცხოვრებლებს უფრო ახლო ურთიერთობა ჰქონდათ, ერთმანეთს ეხმარებოდნენ და ჭირსა და ლხინს იზიარებდნენ. ყურადღებას არ აკლებდნენ ბავშვებს და საჭიროების შემთხვევაში ერთმანეთს უტოვებდნენ.

გარდა მაგისა, ასეთი ძველი თბილისის ეზოებში ზოგიერთი შენობა თავისი არქიტექტურულ-მხატვრული იერსახით, მისი მრავალნაირად შეკაზმული აყურული აივნისა და ახლებით დღესაც ყურადღებას იმსახურებს, რომელთა მრავალი ჩანახატი ნატურადან გავაკეთე, რათა ამით ძველი თბილისის საინტერესო ისტორიას შემდგომში შემოვუნახოთ. რადგან ზოგიერთი მათგანი დროთა განმავლობაში დაზიანდა, დაინგრა და გადააკეთეს.

თბილისის ძველი განაშენიანების საზოგადოებრივი დანიშნულების შენობებშიც ვხვდებით მთელ რიგ დარღვევას. ზოგიერთ ოფისებს, დერეფნებს, კიბის უჯრედებს, ბუნებრივი განათება არა აქვთ, რაც დაუშვებელია.

ამ ბოლო დროს თბილისში დაიწყეს რეკონსტრუქცია. რეგენერაციის სამუშაოები, რამაც ნაწილობრივ გამოასწორა მდგომარეობა, ასეთებია: ბარათაშვილის, კობალაძის, შარდენის, ბამბის ქუჩების და სანაპიროს განაშენიანების ზოგიერთ მონაკვეთზე, რაც მისასალმებელია.

რა მდგომარეობაა ამჟამად თბილისში მშენებლობებზე?

უნდა აღინიშნოს, რომ ბოლო დროს შეიმჩნევა პროფესიონალურ დონეზე დაპროექტებულ შენობების სანიტარულ-ჰიგიენური მოთხოვნების დაცვა, მაგრამ დანარჩენებთან ხშირია შემთხვევები დარღვევისა.

რამდენიმე წლის წინ იყო ერთი პერიოდი მაღალ შენობებზე ლოჯიების მოშენებისა, რაც დადებით მოვლენად უნდა ჩაითვალოს, რადგან ქალაქის საბინაო ფონდს შემატა უზარმაზარი საცხოვრებელი ფართი. მოსახლეობამ მიიღო საშუალება ბინის ფართობის გაფართოებისა და ბინებზე მოთხოვნილება შემცირდა, მაგრამ ამასთან ზოგიერთ სახლებზე მიშენებისას მოხდა სანიტარულ-ჰიგიენური მოთხოვნილებათა დარღვევა. რაც გამოიხატა შემდეგში: მოხდა ლოჯიების დამატებით 2-ჯერ, 3-ჯერ მიშენება, რამაც გამოიწვია შიდა სათავსოთა ჩაბნელება, რის გამოც ოთახები „ავადმყოფ“ ოთახებად აქცია, რაც დაუშვებელია.

ახალ აშენებულ შენობებში ვხვდებით აგრეთვე, მთელ რიგ დარღვევებს. არ ნიავდება კიბის უჯრედები, ზოგან ბუნებრივი განათება არაა საკმარისი, სანიტარული კვანძები მოკლებულია სავენტილაციო არხებს. სამზარეულოს სათავსო გაერთიანებულია სასტუმრო ოთახთან, რადგან საჭმლის სუნი ვრცელდება. საპირფარეო მოთავსებულია უშუალოდ მისაღებ ჰოლთან. უნდა იყოს იქვე, მაგრამ მოფარებული და სხვა.

საზოგადოებრივ შენობებში არ არის სწორად დაპროექტებული კვანძები, რომელთა საკანალიზაციო მილები ჩადის ქვედა სართულის სამუშაო ოთახებში და ვესტიბულში.

დაუშვებელია მიწისქვეშა და მეტროების გადასასვლელებში სავაჭრო და სხვა დანიშნულების სათავსოების მოწყობა, რადგან მთელი წლის განმავლობაში, სადაც მუშაობენ თანამშრომლები მოკლებული არიან ბუნებრივ განათებას, მზის სხივის ინსოლაციას და გამჭოლ განიავებას. მითუმეტეს ქალაქში გვხვდება ასეთი ნაგებობებიც საკმაოდ დიდი მოცულობისა, სადაც მრავალი თანამშრომელი მუშაობს.

ქალაქში დიდ უხერხულობას იწვევს ხმაური, მითუმეტეს ცენტრალურ ნაწილში. ტრანსპორტის ინტენსიური მოძრაობისაგან ხმაურის ნორმა 50 დეციბალზე მეტი არ უნდა იყოს. თუ მეტია, იწვევს ადამიანთა ნერვიულ აშლილობას და დეპრესიას.

მისახედია ტრანსპორტის ტექნიკური მოწყობილობის წესრიგში მოყვანა, რადგან გაუმართავი მანქანის განმანაბლოქვი წამლაგს გარემოს, ჰაერს და ეკოლოგიურ დარღვევებს იწვევს, რაც ნორმების უხეში დარღვევაა და ადამიანების ჯანმრთელობისთვის საზიანო.

ტრანსპორტის მოძრაობის უკეთ ნარმართვისათვის მოიფიქრეს ე. წ. „სამკუთხედის“ სქემის შექმნა, რამაც არ გაამართლა და მიმდებარე ქუჩებთან საცობები და გამონაბოლქვი გაზების ნორმებზე დიდი სიჭარბის გამო აუტანელი პირობები შექმნა.

ასეთი შეცდომა არ იქნებოდა დაშვებული, რომ კარგად აგვენონა და სათანადო დონეზე მოგვეფიქრებინა, მითუმეტეს, რაკი გმირთა მოედნის გარკვეულ მონაკვეთს ვეხებოდით, საქმისთვის უკეთესი იქნებოდა და ეთიკურადაც გამართლებული საქმის კურსში ჩავეყენებინე, როგორც გმირთა მოედნის პროექტის ავტორი, რომელსაც თავის დროზე ხუთი წლის განმავლობაში ვაპროექტებდი და ვენეოდი საავტორო ზედამხედველობას მშენებლობაზე. მაქვს სათანადო გამოცდილება და სემინარები ასეთ საკითხებზე გავლილი მოსკოვში, ჰელსინკიში, სუხანოვოში. სატრანსპორტო კვანძში ასეთი სანინაღმდეგო მიმართულების, მოძრაობის გამართვა მთელ მსოფლიოში არსად არ არის გაკეთებული. ამიტომ იგი გასაუქმებელია. მანდ კი, საჭირო იქნება გა-

გრძელდეს II-III რიგის სამუშაოები, რომელიც პროექტით ადრე იყო გათვალისწინებული და შეთანხმებული.

ჯანმრთელობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ქალაქის გამწვანებას, რაც ნორმასთან შეფარდებით თბილისისთვის მცირეა.

აღნიშნული დარღვევების აღმოსაფხვრელად მიგვაჩნია, რომ, ალბათ, ასეთი მნიშვნელოვანი საკითხების მოსაგვარებლად ახლო მომავალში უნდა შეიქმნას კომპეტენტური კომისია, რომლის შემდგენლობაში უნდა შევიდნენ არქიტექტორები, ინჟინრები და სანიტარულ-ჰიგიენური ექიმები.

მათ მიერ შესწავლილი უნდა იქნეს და დაზუსტებული, თუ რამდენად შეესაბამება ძველ თბილისს ყველა შენობა-ნაგებობა, რომელთა თითქმის მესამედი ვერ იმსახურებს ძეგლად აღიარებას თავისი არქიტექტურულ-მხატვრული მნიშვნელობით, აგრეთვე სანიტარულ-ჰიგიენური თვალსაზრისითაც. ასეთი შენობის მეტი ნაწილი თავისით ინგრევა, უკიდურესად დაზიანებულია მიწისძვრის და ხანდაზმულობის შედეგად, ამიტომაც ისინი შემონახვის შემდეგ უნდა დაინგრეს და მათ ადგილზე შენობები აშენდეს თანამედროვე მოთხოვნილებათა გათვალისწინებით.

უნდა გამკაცრდეს პროექტის შეთანხმებისას სათანადო ინსტანციებში სანიტარულ-ჰიგიენური მოთხოვნილებები და მათი განხორციელება მშენებლობაზე.

ლოჯიების მიშენებაზეც იქ, სადაც 2-ჯერ და 3-ჯერ იქნა მიშენება განხორციელებული, ნაწილობრივ შეიძლება მათი გამოსწორება, თუ მაცხოვრებლებს ვურჩევთ წინა არსებული შემინვის მოხსნას და მისი აივნად გადაქცევას.

რაც შეეხება ქუჩის ქვეშ და მეტროების კიბეებსა და გადასასვლელებში მოწყობილ სავაჭროებს, გასაუქმებელია. ხოლო იქ არსებული სათავსოები გამოყენებულ იქნას დროებით მოხმარების მიზნით.

აქ მუდმივად მომუშავენი შეიძლება დაავადდნენ, ამიტომ უნდა შეიქმნას ნორმალური პირობები სანიტარულ-ჰიგიენური თვალსაზრისით და მათი სათავსოები უნდა განლაგდეს უმთავრესად მეტროების მიწისზედა სადგურების გარშემო. სადაც შედარებით უარმავი ხალხი იყრის თავს და მყიდველი დროსაც ნაკლებს დაკარგავს, როგორც ამას ამ ბოლო დროს საზღვარგარეთ აკეთებენ.

მისახედია და შესაძლებლად შესასწორებელი საზოგადოებრივ-ადმინისტრაციულ შენობებში დერეფნის, კიბის უჯრედების ბუნებრივი განათება და განიავება, უნდა გამოიჭრას სათანადო ლიობები ან ფარნები.

თბილისის დაბინძურებული ჰაერის გაუმჯობესება შესაძლებელია, თუ ხეობები ნაგავსაყრელად არ იქნება გამოყენებული და ნაგავსაყრელები დროულად გაინმინდება, გავზრდით გამწვანების ფართობს, რაც ნორმასთან საკმაოდ ნაკლებია, ამასთან იგი იძლევა საშუალებას შევქმნათ დამცავი გამწვანების ზოლები განაშენიანებაში, ხმაურის, მტერის, მომწამვლელი აირის შესამცირებლად.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან დავასკვნით, რომ დროა და აუცილებელი, თბილისში გატარდეს სათანადო ღონისძიებები, რათა აღმოიფხვრას არსებული დარღვევები.

რედაქცია ულოცავს
პიაზო ნახუცრიშვილს 80 წლის იუბილეს.

ფრინველის გრიპის საშიშროება

სანდრო ნავერიანი

ალტრანაციფა „ჯოჯიან ინდუსტრიალ კომპანი“

თემა, რომელსაც უნდა შევეხო, პრინციპში, ყველაზე აქტუალურია. აქტუალობასთან ერთად შემზარავიც, რადგანაც შესაძლებელია საქართველოს მოსახლეობა მსხვერპლი გახდეს იმ ვირუსისა, რომელმაც 2003 წელს იჩინა თავი სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში და ორი წლის განმავლობაში თითქმის მთელ აზიას მოედო – ფრინველის ჭირის სახელით ცნობილი ფრინველის გრიპი (AVIAN INFLUENZA – HPA1).

ბოლო ორი წლის განმავლობაში ამ ვირუსის გავრცელების შიში საქართველოს ფარგლებში ხშირად ყოფილა, თუმცა შიში ნელ-ნელა, სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში ვირუსის სავალალო შედეგების შემცირების გამო ქრებოდა.

სანამ უშუალოდ ამ ვირუსთან გატარებული თუ გაუტარებული ღონისძიებების შესახებ ვისაუბრებდეთ, ჩემი მხრიდან მინდა ერთი მეტად მოკრძალებული (მოკრძალებული იმიტომ, რომ მე მედიცინაში თითქმის არაფერი გამეგება) სიტყვა ვთქვა:

მე, სანდრო ნავერიანი ვცხოვრობ საქართველოში და მიმაჩნია, რომ ჩემი ქვეყანა და ჩემი ქვეყნის მოსახლეობა ვიმსახურებთ თუნდაც იმას, რომ არჩევანი ჩვენით გააკეთოთ. შესაძლოა ჩვენი არჩევანი არასწორი აღმოჩნდეს, მაგრამ ამ შემთხვევაში ყველა დაზღვეულია ზედმეტი პასუხისმგებლობისგან.

რავი უნდა გავაკეთოთ არჩევანი?

როგორც უკვე მოგახსენეთ, ფრინველის გრიპი საკმაოდ დიდი მასშტაბების ვირუსი აღმოჩნდა და ეს არ არის ჩვეულებრივი გრიპი, რომელიც სურდოს იწვევს. ალბათ, თუ რა შედეგები მოჰყვა ამ ვირუსს, ზუსტი მონაცემები არავის აქვს, მაგრამ ფაქტია, რომ ხალხი იღუპება და, ალბათ დამეთანხმებით, ნებისმიერი დაავადება, რომელიც ადამიანის სიკვდილიანობას იწვევს, ყველასთვის ყველაზე საყურადღებოა.

მე არჩევანის გაკეთება მინდა იმაში, რომ მანახოს სახელმწიფომ რა საშუალებებით იბრძვის ამ ვირუსის გავრცელების წინააღმდეგ. შემოთავაზებულიდან მე საუკეთესო შევარჩიე და კიდევ ვიმეორებ, არავინ ამით არ დაზარალდება, რადგან მეც და, ვფიქრობ, მთელ საქართველოს აქვს იმდენი შეგნება, რომ ცუდს და კარგს შორის არჩევანი კარგის სასარგებლოდ გააკეთოს.

ჩემი, ასე ვთქვათ, მოხსენების ბოლოს მინდა თხოვნით მივმართო ყველა იმ ორგანოს, რომელიც ვალდებულია ფრინველის გრიპის გავრცელების წინააღმდეგ ბრძოლაში ჩაერთოს: არავითარ შემთხვევაში არ ეცადოთ და ბოროტად არ გამოიყენოთ თქვენი მდგომარეობა, ბოლომდე დაიხარჯეთ და გააკეთეთ მაქსიმუმზე მეტი, თავს ზევით ახტით და ყველანაირი, ნებისმიერი საშუალებით შეაჩერეთ ეს იარაღი, რომელიც ისედაც გადაშენების პირას მყოფ ქართველ ერს კიდევ უფრო მოთხრის და თაობა აქ, ამ ათწლეულში განადგურდება. ამას თქვენ გავალდებულებთ თქვენი

მორალი, თქვენი შვილების მომავალი და, უბრალოდ, ადამიანურობა.

ნუ გამოიყენებთ ამ მდგომარეობას ბოროტად და ფულის საკეთებლად. აი, სულ ეს იყო ის, რისი თქმაც მე მინდოდა, ახლა კი უშუალოდ იმაზე, თუ რა ზომებია მიღებული და პერსპექტივაში რა ღონისძიებები უნდა გატარდეს ამ საშინელი ვირუსის გავრცელების წინააღმდეგ.

2005 წლის ნოემბერში სოფლის მეურნეობის სამინისტროს „ჯორჯიან ინდუსტრიალ კომპანიმ“ შეთავაზა პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებდა ფრინველის გრიპის წინააღმდეგ პრევენციულ ღონისძიებებს. პრევენციული ღონისძიებები უნდა გატარებულიყო გერმანიის ჰიგიენისა და მიკრობიოლოგიის საზოგადოების (გჰმს) მიერ რეკომენდებული ეფექტური სადეზინფექციო საშუალებით „ ალფა გარდი“. „ჯორჯიან ინდუსტრიალ კომპანის“ მიერ შეთავაზებული პრეპარატები მიეკუთვნება დეზინფექტანტების უმაღლეს კატეგორიას. ეს ის პრეპარატებია, რამოელთაც რეკომენდაციას უწევს მედინსტრუმენტების მწარმოებელი ისეთი ცნობილი ფირმები, როგორიცაა კარლ შტოლცი, რიჰარდ ვოლფი, პენტაქსი. ეს პრეპარატები შეტანილია ჰიგიენისა და მიკრობიოლოგიის გერმანული საზოგადოების მიერ რეკომენდებული პრეპარატების ნუსხაში. ეს ის დეზინფექტანტებია, რომელთაც იყენებენ გერმანიისა და დასავლეთ ევროპის ქვეყნების კლინიკები. ეს არ არის ნაწარმი, რომელსაც თვითონ არ იყენებენ და იმპორტის, უკეთესი ნათქვამი იქნებოდა – გასაღების სახით გზავნიან სხვა ქვეყნებში, როგორც ეს მრავალ სხვა შემთხვევაში ხდება.

„ჯორჯიან ინდუსტრიალ კომპანის“ მიერ შემოთავაზებული პრეპარატების ფასები რეალურად ხელმისაწვდომია, რაც, დამეთანხმებით, მთავარი თუ არა, ერთ-ერთი უმთავრესი კრიტერიუმი.

საუკეთესო დეზინფექცია უნდა ხასიათდებოდეს შემდეგი თვისებებით:

1. სწრაფი მოქმედება.
2. მაღალეფექტურობა.
3. დეზინფექტანტის უვნებლობა ადამიანის ჯანმრთელობაზე.
4. დეზინფექტანტის სუნის არარსებობა, უარომატობა.
5. ბიოდეგრადაცია (ბიოლოგიური სისუფთავე).
6. იოლი მოხმარების ფორმა.
7. შენახვის ხანგრძლივი ვადა.
8. მოქმედების ხანგრძლივი დრო.

პირადად, დიდი სიამაყით მინდა აღვნიშნო, რომ „ჯორჯიან ინდუსტრიალ კომპანის“ მიერ შემოთავაზებული ყველა პრეპარატი შეიცავს ყველა იმ კომპონენტს და მოთხოვნას ასი პროცენტით აკმაყოფილებს, მთავარია მისი სწორად გამოყენება.

„ჯორჯიან ინდუსტრიალ კომპანი“ შეძლებს ეპიდემიების საშიშროების თავიდან აცილებას. ამ ორგანიზაციის პარტნიორები არიან ისეთი ფირმები, რომლებიც ორმოცდა-

ათ წელზე მეტია ამ სფეროში წარმატებულად მოღვაწეობენ: DR. DEPPE, CLOVERTINE EXPORT, DETIA DEGESH...

აქ საუბარია არა მარტო ფრინველის გრიპის ეპიდემიაზე, არამედ ამერიკულ პეპელაზე, მალარიაზე, ლეიშმანიოზზე, ტუბერკულოზზე, A, B, C ჰეპატიტისა და სხვა ვირუსულ ინფექციებზე, ბაქტერიებზე, მიკრობებზე დაავადებათა წარმომქმნელ კერებზე.

„ჯორჯიან ინდუსტრიალ კომპანის“ წარმომადგენლობები გახსნილია საქართველოს სხვადასხვა ქალაქში: ქუთაისში, ბათუმში, ფოთში, თელავში.

ფრინველის გრიპის შესახებ არაერთხელ თქმულა და დანერგა. სამწუხაროდ, ბეჭდებითი სამყარო არაობიექტურად აშუქებს ფრინველის გრიპის წინააღმდეგ გატარებულ ღონისძიებებს. სტატიები, რომლებიც არაკეთილსინდისიერად აშუქებენ ამ პრობლემას და მისი გადაჭრის ზომებს, მოსახლეობაზე უარყოფითად მოქმედებს და ადამიანი, რომელსაც ობიექტური მიზეზი აქვს, იყოს მშვიდად, ამ უაზრო და განუკითხავი, ყოველგვარ სიმართლეს მოკლებული სტატიების გამო შეშფოთებულია. ამ სტატიებში იგრძნობა მწერლის (ამ შემთხვევაში ჟურნალისტის) სრული არაპროფესიონალიზმი და რაც ყველაზე სამწუხაროა – უფიცობა. მაგალითად, ერთ-ერთ სტატიაში დეზინფექცია და სტერილიზაცია მოყვანილია, როგორც ერთი და იგივე მნიშვნელობის სიტყვა. სიმართლე ზევითაც ვალიარე – მედიცინაში, ფაქტობრივად, არაფერი გაიგება, მაგრამ დეზინფექციასა და სტერილიზაციას შორის განსხვავებას ვხედავ და ვიცი, იმ უბრალო მიზეზის გამო, რომ დამაინტერესა და ვიკითხე. აქ ნახსენები სტატიები კი ინერება ერთი ამოსუნთქვით, შეუგნებლად და უბრალოდ იმიტომ, რომ სტატია დაინეროს და არა იმიტომ, რომ ეს სტატია მკითხველისთვის იყოს ინფორმატორი და არა დეზინფორმატორი.. დამეთანხმებით, ალბათ, რომ დეზინფორმაცია ყოველთვის სავალალო შედეგებს იწვევს და არც ახლა გამორიცხული, უკვე აღმოჩნდეს ისეთი ადამიანი, რომელმაც ამ სტატიებით იხელმძღვანელა.

„ჯორჯიან ინდუსტრიალ კომპანის“ კონსულტანტი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, აკადემიკოსი ბატონი გიორგი ჩახუნაშვილი აცხადებს, რომ იმისათვის, რათა შეჩერებული იქნეს, ანუ პრევენციული ღონისძიებები შედეგადად გატარდეს (ანუ გაგრძელდეს, რადგან სოფლის მეურნეობის სამინისტრომ უკვე გაატარა ეს ღონისძიებები. ამაზე ქვემოთ), საჭიროა შეიქმნას ერთგვარი სამკუთხედი. სამკუთხედის ერთი პირველი და მთავარი კუთხე დღესდღეობით არის და, ალბათ, მერეც უნდა იყოს სოფლის მეურნეობის სამინისტრო. მეორე კუთხეა ჯანმრთელობისა და სოცურზრუნველყოფის სამინისტრო უნდა წარმოადგენდეს. პრაქტიკულად, დღეს ეს ორი კუთხე ერთობლივად მუშაობს და სწორედ ეს ორი კუთხე უნდა შეკრას მესამე – გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტროსთან არსებულმა ეკოლოგიის დეპარტამენტმა.

ამ სამ სტრუქტურას რეალურად შეუძლია ფრინველის გრიპის წინააღმდეგ შედეგიანი ბრძოლა გააგრძელოს და იმ კონდიციამდე მიიყვანოს, რომ საქართველოში არ შეიქმნა საფრთხე ამ ვირუსის გავრცელებისა.

ბატონი გიორგისა და „ჯორჯიან ინდუსტრიალ კომპანის“ აზრით, რომელიც საცხებით რეალურია, შესაძლებელია ბრძოლა ქათმის გრიპთან ისე, რომ საქართველოს სასაზღვრო პუნქტები არ იქნეს ბლოკირებული და მუდმივად

იმუშაონ ჩვეულ რეჟიმში.

„საქართველო ცივილიზებული ქვეყანაა და არ შეიძლება ჩვენ, ოცდამეერთე საუკუნეში ვირუსების წინააღმდეგ ქლორით ვიბრძოლოთ. ეს არ შეიძლება, რადგან ქლორის დიდი დოზით გამოყენების შემთხვევაში დაბინძურდება გარემო, რაც გარკვეულწილად დამატებით საზრუნავს გაგვიჩენს, ხოლო უბრალოდ, იმ პრობლემას, რომლისთვისაც ქლორი იქნა გამოყენებული, ვერაინარა ვერ გადაჭრის. ჩვენ არ ვართ პაპუასები და უნდა ვაცნობიერებდეთ ამას. უნდა ვიცოდეთ, რომ ექიმბაშის გამოგონილ, კუსტარულად დამზადებულ პრეპარატს ის პრეპარატი სჯობია, რომელსაც სწორედ ის ქვეყნები იყენებენ, რომელთაც გვინდა დავემსგავსოთ და ჩვენთვის ეტალონები არიან. არ შეიძლება ადამიანზე ჩაატარო ექსპერიმენტი მაშინ, როცა ამის აუცილებლობა არ არის და მეტიც, ამ ექსპერიმენტს შესაძლოა, ტრაგიკული შედეგი მოჰყვეს. მაგალითად, თურქეთს მოვიყვან. ქვეყანა, რომელსაც პრეტენზია აქვს ევროკავშირში გაერთიანებაზე, ქათმის გრიპს ვენახის შესაწამელი მოწყობილობით ებრძვის – ექსპერიმენტებს ატარებს, რამაც უკუშედეგი მისცა. ჯობია, გადაიხადო რაღაც, გარკვეულწილად მეტი თანხა და შეიძინო პრეპარატი, რომელიც, დარწმუნებული ხარ, ეფექტურია, ვიდრე გროშები გადაყარო და არ იცოდე, რა შედეგს მოგიტანს. საბედნიეროდ, ჩვენმა მთავრობამ, პირადად პრეზიდენტმა და სოფლის მეურნეობის მინისტრმა, მატონმა მიხეილ სვიმონიშვილმა გადადგეს სწორი ნაბიჯები და ჩვენ მიერ შეთავაზებული პროგრამის აქტუალობა ჯეროვნად შეფასდა.

დაბოლოს, მინდა ვთქვა, რომ ფრინველის გრიპთან ბრძოლა ეფექტურად მიმდინარეობს, მაგრამ ერთი ნამით მოდუნებასაც კი შეიძლება არასასურველ შედეგამდე მიგვიყვანოს. ჩვენ კი, არ გვინდა სავალალო შედეგები. ჩვენ შეიძლება გვეყავს, რომელთაც, უბრალოდ, სჭირდებათ ჯანმრთელობა და ჯანსაღი გარემო. ჩვენ ამისთვის ვიბრძვით და ვიბრძვით მთელი ძალებით. არ გვინდა ჩვენი ძალები დავზოგოთ და ერის და უფლის წინაშე არ ვიყოთ მართალნი“. – განაცხადა ბატონმა გიორგიმ მთელი „ჯორჯიან ინდუსტრიალ კომპანის“ სახელით.

როგორც ბატონმა გიორგიმ აღნიშნა, მთავრობამ მართლაც მიიღო ზომები ფრინველის გრიპის წინააღმდეგ ბრძოლაში. ჩემი აზრით, ეს ერთ-ერთი იმ იშვიათი შემთხვევათაგანია, როდესაც ხელისუფლება და ხალხი ერთ აზრზე არიან.

დაბოლოს, „ჯორჯიან ინდუსტრიალ კომპანის“ პარტნიორ გერმანელ მეცნიერთა ჯგუფისგან შევიტყვე, რომ ფრინველის გრიპი უფრო გამძვინვარდება, რადგან დაიწყება მწერების შემოსევა და ფრინველების გადაფრენა. ორივე მოვლენა თითქმის ორჯერ გაზრდის ვირუსის გავრცელების საფრთხეს.

P.S. ხალხნო, ეს ადამიანები სიკეთეს აკეთებენ და ყველამ თქვენს გულელებში ჩაიხედეთ, თქვენ თავს ჰკითხოთ: გინდათ, რომ თქვენი ახლობელი გახდეს ამა თუ იმ ინფექციის ან ვირუსის მატარებელი? დარწმუნებულივარ, რომ არა და ამიტომაც კიდევ ერთხელ გთხოვთ, რომ ხელი არ შეუშალოთ ამ ხალხს – „ჯორჯიან ინდუსტრიალ კომპანის“. პირიქით, დაეხმარეთ, ხელი შეუწყვეთ.

ეს უკანასკნელი სიტყვები არ იყო გათვალისწინებული, მაგრამ ემოციურივარ, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ჩემი ქართველების კეთილდღეობას ეხება საქმე.

რამაზ კუტუბიძე:

თუ ქირურგი ასპროსუნტიან გარანტიას გაქვით, ის ქირურგი აღარ არის



ექიმი და მოძღვარი ერთმანეთისგან იმით განსხვავდებიან, რომ ერთი ფიზიკურად კურნავს ავადმყოფს, მეორე კი მის სულიერებაზე ზრუნავს, თუმცა, ექიმიც უნდა შეეცადოს, ავადმყოფს, გარკვეულწილად, სულიერადაც დაეხმაროს. გარდა ამისა, ექიმი ფსიქოლოგის როლსაც უნდა ასრულებდეს და პაციენტი, რაც არ უნდა რთულ მდგომარეობაში იყოს, უფრო არ შეაშინოს, პირიქით, ანუგეშოს. ამ ყველაფერზე, თსსუ-ის გ. ჟვანიას სახელობის, პედიატრიული კლინიკის დირექტორი, ბატონი რამაზ კუტუბიძე გვესაუბრება.

ბატონი რამაზი ქალაქ თბილისში 1942 წელს დაიბადა. 1959-1965 წლებში თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტზე სწავლობდა, რომლის დამთავრებისთანავე, მუშაობა ჩოხატაურის რაიონში, ექიმ-ქირურგად დაიწყო. 1970 წელს დაიცვა საკანდიდატო დისერტაცია. 1974 წელს, კომკავშირის პრემიის ლაურეატი გახდა. ბატონი რამაზი 1970 წლიდან ბავშვთა ქირურგიის კათედრის ასისტენტი, 1984 წლიდან კი კათედრის პროფესორი, ხოლო 1994 წლიდან კათედრის გამგეა. 1983 წელს სადოქტორო დისერტაცია დაიცვა. იყო რესპუბლიკის მთავარი სპეციალისტი, ღირსების ორდენის კავალერი, 1992-2000 წლებში პედიატრიული ფაკულტეტის დეკანი იყო. 1998 წლიდან 2005 წლამდე ხელმძღვანელობდა პედიატრიულ კლინიკას. ჰყავს ორი შვილი და ორი შვილიშვილი.

თსსუ-ის გ. ჟვანიას სახეობის პედიატრიული კლინიკა, რომლის დირექტორიც ბატონი რამაზ კუტუბიძე გახლავთ, სათავეს 1985 წლიდან იღებს. თავდაპირველად, მას ქალაქის ბავშვთა №6, შემდეგ №2 საავადმყოფო ეწოდა. 1997 წლიდან კი თსსუ-ს პედიატრიული კლინიკაა. იგი აკრედიტებული და ლიცენზირებულია, როგორც თსსუ-ს მრავალპროფილიანი სტრუქტურული ერთეული და პედიატრიული ფაკულტეტისთვის, ძირითად სასწავლო ბაზას წარმოადგენს. კლინიკაში სხვადასხვა მიმართულების ბლოკი და განყოფილებაა. აქტიურად მიმდინარეობს სამკურნალო-პროფილაქტიკური, სასწავლო-მეთოდური და სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობა.

ჩვენს კლინიკაში ისეთი ოპერაციები კეთდება, რომლებიც 10-15 წლის წინ, წარმოუდგენლად გვეჩვენებოდა. ასეთია, მაგალითად, თანდაყოლილი საყლაპავის ატრეზია,

თორმეტგოჯა ნაწლავის ატრეზია, აგრეთვე თანდაყოლილი გაუვალობები, ფილტვის განვითარების მანკები. აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ თუ წინათ სიკვდილიანობა 90 პროცენტი იყო, დღეს 15 პროცენტია, რაც, რა თქმა უნდა, ჩვენი მხრიდან დიდი წარმატებაა. თუმცა, გამორიცხულია, ყველა ოპერაციამ შედეგიანად ჩაიაროს. ქირურგიაში გართულება ყოველთვის არის, რაც მართო ექიმზე არ არის დამოკიდებული, აქ მთავარია, ავადმყოფის იმუნური რეაქცია.

ბატონი რამაზი პარალელს ავლებს ექიმის და პაციენტის ურთიერთობის წინა წლებსა და ახლანდელზე და აღნიშნავს, რომ მათი ურთიერთობა ადრე უფრო მოკრძალებული იყო, ვიდრე დღეს.

– პაციენტი, როდესაც საავადმყოფოში მოდის, მოითხოვს, რომ ყველაფერი მაღალ დონეზე იყოს. მას უნდა ისეთი გარემო დახვდეს, სადაც ყველაფერი თანამედროვე გარემო პირობებს შეესაბამება. აქ ლაპარაკი მართო ექიმის მაღალ პროფესიონალიზმზე არაა, რა თქმა უნდა, ექიმს არა აქვს უფლება, დაბალ პროფესიული იყოს, მაგრამ მართო პროფესიონალიზმი არ განსაზღვრავს ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობას. ძნელია, ისეთ ქვეყანაში, სადაც ჩვენ ვცხოვრობთ, სადაც საკმაოდ მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობაა, კრიზისია ენერგეტიკაში, სოფლის მეურნეობაში და ასე შემდეგ, მართო ერთი რამ, თუნდაც საავადმყოფო, ვერ იქნება ისეთ დონეზე, როგორსაც პაციენტი მოითხოვს. რთულ მდგომარეობაშია ექიმიც, რომელსაც მაღალი პროფესიონალიზმი აქვს და მის გამოვლინებაში გარემო არ უწყობს ხელს.

ბატონ რამაზს სჯერა, რომ მედიცინის გადასარჩენად მართო სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დახმარება არ კმარა, აუცილებელია, კერძო სადაზღვევო კომპანიებმაც იმუშაონ, თუმცა, ისიც გასათვალისწინებელია, რომ ბევრი ადამიანი საერთოდ ვერ ეზღვევა, უსახსრობის გამო.

– ჩვენი სახელმწიფო ვერაფრით ვერ გაუძლებს იმას, რასაც მედიცინა მოითხოვს. უცხოეთის სხვა სახელმწიფოები თუ ახერხებენ, იმიტომ რომ ბევრი სადაზღვევო კომპანიაა იქ და, გარდა ამისა, მათ საავადმყოფოებს შემოირიულობებიც აქვთ. გარკვეული შეღავათები ჩვენთანაც არის, ნულიდან სამ წლამდე ყველა ბავშვს ფულს სახელმწიფო უხდის, სამიდან თხუთმეტ წლამდე, სასწრაფო შემთხვევებიც სახელმწიფოს მიერ არის დაფინანსებული. კიდევ არსებობს უმწეოთა პროგრამა, რომელიც მზრუნველობამოკლებული ბავშვების დახმარებას ითვალისწინებს. ასეთი პროგრამა მართო ჩვენს საავადმყოფოს გააჩნია და მას წარმატებითაც ვახორციელებთ. ბავშვებს საავადმყოფოდან აღარ უნდათ ხოლმე წასვლა, იმიტომ, რომ ექიმი და ექთანები თავს ევლებიან, პრაქტიკაზე მოსული სტუდენტი ეფერება. ვიღაცა რაღაცას ჩუქნის და ბავშვსაც მეტი რა უნდა. სხვაგვარად ხდება ხოლმე, როცა საქმე ქრონიკულ დაავადებასთან გვაქვს და მკურნალობას მოითხოვს. ეს საკმაოდ ძვირი ჯდება და თუ სასწრაფო ოპერაცია არ არის საჭირო, არ ვაკეთებთ. მაგალითად, საყლაპავის ატრეზიის ოპერაცია ჩვენთან 1000 ლარამდე ჯდება, უცხოეთში მინიმუმ 10-15 ათას დოლარამდე ღირს. ამ ოპერაციის

შემდეგ აუცილებლად უნდა ყურადღების მიქცევა, რომ საყლაპავი არ შევიწროვდეს. ამ სახის ოპერაცია წელიწადში დაახლოებით ოცი კეთდება, რაც ცოტა ნამდვილად არ არის.

გადამეტებული არ იქნება, თუ ვიტყვით, რომ საქართველოში, რაც კი პედიატრების ძლიერი ნაკადია, თითქმის ყველა ჩვენს კლინიკაშია თავმოყრილი, მიუხედავად ოპერაციის სირთულისა, ისინი ყოველთვის მზად არიან, პასუხისმგებლობა იკისრონ და ოპერაცია გააკეთონ.

– კლინიკაში ბევრი განყოფილება ფუნქციონირებს: ენდოკრინოლოგიური, ჰემატოლოგიური, კარდიორევმატოლოგიური, ასევე პედიატრიული პროფილის კათედრები და სხვა მრავალი, რომელიც მაღალკვალიფიცირებული ექიმებითაა დაკომპლექტებული. ჩვენ უფლება არც გვაქვს, სხვა-ნაირები ვიყოთ, რადგან ჩვენს იქით გზა აღარ არის. ყოფილა შემთხვევა, როდესაც მე და ქირურგი ოპერაციაზე ერთად ვმდგარვართ და მას უთქვამს ჩემთვის: ესლა რა ვქნათ, ბატონო რამაზ? მე კი ვპასუხობ, – ჩვენი პროფესიონალიზმი გვაფალდებულებს, გავაკეთოთ. ამიტომ საჭიროა, დავენარდეთ და ნელ-ნელა მივყვეთ.

კლინიკაში ჯო-ენის სახელობის კარდიოქირურგია – ქართულ-ამერიკული ცენტრი ჩამოყალიბდა, რომლის დამფუძნებლის დიდ გულისხმიერებაზეც, ბატონი რამაზი ბევრს საუბრობს.

– ჯო-ენი არაჩვეულებრივი ქალბატონი იყო. ქართველები ძალიან ვუყვარდით. იგი ხედავდა, რა პირობებში გვინევდა ექიმებს მუშაობა და გვაფასებდა. ჩვენი მხრიდან კი, მას ქართული სუფრა და ცეკვა-თამაში არ დაკლებია. იგი აპირებდა, ჩვენი კლინიკა თანამედროვე დონეზე გაეკეთებინა. მაგრამ სამწუხაროდ, არ დასცალდა. აქედან რომ გაფრინდა, ლენინგრადში ტვინში სისხლი ჩაექცა და ფინეთში გარდაიცვალა. მან დაიბარა, როცა მოვკვდებო, ნაწილი ნეშტი ამერიკაში დაკრძალეთ, ნაწილი – საქართველოში და მართლაც, მისი ფერფლი ჩვენი საავადმყოფოს ახალგაზრდა ენთოუზიასტი ექიმების დამსახურებაა. ჯო-ენის სიკვდილის შემდეგ, ჩვენთან ურთიერთობა სხვა ქალბატონმა, სინდი ბასომ გააგრძელა, რომელმაც ჩვენგან ამერიკაში, ისრაელში და იტალიაში რეანიმატოლოგები წაიყვანა და იქ ასწავლა ყველაფერი. იქიდან ჩამოსულები კი, მოგვსენებათ, რა დონის სპეციალისტები იქნებიან.

კლინიკაში ისეთი ოპერაციებიც კეთდება, როგორცაა, ნაღვლის ბუშტის კისტის ოპერაცია, რომელიც მსოფლიოში იმდენად იშვიათი შემთხვევა ყოფილა, რომ თურმე, ამ ოპერაციებს სპეციალურად აღწერენ.

– ჩვენს კლინიკაში ასეთი 4-5 ოპერაცია გაკეთდა და, თანაც, ყველა წარმატებით. მაგრამ არის ისეთი შემთხვევებიც, რაც არ უნდა ეცადო, მაინც ვერაფერს უშველი. ასეთია, მაგალითად, ბავშვებში დიაფრაგმის თიაქარი. ეს დაავადება, თუ ბავშვს მუცლად ყოფნის პერიოდში ხუთ თვემდე განუვითარდა, ფილტვის ქსოვილი არ ვითარდება. პრაქტიკულად, ამ დროს ფილტი არ არსებობს და როგორ გინდა უშველო. სხვა შემთხვევაში, თუ ფილტვის ქსოვილი განვითარებულია, ბევრი ავადმყოფი განკურნებულია. მე არ ვამბობ, რომ ჩემთან შემოსული ასი ბავშვიდან ასივე გადარჩენილა. ასეთი რამ არ არსებობს. ქირურგი თუ ასპროცენტიან გარანტიას იძლევა, ის ქირურგი აღარ არის. მე ოპერაციას რომ ვაკეთებ, ვიცი, რომ პაციენტი უნდა გადარჩეს. მაგრამ ხომ არსებობს რაღაც გართულებები. წარმოიდგინეთ, რომ მარტო აპენდიციტს 200-მდე გართულება აქვს. მეორე და რთული საკითხია, როცა საქმე ისეთი ახალშობილის მკურნალობასთან გვაქვს, რომელიც ოპერაციის შემდეგ, შესაძლოა, მთელი ცხოვრება ინვალიდად დარჩეს. არსებობს ასეთი „ბებიები დოლუ“-ს სინდრომი, რომელიც ზუსტად იმას

ეხება, თუ რამდენად არის საჭირო ასეთი ბავშვის მკურნალობა. ასეთ შემთხვევაში, ექიმი აუცილებლად უთანხმდება ბავშვის მშობლებს ოპერაციის ჩატარებაზე და მათი პასუხის შემდეგ, ასეთი ბავშვი უნდათ თუ არა, ოპერაციას აკეთებს. ამერიკაში არის ასეთი კანონი, თუ ბავშვი საკმაოდ დიდი ხანი იყო ასფიქსიაში და ისე დაიბადა, თუ ბავშვს ექიმის მიერ გაკეთებული ოპერაცია მხოლოდ სიცოცხლეს გაუხანგრძლივებს და თუ ბავშვი ოპერაციის შემდეგ ინვალიდი დარჩება, მაშინ ექიმს უფლება აქვს, ოპერაცია არ გააკეთოს, მშობელთან შეთანხმების გარეშე.

ბატონი რამაზის თქმით, საქართველოში ამ მხრივ რთულად არის საქმე და იგი იმ შემთხვევებსაც იხსენებს, როცა ახალშობილისთვის ოპერაციის მიმდინარეობის დროს, მშობელს არც მოუკითხია.

– ასეთი შემთხვევის დროს, მშობელი ტელეფონზე რეკავს და კითხულობს, როგორი იქნება მისი ბავშვი და ღირს თუ არა მისი სახლში წაყვანა. ჩვენ ვუბნებით, რომ ნორმალური იქნება, ოღონდ ყურადღების მიქცევა სჭირდება. მშობელი გვეუბნება: მომეცით გარანტია, რომ კარგად იქნება და მხოლოდ ამ შემთხვევაში წაიყვან ბავშვს. ეს ერთი მომენტი, როცა ბავშვი იბადება და მშობელს ჯერ არც უნახავს (მამაზე აღარ მაქვს ლაპარაკი), რა თქმა უნდა, მის მიმართ სიყვარულის გრძნობა არც აქვს განვითარებული. საუბედუროდ, ისიც მომხდარა, რომ დედას მშობიარობის შემდეგ, იმხელა სტრესი ჰქონია, შვილი მოუხრჩვია. არადა, ახალშობილს თუ არ მიეფერე და თავიდანვე შენი შრომა არ ჩადე, არც შეგიყვარდება. რა თქმა უნდა, კარგად მესმის, რამდენად ძნელია ავადმყოფი ბავშვის მოვლა. იგი დიდ ენერჯიას მოითხოვს, მაგრამ ამ დროს, მშობელს უფრო მეტად უყვარდება შვილი. ამიტომ არის, როცა მშობელს იმის გარანტიას აძლევ, რომ ეს ბავშვი ჯანმრთელი იქნება, იგი მას წაიყვანს და გაზრდის. მაგრამ, როცა ეუბნები, რომ 2-3 წელს იცოცხლებს ძალიან განიცდის და შეიძლება, არც გაზარდოს.

ჩვენი რესპონდენტს, როგორც ექიმს, თავისი გამოცდილებიდან გამომდინარე, სჯერა, რომ ექიმმა თუ ბავშვის ნდობა დაიმსახურა, ყველაფერი კარგად იქნება. რადგან არ შეიძლება, როცა ბავშვი ექიმთან მიდის, ექიმმა იგი შეაშინოს.

– ბავშვთან მოპყრობა ადვილი არ არის. როდესაც იგი საავადმყოფოში მიდის, სულ სხვა გარემოში ხვდება. ყოფილა შემთხვევები, როცა ექიმი ბავშვს გაუბრაზებია და ამის შემდეგ ბავშვს ეს შიშები კარგა ხანს ჰქონია.

ბატონი რამაზი გულისტკივილს გამოხატავს იმაზე, რომ დღეს ექიმობისკენ სწრაფვა შემცირდა და ბევრი ნიჭიერი ექიმი თავის გადასარჩენად მედიცინიდან ხან ბიზნესში, ხან ფარმაციაში და ასე შემდეგ, მიდიან.

– ჩემს ახალგაზრდობაში რამდენიმე ბიჭი ღამე საავადმყოფოში ვმორიგეობდით და ქირურგს ვეხმარებოდით ხოლმე. პრაქტიკები ქალაქის პირველ საავადმყოფოში გვქონდა და იქ ექიმების ისეთი კოლექტივი იყო, რომლებმაც ქირურგია შეგვაყვარეს. დღეს, ძალიან ძნელია, სტუდენტი მოიყვანო და ღამე გაათენებინო. ეს არც არის გასაკვირი, როცა სტუდენტი ინსტიტუტს ამთავრებს, სამსახურის ძენას იწყებს. ვთქვათ, დიდი გაჭირვების შემდეგ იშოვავ, როგორ უნდა შექმნას მან მომავალში ოჯახი, როცა ერთი ოპერაცია საკმაოდ იაფი ღირს. სწორედ, ამ ყველაფერმა გამოიწვია ის, რომ დღეს, ახალგაზრდებს ექიმობის სურვილი ნაკლებად აქვთ.

P.S. ამ დიდი წარმატებების შემდეგ, ბატონი რამაზისთვის ყველაზე დიდი წარმატება მაინც ის არის, როცა მათი პაციენტი სახლში წასვლის წინ, მადლობას ეუბნება და შინ ჯანმრთელი ბრუნდება.

აკა მაისურაძე

2006 წელი

ფარისებრი ჯირკვლის კვანძები: კლინიკური მნიშვნელობა, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

ნიკოლოზ ჩიტაია

აქიმი-ენდოკრინოლოგი, პულაკის ენდოკრინოლოგიისა და ნუკლეარული მედიცინის კლინიკა, სიატლი, ვაშინგტონის შტატი, აშშ.

ფარისებრი ჯირკვლის (ფჯ) კვანძები საკმაოდ ხშირია და მათი დიდი უმრავლესობა კეთილთვისებიანია. ფჯ კიბო შედარებით იშვიათია და კლინიკურად ვლინდება, როგორც კვანძი. ამიტომაც ძალიან მნიშვნელოვანია ავთვისებიანი კვანძების დროული გამოვლენა და დიფერენცირება კეთილთვისებიანი კვანძებისაგან, მით უმეტეს, რომ ფჯ კიბოს აგრესიული მკურნალობა დროული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში პაციენტის სრული განკურნებით მთავრდება.

ფჯ კვანძების სიხშირე ასაკთან ერთად მატულობს და მოზრდილი მოსახლეობის 4-7% აღენიშნება, ქალებს 4-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე მამაკაცებს (1). პატარა ზომის კვანძები, რომლებიც პალპაციით არ ისინჯება (ე. წ. ინციდენტალური) გაცილებით ხშირია და 60 წლის ასაკში მოსახლეობის დაახლოებით ნახევარს აღენიშნება.

არჩევნ ფჯ კვანძების შემდეგ ტიპებს:

1. ადენომატოზური კვანძი, ანუ მაკროფოლიკულური, კოლოიდური კვანძი.
2. ადენომა, ანუ კეთილთვისებიანი სიმსივნე. მათ მიეკუთვნება: მიკროფოლიკულური ადენომა და ჰარტლის (HARTLE) უჯრედოვანი ადენომები.
3. კარცინომა (კიბო) – პაპილარული კიბო (80%), ფოლიკულური (11%), ჰარტლის (HARTLE) უჯრედოვანი კიბო (3%), მოდულარული კიბო (4%) და ანაპლასტიური კიბო (2%).
4. ცისტები ან ცისტური (ანუ კომპლექსური) კვანძები.
5. ქრონიკული ანთებითი ინფილტრატები, მაგალითად, ლიმფოციტური ინფილტრატი ჰაშიმოტის თიროიდიტის დროს, ან გრანულომატოზური თიროიდიტის დროს.
6. სხვადასხვა - მეტასტაზური კვანძები სხვადასხვა ორგანოებიდან, განვითარების დეფექტები, ფჯ პირველადი ლიმფომა.

ყველაზე ხშირია ე. წ. კოლოიდური, ანუ მაკროფოლიკულური კვანძები და ფოლიკულური ადენომები. ფჯ კიბო გვხვდება მიახლოებით 5% შემთხვევებში, თუმცა შემთხვევით აღმოჩენილი მიკროსკოპული პაპილარული კიბო შეიძლება შეგხვდეს 35%-მდე ქირურგიულ ან აუტოფსიურ მასალაში (2) (3). მათი უმრავლესობა არ იზრდება, პრობლემებს არ იწვევს, და პაციენტები ასიმპტომურნი არიან.

მიკროფოლიკულური ადენომები, რომლებიც კეთილთვისებიან კვანძებს წარმოადგენენ, ბიოფსიაზე ძალიან გვანან ფოლიკულურ კარცინომას (კიბოს). ამიტომ მათი განსხვავება მხოლოდ ბიოფსიით შეუძლებელია. ფოლიკულური კარცინომის დიაგნოზი დგინდება ქირურგიული ოპერაციის შემდეგ.

ფჯ კვანძების 15-25% შეიცავს ცისტის კომპონენტს (4) (5). თავის მხრივ, ყველა ცისტის 15% წარმოადგენს ნეკროზულ პაპილარულ კარცინომას და 30% კი – ჰემორაგიულ ადენომას. ცისტური კვანძები პრობლემას წარმოადგენს იმდენად, რადმენადაც ცისტური კომპონენტის გამო ბიოფსიის დროს კვანძის უჯრედების აღება ყოველთვის ვერ ხერხდება.

პალპაციით ისინჯება ფჯ-ის კვანძები, რომლებიც 1 სმ-ზე მეტია ზომაში და ზედაპირულად მდებარეობენ. კვანძების უმრავლესობა, რომლებიც მცირე (<1 სმ) ზომისაა და

ღრმად მდებარეობენ, არ ისინჯება. (6) (7) ეს მიუთითებს პალპაციის ნაკლებ სენსიტიურობაზე.

კვანძის შესაძლო კეთილთვისებიანობაზე მიუთითებენ შემდეგი ნიშნები:

- * ოჯახურ ანამნეზში აუტოიმუნური ფარისებრი ჯირკვლის დაავადება (ჰაშიმოტოს თიროიდიტი და სხვა), კეთილთვისებიანი კვანძის ანდა ჩიყვის არსებობა.
- * ტყვილი კვანძის პალპაციისას.
- * რბილი, გლუვი, მოძრავი კვანძი.
- * კვანძოვანი ჩიყვი დომინანტური კვანძის გარეშე. კვანძის შესაძლო ავთვისებიანობაზე მეტყველებს:
- * ასაკი – ახალგაზრდებში (<20 წელი) და ხანდაზმულე-ბში (> 70 წელი) ფჯ კიბო ხშირია.
- * სქესი – კაცებში ავთვისებიანი კვანძები 2-ჯერ მეტია, ვიდრე ქალებში.
- * კვანძი (ები) და დისფაგია ან ხმის ჩახლეჩა.
- * რადიაციით დასხივება – განსაკუთრებით ბავშვობაში ან ახალგაზრდა ასაკში.
- * მაგარი, ფიქსირებული და უსწორმასწორო კვანძი პალპაციით.
- * კისრის ლიმფური კვანძების გადიდება.

ბიოქიმიური ტესტი, რომელიც რუტინულად გამოიყენება ფჯ კვანძების შეფასებისას არის თირეოტროპული ჰორმონის (თჰჰ) განსაზღვრა. ამ ჰორმონის შემონემა საშუალებას იძლევა გამოვლინდნენ პაციენტები თირეოტოქსიკოზით, რომლითაც ეს მდგომარეობა კლინიკურად არ აღენიშნება.

იმ პაციენტებში, რომელთაც ოჯახურ ანამნეზში აქვთ ფარისებრი ჯირკვლის მედულარული კიბო, აუცილებელია კალციტონინის გაზომვა.

ფჯ კვანძების მეტაბოლური აქტივობა, ანუ მათი ფუნქციურის ტაბუსი ფასდება რადიოიზოტოპური კვლევის.

რადიონუკლიდურ სკანირებაზე გაირჩევა „ცხელი“, ანუ მოფუნქციონირე კვანძები და „ცივი“, ან „თბილი“, ანუ არაფუნქციური კვანძები. მრავალი რადიოლოგის აზრით, „თბილი“ კვანძი იგივე „ცივი“ კვანძია, რომელიც ღრმად მდებარეობს ფარისებრი ჯირკვლის სისქეში და ამის გამო სკანირებაზე იკითხება როგორც „თბილი“.

სტატისტიკურად ფარისებრი ჯირკვლის კვანძების აბსოლუტური უმრავლესობა (90%) რადიონუკლიდურ სკანირებაზე არის „ცივი“. ამიტომ „ცივი“ კვანძები უმრავლეს შემთხვევაში კეთილთვისებიან კვანძებს წარმოადგენს, და რადიონუკლიდურ სკანირებაზე, გარდა იმისა კვანძი „ცივია“ თუ „ცხელი“, სხვა ინფორმაციას ვერ ვღებულობთ. ამიტომ „ცივი“ კვანძების შემთხვევაში შეუძლებელია დადგინდეს, კვანძი კეთილთვისებიანია თუ ავთვისებიანი.

„ცხელი“ კვანძები, რომლებიც კვანძების მხოლოდ 10% წარმოადგენენ რადიონუკლიდურ სკანირებაზე, თითქმის ყოველთვის კეთილთვისებიანია. „ცხელი“, ანუ მოფუნქციონირე კვანძები ჰისტოლოგიურად წარმოადგენენ ფოლიკულურ ადენომებს, რომლებიც თითქმის ყოველთვის (უიშვიათესი გამონაკლისის გარდა) კეთილთვისებიანი არიან. ამიტომ „ცხელი“ კვანძის შემთხვევაში ავტომატურად შეიძლება ჩაითვალოს, რომ კვანძი კეთილთვისებიანია და პა-

ციენტს სათანადო მკურნალობა ჩაუტარდეს სხვა დიაგნოსტიკური კვლევების (მათ შორის ბიოფსიის) გარეშე.

ვინაიდან ფარისებრი ჯირკვლის კვანძების დიდი უმრავლესობა (90%) „ცივია“ რადიონუკლიდურ სკანირებაზე, რომელიც არ იძლევა წარმოდგენას კვანძის ავთვისებიანობის შესახებ, რადიონუკლიდური გამოკვლევა ნაკლებინფორმატიულია და მისი ჩატარება რუტინულად რეკომენდირებული არაა.

რადიონუკლიდური კვლევა უნდა ჩატარდეს იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს ჰიპერთიროიდიზმი აღენიშნება, რათა გამოვლინდეს ე. წ. „ცხელი“ კვანძები (კვანძების 10%), და პაციენტს ჩაუტარდეს დროული მკურნალობა სხვა დიაგნოსტიკური კვლევების გარეშე.

ულტრასონოგრაფიით (განსაკუთრებით მაღალი სიხშირის ტრანსდუსერის გამოყენებით – 10 მგჰ და მეტი) შესაძლებელია ზუსტად განისაზღვროს ფჯ ზომა და ფორმა, კვანძების რაოდენობა და მათი მოცულობა, კვანძებში სისხლის მიმოქცევის ინტენსივობა (დოპლერის გამოყენებით), მიკროკალციფიკაციების არსებობა, ცისტების ან სითხის არსებობა კვანძებში და ა. შ.

მიუხედავად დეტალური ანატომიური აღწერისა, ულტრასონოგრაფიით ვერ ხერხდება იმის დადგენა, კვანძი კეთილთვისებიანი თუ ავთვისებიანი. თუმცა არსებობს რამდენიმე ულტრასონოგრაფიული ნიშანი, რომელიც გამოიყენება ე. წ. „საეჭვო“ კვანძების გამოსავლენად.

ულტრასონოგრაფიულ „საეჭვო“ ნიშნებს განეკუთვნება ჰიპოექოგენურობა, მიკროკალციფიკაციების არსებობა, მომატებული (კვანძშიდა) სისხლის მიმოქცევა დოპლერზე, „ჰალო“-ს ნიშნის არარსებობა და კვანძის უსწორმასწორო კიდეები. თითოეულ კვანძს შეიძლება ჰქონდეს ერთი, ორი ან ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი.

კეთილთვისებიანი კვანძის არსებობაზე მიუთითებს იზოექოგენობა, კვანძშიდა მიკროკალციფიკაციების და სისხლის მიმოქცევის არარსებობა, „ჰალო“-ს ნიშანი და სწორი, გლუვი კიდეები.

დღეისათვის არსებული მონაცემებით, ჯანმრთელ პირებში ან პაციენტებში, რომელთაც ფჯ გასინჯვით ნორმალური აქვთ, ულტრასონოგრაფიის რუტინულ გამოყენებას შედეგი არ მოაქვს. ამიტომ პაციენტებში, რომელთაც „ენდოკრინული მოშლილობის“ დიაგნოზი დაესმებათ, ულტრასონოგრაფიის გამოყენება მიზანშეწონილი არაა. მით უფრო, რომ ულტრასონოგრაფია ფჯ-ის დეტალურ ანატომიას აღწერს და არა ფუნქციურ სტატუსს.

ასევე არ არის რეკომენდირებული ულტრასონოგრაფიის გამოყენება იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ სხვა ორგანოების (საკვერცხე, ძუძუ, თირკმელზედა ჯირკვალი და ა. წ.) კვანძოვანი და ცისტური დაავადებები, რადგან ფჯ კვანძები სხვა ორგანოების კვანძოვან დაავადებებთან კავშირში არაა და ისინი დამოუკიდებლად ვითარდებიან.

ულტრასონოგრაფია უტარდება იმ პაციენტებს, რომელთაც პალპაციით აღენიშნებათ ფჯ კვანძები, ან ფჯ პალპაციით კვანძის გამორიცხვა ვერ ხერხდება.

ულტრასონოგრაფიით დეტალურად აღინერება ფჯ კვანძები, გამოვლინდება „საეჭვო“ კვანძები და შეირჩევა ის პაციენტები, რომელთაც საჭიროა ჩაუტარდეთ ფჯ კვანძების ბიოფსია.

ნემსით ბიოფსია არის პირდაპირი და უშუალო მეთოდი საკმაოდ ზუსტი ინფორმაციის მოსაპოვებლად ფჯ კვანძის თვისობრიობის შესახებ. ნემსით ბიოფსია ტარდება ამბულატორიულად, თითქმის არა აქვს გართულება და პაციენტი სპეციალურ მომზადებას ან სედაციას არ საჭიროებს.

ფჯ კვანძების ნემსით ბიოფსიის სენსიტიურობა მერყეობს 68%-დან 98%-მდე. ხოლო სპეციფიურობა 72%-დან 100%-მდე (10, 11, 12). ულტრასაუნდის კონტროლით ჩატარებული ბიოფსიის დადებითი პროგნოზული ღირებულება

87,4%, ხოლო უარყოფითი პროგნოზული ღირებულება 100% აღწევს (13).

ჯერჯერობით არ არსებობს კონსენსუსი იმის თაობაზე, ჩატარდეს თუ არა ბიოფსია მცირე ზომის კვანძებში (<15 სმ). ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში ჩატარებულმა კვლევებმა (14) (15) აჩვენა, რომ ფჯ კიბოს შემთხვევითობა მცირე ზომის კვანძებში (<1,0-1,5 სმ) ანუ ფჯ „ინციდე-ნტალომებში“ იგივეა, რაც ზომის კვანძებში. ამიტომ მრავალი თიროიდოლოგი მიიჩნევს, რომ ფჯ კვანძების ბიოფსია უნდა გაკეთდეს 1.0 სმ-ზე დიდ კვანძებში. ზოგი ექსპერტის აზრით, ბიოფსია საჭირო არაა თუ კვანძი 1,5 სმ-ზე მცირე ზომისაა და აქვს ყველა ულტრასონოგრაფიული ნიშანი, რაც კვანძის კეთილთვისებიანობაზე მიუთითებს.

ბიოპტატის ანალიზისას არსებობს ოთხი შესაძლო ვარიანტი:

1. კეთილთვისებიანი ბიოპტატი (ყველაზე ხშირი ვარიანტი) – წარმოადგენს მიკროფოლიკულურ, ან კოლოიდურ (ადენომატოზურ) კვანძს, რაც ფჯ კეთილთვისებიანი წარმონაქმნებია. ლიმფოციტური ინფლტრატები, რომლებიც ხშირად გვხვდება ჰაშიმოტოს თიროიდიტისას (ანუ ქრონიკული ლიმფოციტური თიროიდიტი) როგორც ფჯ კვანძები, ბიოფსიაზე წარმოადგენენ კეთილთვისებიან წარმონაქმნებს.

2. საეჭვო, ანუ „გარდამავალი“ ბიოპტატი – წარმოადგენს მიკროფოლიკულურ ადენომებს, ანუ „ფოლიკულურ ნეოპლაზიას“ ან „ჰარტლის (HARTLE) უჯრედოვან ნეოპლაზიას“.

საყურადღებოა, რომ ფჯ ფოლიკულურ კიბოს და ფოლიკულურ ადენომას, ასევე ჰარტლის (HARTLE) უჯრედოვან კიბოს და ჰარტლის (HARTLE) უჯრედოვან ადენომას იდენტური ჰისტოლოგიური შენება აქვთ. განსხვავება იმაშია, რომ ფოლიკულურ კიბოს და ჰარტლის (HARTLE) უჯრედოვან კიბოს ახასიათებს კვანძის კაფსულისა და სისხლძარღვების ინვაზია, რაც დგინდება მხოლოდ კვანძის ქირურგიულად ამოკვეთისა და მთლიანი კვანძის დეტალური შესწავლის შემდეგ.

თუ ფარისებრი ჯირკვლის კვანძების ბიოფსიის პასუხი არის „გარდამავალი“, აუცილებელია კვანძი ამოიკვეთოს, რათა დადგინდეს, ხომ არ არის კვანძის კაფსულისა და სისხლძარღვების ინვაზია, ანუ „გარდამავალი“ ბიოპტატის მქონე კვანძი წარმოადგენს თუ არა კიბოს, საბედნიეროდ, ბიოფსიაზე „გარდამავალი“ კვანძების უმრავლესობას (დაახლოებით 80%) კაფსულისა და სისხლძარღვების ინვაზია არ აღენიშნება, ე. ი. წარმოადგენენ კეთილთვისებიან სიმსივნეებს.

3. ავთვისებიანი, ანუ კიბო – პაპილარული (ყველაზე ხშირი), მედულარული, ანაპლაზიური, და ძალიან იშვიათ შემთხვევებში, მეტასტაზური კვანძები სხვა ორგანოებიდან.

4. არასაკმარისი ბიოპტატი – დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია არასაკმარისი ბიოფსიური მასალის გამო. ამ შემთხვევაში საჭიროა ბიოფსიის განმარტება.

10 სხვადასხვა კვლევის მეტა-ანალიზის მიხედვით (1,10) ბიოფსიის შედეგის ეს ოთხი შესაძლო ვარიანტი სტატისტიკურად ასე გამოიყურება: კეთილთვისებიანი – 74%, „გარდამავალი“ ან საეჭვო – 11%, ავთვისებიანი – 4%, არასაკმარისი ბიოპტატი – 11%.

ფჯ კვანძების მკურნალობის პრინციპი დამოკიდებულია კვანძის ხასიათზე. პაციენტები კეთილთვისებიანი კვანძებით ქირურგიულ ჩარევას არ საჭიროებენ და რეკომენდირებულია მხოლოდ კლინიკური დაკვირვება. არაა დადგენილი კვანძის მონიტორინგის სიხშირე. ენდოკრინოლოგთა უმრავლესობა ფიზიკალურ გასინჯვას და ულტრასონოგრაფიას იმეორებს 6-12 თვეში, შემდეგ კი 12 თვეში ერთხელ. თუ კვანძი იზრდება, მაშინ ბიოფსია უნდა განმეორდეს. ზოგი ექიმი ბიოფსიას იმეორებს 6-24 თვეში იმ

შემთხვევაშიც კი, თუ კვანძი ზომაში არ იცვლება. თუ კვანძი ზომაში კლებულობს განმეორებითი ულტრასონოგრაფიებისას, მაშინ ბიოფსიის განმეორება საჭირო არაა.

ბიოფსიაზე კეთილთვისებიანი კვანძი ქირურგიულად შეიძლება ამოიკვეთოს თუ ეს პაციენტის სურვილია, ან თუ კვანძი დიდა და იწვევს კომპრესიულ სიმპტომებს – დისფაგიას, ხმის შეცვლას/ჩახლეჩას ან კისრის არეში დისკომფორტს.

წლების წინ ლევოთიროქსინით მკურნალობა ფართოდ გამოიყენებოდა ფარისებრი ჯირკვლის კვანძების ზომაში შესამცირებლად. გამოცდილებამ აჩვენა, რომ ამ მიზნის მისაღწევად ლევოთიროქსინის მაღალი დოზებია საჭირო, რაც ხშირად იწვევს იატროგენულ ჰიპერთიროიდიზმს, რაც თავის მხრივ, ზრდის მოციმციმე არითმიისა და ოსტეოპოროზის რისკს (10).

საეჭვო, ანუ „გარდამავალი“ ბიოპტატი წარმოადგენს მიკროფოლიკულურ ადენომებს, ანუ „ფოლოკულურ ნეოპლაზიას“ ან „ჰარტლის (HARTLE) უჯრედოვან ნეოპლაზიას“. აქედან დაახლოებით 20% წარმოადგენს კიბოს (10%-30%) (10) – ფოლიკულურ კიბოს ან ჰარტლის (HARTLE) უჯრედოვან კიბოს.

თუ პაციენტს შემთხვევით აღმოაჩნდა „ცხელი“ კვანძი, მაშინ ქირურგიული ჩარევა შეიძლება აცილებული იქნას, რადგან „ცხელი“ კვანძების აბსოლუტური ურმავლესობა კეთილთვისებიანი ფოლიკულური ადენომებია.

ამიტომ, თუ პაციენტი ჰიპერთიროიდიულია (ბიოქიმიური ტესტებით, რაც ბიოფსიამდე უნდა გაკეთდეს), უნდა ჩატარდეს რადიოიზოტოპური კვლევა, რათა დადგინდეს, კვანძი „ცივია“ თუ „ცხელი“. „ცხელი“ კვანძის შემთხვევაში ბიოფსია საჭირო არაა.

თუ პაციენტი ჰიპერთიროიდიული არ არის, მაშინ ტარდება ბიოფსია. თუ შედეგი „გარდამავალია“ (რაც 10-15% ხდება), მაშინ ზოგიერთი ავტორის აზრით უნდა ჩატარდეს რადიოიზოტოპური კვლევა, რათა გამოვლენილი იქნას იშვიათი პაციენტები „ცხელი“ კვანძებით და ოპერაცია თავიდან იქნას აცილებული.

ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს შემთხვევაში კეთდება ტოტალური თიროიდექტომია (გარდა პაპილარული მიკროკარცინომისა, ზომა <1.0 სმ. ამ შემთხვევაში კეთდება ლობექტომია). პაპილარული და ფოლიკულური კიბოს შემთხვევაში გამოიყენება რადიოაქტიური იოდით მკურნალობა, დაახლოებით 6 კვირის შემდეგ ქირურგიული ოპერაციიდან. ამის შემდეგ პაციენტები ლეზულობენ მაღალი დოზით ლევოთიროქსინს, რათა ფჯ მასტიმულირებული ჰორმონი (თმპ) ცოტათი დათრგუნული იყოს, რაც კიბოს რეციდივს ამცირებს.

არასაკმარისი ბიოპტატის შემთხვევაში უნდა განმეორდეს ფჯ კვანძის ბიოფსია. თუ მასალის აღება ვერ ხერხდება განმეორებით ბიოფსიაზე უნდა დაისვას კვანძის ქირურგიული ოპერაციის საკითხი.

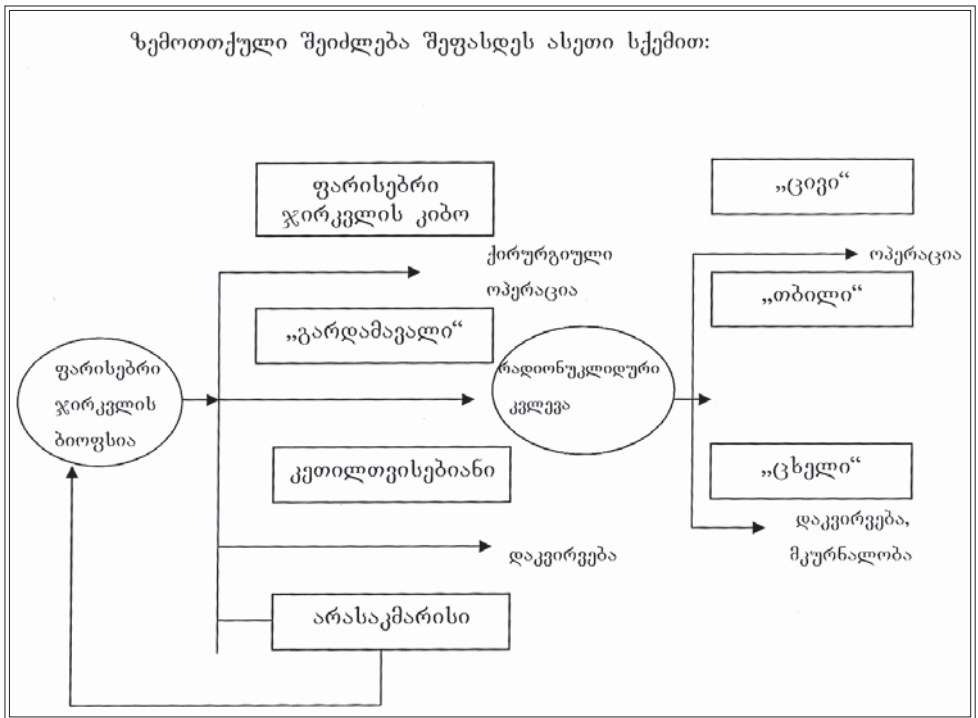
ცისტური კვანძები შეიძლება იყოს ავთვისებიანი. ამიტომ ბიოფსია უნდა ჩატარდეს ცისტური კვანძების შემთხვევაშიც. ბიოპტატის აღება ცისტური კვანძებიდან შედარე-

ბით ძნელია (კვანძის მკვირივი ნაწილის მცირე ზომის გამო). და ხშირად ცისტური კვანძებიდან ბიოპტატი „არასაკმარისია“. ამიტომ ცისტურ კვანძებში ხშირად საჭირო ხდება ბიოფსიის განმეორება.

მცირე ზომის ცისტური კვანძებიდან ბიოფსიის დროს სითხის ამოღებისას ცისტური კვანძის ზომა ხშირად მცირდება, მაშინ როდესაც დიდ კვანძებში ცისტური სითხის ხელახალი დაგროვება ბიოფსიის შემდეგ მალევე ხდება. ზოგადად, მიდგომა ცისტურ კვანძებზე ისეთივეა, როგორც ჩვეულებრივ კვანძებზე იმ განსხვავებით, რომ ცისტურ კვანძებში „არასაკმარისი“ ბიოპტატი ხშირი პრობლემაა და განმეორებითი ბიოფსია ხშირად ხდება საჭირო.

„ცხელი“ ანუ ტოქსიკური, ანუ ჰიპერფუნქციური კვანძები კეთილთვისებიანი ფოლიკულურ ადენომებს წარმოადგენენ უიშვიათესი გამონაკლისის გარდა.

მცირე ზომის ცხელი კვანძები ჰიპერთიროიდიზმის არ იწვევენ და მათზე შესაძლებელია დაკვირვება პერიოდული ფჯ ფუნქციის მონიტორინგით. დიდი „ცხელი“ კვანძები (>25 სმ და მეტი ზომაში) ხშირად იწვევენ ჰიპერთიროიდიზმს და მათი მკურნალობა აუცილებელი ხდება რადიოაქტიური იოდით ან ქირურგიული ჩარევით. ანტითიროიდიული პრეპარატების ხმარება რეკომენდირებული არაა, რადგან ეს წამლები თუმცა ეფექტურია ჰიპერთიროიდიზმის დასაბრუნებლად, კვანძის ზომაში შემცირება და პაციენტის განკურნება ვერ ხერხდება. ასევე რეკომენდირებულია „ცხელი“ კვანძით გამოწვეული სუბკლინიკური ჰიპერთიროიდიზმის მკურნალობა, განსაკუთრებით ასაკოვან პაციენტებში, ვინაიდან სუბკლინიკური ჰიპერთიროიდიზმი წარმოადგენს მოციმციმე არითმიის და ოსტეოპოროზის რისკ-ფაქტორს.



საბოლოოდ შეიძლება აღვნიშნოთ, რომ ფჯ კვანძები საკმაოდ ხშირია და მათი დიდი უმრავლესობა კეთილთვისებიანია. ფჯ კვანძის ნემსით ბიოფსია ზუსტი მეთოდია ავთვისებიანი და „საეჭვო“ კვანძების გამოსავლენად. ამიტომ ნემსით ბიოფსია არის ერთ-ერთი პირველი ტესტი, რომელიც ეუთიროიდულ პაციენტებს უტარდებათ ფჯ კვანძის შეფასებისას, რათა ადრეულად გამოვლინდეს ფჯ კიბო და სათანადო მკურნალობით მიღწეულ იქნას გაჯანსაღება.

თავის ტკივილი ბავშვთა ასაკში

მ.მ.კ. ხაჭაპურიძე ნანა, ნუზარიძე ქეთევანი, არველაძე გვანცა

(თსუ გუგანის სახელობის პედიატრიული კლინიკა ნერვული განყოფილება)

თავის ტკივილი (cephalgia) წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ სიმპტომს, რომელთანაც განსაკუთრებით ხშირად უხდებათ შეხება ექიმებს. ცნობილია 45-ზე მეტი დაავადება, რომლის დროსაც თავის ტკივილი შესაძლოა იყოს ერთადერთი ან ძირითადი გამოვლინება კომპლექსურ სიმპტომ-ატოლოგიაში. მშობელთა საკმაოდ დიდი ნაწილი თვლის, რომ ბავშვთა ასაკში თავის ტკივილები არის ნერვული სისტემის დაავადებათა გამოვლენა, და რაციან, რომ სინამდვილეში თავის ტკივილები უხშირესად წარმოადგენს სხვადასხვა სომატური დაავადების სიმპტომს.

დღესდღეობით თავის ტკივილებით მსოფლიოში იტანჯება მამაკაცთა 73 % და ქაღთა 81%. ზუსტი სტატისტიკა არ არსებობს ბავშვებთან დაკავშირებით, თუმცა ცნობილია, რომ ბავშვებში თავის ტკივილის 60% მოდის სკოლის ასაკში. თავის ტკივილის სიხშირეთა გამოვლენის მიზნით შეისწავლეს აშშ-ს ვირჯინიის შტატში 9000 მოსწავლე, რომლებიც დაყვეს 2 ჯგუფად: I ჯგუფი მოიცავდა 7 წლამდე და II ჯგუფი 15 წლამდე ასაკის ბავშვებს. გამოკვლევის შედეგად მიიღეს შემდეგი სტატისტიკური მონაცემები: აღმოჩნდა რომ I ჯგუფში ბავშვთა მესამედს და II ჯგუფში ბავშვთა ნახევარს აწუხებდა თავის ტკივილი. აქედან ხშირი თავის ტკივილები I ჯგუფში 2,5 %, ხოლო II ასაკობრივ 15 %. გარდა ამისა გამოკვლევამ გამოავლინა კიდევ ერთი თავისუფრება, ამჯერად სქესთან დაკავშირებული: პუბერტულ ასაკში ბიჭებში თავის ტკივილი უფრო ხშირია, ვიდრე გოგონებში, ხოლო შემდეგ სიხშირე მეტია გოგონებში. მსგავსი გამოკვლევები ჩატარდა ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებშიც, რისი შედეგებიც იყო თითქმის იდენტური.

თანამედროვე კლასიფიკაციით, რომელიც ეფუძნება პათოგენეზურ პრინციპებს, გამოყოფენ თავის ტკივილის 6 ტიპს: სტრუქტურის მიხედვით: სისხლძარღვოვანი, კუნთოვანი დაჭიმულობის, ლიქვოროდინამიური, ნევრალგიური, შერეული ტიპი და ფსიქალგია (ფუნქციონალური ხასიათის თავის ტკივილი). განასხვავებენ ასევე პირველად და მეორედ თავის ტკივილებს.

თავის ტკივილების ნაციონალური ასოციაციის მიერ (IHS), მოწოდებულია თავის ტკივილების კლასიფიკაციის სქემა, რომლითაც ხელმძღვანელობენ ექიმები მთელი მსოფლიოს მასშტაბით.

ბავშვებში უფრო ხშირია სიმპტომური თავის ტკივილები, რომლის მიზეზების დადგენაც შეაძლებელია და ფუნქციური თავის ტკივილები, რომლის დროსაც ვერ ხერხდება გამომწვევის და სტრუქტურული დარღვევების გამოვლენა. ბავშვთა უმრავლესობას აწუხებს ფუნქციური თავის ტკივილები, როგორცაა ვაზომოტორული და დაჭიმულობის თავის ტკივილი, თავის ტკივილი დაკავშირებული ვეგეტატიურ დისტონიასთან და შაკიკის თავის ტკივილები. სიმპტომური თავის ტკივილების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ცხელებით მიმდინარე დაავადებები და ინფექციები. ნევროლოგიური მიზეზებიდან ეს არის ცნს-ის ანთებითი დაავადებები, განსაკუთრებით მენ-

ინგიტები.

შაკიკი ფრანგული სიტყვაა და ნიშნავს “ტკივილს თავის ნახევარში”. ეს არის შეტევითი ეპიზოდური ერთმხრივი თავის ტკივილი, რომელსაც თან ახლავს ვეგეტატიური დარღვევები, ზოგ შემთხვევაში პერიოდული ნევროლოგიური სიმპტომბიტი. კლინიკური გამოვლინების და შეტევის მიმდინარეობის მიხედვით განასხვავებენ შაკიკის მარტივ და ასოცირებულ ფორმებს. მარტივი ფორმისას შაკიკის შეტევა იწყება აურის გარეშე, ასოცირებული ფორმისთვის კი დამახასიათებელია აურის არსებობა. შაკიკის ზემოაღნიშნულ ფორმებს შორის ბავშვთა ასაკში უფრო ხშირია შაკიკის მარტივი ფორმები (შემთხვევათა 60-65%-ში) და შესაბამისად უფრო იშვიათია შაკიკის ასოცირებული ფორმები (35-40%-ში).

მარტივი ფორმის დროს თავის ტკივილი შესაძლოა დაიწყოს ნებისმიერ მომენტში, რომელიც უპირატესად ლოკალიზდება შუბლ-საფეთქლის არეში. თავის ტკივილი ძირითადად არის უნილატერალური (ერთმხრივი), თუმცა სკოლამდელ ასაკში ტკივილს შესაძლოა ჰქონდეს ბილატერალური მდებარეობაც. ხშირად თავის ტკივილის შეტევის დროს აღინიშნება პიპერესთეზია, სინათლის, ხმაურის აუტანლობა, მგრძობელობის გაძლიერება ყნოსვით და ტაქტილურ გამლიზიანებლებზე. შეტევისთვის დამახასიათებელია გულისრევის და ღებინების არსებობა, რომელიც იწყებს ტკივილის შემსუბუქებას. შაკიკის დროს დამახასიათებელია შეწუხებული გამომეტყველება, სიფერმკრთაღე, მტკივნეულ მხარეს კონიუნქტივის პიპერემია, თვალის ქვემოთა არეების სიღურჯე. ბავშვებში თავის ტკივილის შეტევა გრძელდება 1-2 საათი, თუმცა ის შესაძლოა გახანგრძლივდეს. ბავშვთა ასაკში ხშირია სინდრომები: ციკლური ღებინება, აბლომინალური შაკიკი, ბავშვთა ასაკის ვერტიგო, რომლებიც წარმოადგენენ შაკიკის ექვივალენტს.

შაკიკი აურით ეს არის შაკიკის კლასიკური ფორმა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სხვადასხვა სხის აურის არსებობა. აურის ტიპები მრავალფეროვანია, თუმცა ტიპურია მხედველობითი აურა (მხედველობითი ჰალუცინაციები). აურას თან სდევს მხედველობის, სმენისა და მგრძობელობის მოშლა, თუმცა შესაძლოა პაციენტმა დაკარგოს დროისა და სივრცის შეგრძნებაც. ამ დროს შესაძლებელია მეტყველების უნარის დაკარგვა და იშვიათ შემთხვევებში კიდურების დამბლაც კი. აურის შემდგომ იწყება თავად შაკიკის შეტევა. ამ დროს თავის ტკივილი ისეთი ინტენსივობისაა, რომ ზოგიერთს არ შეუძლია არათუ თავის მოძრაობა არამედ წამოწოდებაც კი, რადგან ბალიშთან შეხებაც კი აძლიერებს თავის ტკივილს. ტკივილი შესაძლებელია გავრცელდეს სახეზე, კისერზე და მხრებზე.

შაკიკის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია: პარიქსიზმული ხასიათის პერიოდული თავის ტკივილი, აურის არსებობა, პულსირებადი ხასიათის თავის ტკივილი, შეტევის პერიოდში პიპერაკუზია და ფოტოფობია, შეტევის ხანგრძლივობა 1-2 საათით და მეტით, უნილატერალური (ერთმხრივი) ლოკალიზაციის

ტკივილი, ღებინება, ტკივილის შემდგომი ძილიანობა, დაავადების გენეტიკური ხასიათი.

დაძაბულობის თავის ტკივილი განსაკუთრებით ხშირია ბავშვთა ასაკში. მისი მიზეზი ძირითადად არის თავის და კისრის კუნთების დაჭიმულობა. მისთვის დამახასიათებელია ზომიერი ან სუსტი ინტენსივობის, მუდმივი, მონოტონური, მოჭერითი ხასიათის თავის ტკივილი, რომელიც ძირითადად ორმხრივია (ბილატერალური). ტკივილი იწყება თანდათანობით, ძირითადად დღის მეორე ნახევარში და მატულობს თანდათანობით. ის ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება ბიფრონტალურ, ბიოკეიპიტალურ, ბიტემპორალურ არეებში. თავის ტკივილს შესაძლოა თან ახლდეს ფოტოფობია ან ფონოფობია. შაკიკისაგან განსხვავებით ამ ტიპის ტკივილებისთვის დამახასიათებელი არ არის ღებინება, გულისრევა და ფიზიკური აქტივობის დაქვეითება.

დებრესიული თავის ტკივილი ზოგადად ახლოს დგას დაჭიმულობის ტიპის თავის ტკივილებთან. ტკივილი მოულოდნელად იწყება დილით ან ღამე და ძლიერდება თანდათანობით. თავის ტკივილი არის მდგრადი და არ იცვლება დღე-ღამის მანძილზე. მისი ლოკალიზაცია ვარიანტურია, მაგრამ ხშირად ვრცელდება მთელი თავის გარშემო. "თითქოს ლურსმანს ურტყამენ თავში"- ასე აღწერენ ბავშვები ტკივილის ხასიათს. ამ დროს აღინიშნება ძილის დარღვევა, უძილობა. ასევე დამახასიათებელია მოწყენილობა, დისფაგია, სუციდის მცდელობა, ფიზიკური აქტივობის დაქვეითება, ანორექსია, შეკრულობა და ა.შ.

ჰიპერტენზიული ტიპის თავის ტკივილის დროს აღინიშნება ქალასშიგა წნევის მომატება და ჩვეულებრივ გამოწვეულია ისეთი ტიპის ქალასშიგა პროცესებით როგორცაა: სიმსივნე, ჰემატომა, არაქნოიდიტი. აღსანიშნავია ასევე ჰიპერტენზიული-ჰიდროცეფალური სინდრომი, რომელსაც რაიმე სპეციფიური ეტიოლოგია არ გააჩნია და განიხილება, როგორც არასპეციფიური რეაქცია სხვადასხვა ეგზო და ენდო გამღიზიანებლებზე. ამ დროს აღინიშნება ბალანსის დარღვევა ლიქვორის სეკრეციასა და შეწოვას შორის. ამ მდგომარეობისთვის დამახასიათებელია ინტენსიური ხასიათის თავის ტკივილი, რომელიც ვრცელდება მთელი თავის არეში, თუმცა მაქსიმალურად გამოხატულია შუბლის არეში. პაციენტთა უმრავლესობა უჩივის თვალის კაკლების მტკივნეულობას და მათზე ზეწოლის შეგრძნებას. დასაწყისისათვის ტკივილი ჩნდება ძილის შემდეგ, მოგვიანებით კი ის იწყება ღამით (ძილის წინ). ამ მდგომარეობისათვის დამახასიათებელია აგრეთვე მოულოდნელი ღებინება, გულისრევის გარეშე (თუმცა გულისრევის არსებობა რა არის გამორიცხული), რომელიც არ იწყებს ტკივილის შემსუბუქებას. ასევე დამახასიათებელია ბრადიკარდია, ნისტაგმი, თავბრუსხვევა, მსუბუქი ატაქსია და ვესტიბულური სისტემის დარღვევები. მკვეთრად გამოხატული ქალასშიგა ჰიპერტენზიის დროს აღინიშნება მენინგეალური სიმპტომებიც.

ინფექციების შედეგად გამოწვეულ თავის ტკივილები უპირატესად გამოწვეულია ინფექციური აგენტებისა და მათი ტოქსინების ზემოქმედებით თავის ტვინის გარსებზე და სისხლძარღვებზე. ამ ტიპის თავის ტკივილები ხშირია მენინგიტის, ენცეფალიტის, ტვინის აბსცესის, სუბდურული ემპიემის ან სინუსიტის დროს. ტკივილი ამ დროს შეიძლება იყოს როგორც ძლიერი, ასევე ქვეშევაშვ. უფრო სუსტად გამოხატული "ზარმაცო" ტკივილი. ტკივილის გარდა შესაძლოა არსებობ-

დეს მენინგეალური ნიშნები, მენინგიზმი, ზურგის ტკივილი, ფოტოფობია, ფონოფობია და ჰიპერაკუზია.

სისხლძარღვოვანი დაავადებით გამოწვეული თავის ტკივილები პირებში ვეგეტატიური დისტონიით შეიძლება აღმოცენდეს ასეთი ან სისხლძარღვოვანი (შაკიკისმაგვარი) ტიპით. სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის დროს მოჭერითი ხასიათის თავის ტკივილი, რომელსაც თან ახლავს გულისრევა და ღებინება არის სისხლჩაქცევის ჰიპერტენზიული კრიზისის გამოვლინება. ბავშვებში და ახალგაზრდებში თავის ტკივილი შესაძლოა გამოწვეული იყოს თავის ტვინის სისხლძარღვების ანევრიზმებით. სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევისთვის დამახასიათებელია მოულოდნელი შეტევითი ხასიათის ტკივილი და მენინგეალური სინდრომი, ღრმა რეფლექსების დათრგუნვა, ცნობიერების დათრგუნვა, შესაძლებელია სოპორის და კომის განვითარებაც.

ჰიპოტენზიური ტიპის თავის ტკივილი შესაძლოა გამოწვეული იყოს თავ-ზურგ-ტვინის სითხის სეკრეციის შემცირებით. ჰიპოტენზიური სინდრომისას ტკივილი ძირითადად ლოკალიზდება თხემის და კეფის არეში. ის აღმოცენდება ვერტიკალურ მდგომარეობაში და წოლისას მცირდება ან საერთოდ ქრება. ჰიპოტენზიური ტიპის თავის ტკივილი ნაკლებად აწუხებს პაციენტს დილის საათებში. ის მატულობს დღის მანძილზე და პაციენტი იღებს იძულებით პოზას. (თავის ქვემოთ დახრა, დაბალ ბალიშზე წოლა ამცირებს ტკივილს). კლინიკურად ჰიპოტენზიური სინდრომი აღრეული ასაკის ბავშვებში არ ვლინდება, იშვიათად გვხვდება ასევე სკოლამდელ და ადრეული სასკოლო ასაკის ბავშვებშიც. ჩვეულებრივ ქალასშიგა ჰიპოტენზია გვხვდება შედარებით უფროსი ასაკის ბავშვებში, განსაკუთრებით პრეპუბერტულ და პუბერტულ პერიოდში. ქალასშიგა ჰიპერტენზიისა და ქალასშიგა ჰიპოტენზიის ერთ-ერთ განმასხვავებელ სადიაგნოსტიკო ტესტს წარმოადგენს კისრის საუდლე ვენებზე ზეწოლა. ჰიპერტენზიული სინდრომის დროს ზეწოლა აძლიერებს თავის ტკივილს, ხოლო ჰიპოტენზიური სინდრომის დროს თავის ტკივილი მცირდება.

თავის ტვინის ტრავმული დაზიანება ხშირად ხდება ბავშვებში თავის ტკივილის მიზეზი. ტრავმა შეიძლება იყოს ღია და დახურული. ტრავმას როგორც წესი ხშირ შემთხვევებში თან სდევს თავის ტვინის შერყევის, თავის ტვინის დაჟეჟილობის, თავის ტვინზე ზეწოლისა და ქალასშიგა სისხლჩაქცევების განვითარება. ტრავმის დროს ჰემატომამ შეიძლება გამოიწვიოს თავის ტვინის მენინგეალური გარსების დაჭიმვა, თავის ტვინის სისხლძარღვების დაჭიმვა ან მათი გაგლეჯა. თავის ტკივილის აღმოცენების დასაწყისი და ტკივილის ტიპი დამოკიდებულია ტრავმის ხასიათზე. ტკივილი ამ დროს სხვადასხვა ინტენსივობისაა და ზოგჯერ თან ახლავს ცნობიერების შეცვალა, ღებინება, სუნთქვის შეცვლა, ოფლიანობა, ბრადიკარდია ან ტაქიკარდია, გუგების გაფართოება და ა.შ.

არსებობს თავის ტკივილების ტიპი, რომლის შესატყვის ინგლისურ ტერმინსაც წარმოადგენს "**Cluster**" ტკივილები. ეს არის შეტევითი მაგვარი თავის ტკივილი, რომლისთვისაც დამახასიათებელია პერიოდული რეციდივები. ასეთ ტიპის თავის ტკივილები ძირითადად იწყება 20-40 წლის ასაკიდან და უფრო ხშირად მამაკაცთა სქესს ახასიათებს.

თავის ტკივილის დიაგნოსტიკაში ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ანამნეზის სრულყოფილ შეკრებას. ამ დროს უნდა შეფასდეს თავის ზომები

და კონფიგურაცია, უნდა მოხდეს მტკივნეული ნევროლოგიური წერტილების დადგენა, ობიექტური ნევროლოგიური და სომატური სტატუსის სრულყოფილ შეფასება, სრულფასოვანი პარაკლინიკური კვლევა სომატური და ნევროლოგიური მიმართულებით. სპეციფიური ნევროლოგიური კვლევიდან უმნიშვნელოვანესია თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია მაგნიტურ-რეზონანსული იმიჯინგით. ხშირ შემთხვევებში საჭირო ხდება ევგ-ს, თავის ქალის რენტგენოგრაფიის, თავის ტვინის ულტრაბუნებრივი კვლევა- დოპლერის, ასევე რეოენცეფალოგრაფიის და ოკულისტის კონსულტაციაც. ლუმბალური პუნქცია სავალდებულოა ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც ბავშვებს აღენიშნებათ ცხელება, თავის ტკივილი და კეფის კუნთების რიგიდობა (მენინგიტის ბუნების დასადგენად ბაქტერიულია თუ ვირუსული).

მკურნალობა უნდა მოხდეს პათოგენეზური მქანიზმების საფუძველზე თავის ტკივილის ტიპის ზუსტი განსაზღვრის შემდგომ, თითოეული ტიპისათვის სპეციფიური მიდგომით. მოწოდებულია თავის ტკივილის მედიკამენტოზური მკურნალობის შემდეგი სქემა: ანალგეტიკური საშუალებებიდან: პარაცეტამოლი, იბუპროფენი per os, დიკლოფენაკი რექტალურად. აცეტილსალიცილის მჟავა. შეტევების კუპირებისათვის ერგოტამინის ჰიდროტარტრატი, გამოიყენება ერგოტამინის კომბინაცია კოფეინთან – კოფენტამინი. კოფეინი ერგოტამინის და კოფეინის გარდა შეიცავს ფენორბიტალსა და ბელადონის ექსტრაქტსაც. Somerville-ის (1976) მონაცემებით ასეთი მკურნალობისას თავის ტკივილის შეტევების სრული კუპირება ხდება შემთხვევაში 20%-ში, ხოლო ნაწილობრივი

შემთხვევათა 72%-ში. შეტევების კუპირებისათვის აუცილებელია ასევე ანტიჰისტამინური, საძილე და სედაციური საშუალებებიდან - ამიტრიპტილინი. შაკიკის განსაკუთრებულად მძიმე მიმდინარეობისას და პაროქსიზმების გახანგრძლივებისას მკურნალობაში აუცილებელია კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატების ჩართვა (გაბაპენტინი, კარბამაზეპინი). მძიმე გახანგრძლივებული შეტევების და განსაკუთრებულად შაკიკური სტატუსის დროს სტაციონარულ პირობებში კეთდება პრედნიზოლონი. ამ დროს აუცილებელია ასევე დეჰიდრატაცია, ანტიჰისტამინური პრეპარატების პარენტერალური შეყვანა წვეთოვნად. ხშირად გამოიყენება ბეტა ბლოკატორები პროპრანოლოლი და Ca-ის არხის ბლოკატორები (ნიმოდინი, ვერაპამილი). ბოლო წლებში ეფექტურად იყენებენ სეროტონინის ანტაგონისტებს მეტისერგიდი, სანდომიგრანი, დივაქანი. შაკიკის მკურნალობაში მნიშვნელოვანია შეტევების შორის პერიოდში რეფლექსოთერაპია, ფიზიოთერაპია და ფსიქოთერაპია.

განმეორებადი მწვავე თავის ტკივილების მენეჯმენტში ანალგეტიკური საშუალებების წარმატებით გამოყენება მოიცავს შემდეგი პუნქტების ზედმიწევნით შესრულებას: ზუსტად განსაზღვრული რაოდენობის პრეპარატების მიღება უნდა მოხდეს აუცილებლად თავის ტკივილის საწყის ეტაპზე და უნდა იყოს ხელმისაწვდომი და მისაღებად მოსახერხებელი ბავშვებისათვის (განსაკუთრებით სკოლაში).

Successful use of analgesics in the menegment of acute recurrent headache includes: taking enough medication, taking medicatoin early in the course of headache, and making medication available to the child (especially at school).

ჰორმონდამოუკიდებელი ცალმხრივი კრიპტორქიზმის პერიოპერაციული მკურნალობა

პროფ. ი. სამხარაძე, ბ. აღამაშვილი

ბავშვთა ქირურგიის კათედრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

რეზიუმე: გამოკვლევის მიზანი იყო დაგვედგინა ჰორმონდამოუკიდებელი ცალმხრივი ჰემიკრიტი კრიპტორქიზმის მქონე პაციენტების პერიოპერაციულ მკურნალობაში ჰორმონოთერაპიის გამოყენების ეფექტურობა. შრომის ამოცანას შეადგენდა სათესლე ჯირკვლის მომწიფების მანჟენებლების დინამიკის შედარებითი ანალიზი კრიპტორქიზმის პერიოპერაციულ მკურნალობაში ქორიონული გონადოტროპინის გამოყენებისას და მის გარეშე. გამოკვლევამ მოიცვა 3-დან 12 წლამდე ასაკის 155 პაციენტი, რომელთაც დაუდგინდათ ჰორმონდამოუკიდებელი ჰემიკრიტი ცალმხრივი კრიპტორქიზმის დიაგნოზი და მკურნალობდნენ თსსუ პედიატრიულ კლინიკაში. პაციენტთა საერთო კონტინგენტიდან 85 ავადმყოფი განაწილდა საცდელ ჯგუფში, სადაც კრიპტორქიზმის პერიოპერაციულ მკურნალობაში გამოყენებულ იქნა ჰორმონოთერაპია ქორიონული გონადოტროპინით. დარჩენილმა 70 პაციენტმა შეადგინა საკონტრო-

ლო ჯგუფი, რომლებთანაც მხოლოდ განხორციელდა დაავადების ქირურგიული კორექცია. გამოკვლევის შედეგები მიუთითებს, რომ პერიოპერაციულ პერიოდში ჰორმონოთერაპიის გამოყენებისას ჩქარდება ჯირკვლის მომწიფების პროცესები, რაც აუმჯობესებს დაავადების ფუნქციურ გამოსავალს. გამოკვლევის შედეგები მიუთითებს, რომ პერიოპერაციულ პერიოდში ჰორმონოთერაპიის გამოყენებისას ჩქარდება ჯირკვლის მომწიფების პროცესები, რაც აუმჯობესებს დაავადების ფუნქციურ გამოსავალს.

კრიპტორქიზმი წარმოადგენს ბავშვთა ქირურგიის ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემას და უხშირეს ნოზოლოგიას ბავშვთა უროლოგიაში. აღნიშნული დაავადების დროს ერთი ან ორივე სათესლე ჯირკვლი არ არის ჩამოსული სათესლე პარკში, რაც დაკავშირებულია მუცლადყოფნის პერიოდში მათი მიგრაციის დარღვევებთან. კრიპტორქიზმი უვლინდებათ დროულ ახალშობილთა 1%-ს ხოლო დღენაკ-

ლულებში მისი სიხშირე აღწევს 30%-ს. ცალკეულ ავტორთა მონაცემებით კრიპტორქიზმი გვხვდება ახალშობილთა 5%-ში. უკანასკნელი საუკუნის მანძილზე მიმდინარე კვლევების მიუხედავად კრიპტორქიზმის ცალკეული ასპექტები არასრულადაა გაშუქებული, ხოლო ცალკეულ შემთხვევებში გვხვდება წინააღმდეგობრივი მონაცემები[1].

ცნობილია, რომ ნაყოფში სათესლე ჯირკვლები ჩისახება და მდებარეობს რეტროპერიტონეალურად, მუცლის უკანა კედელზე. მუცლადყოფნის მეექვსე თვიდან ჯირკვალი ჰუნტერის იოგის შეკუმშვასთან ერთად იწყებს დაშვებას. იგი გაივლის საზარდულის არხს და დაბადების მომენტი-სათვის ფიქსირდება სათესლე პარკის ძირზე. ამ პროცესის ნორმალური დასრულებისათვის საჭიროა როგორც დედის ქორიონული გონადოტროპინისა და ნაყოფის ლუთეოტროპული ჰორმონების ოპტიმალური დონე, ისე საზარდულის მიდამოსა და სათესლე პარკის ნორმალური განვითარება[2].

დედის ჰიპოფიზური გონადოტროპული ჰორმონები ახდენენ ემბრიონის ტესტიკულებში ანდროგენების გამოყოფის სტიმულაციას, რომლებიც თავის მხრივ უზრუნველყოფენ სათესლე ჯირკვლის, მისი დანამატების, თესლის გამომტანი სადინრისა და მილაკების ზრდას, აგრეთვე ჰუნტერის იოგის შეკუმშვას, რაც საბოლოოდ უზრუნველყოფს ჯირკვლების სათესლე პარკში ჩამოსვლას. ჰიპოგონადოტროპული ჰიპოგონადიზმისას, ან ანდროგენების რეცეპტორების მაკონტროლებელი გენების მუტაციისას აღნიშნული პროცესი ირღვევა. აგრეთვე სათესლე ბაგირაკის მოკლე სისხლძარღვების, ან საზარდულის არხში დაბრკოლების არსებობისას ჯირკვალი რჩება არხის შესასვლელთან. ასეთ შემთხვევაში საუბრობენ ჭეშმარიტ კრიპტორქიზმზე, ანუ ჯირკვლის რეტენციასზე. თუ ჯირკვალი მდებარეობს მუცლის ღრუში, მაშინ საუბრობენ აბდომინურ კრიპტორქიზმზე, ხოლო საზარდულის არხში – ინგინალურზე. ჯირკვლის რეტენციის განმაპირობებელ ფაქტორებს აგრეთვე განეკუთვნება ნაყოფის მუცელშიდა წნევის ზრდა და სასქესო-ბარდაყის ნერვის დისფუნქცია[6].

თუ სათესლე ჯირკვალს დაშვების მომენტში პარკში შესასვლელთან შეხვდა დაბრკოლება შემართებელქსოვილოვანი ფირფიტების სახით, ასეთ შემთხვევაში ჰუნტერის იოგი ჯირკვალს გზას გაუკვლევს საზარდულის, ბოქვენის, ბარდაყის ან შორისის მიდამოს კანქვეშა ქსოვილში. ასეთ შემთხვევაში საუბრობენ სათესლე ჯირკვლის ექტოპი-აზე (დისტოპიაზე).

რეტენციულ სათესლე ჯირკვალში მოსალოდნელია სხვადასხვა გართულებები: შემოგრება და ნეკროზი, ტრავმული ორქიტი, ავთვისებიანი გადაგვარება, სპერმატოგენური ფუნქციის მოშლა და სხვა. ამრიგად, აქტუალურია დაავადების დროული დიაგნოსტიკა და ადექვატური მკურნალობა.[4]

კრიპტორქიზმის მკურნალობა შეიძლება იყოს კონსერვატიული, ოპერაციული, ან კომბინირებული. 2 წლამდე ასაკში მკურნალობა როგორც წესი

კონსერვატიულია და მოიცავს ქორიონული გონადოტროპინის ინექციებს კურსობრივი სქემით. უკანასკნელ წლებში კონსერვატიული მკურნალობისათვის აგრეთვე იყენებენ გონადოტროპინ-რილიზინგ ჰორმონს (კრიპტოკური)[3].

თუ კონსერვატიული მკურნალობა არაეფექტურია, ორ წელზე უფროსი ასაკის ბავშვებში ნაჩვენებია ოპერაციული მკურნალობა – ორქოლოპექსია. ავტორთა ნაწილი აღნიშნავს, რომ გაუმართლებელია ჰიპოპლაზიური სათესლე ჯირკვლის ოპერაციული გზით ჩამოტანა. მათი მოსაზრებით, ყველა ასაკის პაციენტებში მიზანშეწონილია პერიოპერაციული კონსერვატიული მკურნალობით მიღწეულ იქნეს ჯირკვლის ზომებში მომატება და მხოლოდ შემდეგ განხორციელდეს ქირურგიული ჩარევა. ავტორები აღნიშნავენ კონსერვატიული მკურნალობის ფონზე ჩამოტენილი სათესლე ჯირკვლების შედარებით უკეთეს რეპროდუქციულ ფუნქციას. სხვა ავტორები მიუთითებენ რომ 2 წელზე უფროსი ასაკის ბავშვებში ჰორმონოთერაპიის გამოყენება შესაძლოა ასოცირდებოდეს გართულებების გაზრდილ რისკთან[5].

ამრიგად, ჩვენი გამოკვლევის მიზანი იყო დაგვედგინა ჰორმონდამოუკიდებელი ცალმხრივი ჭეშმარიტი კრიპტორქიზმის მქონე პაციენტების პერიოპერაციულ მკურნალობაში ჰორმონოთერაპიის გამოყენების ეფექტურობა.

შრომის ამოცანას შეადგენდა სათესლე ჯირკვლის მოწიფების მაჩვენებლების დინამიკის შედარებითი ანალიზი კრიპტორქიზმის პერიოპერაციულ მკურნალობაში ქორიონული გონადოტროპინის გამოყენებისას და მის გარეშე.

გამოკვლევამ მოიცვა 3-დან 12 წლამდე ასაკის 155 პაციენტი, რომელთაც დაუდგინდათ ჰორმონდამოუკიდებელი ჭეშმარიტი ცალმხრივი კრიპტორქიზმის დიაგნოზი და მკურნალობდნენ თსსუ პედიატრიულ კლინიკაში.

პაციენტთა საერთო კონტინგენტიდან 85 ავადმყოფი განაწილდა საცდელ ჯგუფში, სადაც კრიპტორქიზმის პერიოპერაციულ მკურნალობაში გამოყენებულ იქნა ჰორმონოთერაპია ქორიონული გონადოტროპინით. დარჩენილმა 70 პაციენტმა შეადგინა საკონტროლო ჯგუფი, რომლებთანაც მხოლოდ განხორციელდა დაავადების ქირურგიული კორექცია.

კრიპტორქიზმის დიაგნოსტიკისას გამოყენებულ იქნა გამოკვლევის ფიზიკალური მეთოდები. აგრეთვე, ზოგადკლინიკური ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული მეთოდები. ჯირკვლის მდებარეობისა და მისი ზომების დასადგენად ვიყენებით ულტრაბგერით კვლევას.

კრიპტორქიზმის ოპერაციული მკურნალობა გულისხმობდა ორქიპექსიას. ჰორმონოთერაპია წარმოებდა ქორიონული გონადოტროპინით, კურსობრივად. ავადმყოფებს პოსტოპერაციულ პერიოდში უტარდებოდათ პრეპარატის ინექცია კვირაში ორჯერ ასაკობრივი დოზებით. მკურნალობის კურსი მოიცავდა 5 კვირას, ამრიგად გამოყ-

ენებულ იქნა სულ 10 ინექცია.

გამოკვლევის შედეგად მიღებულია შემდეგი შედეგები:

საცდელ ჯგუფში პერიოპერაციული ჰორმონოთერაპიის დაწყებამდე ჯირკვლის მოცულობა ასკობრივი ნორმის 30-40%-ს შეადგენდა 24 ავადმყოფთან (28,2%), 40-60%-ს - 32 პაციენტთან (37,6%), 60-80%-ს - 28 ბავშვთან (32,9%), ხოლო 80-100%-ს - 1 ავადმყოფთან (1,3%). ჰორმონოთერაპიის დასრულებისას (ოპერაციიდან 1-1,5 თვის შემდეგ) ჯირკვლის მოცულობა ასკობრივი ნორმის 30-40%-ს შეადგენდა 1 ავადმყოფთან (1,3%), 40-60%-ს - 24 პაციენტთან (28,2%), 60-80%-ს - 41 ბავშვთან (48,2%), ხოლო 80-100%-ს - 19 ავადმყოფთან (22,3%). ჰორმონოთერაპიის დასრულებიდან 1-1,5 თვის შემდეგ (ოპერაციიდან 2-3 თვის მერე) ავადმყოფები, რომელთა სათესლე ჯირკვლის მოცულობა შეადგენდა ასკობრივი ნორმის 30-40%-ს არ დაფიქსირებულან, ნორმის 40-60% აღინიშნა - 16 პაციენტთან (18,8%), 60-80%-ს - 38 ბავშვთან (44,7%), ხოლო 80-100%-ს - 1 ავადმყოფთან (36,5%). აღსანიშნავია, რომ ჰორმონოთერაპიის ფონზე 2 პაციენტს განუვითარდა მწვავე ორქიტა, რომელთა მონაცემები არ შესულა ჩვენს კლინიკურ მასალაში.

საკონტროლო ჯგუფში ოპერაციულ ჩარევამდე სათესლე ჯირკვლის მოცულობა ასკობრივი ნორმის 30-40%-ს შეადგენდა 19 ავადმყოფთან (27,1%), 40-60%-ს - 27 პაციენტთან (38,6%), 60-80%-ს - 21 ბავშვთან (30%), ხოლო 80-100%-ს - 1 ავადმყოფთან (4,3%). ოპერაციიდან 1-1,5 თვის შემდეგ სათესლე ჯირკვლის მოცულობა ასკობრივი ნორმის 30-40%-ს შეადგენდა 16 ავადმყოფთან (22,8%), 40-60%-ს - 28 პაციენტთან (40%), 60-80%-ს - 20 ბავშვთან (28,6%), ხოლო 80-100%-ს - 6 ავადმყოფთან (8,6%). ოპერაციიდან 2-3 თვის შემდეგ სათესლე ჯირკვ-

ლის მოცულობა ასკობრივი ნორმის 30-40%-ს შეადგენდა 8 ავადმყოფთან (11,4%), 40-60%-ს - 30 პაციენტთან (42,8%), 60-80%-ს - 24 ბავშვთან (34,3%), ხოლო 80-100%-ს - 8 ავადმყოფთან (11,5%).

გამოკვლევის შედეგები მიუთითებს, რომ პერიოპერაციულ პერიოდში ჰორმონოთერაპიის გამოყენებისას ჩქარდება ჯირკვლის მომწიფების პროცესები, რაც აუმჯობესებს დაავადების ფუნქციურ გამოსავალს.

ამრიგად, ჰორმონდამოუკიდებელი ცალმხრივი კრიპტორქიზმის პერიოპერაციულ მკურნალობისას მიზანშეწონილია ჰორმონოთერაპიის გამოყენება, რაც დადებითად მოქმედებს პოსტოპერაციულ პერიოდში ჰიპოპლაზიური ჯირკვლის მომწიფების პროცესებზე.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. კუტუბიძე რ. განჩილაძე თ. ბავშვთა ქირურგია - სახელმძღვანელო, თბილისი 2002. - 407გვ.
2. Исаков Ю. Ф. Хирургические болезни у детей Учебник - 2-е издание - М Медицина 1998
3. Docimo SG: The results of surgical therapy for cryptorchidism: a literature review and analysis. J Urol 1995 Sep; 154(3): 1148-52.
4. Huff DS, Hadziselimovic F, Snyder HM 3d, et al: Postnatal testicular maldevelopment in unilateral cryptorchidism. J Urol 1989 Aug; 142(2 Pt 2): 546-8;
5. Hutson JM, Baker M, Terada M, et al: Hormonal control of testicular descent and the cause of cryptorchidism. Reprod Fertil Dev 1994; 6(2): 151-6
6. Rajfer J, Handelsman DJ, Swerdloff RS, et al: Hormonal therapy of cryptorchidism. A randomized, double-blind study comparing human chorionic gonadotropin and gonadotropin-releasing hormone. N Engl J Med 1986 Feb 20; 314(8): 466-70

Молекулярные изменения при острой дыхательной недостаточности у детей

Абдушлишвили Н., Гиоргобиани М. Кафедра детской хирургии ТГМУ

Среди заболеваний детского возраста респираторная патология занимает одно из первых мест, часто сопровождается острой дыхательной недостаточностью. Она возникает на фоне таких патологий, как инфекции верхних и нижних дыхательных путей, бронхиальная астма. Частота развития этого осложнения обусловлено как анатомо-физиологическими особенностями бронхо-пульмонарной системы детского организма, так и нарушениями патогенетических основ на субклеточном уровне. С этой точки зрения

интересно изучения метаболизма свободных радикалов кислорода, механизма аутокаталитической деструкции мембран.

Цель настоящей работы. Исследование изменений интенсивности перекисного окисления липидов (ПОЛ) и состояния антиоксидантной системы организма при острой респираторной недостаточности у детей до 3 лет.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 50 детей в возрасте до 3 лет с клиническими

проявлениями острой респираторной недостаточности, возникшей на фоне острого вирусного ларинготрахеита, пневмонии и бронхиальной астмы. Контрольную группу составили 30 больных с теми же заболеваниями, но без признаков дыхательной недостаточности. О состоянии про и антиоксидантной системы организма судили методом электронного парамагнитного резонанса (ЭПР), в основе которого лежит поглощение электромагнитной энергии веществом высокой частоты (кровью), помещенным в магнитное поле определенной напряженности. Об усилении процессов ПОЛ по интенсивности ЭПР сигналов церулоплазмينا, Fe^{3+} - трансферина, генератора активных форм кислорода – ионов Mn^{2+} , метгемоглобина, а также инактивированных форм адренорецепторов. Электромагнитный спектр крови регистрировался на радиоспектрометре РЭ 1307 в кварцевом сосуде Дьюар, при температуре жидкого азота.

Результаты исследования и их обсуждение. Церулоплазмин – многофункциональный фермент плазмы крови, обладающий как антиоксидантной, так и пероксидазной активностью. Окисляя ионы Fe^{2+} до Fe^{3+} в спектре ЭПР крови контрольной группы регистрируется окисленный целлулоплазмин ($g=2,0056$), Fe^{3+} - трансферин ($g=4,2$), а также сигналы Mn^{2+} , содержащие центров ($g=2,14$), комплексов оксида азота с негемовым железом ($FeS-NO$, $g=2,03$) и характерный для активного состояния адренорецепторов ($g=2,003$) незначительной интенсивности. При респираторном дистрессе (углубленное и учащенное дыхание, дыхательные шумы при дыхании, усиленная работа грудной клетки, показатели газов в артериальной крови и сатурации гемоглобина в пределах нормы) сигнал ЭПР окисленного целлулоплазмينا увеличивается на 25%, а сигнал Fe^{3+} - трансферина уменьшается на 35% по сравнению с контрольными значениями, что свидетельствует об активации перекисного окисления липидов (ПОЛ) и снижении антиоксидантных свойств крови. Снижение уровня Fe^{3+} - трансферина свидетельствует также об уменьшении интенсивности гемопоеза. Интенсивность сигнала ЭПР Mn^{2+}

- содержащих центров на 40%, а комплексов оксида азота с негемовым железом на 140% превышают контрольные значения. Увеличение интенсивности Mn^{2+} , содержащих центров свидетельствует об активации процессов ПОЛ и инактивации супероксиддисмутазы (СОД). Сигнал ЭПР $g=2,003$, характерный для активного состояния адренорецепторов уменьшается на 35% по сравнению с контролем. Частичная инактивация адренорецепторов в данной группе должно быть обусловлена активацией ПОЛ и повышением концентрации эндогенных блокаторов адренорецепторов – ионов Mn^{2+} (1). В спектре ЭПР крови регистрируются также сигналы, характерные для инактивированного состояния адренорецепторов ($g=2,01$) и Mo^{5+} , содержащий ксантиноксидазы являются показателями накопления цитозольного Ca^{2+} и интенсификации активности кальцизависимых ферментов. В свою очередь оксид азота и ксантиноксидаза в условиях инактивации СОД начинают генерировать активные формы кислорода и активирует ПОЛ.

В группе детей с декомпенсированной респираторной недостаточностью (нарушение механики дыхания, цианоз слизистых оболочек, понижение показателей парциального давления кислорода и сатурации гемоглобина) сигнал ЭПР окисленного целлулоплазмينا увеличивается на 90%, а сигнал Fe^{3+} - трансферина уменьшается на 66% по сравнению с контрольные значения на 130%. На 70% уменьшается интенсивность сигнала адренорецептор., регистрируются сигналы, характеризующие инактивированное состояние адренорецепторов, метгемоглобин и Mo^{5+} , содержащий ксантиноксидазу. Результаты исследования выявили, что при острой дыхательной недостаточности в организме детей наблюдается активация процессов ПОЛ, но при компенсированной форме интенсивность ПОЛ незначительна, тогда как при декомпенсированной респираторной недостаточности интенсивность образования генераторов свободных форм кислорода, оксида азота и ксантиноксидазы, а значит процессов пероксидации настолько велика, что способствует нарушению целостности

эритроцитарных мембран и гемолизу эритроцитов (на что указывает появление ЭПР сигнала метгемоглобина (g=6,0).

Интенсификация образования оксида азота (NO) и ксантиноксидазы, в свою очередь свидетельствует об накоплении внутриклеточного Ca²⁺ способствующий секреции гистамина. Активное образование генераторов супероксид и гидроксил радикалов, снижение антиоксидантного потенциала организма и метгемоглобулинемия способствует дальнейшей интенсификации процессов ПОЛ и развитию деструктивных изменений в ткани легкого. Опираясь на литературные данные (1, 2, 3) можно предположить, что интенсивная инактивация адренорецептором является следствием воздействия аутоантител к адренергическим структурам. Однако нельзя не учитывать возможность инактивацию адренорецепторов в результате нарушения целостности мембранных структур воздействием интенсификации перекисного окисления липидов.

Инактивация адренорецепторов в свою очередь способствует подавлению компенсаторных реакций организма и усугубляет патологический процесс.

Изменение парамагнитных центров крови с

состояние	активная форма адренорецепторов	ЦП	Fe ³⁺	Mn ²⁺	Fes-No
респираторный дистресс	7, 80, 8	15,	30, 00,	4, 50, 5	1, 50, 5
респираторная недостаточность		01, 0	8		

Литература:

1. Lagunot D. The role of must cells in asthma / Exper. Lung. Res. 1983, #4, p. 120-135.

2. Vehter I.C., Fraser C.M., Harrison L.C. Autoantibodies to - adrenergic receptors. A possible cause of adrenergic hyporesponses in allergic rhinitis and asthma.

3. Homer L.T., Cain V.A. Enhancement of IgG antibody formation on rabbits by adrenergic antagonists / Int. Arch. Allergy. – 1979, v. 59, #1, p. 121-129.

4. Fraser C.M., Venter I.C. Autoantibodies to beta adrenergic receptors and asthma / J.Allergy and Clin Immunology – 1984, v. 7, #3, p. 227-229.

SUMMARY

Molecular changes of acute respiratory failure in children Giorgobiani M.

Tbilisi State Medical University

An electro-paramagnetic resonance test was carried out on the molecular aspects of pathogenetical differences of the respiratory distress and respiratory failure. It was stated that in the course of respiratory distress in children's organism occurs insignificant intensification of processes of peroxide acidation of lipids. With the development of respiratory failure formation of active oxygen – nitric oxide and kсantinoxidase – increases sharply, this assists the activation of peroxide oxidation of lipids, destruction of the integrity of membrane structures, hemolysis of eritrocytes, reduction of the integrity of membrane structures, hemolysis of eritrocytes, reduction of antioxidant potential of organism and significant inactivation of adrenoreceptors.

activation of peroxide oxidation of lipids, destruction of the integrity of membrane structures, hemolysis of eritrocytes, reduction of the integrity of membrane structures, hemolysis of eritrocytes, reduction of antioxidant potential of organism and significant inactivation of adrenoreceptors.

მწვავე პოსტსტრექტოკოკული გლომერულონეფრიტი

მეკ მ. ტანაშა; მეკ თ. აბულაძე; მმდ, პროფ. ბ. ჩიტიია;
მეკ დ. კვიციანი; ე. ბოხალიშვილი; ნ. ჩიტიია

მწვავე პოსტსტრექტოკოკული გლომერულონეფრიტის (მპგნ) ტერმინის ქვეშ იგულისხმება თირკმლების ანთება, რომელსაც საფუძვლად იმუნური მექანიზმი უდევს და კლინიკურად ვლინდება რენული (პემატურია, პროტეინურია, ცილინდრურია) და ექსტრარენული (შეშუპება, არტერიული ჰიპერტენზია) სიმპტომებით.

მწვავე გლომერულონეფრიტი ძირითადად ინფექციის შემდგომ პერიოდში ვითარდება. დაავადება შეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა ინფექციის (სტაფილოკოკური, პნემოკოკური, *Coxsackii*- ვირუსი, მე-9 ტიპის *ECHO*- ვირუსი, გრიპი და პაროტიტი) შემდეგ. თუმცა უხშირესად დაავადების განვითარება განპირობებულია *A* ჯგუფის β ჰემოლიზური სტრექტოკოკით.

მპგნ პირველად მე-18 საუკუნეში აღწერეს როგორც ქუნთრუშის გართულება, კავშირი დაავადებასა და სტრექტოკოკის შორის მხოლოდ მე-20 საუკუნეში დადასტურდა. კვლევა 50 წლის წინ დაიწყო და დღეისთვის დადგენილია, რომ მპგნ-ის განვითარება სტრექტოკოკის ნეფრიტოგენული შტამებით არის განპირობებული. პიოდერმიის შემდგომ M ტიპის - 47, 49, 55, 2, 60, 57 სტრექტოკოკით, ფარინგეალური ინფექციის შემდგომ M ტიპის - 1, 2, 4, 3, 25, 49, 12 სტრექტოკოკით. მოგვიანებით დადგინდა, რომ დაავადების გამოწვევა C ჯგუფის სტრექტოკოკსაც შეუძლია.

დღეისთვის ცნობილია ნეფრიტოგენული სტრექტოკოკის ორი ანტიგენი: ზიმოგენი (ეგზოტოქსინ B-ს წინამორბედი) და გლიცერალდეჰიდოფოსფატ დეჰიდროგენაზა, ცნობილი, როგორც *proteinizing Ag (PA-Ag)*. მიკრობის ამ ფრაქციებს აქვთ გლომერულებისადმი მიდრეკილება და განპირობებენ ანტისხეულთა გამომუშავებას, რაც შემდეგ ანთების მედიატორების აქტივაციას იწვევს.

მპგნ-ის შემთხვევათა უმარავლესობაში ეგზოტოქსინ B-სა და PA-Ag-ს საწინააღმდეგო ანტისხეულების ტიტრი მაღალია. PA-Ag-ს ინექცია იწვევს მპგნ-ის განვითარებას ექსპერიმენტში. PA-Ag-ს საწინააღმდეგო ანტისხეულები არის თითქმის ყველა მპგნ-ით დაავადებულ პაციენტში, მაშინ როდესაც გაურთულებელი სტრექტოკოკული ინფექციისა და რევმატიული ცხელების დროს მათი აღმოჩენა სისხელში თითქმის შეუძლებელია.

მორფოლოგიური, კლინიკური და სეროლოგიური მახვენებლების საფუძველზე დადგენილია დაავადების იმუნოკომპლექსური ხასიათი. იმუნური კომპლექსი, რომელიც შედგება სპეციფიური ანტისხეულისა და სტრექტოკოკული ანტიგენისაგან, ლოკალიზდება გორგლის კაპილარის კედელში და ააქტივებს კომპლემენტის სისტემას. იმუნური სისტემის აქტივაცია გორგლოვან სტრუქტურებში ადჰეზიურ სტრექტოკოკული ანტიგენით („planted antigen“) ან ენდოგენური ანტიგენის სახეცვლილებითაც ხდება. კომპლემენტის აქტივაციის კასკადის შემდეგი ეტაპია კომპლემენტის მე-5 კომპონენტის (C5a) გააქტივება და უჯრედთა დაშლის შედეგად ანთების მედიატორების გამოთავისუფლება. ციტოკინები და უჯრედული იმუნიტეტის ფაქტორები ანვითარებენ ანთებას: შეშუპებას და პროლიფერაციას გლომერულში. დაავადების იმუნოკომპლექსურ გენეზს ადასტურებს იმუნოგლობულინ G-ს გრანულარული დეპოზიტის და კომპლემენტის მე-3 კომპონენტის არსებობა გორგლის კაპილარის ბაზალურ მემბრანაზე. პროპერდინისა და C₃ პროაქტივატორის დაქვეითებული კონცენტრაცია და კომპლემენტის კომპონენტების არათანმიმდევრული დაქვეითება კომპლემენტის აქტივაციის ალტერნატიულ გზაზე მიუთითებს.

მპგნ-ით დაავადებულ ბავშვთა 80-92%-ში ვლინდება C₃ ს დაქვეითება სისხლის შრატში, რომელიც ნორმას 6-8 კვირის შემდეგ უბრუნდება. ზოგ შემთხვევაში სისხელში დაქვეითებულია კომპლემენტის მე-4 კომპონენტიც.

განვითარებულ ქვეყნებში ყოველწლიურად მცირდება მპგნ-ის სიხშირე. განვითარებად ქვეყნებში დაავადებამ შეიძლება ეპიდემიის სახეც მიიღოს. საქართველოში არ არის შესწავლილი მპგნ-ის ეპიდემიოლოგია, თუმცა მას უფრო სპორადიული ხასიათი აქვს, გვხვდება ოჯახური შემთხვევებიც.

სპორადულ შემთხვევებს სემონურობა ახასიათებს. მამთარ-გამაფხულის პიკი რესპირაციულ ინფექციებთან არის დაკავშირებული, მაფხულ-შემოდგომის პიკი პიოდერმიის შემდგომ პერიოდს ემთხვევა.

მპგნ ძირითადად კეთილსაიმედო პროგნოზის დაავადებაა, იშვიათ შემთხვევებში ვითარდება თირკმლის მძიმე დაზიანება, 1%-ზე ნაკლებ შემთხვევაში 10-15 წლის შემდეგ შეიძლება თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა განვითარდეს. არასწორი მკურნალობა მწვავე პერიოდში (ინფუზიური თერაპია) პაციენტისთვის შეიძლება სავალალო შედეგით დასრულდეს. დაავადების განმეორება ძალიან დიდი იშვიათობაა.

მპგნ ხშირია მამაკაცებში. შეფარდება მამაკაცებს და ქალებს შორის 2:1. დაავადება აღწერილია როგორც ერთი წლის ასევე 90 წლის ასაკშიც, ყველაზე ხშირად მპგნ 4-დან 12 წლამდე ასაკის ბავშვებში გვხვდება, პი-

კით 5-6 წელზე.

მკენ-ის განვითარებას წინ სტრუქტოკოკული ინფექცია (ფარინგიტი, ტონზილიტი, პილდერმია) უძღვის. დაავადების დასაწყისსა და სტრუქტოკოკული ინფექციის შორის ყოველთვის არის ლატენტიური პერიოდი, ყელის ინფექციის დროს – 1-2 კვირა, ხოლო კანის ინფექციის დროს – 3-6 კვირა.

მკენ-ს 3 კარდინალური კლინიკური სიმპტომი ახასიათებს: 1. შეშუპება – შემთხვევათა 80-90%-ში 2. მაკროპემატურია (30-50%) 3. არტერიული ჰიპერტენზია (50-90%).

დაავადებისთვის დამახასიათებელია ოლიგურიის არსებობა, თუმცა მას მხოლოდ ყურადღებიანი მშობლები ამჩნევენ. მკენ-ის დროს შეიძლება გამოვლინდეს არაპათოგენური სიმპტომები, ისეთი, როგორც არის სისუსტე, ძილიანობა, ანორექსია, ცხელება, მუცლის ტკივილი, თავის ტკივილი.

შეშუპება სხვადასხვა ხარისხისაა, პერიორბიტალური შეშუპებიდან გენერალიზებულამდე. შეშუპების ხარისხი დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე, მიღებული სითხის რაოდენობაზე, ჰიპოალბუმინემიის ხარისხზე. გაურთულებელ შემთხვევებში ის 5-10 დღეს გრძელდება. ხანგრძლივი ოლიგოანურია ბოუმენის კაპსულაში ნახევარმთვარისებრი ჩანართების არსებობაზე მიუთითებს.

მაკროპემატურიის დროს იცვლება შარდის ფერი. ის შეიძლება იყოს ჩაის ფერი, ხორცის ნარეხის ფერი, ყავისფერი. მაკროპემატურია 1-3 კვირაში ქრება, თუმცა მიკროსკოპული ხასიათის შეიძლება ნ თვემდე გახანგრძლივდეს.

ჰიპერტენზია მკენ-ის დროს ხშირ შემთხვევაში კეთილთვისებიანიამისი ნორმალბეზა ჰიპერვოლემიის გამოსწორებასთან და გლომერული ფილტრაციის აღდგენასთან ერთად ხდება, დაახლოებით 2-3 კვირაში. თუ ჰიპერტენზია პერსისტირებს, სავარაუდოა დაავადების ქრონიზაცია ან სხვა ტიპის გლომერულონეფრიტის არსებობა. ჰიპერტენზიის პათოგენეზი ცნობილი არ არის. ის აუცილებლად მულტიფაქტორულია და სითხის და ნატრიუმის შეკავების შედეგად განვითარებულ სისხლსავესობასთანაა დაკავშირებული.

მკენ-ის შემთხვევათა 5-10%-ში ჰიპერტენზიული ენცეფალოპათია გვხვდება, რომელიც დაავადების ადრეული პერიოდის უძიმესი გართულებაა. მას ახლავს ნერვული სისტემის ფუნქციის აშლილობა: თავისტკივილი, გულსრევა, ლებინება, დეპრესია, ცნობიერების დაბნელება, მხედველობის დარღვევა, აფაზია, მეხსიერების მოშლა, კრუნჩხვები, კომა. ჰიპერტენზიული ენცეფალოპათია მცირედ გამოხატული შეშუპებისა და მინიმალური შარდის სინდრომის დროსაც შეიძლება განვითარდეს. დაავადების ადრეული პერიოდის მეორე მძიმე გართულება ჰიპერვოლემიური შეგუებაა. ეს უკანასკნელი ხშირად ბავშვის სტატიონარში მოთავსების მიზეზი ხდება. ახასიათებს იძულებითი მჯდომარე მდგომარეობა, ქოშინი, ხველა, სველი ხიხინი, ღვიძლის სამღვრების მნიშვნელოვანი გადიდება. შეგუების არსებობა ყველა შემთხვევაში დასტურდება გულმკერდის რენტგენოგრაფიით.

მწვავე შეგუების ან ჰიპერვოლემიის უკუგანვი-

თარების პერიოდში შეიძლება გამოვლინდეს მარცხენა პარკუჭოვანი უკმარისობა ჰიპერტენზიით ან ჰიპერტენზიის გარეშე, გამონაჟონი პერიკარდის ღრუში. ძალიან იშვიათად შესაძლებელია ჰემოფიზის განვითარება.

მკენ-ის ადრეული პერიოდის გართულებები შეიძლება პაციენტის ლეგალობის მიზეზი გახდეს. შორეული გართულებებია: ნეფროზული ხარისხის პროტეინურია, თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა.

მკენ-ის დიაგნოსტიკებისათვის აუცილებელია წინამორბედი სტრუქტოკოკული ინფექციის დადასტურება. მიკრობის იდენტიფიკაცია მკენ-ის კლინიკური გამოვლინების შემდეგ თითქმის შეუძლებელია, ამიტომ სტრუქტოკოკის ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტების – სტრუქტოლიზინ O, DNA-ზე B-ს, ჰიდროლიზაზას, ნიკოტინამიდადენინდინუკლეოტიდაზას (NAD-აზას) და სტრუქტოკინაზას საწინააღმდეგო სპეციფიური ანტისხეულების განსაზღვრა რჩება მთავარ სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმად ჯგუფის პოსტსტრუქტოკოკული დაავადების დასადგენად.

ანტი-სტრუქტოლიზინი (ASO), ანტი-NAD-აზა, ანტიჰიდროლიზაზა (AH-აზა) და ანტიდეზოქსირიბონუკლეაზა-B (ADB) ოფრო ხშირად დადებითია ფარინგეალური ინფექციები, ხოლო ADB და AH-აზა კანის ინფექციების დროს. სეროლოგიური კვლევები არ არის საჭირო, თუ საქმე გვაქვს მწვავე ჩირქოვან ინფექციასთან.

პრაქტიკაში ყველაზე ხშირად გამოიყენება ASO-ს ტიტრის განსაზღვრა. გამომდინარე იქიდან, რომ ASO-ს C და G სტრუქტოკოკებიც წარმოქმნიან, სტრუქტოკოკულ ინფექციაზე იმუნური პასუხის შეფასება მხოლოდ ერთი ანტისხეულის მიხედვით არ არის საკმარისი. სეროლოგიურ დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანია მინიმუმ ორი ანტისხეულის (მაგ. ASO და ADB-ს) განსაზღვრა.

უახლესმა გამოკვლევებმა ცხადყვეს, რომ ანტი-ხიმოგენის ტესტი უფრო ინფორმატიულია, მისი დიაგნოსტიკური მგრძობელობა 88% და სპეციფიურობა – 85%, მაგრამ ძნელად განსახორციელები კვლევაა. მკენ-ით დაავადებულებში ასევე აღინიშნება გრიცერალდეჰიდროსფატდეჰიდროგენაზის (GAPDH) საწინააღმდეგო ანტისხეულების მაღალი ტიტრი.

დადებითია ASO A ჯგუფის სტრუქტოკოკული ინფექციის ჩამთავრებიდან 1-3 კვირის შემდეგ და მაქსიმუმს აღწევს 3-6 კვირის შემდეგ. დიაგნოსტიკური მგრძობელობა ASO ტესტისა შეადგენს 80-85%. მისი დონე განსაკუთრებით მაღალია ფარინგეალური სტრუქტოკოკული ინფექციების დროს, მაშინ როდესაც პილდერმიების დროს შეიძლება არც შეიცვალოს, ამიტომ საჭირო ხდება დამატებითი სხვა სპეციფიურობის ანტისხეულების, მაგ. ADB-ს, განსაზღვრა. ეს უკანასკნელი ვლინდება უფრო გვიან და უფრო დიდხანს პერსისტირებს ვიდრე ASO (დიაგნოსტიკური მგრძობელობა ამ ტესტისა 75-85%). სპეციფიურობა აღემატება 90%-ს, თუ ხდება მინიმუმ ორი ტესტის (ASO და ADB) განსაზღვრა. თუ ერთჯერადი გაზომვით ანტისხეულების კონცენ-

ტრაცია ნორმაშია, მათი გადამოწმება უნდა მოხდეს 2-3 კვირის შემდეგ. თუ პირველადი განსაზღვრით ანტისხეულების კონცენტრაცია მაღალია, მათი გადამოწმება მაინც უნდა მოხდეს დაავადების მიმდინარეობის შესაფასებლად. აგრეთვე იმის დასადგენად გრძელდება თუ არა ანტიგენური სტიმულაცია, კლინიკური სურათის გაუმჯობესების მიუხედავად.

მკენ-ის მწვავე ფაზის უნივერსალური მანვენებელია შრაგში კომპლემენტის დაბალი დონე, როგორც ანტიგენ ანტისხეული ურთიერთობის ამსახველი.

ავადმყოფთა უმრავლესობას აქვთ ჰემოლიზური კომპონენტის CH50 და C - ს კონცენტრაციის მკვეთრი დეპრესია. ჰიპოკომპლემენტემიაზე პასუხისმგებელია კომპლემენტის სისტემის ალტერნაციული გზის აქტივაცია. C₃ კომპლემენტი და პროპერდინი ჩვეულებრივ დაქვეითებულია.

უმრავლეს არაგართულელ შემთხვევაში კომპლემენტის ტიტრი უბრუნდება ნორმას 6-8 კვირაში. თუმცა ჰიპოკომპლემენტემია შეიძლება გრძელდებოდეს 3 თვე. პროლონგირებული ჰიპოკომპლემენტემიის დროს სავარაუდოა ალტერნაციული დაავადება.

შარდოვანას აზოტისა და კრეატინინის განსაზღვრა სისხლის შრატში აუცილებელია თირკმლის ფუნქციის შესაფასებლად. მაღალი შარდოვანას აზოტი (BUN) და კრეატინინი ასახავს გორგლოვანი ფილტრაციის დაქვეითებას, რასაც ადგილი აქვს დაავადების მწვავე სტადიაში. ამ მანვენებლების მომატება ჩვეულებრივ ტრანზიტორულია. თუ თირკმლის ფუნქცია არ ნორმალიზდება რამდენიმე კვირაში ან თვეში, უნდა გადაისინჯოს მკენ-ის დიაგნოზი. პაციენტებს გლომერულოფრიტის ნახევარმოვარისებრი ფორმით ასახით თირკმლის ფუნქციის სწრაფი დაქვეითება და ხშირად ამ ფუნქციის არასრული აღდგენა.

შარდის საერთო ანალიზი ყოველთვის პათოლოგიურია.

ჰემატურია და პროტეინურია აღინიშნება ყველა შემთხვევაში. შარდის ნალექში არის ერთროციტები, ერთროციტალური ცილინდრები, ლეიკოციტები, მარცვლოვანი და იშვიათად ლეიკოციტალური ცილინდრები.

დისმორფული (შეკვლილი) ერთროციტები გლომერულური ჰემატურიის მანვენებელია და ჩვეულებრივ დგინდება ფაზურ-კონტრასტული მიკროსკოპით.

ერთროციტალური ცილინდრები ყველაზე კარგად დგინდება შარდის პირველ, დილის ულუფაში, თუ კვლევა ტარდება მოშარდვისთანავე.

ჰემატურია ჩვეულებრივ ქრება 3-6 თვეში, თუმცა შეიძლება გახანგრძლივდეს 18 თვემდე. მიკროსკოპული ჰემატურია შეიძლება დარჩეს დაავადების ალაგების შემდეგაც.

პროტეინურია შეიძლება იყოს დაბალი, ან იმდენად მაღალი, რომ განაპირობოს ნეფროზული სინდრომი. ნეფროზული ხარისხის პროტეინურია დაახლოებით 5-10% პაციენტს აქვს. პროტეინურია ჩვეულებრივ ქრება 6 თვეში. მცირე პროტეინურია 15% პაციენტში გრ-

ძელდება 3 წელი და 2%-ში – 10 წელი.

სისხლის საერთო ანალიზში პაციენტებს შეიძლება ჰქონდეთ მსუბუქად გამოხატული ნორმოციტული, ნორმოქრომული ანემია. ერთროპოემი შეიძლება დაითრგუნოს მკენ-ის მიმე შემთხვევებში. ლეიკოციტები და თრომბოციტები ჩვეულებრივ ნორმალურია, ელსი ზომიერად მომატებული.

გულმკერდის რენტგენოგრაფიით შეიძლება გამოვლინდეს გულის შეკუმბებითი (ჰიპერვოლემიური) უკმარისობა.

თირკმლის ექსკენირებით აღინიშნება ნორმალური ან მცირედ გადიდებული ორივე თირკმელი მომატებული ექოგენობით.

მკენ ჩვეულებრივ კლინიკური დიაგნოზია, მხოლოდ ზოგიერთ შემთხვევაში ხდება აუცილებელი თირკმლის ბიოფსია. დაავადების ადრეულ სტადიაზე თირკმლის ბიოფსიის ჩვენებებია:

- ლატენტური პერიოდის არარსებობა სტრუბტოკოკულ ინფექციასა და მწვავე გლომერულოფრიტს შორის.
- ანურია
- თირკმლის ფუნქციის სწრაფი დაქვეითება
- კომპლემენტის ნორმალური დონე შრატში
- ანტისტრუბტოკოკული ანტისხეულების ნორმალური დონე
- სისტემური დაავადების ექსტრარენული გამოვლინებები
- გორგლოვანი ფილტრაციის დაქვეითება 2 კვირაზე მეტ ხანს
- არტერიული ჰიპერტენზიის პერსისტირება 2 კვირაზე მეტ ხანს
- გამოჯანმრთელების ფაზაში თირკმლის ბიოფსიის ჩვენებებია:
- გორგლოვანი ფილტრაციის დაქვეითება 4 კვირაზე მეტ ხანს
- პერსისტირებადი ჰიპოკომპლემენტემია 6 კვირაზე მეტ ხანს
- პერსისტირებადი მიკროსკოპული ჰემატურია 18 თვეზე მეტ ხანს
- პერსისტირებადი პროტეინურია 6 თვეზე მეტ ხანს

ბიოფსიური მასალის შესწავლა ხდება სინათლის, იმუნოფლოუორესცენტული და ელექტრონული მიკროსკოპით.

სინათლის მიკროსკოპით ყველაზე ხშირი მანვენებელია გლომერულის ჰიპერცელულარობა. ყველა გრომელურა დაზიანებულია დაახლოებით თანაბარი ხარისხით (დიფუზური დაზიანება). გლომერულა ნორმაზე უფრო დიდია, უჯრედები ნორმაზე დიდი რაოდენობით ხშირად ავსებენ ბოუმენის კაფსულას. უჯრედები ძირითადად წარმოდგენილია ენდოთელური, მეზანგიალური და მიგრანტი ანთებითი უჯრედებით, როგორცაა პოლიმორფულ უჯრედოვანი ლეიკოციტები და მონოციტები. გლომერულურ წნულში ნეკროზის აღმოჩენა არატიპურია. კაპილატების კედლები არ არის გასქელებული. ზოგიერთ პაციენტში, როცა ანთება მკვეთრად არის

გამოსატული, შეიძლება აღინიშნოს ნახევარმთვარისებრი ჩანართები (ბოუმენის კაფსულის ეპითელიური უჯრედების პროლიფერაციის შედეგი), მაგრამ ჩვეულებრივ ასეთი დაზიანებები მცირე პროცენტშია მოსალოდნელი. მილაკები უპირატესად ნორმალურია. პროტეინურიის დროს პროქსიმალურ შემკრებ მილაკებში შეიძლება არსებობდეს ჰიანილიური წვეთები, ხოლო მძიმე ექსუდაციური გლომერულონეფრიტის კლინიკური სურათის დროს სანათურში დიდი რაოდენობით პოლიმორფულ უჯრედოვანი ლეიკოციტები.

ინტერსტიციული დაზიანების ხარისხი ვარიაციულია. ინტერსტიციუმში შეშუპებულია, ინფილტრირებულია პოლიმორფულ უჯრედოვანი ლეიკოციტებით და მონონუკლეარული უჯრედებით. არტერიები და არტერიოლები ნორმალურია.

იმუნოფლუორესცენტული კვლევით დაავადების პირველი 2-3 კვირის განმავლობაში აღებულ ბიოფსიურ მასალაში აღინიშნება IgG და C₃ დეპოზიტები გრანულულების სახით გლომერულური კაპილარული კედლების გასწვრივ და მეზანგიუმში. მცირე რაოდენობით შეიძლება აღმოჩნდეს IgM-ც. IgA-ს მნიშვნელოვანი რაოდენობით აღმოჩენა მიუთითებს ალტერნატიულ დაავადებაზე (გამორიცხავს მპგნ-ს და IgA-ნეფროპათიაზე გეაფიქრებინებს).

ელექტრონული მიკროსკოპით დასტურდება სინათლის მიკროსკოპით აღნიშნული თითქმის ყველა ულტრასტრუქტურული ცვლილება (ენდოთელური, მეზანგიალური, ანთებითი უჯრედების რაოდენობის მომაგება, ნორმალური სისქისა და კონგურის გლომერულური ბაზალური მემბრანა). ყველაზე სტაბილური და კლასიკური დიაგნოსტიკური ნიშანია გლომერულური სუბეპითელიალური, ელექტრონულად მკვირივი იმუნური ტიპის დეპოზიტი, რომელიც ჰგავს კუმს. გამოჯანმრთელების პროცესში ეს დეპოზიტები სწრაფად ქრება თუმცა ფრაგმენტები შეიძლება მაინც იქნეს ნაპოვნი მეზანგიუმში, შეიძლება პერსისტირებდეს თვეობით და ასოცირებული იყოს პერსისტირებად პროტეინურიასთან და გლომერულოსკლეროზის განვითარებასთან.

მპგნ-ის კლინიკური სურათის გამოვლინებისას გლომერულები უკვე დაზიანებულია და გამოჯანმრთელების პროცესი უკვე დაწყებულია. ამრიგად, დაავადების უშუალო გამომწვევზე შემოქმედება დაგვიანებულია და მკურნალობის მთავარ მიზანს წარმოადგენს პოგენციური გართულებების თავიდან აცილება. მპგნ-ით დაავადებულთათვის რეკომენდირებულია სიმპტომატური მკურნალობა, რომელიც ეყრდნობა დაავადების სიმწვავეს. მთავარი მიზანია შეშუპებისა და არტერიული წნევის კონტროლი. პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია აუცილებელია, თუ გამოხატულია მნიშვნელოვანი ჰიპერტენზია, გენერალიზებული შეშუპება, მნიშვნელოვანი ოლიგურია და შრატში კრეატინინისა და კალიუმის მომაგება. მწვავე ჰიპერტენზია ცერებრალური დისფუნქციის კლინიკური ნიშნებით მოითხოვს დაუყოვნებლივ ყურადღებას.

დაავადების მწვავე ფაზაში უნდა შეიზღუდოს მარილი და სითხე (ნატრიუმის მარილი არა უმეტეს 2 გრ.-სა დღე-ღამეში და სითხე არა უმეტეს ერთი ლიტრისა). თუ ვითარდება მნიშვნელოვანი შეშუპება და ჰიპერტენზია, ინიშნება დიურეტიკები, კერ-

ძოდ, მარწყუოვანი დიურეტიკები (ფუროსემიდი 1-2 მგ/კგ პო. ან ივ. არაუმეტეს 6 მგ/კგ), ზრდიან შარდის გამოყოფას და შესაბამისად აუმჯობესებენ კარდიოვასკულარულ შეგუბებას და ჰიპერტენზიას. თუ ჰიპერტენზია ვერ კონტროლირდება დიურეტიკებით, ჩვეულებრივ გამოიყენება კალციუმ ბლოკატორები (ნიფედიპინი, ამლოდიპინი), ვაზოდილატატორები, ჰიდრალაზინი ან ანგიოტენზინმაკონვერტირებელი ინჰიბიტორები (კაპტოპრილი). ავთვისებიანი ჰიპერტენზიის დროს აუცილებელი ხდება ინტრავენური გამოყენება ნიტროპრუსიდის, ლაბეტალოლისა ან დიაზოქსიდისა. დიალიზის ჩვენებაა სიცოცხლისთვის საშიში ჰიპერკალემია და ურემიის კლინიკური მანიფესტაცია.

ფიზიკური აქტივობის შეზღუდვა მიზანშეწონილია მხოლოდ პირველი რამდენიმე დღე, მაგრამ არ არის აუცილებელი, როცა პაციენტი უკეთ იგრძნობ თავს. სტეროიდები, იმუნოსუპრესიული პრეპარატები და პლაზმაფერეზი ჩვეულებრივ არ არის ნაჩვენები. თირკმლის ბიოფსია ნაჩვენებია პაციენტებისათვის სწრაფად პროგრესირებადი თირკმლის უკმარისობით. თუ ბიოფსიური კვლევა გამოავლენს ნახევარმთვარისებულ ჩანართებს 30%-ზე მეტ გლომერულაში, რეკომენდირებულია მოკლე კურსი ინტრავენური სტეროიდული პულს თერაპიისა (500 მგ.-დან 1 გრ./1.73 მ²-მდე მეთილპრედნიზოლონი დღეში 3-5 დღე). ხანგრძლივი მკურნალობა სტეროიდებით ან იმუნოსუპრესიული პრეპარატებით არ არის რეკომენდირებული.

თერაპიული რეჟიმის მნიშვნელოვანი ნაწილია სპეციფიკური თერაპია სტრეპტოკოკული ინფექციის წინააღმდეგ.

უნდა ვუმკურნალოთ პაციენტს, ოჯახის წევრებს და კონტაქტში მყოფ ახლობლებს, რომლებიც არიან ინფიცირებული პერორალური პენიცილინით ან ერთნობიცილინით, თუ პაციენტი ალერგიულია პენიცილინის მიმართ. ეს ღონისძიება იცავს ინფექციის მაგარებლებს ნეფრიტისაგან და გარშემომყოფებს ნეფრიტოგენულს შგამებთ კონტამინაციისგან.

ეპიდემიის შემთხვევაში რეკომენდირებულია მაღალი რისკის ინდივიდებში (ოჯახის წევრები და ახლო კონტაქტში მყოფები) პროფილაქტიკური მკურნალობის ჩატარება.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია გაწერილი პაციენტის მართვა. არტერიული წნევის კონტროლი ყოველთვიურად ექვსი თვის განმავლობაში და შემდგომ ყოველ ექვს თვეში ერთხელ. შარდოვანას აზოტის და კრეატინინის კონტროლი სამ თვეში ერთხელ მწვავე ფაზის შემდეგ ერთი წლის განმავლობაში და შემდგომ ყოველწლიურად. შრატში კომპლემენტის დონის შესწავლა 6-8 კვირის თავზე იმაში დასარწმუნებლად, რომ კომპლემენტი დაუბრუნდა ნორმას. ჰემატურიის და პროტეინურიის კონტროლი 3-6 თვეში ერთხელ.

ამგვარად, მპგნ უმრავლეს შემთხვევაში კარგი პროგნოზის დაავადებაა, თუმცა არასწორი მკურნალობის დროს მოსალოდნელია დაავადების ადრულ პერიოდში მძიმე გართულებებით და ლეტალობაც კი. ამ სტატიის მიზანია ექიმებისათვის უახლესი ინფორმაციის მიწოდება დაავადების მიმდინარეობასა და მართვის ძირითად პრინციპებზე.

„მტკიცებითი მედიცინის დრო დადგა“

მ.მ.კ. ირმა კორინთელი, მ.მ.კ. ქეთევან კვაჭავაძე,
ნანა გვაჩუაშვილი, თინათინ ნოზაძე, თამარ ხარაშვილი,
ბელა გუსიაშვილი, მაკა კორინთელი, ნანა ჯილია.

მტკიცებითი მედიცინა წარმოადგენს ახალ მიმართულებას მედიცინაში, რომელიც ეყრდნობა სამეცნიერო, კლინიკური, ეპიდემიოლოგიური, ანალიტიკური ტექნოლოგიების თანამედროვე ვარიანტებს და მიზნად ისახავს გამოვლინებული, სარწმუნო ფაქტების საფუძველზე სამედიცინო სამსახურის ძირითადი ამოცანების (ეფექტურობა, უსაფრფხოება, ეკონომიურობა) მოდერნიზირებულ, ოპტიმალურ გადაწყვეტას.

რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევათა სისტემური მიმოხილვის შედეგად მიღებული სარწმუნო მტკიცებულებანი (Best evidence Systematic reviews of randomised controlled trials) წარმოადგენს სწორად დაგეგმილი და გატარებული რანდომიზირებული-კონტროლირებადი (გამონაკლის შემთხვევაში სხვა ტიპის) კვლევების ინტეგრირების შედეგად მიღებულ დასკვნებს. ისინი შესაძლებელია გამოყენებული იქნას ჯანდაცვის სისტემის საკანონმდებლო პოლიტიკაში.

მონაცემთა ანალიზის საუკეთესო ვარიანტი (Best case analysis) უნდა იქნეს გამოყენებული შემთხვევათა ინტეგრაციისათვის, რათა გარანტირებულ იყოს მიღებული დასკვნის სანდოობა.

არსებობს წინა სამეცნიერო კვლევა (Before-after study). იგი არ კონტროლირებადი, არა რანდომიზებული მოსამზადებელი სამეცნიერო სამუშაოა, რომელიც შეიძლება წინ უსწრებდეს მულტიცენტრულ სამეცნიერო კვლევას. Before-after study-ით მიღებული შედეგები სარწმუნო სამედიცინო ფაქტად არ არის აღიარებული და აუცილებელია, მისი შემდგომი განვრცობა სრულყოფილი ნაშრომის სახით.

მტკიცებითი მედიცინის მნიშვნელოვან ეკონომიურ ასპექტს სამეცნიერო კვლევის ბალანსურ-საბუღალტრო დოკუმენტი, იგივე, საბუღალტრო ბალანსი (Balance sheets of Science research) წარმოადგენს. Balance sheets of Science research კლინიკური რეკომენდაციების ფორმულირების მეთოდია, რომელიც რეკომენდაციებში ეკონომიური გარემოებების გათვალისწინების საშუალებას იძლევა.

კლინიკური რეკომენდაციების შემუშავების პროცესში შესაძლებელია გათვალისწინებული იქნას ისეთი ეკონომიური პარამეტრები, როგორებიც არის მოსალოდნელი მოგება, ზარალი და სხვა დანახარჯები. იმ შემთხვევებში, როდესაც კონკრეტული კვლევის დასკვნები არა არის საკმარისი ოპტიმალური, საბუღალტრო ბალანსის მქონე კლინიკური რეკომენდაციების შესამუშავებლად, შესაძლებელია გამოყენებული იქნას დამატებით, ანალიტიკური ლიტერატურული მონაცემები.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მეტა-ანალიზის რეგრესიის ბალანსის უმცირესი კოეფიციენტის (Weighted least squares regression (in meta-analysis) განსაზღვრა. იგი მეტა-ანალიზისას მრავალჯერადი რეგრესიის მოდელის პარამეტრების შეფასების მეთოდს წარმოადგენს. გათვალისწინებული არის ისეთი ტექნოლოგიები, რომლებიც თვითონვე კვლევის თავისებურებიდან გამომდინარე, ხარჯთ აღრიცხვისა და მიღებული შედეგის ეფექტურობას შორის, ოპტიმალური, ურთიერთბალანსირების აკურატულობის შეფასების საშუალებას იძლევა.

გათვალისწინებული უნდა იქნეს სამეცნიერო შრომის კლინიკური სარწმუნოება (Clinical significance), რაც სტატისტიკასთან ნაკლებად არის დაკავშირებული. იგი ხალი აზრის შედეგს წარმოადგენს. საყურადღებო არის ის გარემოება, რომ კვლევა შეიძლება იყოს სტატისტიკურად სარწმუნო, მაგრამ კლინიკურად არ იყოს მნიშვნელოვანი.

სარწმუნო სამედიცინო მტკიცებულების მისაღწევად ერთ-ერთ აუცილებელი პირობა კვლევის ჯგუფებში ჩატარება არის. ე.წ. კოჰორტული კვლევა (Cohort study). ამ დროს ხდება პაციენტების ჯგუფების შექმნა. დაკვირვება მიმდინარეობს დროში, სხვადასხვა გამოსავლების განვითარების შესაფასებლად. ეს არის საუკეთესო მეთოდი რისკის პოტენციური ღირებულების განსაზღვრისთვის.

სამეცნიერო პუბლიკაციების შეფასების ყველაზე თანამედროვე და სარწმუნო ტექნოლოგია CONSORT (Consolidation of the Standards of Reporting Trials)-ია. იგი სამეცნიერო კვლევების ხარისხის შეფასების 21 კრიტერიუმის შემცველი მოსახერხებელი და ეფექტური სისტემა არის. შემუშავებულია 1996 წელს ინგლისში კლინიციისტიკური-ეპიდემიოლოგთა, ბიოსტატისტიკოსთა და კომპიუტერული სამედიცინო გამომცემლობის რედაქტორთა მიერ. სამ წელიწადში ერთჯერ ხდება მისი გადასინჯვა და კორექტირება.

სამეცნიერო შრომის ხარისხი ძირითადად დამოკიდებულია სასარგებლო რესურსებზე (Useful resources). იგი წარმოადგენს იმ ინტელექტუალური და ფიზიკური საშუალებების ერთობლიობას, რომლებიც შეიძლება გამოყენებული იქნას სამეცნიერო კვლევის სრულყოფილად ჩატარებისთვის.

სამეცნიერო შრომის სარგებლიანობა (Uses and Abuses) სამეცნიერო კვლევის მასშტაბური ეფექტურობის შეფასების ზოგად კრიტერიუმი, რომელიც ძირითადად გამოიყენება კოსორტული-რანდომიზებული კვლევის შედეგად მიღებული დონისძიებების პრაქტიკაში გატარების სარგებლიანობის შესაფა-

სებლად.

ამრიგად, სარწმუნო სამედიცინო ფაქტებზე დაყრდნობით დაავადებათა მართვის სტანდარტების შემუშავება და დანერგვა პრაქტიკულ მედიცინაში მეტად აქტუალურია. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურის გარდაქმნის პროცესში მათი გათვალისწინება გააუმჯობესებს მოსახლეობის სამედიცინო ზრუნვის ხარისხს.

M.D.PhD Irma Korinteli, M.D.PhD Ketevan Kvachadze, Nana Gvarjaladze, Tinatin Nozadze, Tamar Kharashvili, Bela Besiashvili, Maka Korinteli, Nana Chilalaia.

SUMMARY

"It is time The Evidence-based medicine

Any process or effect at any stage of a study from its design to its execution to the application of information from the study, that produces results or conclusions that differ systematically from the truth may be . Bias can be reduced only by proper study design and execution and not by increasing sample size. Systematic deviation of study results from the true results, because of the way(s) in which the study is conducted

Cohort study-A non-experimental study design that follows a group of people and then looks at how events differ

among people within the group. In Clinical Evidence, we use the term to refer to controlled trials in which treatment is assigned by a method other than random allocation. When the method of allocation is by random selection, the study is referred to as a randomised controlled trial

Review is A summary of published material on a subject. It may be comprehensive to various degrees and the time range of material scrutinized may be broad or narrow. The conclusions of a review are often combined qualitatively with little, if any, quantitative manipulation of the published information.

Sensitivity analysis is Analysis to test if results from meta-analysis are sensitive to restrictions on the data included. Common examples are large trials only, higher quality trials only, and more recent trials only. If results are consistent this provides stronger evidence of an effect and of generalisability

The main abuse of a cohort study is as a means of assessing the effectiveness of a particular intervention when the more appropriate method could be a randomised controlled trial. Cohort studies are appropriate when assessing changes in service management or organisation or in searching for uncommon side effects of treatment or the adverse effects of treatment.

Keywords :Best evidence, Best case analysis, Balance sheets.

რა უნდა ვიცოდეთ ცოვის, ჯილვის, კალარის, ბოტულიზმისა და კვავტიტის შესახებ

რა უნდა ვიცოდეთ ბოტულიზმის შესახებ!

რა დაავადებაა ბოტულიზმი, რა ნიშნები ახასიათებს და რამდენად საშიშია იგი ადამიანისათვის

ბოტულიზმი მეტად მძიმე ინფექციური დაავადებაა, რომელიც უვიტარდება ადამიანს იმ საკვები პროდუქტის (კონსერვის, ძეხვის, შებოლილი თევზის) მიღების შედეგად, რომელიც შეიცავს ბაქტერიულ ტოქსინთა შორის ყველაზე ძლიერ ეგზოტოქსინს (ბოტულიტოქსინი). ბოტულიზმით დაავადების დროს დასაწყისშივე ყურადღებას იპყრობს დარღვევები მხედველობის მხრივ. ავადმყოფი ბუნდოვნად და გაორებული ხედავს, თითქოს ბურუსშია. კითხვისას ასოები იფანტება. თვლების მოძრაობა შეზღუდულია ან შეუძლებელი. მხედველობის მოშლასთან ერთად ვლინდება ყლაპვის და მეტყველების მოშლა, ავადმყოფი საკვებს ვერ ყლაპავს, უჭირს ენის მოძრაობა. უჭირს ლაპარაკი, გაურკვეველად ლუღლუღებს. ავადმყოფს აქვს თავბრუს ხვევა, კუნთების სისუსტე, მუცლის შებერილობა, პირის სიმშრალე. დაავადების დროული და სათანადო მკურნალობის გარეშე მდგომარეობა ძალიან მძიმდება და ავადმყოფი იღუპება სუნთქვისა და გულის გაჩერებით.

როგორ ხდება საკვები პროდუქტის დაზიანება ბოტულიზმის მიკრობით და როგორ ხდება ბოტულიზმის გამომწვევის მოხვედრა კონსერვში?

ბოტულიზმის გამომწვევი ბინადრობს მსხვილ და წვრილფეხა რქოსანი საქონლის, ღორის, ცხვრის, თევზების,

ფრინველების ნაწლავებში. გამოიყოფა განავალთან ერთად და ხვდება ნიადაგში, სადაც იგი გრძელდება გარემოში მეტად გამძლე ფორმად (სპორად). ბოტულიზმის გამომწვევით დაზიანებული ნიადაგით ინფიცირდება საკვები პროდუქტები, ბოსტნეული, ხილი, სოკო, მარცვლეული, წყალი და სხვა. საკვებ პროდუქტებში გამომწვევი მრავლდება და გამოიშუშავებს ძლიერ ეგზოტოქსინს, მხოლოდ უყანგბადო პირობებში. ამიტომ ბოტულიზმით ადამიანი ავადდება კონსერვების, ძეხვის, შამხის, შებოლილი, დამარილებული თევზის ჭამის შედეგად, თუ ეს პროდუქტები დაზიანებული იყო ცხოველთა ნაწლავების შიგთავსით ან გამომწვევის შემცველი ნიადაგით და მათი დამუშავებისას არ იყო დაცული შესაბამისი სანიტარული წესები. დაინფიცირებული პროდუქტი იცვლის ფერს, იძენს თავისებურ სუნს, კონსერვები აირების დაგროვების შედეგად ამოიბურცება (ბომბაჟი). ამობურცული კონსერვის, შეცვლილი სუნისა და ფერის პროდუქტების საკვებად გამოყენება არ შეიძლება.

როგორ შეიქმნას ავიცილოთ ბოტულიზმი თავიდან?

ბოტულიზმის თავიდან აცილების ძირითადი ღონისძიება არის ის, რომ საკვები პროდუქტები დაკონსერვების წინ ძალიან კარგად უნდა გაირეცხოს, რათა სრულად განთავისუფლდეს მინისა და/ან ნაწლავების შიგთავსისაგან, რომელიც შეიცავს ბოტულიზმის გამომწვევს. საიმედო მეთოდად ითვლება სათანადო სტერილიზაცია მაღალი წნევე-

ისა და ტემპერატურის (120C) პირობებში, რომლის მიღწევა შესაძლებელია ქარხნული წესით კონსერვების დამზადებისას. ბინის პირობებში ჩატარებული სტერილიზაციით კი თითქმის შეუძლებელია მიღწეული იქნას გამომწვევის გამძლე ფორმების სრული (სპორების) მოსპობა. ამიტომ ბინის პირობებში ზუსტად უნდა იქნას დაცული პროდუქტის დამუშავების სათანადო წესები (პროდუქტი უნდა გაირეცხოს ზედმიწევნით კარგად). მოხმარების წინ დაკონსერვებული პროდუქტი თერმულად უნდა დამუშავდეს 20-30 წუთის განმავლობაში.

ბოლო პერიოდში ბოტულიზმით დაავადების მიზეზი უმეტესად შინა დაავადებული კონსერვებია

როგორ უნდა მოიქცეთ, თუ მანინც დაავადებით ბოტულიზმით?

ბოტულიზმზე საექსპო ყველა ავადმყოფი დაუყოვნებლივ უნდა მოთავსდეს საავადმყოფოში და ჩაუტარდეს სათანადო მკურნალობა. ხოლო იმ პირებს, რომელთაც ავადმყოფთან ერთად მიიღეს საექსპო ინფიცირებული პროდუქტი, უკეთებენ ბოტულიზმის საწინააღმდეგო შრატს.

რა უნდა ვიცოდეთ B და C ჰეპატიტის შესახებ!

B და C ჰეპატიტი ინფექციური დაავადებებია, რომლებიც უპირატესად აზიანებენ ღვიძლს და ხშირად ახასიათებთ ქრონიკული მიმდინარეობა. ამ მხრივ განსაკუთრებით საშიშია C ჰეპატიტი. არის შემთხვევები, როდესაც ადამიანი ავრცელებს დაავადებას, თავად კი არ ავადდება (ხდება მატარებელი).

დაავადების ქრონიკული ფორმის ან მტარებლობის დროს, შეიძლება განვითარდეს ციროზი, ხოლო რისკი ღვიძლის კიბოთი დაავადების 300-ჯერ იზრდება.

რატომაა საშიში B და C ჰეპატიტი?

- B ჰეპატიტი 100-ჯერ უფრო გადამდებია, ვიდრე შიდსი.
- C ჰეპატიტით ინფიცირება 4-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე შიდსით ინფიცირება. დაავადების რაოდენობა ძალზე სწრაფად მატულობს.
- ჰეპატიტით დაავადებულთა 30%-ს არა აქვს არანაირი სიმპტომი და ნიშანი ამ დაავადების, ხოლო C ჰეპატიტის შემთხვევაში უმრავლესობა წლების მანძილზე მიმდინარეობს უსიმპტომოდ, ავადმყოფთა უმრავლესობამ არც კი იცის საკუთარი ინფიცირების შესახებ.
- B და C ჰეპატიტების ქრონიკული ფორმის დროს დაავადებულთა 30%-მდე იღუპება ღვიძლის ციროზით ან ღვიძლის კიბოთი.
- B ჰეპატიტით დაავადებულთა 10-15%-ს და C ჰეპატიტით დაავადებულთა 75-85%-ს ქრონიკული ფორმა უვითარდება.
- B ჰეპატიტის ვირუსს შეიცავს ყველა ბიოლოგიური სითხე: სისხლი, ნერწყვი, სპერმა, საშოს შიგთავსი, განავალი, შარდი, ცრემლი...
- B ჰეპატიტის გადაცემის გზების სიმრავლე: სქესობრივი, პარენტერული, ნარკოტიკების გამოყენება „მეგობრობის შპრიცები“, პერინატალური (დედიდან შვილზე), ჰორიზონტული (ოჯახის წევრები) და ა. შ.
- არ არსებობს B და C ჰეპატიტების სპეციფიური მკურნალობა.
- არ არსებობს ვაქცინა C ჰეპატიტის წინააღმდეგ.

306 ავადება ან დაავადებები?

(რისკგაფი)

- ნებისმიერი შეიძლება დაავადდეს ჰეპატიტით, თუმცა რისკი იზრდება, თუ
 - არ იცავთ უსაფრთხო სექსს.
 - გყავთ ერთზე მეტი სქესობრივი პარტნიორი.
 - გაქვთ სხვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადება.
 - ხართ ნარკომანი და იყენებთ „მეგობრობის შპრიცებს“ (2000 წლის მონაცემებით გამოკვლეულ ნარკომანთა 64%-ს აღმოაჩნდათ C ჰეპატიტი და ეს პროცენტი დღითიდღე მატულობს).
 - მუშაობთ სისხლთან ან სისხლის პრეპარატებთან და არ იცავთ უსაფრთხოების წესებს.
 - მჭიდრო კონტაქტი გაქვთ ჰეპატიტით დაავადებულთან.
 - იყენებთ სხვის პირად ნივთებს, ისეთებს, როგორცაა კბილების ჯაგრისი, საპარსი...
 - იკეთებთ ტატუირებას.
 - იტარებთ სხვადასხვა სისხლიან სამედიცინო მანიპულაციებს არასტერილური სამედიცინო ინსტრუმენტებით.
 - გადასხმისთვის იყენებთ B და C ჰეპატიტებზე შეუმონმებელ სისხლს ან მის პრეპარატებს.

რა სიმპტომები ახასიათებს ან დაავადებას?

დაავადებას ახასიათებს სიყვიითლის განვითარება, საერთო სისუსტე, უმადობა, უძილობა, შეიძლება აღენიშნებოდეს ღებინება ან გულისრევა, მუქი შარდი, თიხისფერი განავალი, ტკივილი ფერდქვეშა არეში, ასეთ შემთხვევაში აუცილებლად უნდა მიმართოთ ექიმს. თუმცა დაავადებულთაგან ბევრს დაავადების არანაირი ნიშანი არ აქვს და მისი გამოვლენა მხოლოდ სისხლის გამოკვლევებითაა შესაძლებელი.

როგორია მკურნალობა?

ვინაიდან, ქრონიკული B და C ჰეპატიტების მკურნალობა ძალიან ძვირი ღირს (დაახლოებით 10-14 ათასი ლ.) და ამასთან უმრავლეს შემთხვევაში თლიანად განკურნება არ ხდება, ამიტომ B და C ჰეპატიტებთან ბრძოლის ყველაზე ეფექტური საშუალება მათი თავიდან აცილებაა.

როგორ დავიცვათ თავი ან დაავადებისგან?

- მისდით ცხოვრების ჯანსაღ წესს:**
 - დაიცავით უსაფრთხო სექსი (გამოიყენეთ პრეზერვატივი).
 - იყავით ერთგული თქვენი სქესობრივი პარტნიორის.
 - თავი შეიკავეთ ნარკოტიკების გასინჯვისგან.
 - დაიცავით პირადი ჰიგიენის წესები: იხმარეთ საკუთარი კბილის ჯაგრისი, საპარსი, პირსანმენდი...
 - სისხლიანის ამედიცინო მანიპულაციების ჩატარებისას მოითხოვეთ სტერილური ინსტრუმენტები, ერთჯერადი შპრიცები, სკარიფიკატორები...
 - სისხლის გადასხმის აუცილებლობის შემთხვევაში მოითხოვეთ შემონმებულია თუ არა დონორის სისხლი ამ ინფექციებზე.
 - B ჰეპატიტის შემთხვევაში, არსებობს ეფექტური ვაქცინა, რომლის გამოყენებაც დაავადებისგან თავდაცვის სრულ გარანტიას იძლევა. აცრა სამჯერადად კეთდება. იგი ტარდება ექიმის მიერ ზუსტად განსაზღვრულ ვადებში (I და II აცრას შორის ინტერვალი 1-2 თვეა, II და III აცრას შორის - 5 თვე).
 - თუ ქალი დაავადდა ორსულობის პერიოდში ჰეპატიტით, დიდი რისკი ბავშვის დაავადებისა. ასეთ შემთხვევაში, ბავშვს დაბადებიდან 12 საათის განმავლობაში 1 აცრა უნდა ჩაუტარდეს B ჰეპატიტის იმუნოგლობულინთან ერთად.

გაითვალისწინეთ, B ჰეპატიტის სანინალმდეგო ვაქცინა საქართველოში არის, ხოლო 1 წლამდე ასაკის ბავშვების აცრა უფასოა.

რა უნდა ვიცოდეთ ჯილეხის შესახებ?

რა დაავადებაა ჯილეხი (ციმბირის წყლული) და რამდენად საშიშია იგი ადამიანისათვის?

ჯილეხი (ციმბირის წყლული) მწვავე ინფექციური დაავადებაა. ინფექციის ძირითადი წყაროა დაავადებული შინაური ცხოველი (განსაკუთრებით მსხვილი რქოსანი პირუტყვი). ადამიანის ორგანიზმში ჯილეხის გამომწვევი შესაძლოა შეიჭრას დაზიანებული კანიდან, სასუნთქი ორგანოებიდან ან კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან. კანის გზით გამომწვევის შეჭრას ძირითადად ადგილი აქვს დაავადებული ცხოველის მოვლის ან მისი დაკვლის დროს. დაცემული ცხოველის გატყავების და/ან დამარხვისას, დაინფიცირებული ხორცის, ტყავის ან ბენვის დამუშავებისას. დაავადებულ ცხოველთან კონტაქტის შედეგად ავადდება ადამიანი და დროული სათანადო მკურნალობის გარეშე შეიძლება განვითარდეს სიკვდილი.

როგორ შეიძლება დაავადდეთ ჯილეხით? და როგორ ავიცილოთ იგი თავიდან

თუ დააპირეთ ცხოველის დაკვლა, აუცილებლად შეატყობინეთ ვეტექიმს და შემდეგ იმოქმედეთ მისი რეკომენდაციის მიხედვით.

თუ მოხდა თქვენი საკუთარი პირუტყვის უნებლიე დაცემა, ნუ შეეცდებით მის მოვლას და შეხებასაც კი თუ არ ჩააყენებთ საქმის კურსში ვეტექიმს, მხოლოდ მას შეუძლია გადაწყვიტოს, თუ როგორ მოიქცეთ ასეთ შემთხვევაში. ჯილეხის მიზეზით დაცემულ პირუტყვთან შეხებაც კი საშიშია დასნებოვნების თვალსაზრისით. განსაკუთრებით ხშირია ჯილეხით დასნებოვნება დაავადებული ცხოველის დაკვლა-გატყავების და ხორცის დამუშავების პროცესში. შეგახსენებთ, რომ ჯილეხის გამომწვევი შეიძლება გადაეცეს მინასთან კონტაქტითაც, ვინაიდან ჯილეხის მიკრობის სპორები ძალიან დიდხანს (წლებით) ინარჩუნებს ნიადაგში თავის სიცოცხლის და დაავადების გამომწვევის უნარს. განსაკუთრებით უნდა მოერიდოთ დაცემული ცხოველის სამარხების ტერიტორიას, რომელიც წესით უნდა იყოს შემოკავებული და უნდა ჰქონდეს სათანადო წარწერა.

შესაძლოა, დაავადდეთ აგრეთვე ნაყიდ ხორცთან კონტაქტით ან საკვებად მიღებით. ამიტომ პირველ რიგში უნდა ეცადოთ, რომ ხორცი იყიდოთ აგრარულ ბაზარში ან მაღაზიაში, ხორცის სარეალიზაციოდ სპეციალურად გამოყოფილ ადგილებში და ყოველი შემთხვევისათვის ხორცის გამყიდველს მაინც მოსთხოვეთ ცნობა ხორცის კეთილსაიმედოობის შესახებ (უნდა ჰქონდეს აუცილებლად).

თუ მაინც მოგიჩინათ ხორცის ყიდვა სხვა ტერიტორიაზე (მაგ.: ტრასებზე, ქუჩებში, მასობრივი თავშეყრისა და სხვა ადგილებში) აუცილებლად მოსთხოვეთ ცნობა ხორცის კეთილსაიმედოობის შესახებ. პირუტყვის ხორცზე შეხებაც კი (გასინჯვის მიზნით) სახიფათოა ჯილეხით დაავადების თვალსაზრისით. საშიშია აგრეთვე დაავადებული ცხოველის ტყავთან და ტანხორცის სხვა ნაწილებთანაც შეხება და განსაკუთრებით მათი დამუშავება.

ძალიან საშიშია! – დაავადებული ცხოველის ხორცის საკვებად მიღება, ამ შემთხვევაში სიკვდილი ვითარდება ძალიან სწრაფად. თუ ცხოველი აცრილია ჯილეხის სანინალმდეგოდ, და საკუთარი პირუტყვი კი აუცილებლად უნდა გყავდეთ აცრილი, მაშინ პირუტყვის დაავადების საშიშროება არ არსებობს.

როგორ უნდა მოიხდეთ, თუ მაინც დაავადდით ჯილეხით?

თუ თქვენი გაუფრთხილებლობის შედეგად მაინც დაავადდით, პირველ რიგში ეცადეთ, სწრაფად მიმართოთ ექიმს და დაიწყოთ მკურნალობა, დაგვიანების თითოეული დღე შესაძლოა, გახდეს სიკვდილის მიზეზი, განსაკუთრებით თუ დაინფიცირება მოხდა სახის და კისრის არეში.

როგორ გავიგოთ ჯილეხით ვართ ავად თუ არა?

თუ მოხდა კანის დაინფიცირება ჯილეხის გამომწვევით, პირველი ნიშანიც გამოჩნდება კანზე, კანის უშუალოდ იმ ადგილზე სადაც მოხდა დაავადებული პირუტყვის ხორცთან თუ გამომწვევით დაბინძურებულ საგნებთან (მინასთან) შეხება. კანზე გამომწვევის მოხვედრის ადგილზე წარმოიქმნება ჯერ ლაქა, რომელიც მოგვიანებით გადაიქცევა მოყვითალო-შავი ფერის შიგთავის მქონე ბუშტუკად. ავადმყოფს აწუხებს ამ ადგილის ქავილი, რის გამოც ბუშტუკი სკდება და მის ადგილას წარმოიქმნება წყლული. ჯილეხის წარმონაქმნი ძალიან ჰგავს ე. წ. „ძირმაგარას“, მაგრამ მისგან განსხვავებით იგიუ მტკივნეულია, რის გამოც ხალხმა მას „ბედნიერი“ შეარქვა.

პარაზად გასწავლეთ! არავითარ შემთხვევაში არ დაკლათ პირუტყვი ვეტექიმის გარეშე და არ იყიდოთ ხორცი, მისი კეთილსაიმედოობის დამადასტურებელი ცნობის ნახვის გარეშე.

დაავადებული პირუტყვის ტანხორცის განზრახ გაყიდვა მოქალაქეებზე ისჯება კანონმდებლობით.

რა უნდა ვიცოდეთ მალარიის შესახებ?

რა დაავადებაა მალარია და რამდენად საშიშია იგი ადამიანისათვის?

მალარია გადაემტანებით გადაცემადი პარაზიტული დაავადებაა, რომელიც გადაეცემა ავადმყოფი ადამიანიდან ჯანმრთელს, კოლოს (კოლო ანოფელესის) საშუალებით. მალარიის გავრცელება დამოკიდებულია რამდენიმე ფაქტორზე (კლიმატური, სოციალური) და განსაკუთრებით კი იმაზე თუ რამდენად ზუსტად იცავს მოსახლეობა თავის დაცვის დადგენილ წესებს. მალარიით სიკვდილის მიზეზი კი თითქმის ყოველთვის დაგვიანებული დიაგნოსტიკა და მკურნალობაა.

როგორ უნდა დავიცვათ თავი მალარიისაგან და რა საშუალებები არსებობს ამისათვის?

უნდა ვეცადოთ მაქსიმალურად დავიცვათ თავი კოლოს კბენისაგან. ამისათვის არსებობს დაავადების პროფილაქტიკის (თავიდან აცილების) შემდეგი საშუალებები:

1. ღონისძიებები, რომელთაც ატარებს ხელისუფლება: წყალსატევების, საცხოვრებელი ბინების დამუშავება მწერების სანინალმდეგო ეკოლოგიურად უსაფრთხო საშუალებებით (ინსექტიციდებით), წყალსატევებში ხელოვნურად თევზ გამბუზიის გამრავლება და სხვა.
2. ღონისძიებები, რომელიც უნდა გაატაროთ თქვენ, თქვენივე ჯანმრთელობის უსაფრთხოების მიზნით. მაგ.: ეცადეთ თქვენის აცხოვრებელი ბინა მაქსიმალურად გქონდეთ დაცული კოლოს შეღწევისაგან. ეს შესაძლებელია კარზე და ფანჯარაზე დამცავი ბადეების (ან მარლის) აკვრით; გამოიყენეთ მწერების დასაფრთხოები საშუალებები, ე. წ. რეპელენტები; სისტემატურად აწარმოეთ საცხოვრებელი ფართის და ცხოველთა სადგომის დასუფთავება; კოლოსგან დაკბენის საშიშროების არსებობისას უნდა გამოიყენოთ პირბადე და სპეციალური ტანსაცმელი. ექიმის მი-

თითებით, დროულად უნდა ჩაიტაროთ პროფილაქტიკა ანტიმალარიული პრეპარატებით და სხვა.

3. თუ თქვენი ოჯახის წევრს, მეზობელს, ნაცნობს ან სხვა პირს, რომელთან ერთადაც ბოლო პერიოდში მოგიწიათ ყოფნა (დაახლოებით ბოლო 1,5-2 თვის განმავლობაში) მალარიის კარაში ან იმ ადგილებში, სადაც მრავლად იყო კოლოები და მა სდაუდგინდა მალარიის დიაგნოზი, სასწრაფოდ მიაკითხეთ ექიმს კონსულტაციისა და პროფილაქტიკური მკურნალობის ჩასატარებლად, რომელიც დაგიცავთ დაავადებისგან.

თუ მაინც დაავადდით მალარიით, როგორ უნდა გაიგოთ ეს და როგორ უნდა მოიქცეთ ასეთ შემთხვევაში?

თუ თქვენ თავს იგრძნობთ შეუძლოდ და შენიშნავთ მალარიისათვის კარგად დამახასიათებელ 3 ძირითად ნიშანს (ფაზას): შემცივნებას, მაღალ ტემპერატურას და ძლიერ ოფლიანობას, რომელიც ვითარდება ერთმანეთის მიმდევრობით, აქვს შეტევითი ხასიათი ად მეორდება (სამივე ეს ნიშანი) გარკვეული პერიოდების (1-3 დღის) შემდეგ, გამომდინარე იქიდან თუ მალარიის რომელ ფორმასთან გვაქვს საქმე, არის სერიოზული ეჭვი, რომ თქვენ დაავადდით მალარიით და სასწრაფოდ უნდა მიმართოთ ექიმს სამედიცინო დახმარებისთვის. (მალარიის თითოეულ ფაზას, როგორც ყოველთვის თან ახლავს ხოლმე შემდეგი მოვლენები: შემცივნების ფაზაში – ავადმყოფს უცივდება კიდურები, ვლინდება სიფერმკრთალე, გულისრევა და ლებინება; ტემპერატურის მომატებისას აღინიშნება თავის და წელის ტკივილი; ოფლის დენის ფაზაში – ტემპერატურა სწრაფად ეცემა და იწყება უხვი ოფლის დენა).

როდის უნდა დავიწყოთ მკურნალობა?

ზემოთ აღნიშნული კლინიკური ნიშნების გამოვლენისას, დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოთ ექიმს. დიაგნოზი დგინდება თითოდაც ალბუმი სისხლის სქელი წვეთის და ნაცხების ლაბორატორიული გამოკვლევის შედეგად. დიაგნოზის დადგენისთანავე იწყება მკურნალობა. მკურნალობის ეფექტურობა განისაზღვრება მალარიის საწინამდემდეგო პრეპარატების დროული და სწორი მიღებით.

მალარიის მკურნალობა და კონსულტაცია უფასოა.

რა უნდა ვიცოდეთ ცოფის (ვიდროფობიის) შესახებ!

რა დაავადებაა ცოფი და რამდენად საშიშოა იგი ადამიანისთვის?

ცოფი მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომლითაც შეიძლება დაავადდეს ყველა სახის თბილსისხლიანი ცხოველი, უმეტესად ძაღლი, კატა და ხორცისმჭამელი გარეული ცხოველი. დაავადებული ცხოველის მიერ ადამიანის დაკბენის, დაკანვრის ან დადორბვლის შემთხვევაში შესაძლოა ცოფით დაავადდეს ადამიანი, თუ არ იქნა დროულად და სათანადოდ ჩატარებული ანტირაბიული იმუნოპროფილაქტიკა. ცოფის დაავადების განვითარება კი ნიშნავს გარდაუვალ სიკვდილს.

როგორ ავიცილოთ ცოფი თავიდან?

მაქსიმალურად უნდა მოერიდოთ უპატრონო, მანანნა-ლა ძაღლებთან კონტაქტს და ფრთხილად იყოთ აგრეთვე საკუთრებაში მყოფ ძაღლებთან, თუ არა ხართ დარწმუნებული, რომ აცრილია ცოფის წინააღმდეგ. ხოლო თუ მაინც მოხდა დაკბენის, დაკანვრის ან დადორბვლის ფაქტი, აუც-

ვილებელია, მაშინათვე მოხდეს ნაკბენი ჭრილობის, ნაკანვრის ან ცხოველის დორბლით დასერილი კანის ჩამოხანვა საპნიანი წყლის ჭავლით, და შემდეგ მისი დამუშავება რომელიმე მადეზინფიცირებელი საშუალებით მალარიის მკურნალობა და კონსულტაცია უფასოა. (მაგ. იოდის ხსნარი, წყალბადის ზეჟანგი, კალიუმის პერმანგანატი), შემდეგ კი აუცილებლად უნდა მიმართოთ ექიმს. (რაბიოლოგს) ანტირაბიული იმუნოზაციის ჩასატარებლად. ჭრილობის სათანადო დამუშავება და დროულად ჩატარებული იმუნოზაცია საიმედოდ დაგიცავთ ცოფით სიკვდილისაგან.

რა საშვალეა არსებობს ცოფისგან განაწურების?

თუ ადამიანს განუვითარდა ცოფის დაავადება, განკურნების არანაირი საშუალება არ არსებობს (სიკვდილი გარდაუვალია). მკურნალობის მიზანი არის მხოლოდ დაავადებით მიყენებული ტანჯვის შემსუბუქება.

თქვენი ინფორმაციის საფუძველზე ვეტსამსახურის მიერ უნდა მოხდეს ცხოველზე დაკვირვება დაკბენის მომენტიდან 10 დღის განმავლობაში. თუ ამ ხნის მანძილზე ცხოველს არ განუვითარდა ცოფის ნიშნები და არ მოკვდა, თქვენს სიცოცხლეს საფრთხე აღარ ემუქრება და ექიმი შეგიწყვეტთ ვაქცინაციას. ხოლო თუ ამ ხნის განმავლობაში დამკბენ ცხოველს გამოუვლინდა ცოფის ნიშნები და მოკვდა, თქვენ აუცილებლად უნდა გააგრძელოთ ვაქცინაცია და ჩაიტაროთ სრული კურსი.

შეიქვება თუ არა დაველოდოთ 10 დღე და შევძლება დავიწყოთ ვაქცინაცია?

არავითარ შემთხვევაში!

ანტირაბიული იმუნოზაცია აუცილებლობის შემთხვევაში დაწყებული უნდა იყოს რაც შეიძლება ადრე დაკბენის მომენტიდან. დაგვიანებული თითოეული დღე და საათი შესაძლოა გახდეს ჰიდროფობიის განვითარების უშუალო მიზეზი.

რა იზულისხმება ანტირაბიული იმუნოზაციის ქვაშ?

ანტირაბიული იმუნოპროფილაქტიკა თავის მხრივ მოიცავს ორ ურთიერთშემავსებელ კომპონენტს: პასიურ და აქტიურ იმუნოზაციას.

1. პასიური იმუნოზაცია ტარდება – ანტირაბიული იმუნოგლობულინით;

2. აქტიური იმუნოზაცია კი – ანტირაბიული ვაქცინით. იმისათვის, რომ ვაქცინამ მოასწროს თავისი მაქსიმალური ეფექტის გამოვლინება, მიზანშეწონილია იმუნოზაციის დაწყება მოხდეს იმუნოგლობულინით, მაგრამ მარტო იმუნოგლობულინის საშუალებით შეუძლებელია ორგანიზმის დაცვა დაავადებისაგან, ხოლო მის გარეშე შესაძლებელია ვაქცინამ ვერ მოასწროს ორგანიზმის სრულფასოვანი დაცვა (ხანმოკლე ფარული პერიოდის შემთხვევაში – გამომდინარე დაკბენის ლოკალიზაციისა და სიმძიმისა) და განვითარდეს დაავადება.

იმუნოზაციის აუცილებლობას, კურსს და მიმდინარეობას განსაზღვრავს ექიმი-რაბიოლოგი.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი

საქართველოს სახელმწიფო სსიპ-ის რესურსების რაციონალური გამოყენებით ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების კონსტრუქციის ანოტაცია

**მოქარაობა ეკონომიკური აღმავლობისათვის დაგეგმიური პერიოდის
მოქარაობის პოლიტიკური და ეკონომიკური პლატფორმა, ორგანიზაციული ამოცანა**

ყრილობის რეგულაცია (პროექტი)

ვარდების რეგულაციამდე სახელმწიფოს ვაშენებდით ისე, რომ მისადმი არანაირი გაცნობიერებული მიზანმიმართება არ გაგვაჩნდა, თავისუფლების ფონზე ეჭვს იწვევდა საზოგადოებისთვის სახელმწიფოს არსებობის აუცილებლობა.

საზოგადოებას უნდა აღუდგინოთ ერთიანობის განცდა საერთო, ფასეული მიზნის დასახვის კონტექსტში, მის ძირითად სამოქმედო არეალად ფორმაციული ცვლილებებისას – მატერიალური სიღრმე გახდა, რაც გამოწვეულია სოციალურ-ეკონომიკური ტრანსფორმაციული ცვლილებებით. უნდა ვეძიოთ გამოსავალი, და ვიფიქროთ, თუ რა შეიძლება დაედოს საფუძვლად ჩვენი ქვეყნის, საზოგადოების, სოციალურ-ეკონომიკური კრიზისიდან გამოყვანის რეალურ მცდელობებს.

საქართველოს ბუნებრივი რესურსები ეროვნული სიმდიდრეა, რომელიც ჩვენი ქვეყნის სანარმოო ძალების განვითარების მატერიალურ საფუძველს წარმოადგენს. მათ რაციონალურ და კომპლექსურ გამოყენებაზე დიდად არის დამოკიდებული სახალხო მეურნეობის ეფექტიანობა და ადამიანთა კეთილდღეობის დონის ამაღლება.

საქართველოს სწრაფი სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების უმთავრესი პირობაა მის არეალში არსებული ბუნებრივი რესურსები, ხოლო ეროვნული ეკონომიკის კონკურენტუნარიანობის ფაქტორთა განსაზღვრისას განსაკუთრებული ადგილი უკავია „ეროვნული რომბის“ იდეას, სადაც ერთ-ერთ ძირითად დეტერმინანტად აღებულია ჭარბი რესურსი, რომლის პრიორიტეტულობას საქართველოს ეკონომიკაში განსაზღვრავენ შემდეგი ფაქტორები: რესურსების ბუნებრივობა, სიუხვე, სტაბილურობა, განახლებადობა (ე. ი. ბუნებრივი კვლავნარმოება), სიიაფე, არასეზონურობა, მაღალი ხარისხი და კონკურენტუნარიანობა, ასევე დაბანდებული კაპიტალის უკუგების ძალზედ ხანმოკლე პერიოდი.

ასეთად გვესახება საქართველოს მტკნარი სასმელი წყლის ბუნებრივი რესურსები, რომელიც შეადგენს 573

მ/წმ-ში, ხოლო საექსპლოატაციო დასაშვები რაოდენობაა 26 მილიარდი ლიტრი დღე-ღამეში.

სრული დატვირთვის (რაც მითიურია) შემთხვევაში გამოუყენებელი რჩება ჭარბი რესურსი 11 მილიარდ ლ. სასმელი წყლის რაოდენობით. აქედან გამომდინარე – ჩვენს ქვეყანას შეუძლია თავისი რეალური წვლილი შეიტანოს მსოფლიოს ამ რესურსით უზრუნველყოფის უკვე გამწვავებული პრობლემის ნაწილობრივ გადაწყვეტაში.

საქართველოს წყლის ბუნებრივი რესურსული პოტენციალის მატერიალიზება სხვა ქვეყნის ინტერესებშიც შედის; აგრეთვე, ობიექტური ფაქტორია საქართველოს მსოფლიო სავაჭრო ორგანიზაციაში განვითარება, მას შეუძლია მოითხოვოს კუთვნილი ქვოტა წყლის საერთაშორისო ბაზარზე.

ამ მისიის აღსრულების გზაზე, მიზანშეწონილია: 1) მინისზედა და მინისქვეშა მტკნარი სასმელი წყლის რესურსების კონსტიტუციურ დონეზე ქვეყნის სტრატეგიულ რესურსად დაკანონება.

2) კანონმდებლობის შესაბამისად შეიქმნას სასმელი წყლის ინდუსტრიის კონსორციუმი.

რა არის გამოსავალი?

სახელმწიფო ბიუჯეტის უსწრაფეს ზრდის ტემპზე გათვლილი და მეცნიერულად დასაბუთებული მიზნობრივი სახელმწიფო სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების წარმოდგენილი კონცეფცია, რომელსაც აზიარებენ ცნობილი მეცნიერები, საზოგადო მოღვაწეები და არასამთავრობო ორგანიზაციები.

პროგრამით დასახული ამოცანების გადასაწყვეტად საჭიროა:

– საქართველოს საერთაშორისო პოლიტიკური მიღწევების მაქსიმალურად მობილიზება მსოფლიო დონორ ქვეყნებთან შეთანხმებების მისაღწევად საქართველოს ბუნებრივი ჭარბი რესურსების მტკნარი სასმელი წყლის დაფასოებული პროდუქციის მსოფლიო ბაზარზე ყოველწლიურად (50 მილიარდი ლიტრი) რეალიზაციის დასაშვებად შესაბამისი უფლებამოსილებით,

(რაც ბუნებრივი რესურსების საექსპლოატაციო დასაშვები დღიური ნორმის დაახლოებით 1%-ს შეადგენს) (იხ. თავი №IX).

– პარალელურად დამუშავდეს მსოფლიო ფინანსურ რესურსებში ჩართვის მექანიზმები ზემოთ აღნიშნული პრინციპებით.

მსოფლიო ფინანსურ ცენტრებთან მიღწეული ორმხრივი სახელმწიფოებრივი შეთანხმებების შედეგად, გამოსაშვები სახელმწიფო ფასიანი ქაღალდები (აქციები) ნომინალური ღირებულებებით მიმართული იქნას შიდა ვალის დაფარვის ღონისძიებებში „აუშა-ლური“ წესით, რომელიც ფასიანი ქაღალდის მფლობელს ანიჭებს უფლებას, მიიღოს მონაწილეობა სოციალ-ეკონომიკური განვითარების პროგრამით გათვალისწინებულ პროცესებში და სხვა. (ყიდვა-გაყიდვა, გადაცემა ერთ ფასიან ქაღალდის მეორე სხვა ფასიან ქაღალდზე).

– მსოფლიო ფინანსური კაპიტალის მფლობელი ცენტრალური სახელმწიფოების მოთხოვნის შემთხვევაში საერთაშორისო „აუდიტის“ მოწვევა, რომელიც დაადასტურებს საქართველოს არეალში არსებული ჭარბი ბუნებრივი რესურსების კონკურენტუნარიანობასა და მის მასშტაბებს მსოფლიო საერთაშორისო ბაზარზე, როგორც ეროვნული ეკონომიკის ერთ-ერთ უმთავრეს დეტერმინანტად აღიარების მიზანშეწონილობას.

– საერთაშორისო საბაზრო პრაქტიკის მოთხოვნის შესაბამისად, დაისვას საკითხი წყლის მრეწველობის ეკონომიკური ბანკის შექმნისა და შესაბამისად ფასიანი ქაღალდების ბირჟის ასამოქმედებლად.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ერთ-ერთი ხელშემწყობი პირობა წინამდებარე პროგრამის განხორციელებაა.

**საზოგადოებრივი მოქრობა
„საქართველოს ეკონომიკური
აღმავლობისათვის“**

მოძრობის პოლიტიკური პლატფორმა:

– ხელისუფლების მხარდაჭერა რეფორმების გატარებაში ეკონომიკურ და სამეცნიერო-ტექნიკურ სფეროებში;

– ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების პრიორიტეტების განსაზღვრა და მათი რეალიზაციის პროგრამებში აქტიური მონაწილეობა.

მოქრობის ეკონომიკური პლატფორმა:

– ქვეყნის ადგილობრივი რესურსების – სასმელი წყლის მარაგების რაციონალური გამოყენებით, კერძოდ კი საერთაშორისო კაპიტალის ბრუნვაში ჩართვით, მიღწეულ იქნეს საქართველოს ეკონომიკური აღმავლა, განვითარება, ეკონომიკური კრიზისიდან გამოყვანა, სიღარიბის დონის დაძლევა, ხალხის (მოსახლეობის) სოციალური მდგომარეობის მკვეთრი, სტაბილური და პერსპექტიული გამუჯობება.

მოქრობის ორგანიზაციული ამოცანა:

– მეცნიერ-ინჟინერ სპეციალისტთა საინიციატივო ჯგუფის ავტორობით შემუშავებული „საქართველოს სასმელი წყლის რაციონალური გამოყენებით ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური აღმავლობის კონცეფციის“ რეალიზაციის საორგანიზაციო პროგრამის ჩამოყალიბება და განხორციელება.

– საქართველოს ფართო საინჟინრო საზოგადოების, საქართველოს საინჟინრო აკადემიისა და საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის წარმომადგენელთა მონაწილეობით ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების პრიორიტეტული პროგრამების შემუშავება და წარდგენა ხელისუფლების ორგანოებში.

ჰრილობის რეზოლუცია (პროექტი)

საზოგადოებრივი მოძრობის (კავშირი) „საქართველოს ეკონომიკური აღმავლობისათვის“ პირველი – დამფუძნებელთა კრების რეზოლუცია:

– საზოგადოებრივი მოძრობის (კავშირი) „საქართველოს ეკონომიკური აღმავლობისათვის“ პირველი – დამფუძნებელი კრება ადგენს:

1. მიღებულ იქნეს ცნობად, რომ საქართველოს სამეცნიერო-ტექნიკური პოტენციალი ჯეროვნად არ არის გამოყენებული და ქვეყნის ეკონომიკური კრიზისიდან გამოყვანის წინადადებები საჭიროებენ ხელისუფლებისა და ფართო საზოგადოებრივი ფენების აქტიურ მხარდაჭერას.

2. მოწონებულ იქნეს მოძრობის ინიციატორთა წინადადება და დამტკიცდეს მოძრობის მრწამსი – პოლიტიკური პლატფორმა

- ეკონომიკური პლატფორმა
- საორგანიზაციო ამოცანები

3. ამ მიზნით მიღებულ იქნეს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების პრიორიტეტული მიმართულების ნუსხა.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კათედრამ, 2006 წლის 19-22 იანვარს, მოაწყო მეორე საერთაშორისო კონფერენცია თემაზე „საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი პარსპექტივები სამხრეთ კავკასიის რეგიონში“

სხდომები ჩატარდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის I სასწავლო კორპუსის ბიბლიოთეკის ციფერ დარბაზში და ჯანდაცვის კათედრაზე
20 იანვარი

I სხდომა

1. ი. ზარნაძე, შ. ზარნაძე – ჯანმრთელობის სწავლების პრობლემები.
2. დ. რამინაშვილი, გ. მგელაძე – ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ანალიზი საქართველოში.
3. კა. კაზარანი – სომხეთის რესპუბლიკის არარატის რეგიონის სკოლის მოსწავლეთა შორის სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობა.
4. ი. კუგოტი – სზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების პერსპექტივები საქართველოში.
5. ა. ასლანოვა – ჩვილ ბავშვთა კვების თანამედროვე სქემები და ბუნებრივი კვების წინააღმდეგობები და პრობლემები.
6. გ. აზიზბეიანი – სკოლის მოსწავლეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება და გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების შეფასება.
7. ე. გასანოვი – თანამედროვე ტელეკომუნიკაციის ტექნოლოგიების გამოყენება კონსულტაციაში, დიაგნოსტიკაში, მკურნალობასა და სასწავლო პროცესში.
8. შ. ლარიშვილი – იმუნიზაციის პრობლემის შესწავლა და შეფასება საქართველოში.

II სხდომა

1. შ. ხანთაძე – პირველადი ჯანდაცვის მოდელირება საქართველოში.
2. ა. ტოროსიანი – ჯანდაცვის სისტემის ტრანსფორმირების შედეგები.
3. გ. მირიჯანიანი, კ. გრიგორიანი – ექინოკოკით დაავადებული პაციენტების სიცოცხლის ხარისხის შეფასების ზოგიერთი პრობლემები.
4. თ. კობიაშვილი – სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამები.
5. კ. ავაგიანი – „ჯერმუკის“ სანატორიუმის სოციალურ – ჰიგიენური აღწერა და სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი.
6. ა. კირაკოზიანი, ი. ჰარუტუნიანი, ა. ნერსესიანი – ქალთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსისა და კვების სოციალურ ჰიგიენური დახასიათება.
7. ა. ანთელავა, მ. გოგოლაური, ან ანთელავა – ჰეპატალის, პირიდოქსინის და მათი კომბინაციის გავლენა ღვიძლის ბიოქიმიური დეტექსიკაციის და უჯრედულ ენერგეტიკის მაჩვენებლებზე ტეტრაქლორიმთანით გამოწვეული ტოქსიკური ჰეპატიტისას ექსპერიმენტში.
8. ალი ნასი ილდიზ – პროფათოლოგიის სწავლება თურქეთში.

კონფერენციაში მონაწილე ქვეყნები და სტრუქტურები

- აზერბაიჯანი – აზერბაიჯანის სამედიცინო უნივერსიტეტი
- სომხეთი – ერევნის სამედიცინო უნივერსიტეტი
- საქართველო – თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
- თურქეთი – ანკარის სამედიცინო უნივერსიტეტი

ოსდაგეარტე საუკუნეუი პედიატრიული დარგის განვითარების პარსპექტივები საქართველოში

ყველასათვის ცნობილია საქართველოს სახელმწიფოს მძიმე სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობის სურათი მე-20 საუკუნის დამთავრებისა და ოცდამეორე საუკუნის მიჯნაზე, რაც თავის რიგად ხელს უწყობს მოსახლეობისა და კერძოდ ბავშვთა ასაკის ჯანმრთელობის მდგომარეობის საგრძნობ გაუარესებას. საქართველოში ეკონომიკური განვითარებისა და სიღარიბის დაძლევის პროგრამის ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსება, როგორც აცხადებენ, სახელმწიფო სტრუქტურები, სასურველ დონეზე მხოლოდ 2010-2015 წლისათვის მიაღწევს, რაც საკმარისად შორი პერსპექტივაა იმისათვის, რომ მოსახლეობამ იგრძნოს ხელისუფლებისგან სათანადო ზრუნვა, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის რეალური გაუმჯობესების თვალსაზრისით. ნორმალურ პირობებში ერთ სულ მოსახლეზე გამოყოფილი უნდა იყოს 45-50 ლარი, ნაცვლად პროგრამით გათვალისწინებული ერთ სულ მოსახლეზე 22ლარისა. ჯანმრთელობისა და სოციალურ სფეროში უახლოეს მომავალში აქტიური კურსის გატარებისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დედათა და ბავშვთა

საქართველოს ბავშვთა ასაკობრივი სიკვდილიანობის ინდიკატორი წლების მიხედვით შემდგომარად გამოიყურება

ინდიკატორი	1999	2000	2001	2002	2003	2004
5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა	25,2	24,9	25,5	26,0	20,5	18,8
ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა	22,2	22,6	22,9	23,8	18,5	18,3

ჯანდაცვის განვითარების პრობლემებს, რომლებიც დღეისათვის ყველაზე პრიორიტეტულ მიმართულებად უნდა ჩაითვალოს. ეს მიმართულება აუცილებლად რეალურად უნდა განისაზღვროს პროგრამის შესრულების მაქსიმუმისა და მინიმუმის სწორად არჩევისას, რადგან საქართველოში არსებული უმწვავესი დემოგრაფიული სიტუაცია (დაბალი შობადობა, საერთო სიკვდილიანობის გაზრდა, დედათა და ბავშვთა მაღალი სიკვდილიანობა და გაძლიერებული გარემიგრაცია) ქმნის დეპოპულაციის საშიშროებას, გარდა ამისა მოსახლეობის საერთო გაჯანსაღების თვალსაზრისით ძალზე მნიშვნელოვანია „კეთილსაიმედო სტარტი“, ან განსაკუთრებული ზრუნვა და კონტროლი ნაყოფისა და ახალშობილის განვითარებაზე პრე- და პოსტნატა-

ლურ პერიოდებში, როდესაც მრავალი დაავადების საფუძველი ყალიბდება. აღსანიშნავია, რომ 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებელში წამყვანი ადგილი 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობას უჭირავს. ჩვილ ბავშვთა გარდაცვალების მაღალ მაჩვენებელს კი ძირითადად განაპირობებს ნეონატალური, მათ შორის ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობა, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს სამშობიარო სახლებისა და ბავშვთა საავადმყოფოების, როგორც საკადრო, ისე მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესებას, ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის სრულყოფის აუცილებლობას. რაც შეეხება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის საკითხთა სფეროს, ჯანდაცვის ორგანოების მიერ თითქმის არ მოიხსენიება მოზრდილ ბავშვთა ავადობიანობისა და სიკვდილიანობის თავისებურებანი.

სტატისტიკური მონაცემების სარწმუნოება ნაკლებად დამაჯერებელია. ბავშვებში ავადობის შემთხვევათა რაოდენობა მაღალია დაავადებათა შემდეგ კლასებში:

1. სასუნთქი ორგანოების დაავადებები – 55,6%
2. ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები – 27,2%
3. ენოკრინული სისტემის, კვების, ნივთიერებათა ცვლის და იმუნიტეტის დარღვევები – 12,2%
4. სხვა დაავადებები – 5%

ბოლო წლებში საგრძნობლად იმატა ახალშობილთა სიმახინჯეებმა, თუ 90-წლამდე დაავადებათა ნუსხაში იგი მე-5-6 ადგილზე იმყოფებოდა, ამჟამად მან მესამე ადგილზე გადაინაცვლა. ეს კიდევ ერთხელ ადასტურებს ორსულთა ანტენატალურ პერიოდში სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესების არსებობას, რომელთა მიმართ ქალთა კონსულტაციებში, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის ღონისძიებები ცუდად ხორციელდება.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რესურსებს შორის ყველაზე დიდი განძია სამედიცინო პერსონალი, რომლის კვალიფიკაციაზე მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დონე. სწორედ აუცილებელია ბაზური ცოდნის მუდმივი განხილვა, დინამიურად აღმოცენებული სიახლეების ათვისება, რაც თავად ექიმებსაც კარგად აქვთ გაცნობიერებული.

რეფორმების მოსამზადებელ პერიოდში ჩატარებულმა ანალიზმა დაგვანახა, რომ:

1. ავადმყოფთა რაოდენობა გაცილებით მცირეა არსებულ რაოდენობასთან შეფარდებით.
2. მომუშავე სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა გაცილებით აღემატება საჭირო ნორმატივს.
3. თანხები გამოყოფილი ბიუჯეტიდან და სადაზღვევო კომპანიებიდან არ არის საკმარისი ავადმყოფთა სამკურნალოდ, დაწესებულების შენახვისათვის და ექიმებს შორის ასანაზღაურებლად. ამ დისბალანსის შედეგად სახეზეა:

1. სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი
2. სამედიცინო პერსონალის დაბალი ანაზღაურება
3. სამედიცინო დაწესებულების მწირი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა
4. სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხელმისაწვდომობა.

ამგვარად, მოკლედ წარმოგიდგინეთ ის სიტუაციური ანალიზი, რომელიც ამჟამად სუფევს დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების სფეროში. იგი მიუთითებს, თუ რა პრიმიტიული დონით არის ეს სამსახური წარმოდგენილი, ყოველივე ამის დამაგვირგვინე-

ბელი კი არის დღეისათვის საქართველოში არსებული გენოფონდის ტრაგიკული შემცირება, რომელიც უარყოფითი ნიშნით არის წარმოდგენილი. 1960 წელს, როდესაც აფხაზეთის მთავარ პედიატრად ვმუშაობდი, ეს მაჩვენებელი შეადგენდა +21, რაც მრავალი ცივილიზებული ქვეყნის დონეს საგრძნობლად სჭარბობდა. ბუნებრივია პირველ რიგში ამ ფენომენით უნდა დაინტერესდეს საქართველოს მთავრობა და უშუალოდ ჯანდაცვის სამინისტრო.

დღევანდელი ჩვენი ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, რომელსაც ამშვენებს „ჯანდაცვის სისტემაზე გამოყოფილი უაღრესად მწირი ბიუჯეტი“, იძულებულს გვხდის განსაზღვროთ ყველაზე პრიორიტეტული მიმართულება, რომელიც ნაკლებ დანახარჯებს მოითხოვს და საგრძნობლად ეფექტური იქნება ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების საქმეში, ასეთ პრიორიტეტულ მიმართულებად ჩვენ მიგვაჩნია დედათა და ადრეული ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, რომელსაც დიდი როლი მიეკუთვნება მომავალი თაობის ჰარმონიული აღზრდისა და მისი პიროვნების ჩამოყალიბების ეტაპობრივ განვითარებაში, თუნდაც ავიღოთ მაგალითისთვის ნაყოფისა და ახალშობილის ჰიპოქსიური პროცესები, რომელიც არის მიზეზი ორგანული ფსიქოპათიისა, ხასიათის ანომალიისა, რომელიც ვითარდება პრე- და პოსტნატალურ პერიოდში მავნე ფაქტორების ზემოქმედებით, როგორც არის: ორსულთა მძიმე ტოქსიკოზი, სამშობიარო ტრავმა, საშვილოსნოს შიგა ინფექციები, სომატური დავადებები და სხვა. დღეისათვის მსოფლიოს საზოგადოება ჯეროვან ყურადღებას უთმობს მოზარდობის პერიოდს, რადგან მისთვის დამახასიათებელია მნიშვნელოვანი ცვლილებები, რომლებიც მოიცავს ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ, ინტელექტუალურ, სულიერ-ფსიქოლოგიურ და ზნეობრივ მხარეებს, ხოლო პუბერტატული პერიოდი კიდევ უფრო რთულად მიმდინარეობს დაბადებისას ცენტრალური ნერვული სისტემის ჰიპოქსიურ-იშემიური დაზიანების დროს. გამომდინარე ქეთევან უკლებას მონაცემებიდან (2005) დადგინდა შემდეგი:

1. ც. ნ. ს.-ის პერინატალური პათოლოგია მოზარდთა აკადემიური ჩამორჩენის პროდუქტორია.
2. ც. ნ. ს.-ის პერინატალური პათოლოგია მნიშვნელოვნად განაპირობებს მოზარდთა დევიაციურ ქცევებს. 76% მოზარდებისა, რომლებსაც გადატანილი აქვს ტვინის პერინატალური იშემიური დაავადება, მიდრეკილნი არიან ნარკომანიასა და ტოქსიკომანიისადმი.
3. ც. ნ. ს.-ის პერინატალური პათოლოგია 82% შემთხვევაში აყალიბებს მოზარდთა შორის ქურდობისა და სისხლის სამართლის დამნაშავეთა პიროვნებებს.

დედათა სიკვდილიანობა წარმოადგენს თანამედროვე მეანობის უმრთავრეს პრობლემას, ის არის ძირითადი მაჩვენებელი, რომელიც განსაზღვრავს ქვეყანაში არამარტო სამეანო დონის მდგომარეობას და ხარისხს, არამედ ის განსაზღვრავს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მდგომარეობას და ქვეყნის სოცო-ეკონომიკურ განვითარებას.

საქართველოში დედათა სიკვდილიანობა 1970 წელს უდრიდა – 66, ყოველ 100 000 ცოცხლადშობილზე, ხოლო 1983-84 წლებში ეს მაჩვენებლები ჩამოვიდა 24-მდე და ითვლებოდა ერთ-ერთ საუკეთესო მაჩვენებლად საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებს შორის.

1990 წლიდან დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა თანდათან დაიწყო მატება და 1998 წელს მიაღწია 70,9/100000. მიუხედავად საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს

მიერ გატარებული ღონისძიებებისა, ამ მაჩვენებელს კლებას ტენდენცია დღესაც არა აქვს. რამ განაპირობა ასეთი მაჩვენებლების არსებობა. ელგუჯა გოცირიძის (2005 წ.) კლინიკური ეპიდემიოლოგიის კვლევის საფუძველზე დადგენილია კავშირი ორსულობის ანტენატალური მართვის, სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის (62%), სამედიცინო გენეკოლოგიური სტაციონარების აღჭურვილობის და ორსულობის გამოსავალს შორის. სარწმუნო სამედიცინო მტკიცებულებების საფუძველზე შეფასებულია საქართველოში 1995 წლიდან მოქმედი ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის უარყოფითი ხარისხი დედათა სიკვდილობის მაჩვენებელთან დაკავშირებით. ირკვევა, რომ ლეტალური გამოსავალი მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია სამედიცინო დახმარებაში დაშვებული სამკურნალო-დიეტოლოგიური და ორგანიზაციულ-ტაქტიკურ შეცდომებზე, ამიტომ ამ დარგში გატარებულ რეფორმებს სხვა ოპტიმალური მიმართულება უნდა მიეცეს.

უკანასკნელ პერიოდში პედაგოგთა და ფართო სამედიცინო საზოგადოება დიდ ყურადღებას უთმობს ადრეული ასაკის ბავშვთა კვებას. თანამედროვე კლინიკურმა და ექსპერიმენტულმა კვლევებმა ცხადად გვიჩვენა მჭიდრო კავშირი ბავშვის კვების ხასიათსა და მის ჯანმრთელობას შორის. საქართველოში ძუძუთი კვების მნიშვნელობას ყოველთვის დიდი ყურადღება ექცეოდა. 1989 წ. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ შეიმუშავა დეკლარაცია და მოუწოდა ყველა ქვეყანას განეხორციელებინათ მოსახლეობაში ბუნებრივი კვების ხელშეწყობა და ხელოვნური კვების კონტროლირებადი მართვა. ამის შესაბამისად 1999 წ. საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებული იქნა კანონი ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვის და ხელშეწყობის შესახებ. ამ პერიოდში, რასაკვირველია, მოხდა გარკვეული დადებითი ძვრები, მაგრამ იგი არ შეიძლება ჩაითვალოს დამაკმაყოფილებლად, რადგან ძუძუთი კვების ხანგრძლიობა არც ისე სახარბიელოდ გამოიყურება. ჩვენ ვგაქვს მონაცემები ლაქტაციის შეწყვეტის შესახებ ქ. თბილისში (2 კვირა – 4,3%, 1 თვე – 14,5%, 2 თვე – 9,5%, 3 თვე – 12,5%, 4 თვე – 16,1, 5 თვე – 9,5%, 6 თვე – 40,1%).

როგორც ვხედავთ დედის ლაქტაციის შეწყვეტა ძალიან სწრაფად ხორციელდება. ამის მიზეზად პედაგოგთა ს/კ ინსტიტუტის თანამშრომლების მიერ დადგენილი იქნა: სისხლდენა, ინფექციები, მასტიტი, ნახეთქები, რთული ფსიქოლოგიური ტრავმა, არადაამაყმაყოფილებელი სოციალური პირობები, დედის ფინიკური გადატვირთვა, დედის სომატური პათოლოგია, საკეისრო კვეთა და სხვა. ყოველივე ეს კი გარკვეულ წილად მოქმედებს უშუალოდ და შორეულ მომავალში ბავშვისა და მოზრდილი ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. მსოფლიოს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით 1991 წელს მსოფლიოში 1 მილიონამდე ბავშვი დაიღუპა 6 თვემდე ძუძუს რძის უქონლობის გამო, დგება საკითხი კომერციული რძის ნარევების გამოყენებაზე, რომელიც დღევანდელ დღეს საქართველოში ძვირ სიამოვნებას წარმოადგენს ოჯახისთვის, ამიტომ ხშირად მიმართავენ დამატებით არასრულფასოვანი საკვების გამოყენებას. პირველი დამატებითი კვების დაწყების ვადებს დიდი მნიშვნელობა აქვს ბავშვის ადეკვატური ზრდის და განვითარების უზრუნველყოფისათვის. ამავე დროს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მხოლოდ დედის რძით

კვებამ შეიძლება ვერ დააკმაყოფილოს მოთხოვნილება ცილაზე, გამოიწვიოს რკინადეფიციტური ანემია და ზრდის პროცესების დარღვევა.

განსაკუთრებით საინტერესოა მონაცემები დედის რძეზე მყოფი ბავშვების რკინით და იოდით უზრუნველყოფის შესახებ. ცნობილია, რომ დედის რძე წარმოადგენს რკინით და იოდის მარილებით ლარბ პროდუქტს, ამიტომ შეუძლებელია რკინის გაზრდა რძეში დედის კვების რაციონში მისი დამატებითი შეტანის მეშვეობით. თუ ბავშვი სიცოცხლის პირველი წლის მეორე ნახევრიდან არ მიიღებს რკინას პრეპარატის სახით, ან დამატებითი საკვებიდან უნვითარდებათ რკინადეფიციტური ანემია. 1999-2002 წწ პედაგოგთა ს/კ ინსტიტუტის ჰემატოლოგიური განყოფილების თანამშრომლების მიერ ჩატარებული ექსპერიმენტული გასვლები შედეგად საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში და თბილისში გამოკვეთილ იყო 0-დან 15 წლამდე ასაკის 1526 პრაქტიკულად ჯანმრთელი ბავშვი. დადგინდა, რომ საქართველოს ბავშვთა პოპულაციაში რკინადეფიციტური ანემია საკმაოდ გავრცელებული და იგი შეადგენს 22,3%, ხოლო რკინის ფარული დეფიციტი – 14,6%. მიღებული შედეგები ჩვენს მიერ საგანგაშოდ იყო მიჩნეული. ყველაზე მაღალი სიხშირე ამ დაავადებისა აღინიშნა ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში. მაგალითად ქ. თბილისში 6 თვემდე ასაკის ბავშვებში რკინადეფიციტური ანემია გამოვლინდა 50,5% შემთხვევაში, რომლის შემოქმედების ფაქტორთა შორის ერთ-ერთი პირველი ადგილი უკავია არაბალანსირებულ ხელოვნურ კვებას.

არანაკლები სოციალური მნიშვნელობა ენიჭება დედის ორგანიზმში არსებულ იოდის დეფიციტს, რომელიც ნაყოფში იწვევს მთელ რიგ ცვლილებებს ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით მსოფლიოში 26 მილიონი ადამიანი არის შეპყრობილი ცერებრალური დარღვევებით, რომელიც გამოწვეულია იოდის დეფიციტით. 6 მილიონამდე ადამიანი დაავადებულია კრეტინიზმით. ჰიპოთირეოზის სიმპტომოკომპლექსი, გარდა გონებრივი ჩამორჩენილობისა, ხშირია მიზეზი ახალშობილთა მძიმე სიყვითლეებისა, რომლის დიაგნოსტიკა ხშირად არასწორი მიმართულებით მიმდინარეობს და ამიტომ დამატებით დაზიანებას იწვევს ც. ნ. ს.-ის მხრივ.

უკანასკნელ წლებში ბავშვები რესპირატორული ინფექციებით ხშირი ავადობის პრობლემა როგორც ჩვენში, ისე საზღვარგარეთის ქვეყნებში პედაგოგთა მზარდ ინტერესს იწვევს. დადასტურებულია, რომ ბავშვები ხშირ და განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარე მწვავე რესპირაციულ დაავადებებს მივყავართ ფუნქციური და ნერვულ-ფსიქიკური განვითარების დარღვევამდე, რაც ხელს უწყობს იმუნიტეტის ფუნქციური აქტივობის დაქვეითებას. ხშირი რესპირაციული დაავადებების მიზეზი ბავშვებში და მათი პათოგენეზური საფუძველები მრავალფაქტორულია, რომელთა შორის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება არახელსაყრელ ანტი- და პოსტნატალურ პერიოდში ჩამოყალიბებულ ფაქტორებს, როგორცაა: დღენაკლებობა, სხეულის მცირე მასით დაბადება, ჰიპოტროფია, ანემია, რაქიტი, ხელოვნური კვება, პერინატალური ჰიპოქსია, ალერგიული და მემკვიდრულ წინა განწყობა და სხვა.

ადრეული ასაკის ბავშვთა გენეტიკური განწყობის ფაქტორთა შორის დღესათვის გულსისხლძარღვთა

სისტემის დაზიანება მაღალი მაჩვენებლებით ხასიათდება. იგი წარმოადგენს სტაბილურ, ინდივიდუალურ მაჩვენებელს, რომლის გამოვლინება ხდება ჯერ კიდევ ადრეულ ასაკში. სრულიად მართებულად აღნიშნავს პროფ. ნ. უბერი თავის ნაშრომებში, რომ ბავშვთა ადრეულ ასაკში გულ-სისხლძარღვთა სისტემაში არსებული გადახრები არის სანყისი წყარო მოზრდილებში გულის იშემიური დაავადების განვითარებისა. ბუნებრივია, დღეისათვის საქართველოში გულის იშემიური დაავადებით დამძიმებული მემკვიდრეობის მქონე ბავშვების რიცხვი საკმარისად გაიზარდა და იგი სანყის ცვლილებებს ანტენატალურ და პოსტნატალურ პერიოდებში იღებს.

როგორც ირკვევა ჩვენს მიერ წარმოდგენილი ნოზოლოგიური ერთეულები თავისი განვითარების სტარტს ძირითადად ანტენატალურ და პოსტნატალურ პერიოდებში იღებენ, ამიტომ კიდევ ერთხელ უნდა გამახვილდეს ყურადღება დედისა და ნაყოფის იმ პათოლოგიურ პროცესებზე, რომლებიც სერიოზულ გადახრებს იწვევს ბავშვის ორგანიზმში და ამით უტყუარ კვალს სტოვებს მომავალში ბავშვის პარმონიული განვითარების საქმეში.

საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის მეცნიერთა ჯგუფის წევრები შემოდიან წინადადებით ჯანდაცვის სამინისტროსადმი, რათა მათ ღრმად გაიაზრონ და ნეონატალურ პრაქტიკაში დანერგონ შემდეგი პრიორიტეტული მიმართულებანი:

1. დედათა და ადრეული ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით პერინატალური და ნეონატალური სამსახურის სწრაფი გაუმჯობესება და სრულყოფა, რისთვისაც დღეისათვის არსებულ მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები უკლებლივ მოხმარდეს მედიცინის ამ პრიორიტეტულ მიმართულებას, რადგან უაღრესად აქტუალურია ახალშობილთა მართვის, დაავადებათა პროფილაქტიკის და მკურნალობის იმ მეთოდების დანერგვა, რომლებიც ემყარება არა ძვირადღირებულ და ჩვენთვის ნაკლებად ხელმისაწვდომი მეთოდების გამოყენებას, არამედ დაავადების რისკფაქტორების შესწავლას, რადგან ხშირ შემთხვევაში არ ხდება დაავადების კლინიკური ნიშნების დროული ამოცნობა. დარღვეულია ახალშობილის მართვის და რეანიმაციის პრინციპები.
 2. პერინატალური ცენტრების ჩამოყალიბება (თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი, ზუგდიდი, თელავი).
 3. რეფერალური სისტემის გაფართოება და მისი სრულყოფა.
 4. წამლის ხარისხის კონტროლი.
 5. ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის განვითარება.
 6. უწყვეტი სამედიცინო განათლების განვითარება, რომელიც ემყარება ჯანდაცვის თანამედროვე მეცნიერულ და პრაქტიკულ საფუძვლებს.
 7. სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირება და ექიმთა სერთიფიცირების სისტემის დანერგვა.
 8. სამედიცინო დაზღვევის განვითარება.
 9. ბავშვთა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დანესებულებებში სხვადასხვა დაავადებების გაიდლაინების დამუშავება და მათი სასწრაფო დანერგვა, რომელიც წარმოადგენს სხვადასხვა ნოზოლოგიური ერთეულების დიაგნოსტიკის, მკურნალობის ან პროფილაქტიკის მეთოდურ რეკომენდაციებს.
- გაიდლაინების შექმნისას ზუსტად უნდა იყოს გა-

თვალისწინებული მათი თეორიული დასაბუთება, კრიტიკული ანალიზი. იგი აპრობირებული უნდა იქნეს მონიწივე გამოცდილების მქონე დანესებულებებში, ამით დამონმებული და ნებადართული იქნება შესაბამისი უფლებამოსილების მქონე ორგანოების მიერ. აღნიშნული გლობალური მასშტაბის მქონე საქმიანობაში პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრა, დანერგვა და სწორად წარმართვა მარტო ჯანდაცვის სამინისტროს აპარატის ბრძანებებით და ინსტრუქციებით არ განხორციელდება, თუ მასთან ერთად მჭიდროდ არ ითანამშრომლებს პროფესიონალ მეცნიერთა ცენტრი, როგორც ჩვენ მიგვაჩნია, დღეს საქართველოში არსებული პედიატრიის ს/კ ინსტიტუტი, რომელიც რეორგანიზაციის გზით უმაღლესი დონის მაღალ ტექნოლოგიურ, პედიატრიულ, სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო და სამეცნიერო-სასწავლო დანესებულებად ჩამოყალიბდება. იგი ჩასახვიდან ვიდრე მოზრდილამდე მოხსნის ბავშვთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს და საქართველოში შექმნის პედიატრიულ მომსახურეობის სტანდარტებს; როგორც ლიდერი დანესებულება, მეტი ეფექტურობით გააგრძელებს ქვეყნის მასშტაბით თანამედროვე სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო პროტოკოლების დანერგვას და სამეცნიერო მუშაობას პედიატრიის აქტუალურ საკითხებზე. ჯანდაცვის ახალი პროგრამის განვითარებაში დიდი წვლილი უნდა შეიტანოს საქართველოს პედიატრთა პროფესიულმა ასოციაციამ. ასოციაციის მიზანია:

1. მოახდინოს კონსოლიდაცია საქართველოს პროფესიონალ პედიატრთა საზოგადოებისა.
 2. ხელი შეუწყოს საქართველოში პედიატრიის განვითარებას, თანამედროვე მიღწევების დანერგვასა და პოპულარიზაციას მოსახლეობაში.
 3. დაიცვას ასოციაციის წევრთა პროფესიული ინტერესები.
 4. დაამყაროს მჭიდრო ურთიერთობა საქართველოს და საზღვარგარეთ არსებულ ანალოგიურ ორგანიზაციასთან.
 5. დახვეწოს და დანერგოს ექიმისა და პაციენტის ეთიკური ურთიერთობების უფლებების ნორმები.
 6. სახელმწიფო სასერთიფიკაციო გამოცდების ორგანიზაციაში მიიღოს უშუალო მონაწილეობა.
 7. გამოუშვას სასწავლო და სამეცნიერო ლიტერატურა.
 8. მოაწყოს სემინარები და კონფერენციებში თბილისში და საქართველოს რეგიონებში.
- საქართველოს პედიატრთა ასოციაციას გააჩნია ბეჭდვითი ორგანო ჟურნალ „საქართველოს პედიატრის“ სახით, რომლის ფურცლებზე შესაძლებელია გამოქვეყნება სამეცნიერო ნაშრომების, დისკუსიების გამართვა პედიატრიული დარგის საკვანძო საკითხებზე ერთიან კონსენსუსის მისაღწევად (გაიდლაინების დანერგვა) და ბოლოს – ქვეყანა მანამ ვერ შეძლებს განახორციელოს თავისი ძირითადი პრობლემები, ვიდრე არ ისწავლის როგორ დაიცვას თავისი ბავშვები. მან უნდა გაიღოს სათანადო საშუალებები და არ დაიშუროს ძალისხმევა ბავშვთა ფიზიკური, გონებრივი და ემოციური განვითარებისათვის.

საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის პრეზიდენტი, მედ. მეცნ. დოქტორი, პროფესორი – ავთანდილ კვიციანი-კოპაძე

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი მოსახლეობისა და ახალგაზრდა ექიმების სამსახურში

საქართველოში, სადაც მოსახლეობის თითქმის ნახევარი სიღარიბის ზღვარს მიღმა ცხოვრობს, უფასო სამედიცინო მომსახურება განსაკუთრებით ფასეულია. ამიტომ სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის ინიციატივით ორგანიზებული ღონისძიებთა სამდღიანი ციკლი რუსთავსა და თბილისში ათასობით ბავშვის გამოკვლევა-პროფილაქტიკასა და პედიატრიის სფეროსადმი მიძღვნილი კონფერენციის გამართვას ითვალისწინებს, უდავოდ დადებითი შედეგის მომტანი იქნება. წინასწარი საიმედო პროგნოზის საშუალებას კი ფონდის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, ექიმთა ასოციაციის წარმომადგენელთა და უამრავი სპეციალისტის ერთობლივი მუშაობის მრავალწლიანი გამოცდილება იძლევა.

დედათა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და მათი სოციალური პირობების დაცვა სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის უმთავრესი მიზანია. ამ მიზნის მისაღწევად ფონდი დაარსების დღიდანვე ზრუნავს და ეს მზრუნველობა მხოლოდ ერთჯერადი, საქველმოქმედო აქციებით როდი შემოიფარგლება.

თუმცა ასეთ ღონისძიებებსაც უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭებათ როგორც მოსახლეობისთვის, ისე თავად ექიმებისთვის, რომელთათვის მასშტაბური კვლევების შედეგები გარკვეული დასკვნების საფუძველი ხდება.

აღსანიშნავია, რომ ბოლო 10 წლის განმავლობაში საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში ფონდის წევრ-ექიმებმა კომპლექსურად გასინჯეს და კონსულტაციები ჩაუტარეს 74 000 ბავშვს. შედეგად კი შეიქმნა მოსახლეობის ავადობის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის, მათი კვალიფიციური მომსახურებით უზრუნველყოფის ეფექტურობის ზოგადი სურათები, პროგრამები ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების ამსაზღვრავად და სხვ.

წლებიდან 1 ივნისს, ბავშვთა დაცვის საერთაშორისო დღეს თბილისის სამედიცინო უნივერსიტეტის სასწავლო კორპუსებს შორის გაიშლება სპეციალური კარავი, სადაც გამოცდილი კლინიციანები და მომავალი ექიმები ერთობლივად შეამოწმებენ 0-დან 15 წლამდე ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას (10-დან 16 საათამდე). კონკრეტული სამიზნე ჯგუფი გამოყოფილი არ არის, ანუ მოსვლას ნებისმიერი მსურველი შეძლებს. საინტერესოა, რომ თბილისის სამედიცინო უნივერსიტეტის ტერიტორიაზე

მოწყობილ კარავთან ბავშვებისთვის გასართობი წარმოდგენებიც გაიმართება, რათა პატარა პაციენტებს ექიმისადმი შიშის სინდრომი არ განუვითარდეთ.

სოციალური პედიატრიის ფონდის ხელმძღვანელი გიორგი ჩახუნაშვილი მიიხსენებს, რომ ამ ტრადიციის მიმდევრები სხვებიც გახდებიან, მათი საქველმოქმედო აქცია კი სხვა პროფილის ექიმებისთვის ერთგვარი მაგალითი იქნება. გოგა ჩახუნაშვილი, თსუ-ს პროფესორი: „აქციაში ღონისძიების უნივერსიტეტს მიუძღვის. ჩვენს პედიატრიულ სამყაროს იმ თაობის იმედი აქვს, რომელიც ახალი ხედვით, ახალი ცოდნით შეირადებული მოდის. რა თქმა უნდა, უნივერსიტეტმა, განსაკუთრებით სტუდენტობამ, თავის სიტყვა უნდა თქვას ბავშვთა უფლებებისა და ჯანმრთელობის სფეროში. სიმბოლურია, რომ კონფერენციაც სწორედ უნივერსიტეტის კედლებში გაიმართება“.

მანამდე კი, 31 მაისს უნივერსიტეტისა და გუგაჩაიას სახელობის პედიატრიული კლინიკის ექიმები მრავალპროფილიან გასინჯვებსა და დიაგნოსტიკას ქალაქ რუსთავში მოაწვებენ. სავარაუდოდ, გასინჯვა 1500-მდე ბავშვი როგორც რუსთავის ცენტრალურ საავადმყოფოში, ისე ორ პოლიკლინიკაშიც. რუსთაველ ბავშვებს მოემსახურებიან კარდიოლოგები, ექორეაფები, ტრამატოლოგები, ენდოკრინოლოგები, პედიატრიის ყველა პროფილის ექიმები. „ცდილობთ, რომ ჩვენს გვერდით ახალგაზრდა ექიმები იდგნენ. ჩვენს თაობას დიდი კორიფები ქველმოქმედებას ასწავლიდნენ, ახლა ჩვენც გვინდა, რომ ახალგაზრდები ქველმოქმედებას შეეჩვიონ.“ – ამბობს ბატონი გიორგი.

ამჟამად თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში 611 მომავალი პედიატრი სწავლობს. გუგაჩაიას სახელობის პედიატრიული კლინიკა კი პედიატრიული ფაკულტეტისთვის ძირითად სასწავლო ბაზას წარმოადგენს. სამედიცინო უნივერსიტეტის რექტორის მოვალეობის შემსრულებელ გიორგი მენაბდეს აზრით, ექიმის პროფესია პრაქტიკული უნარ-ჩვევების გარეშე არ არსებობს. „ამიტომ ჩვენი სტუდენტებისგან პირველი კურსიდან მოვითხოვთ უნარ-ჩვევებთან დაახლოვებას. რაც შეეხება ასეთი ტიპის საქველმოქმედო აქციებს, რომელიც სიტუაციურად სინამდვილესთანაა დაახლოებული, სტუდენტის დახელოვნებისთვის ისინი ძალიან მნიშვნელოვანია. ვფიქრობ, ეს აქცია მათთვის კარგი გაკვეთილი იქნება. ჩვენს უნივერსიტეტში უკვე შეიქმნა რამდენიმე ტრენინგ-ცენტრი, სადაც სტუდენტები ცოდნას



უფრო გაიდრმავებენ და გარკვეულ უნარ-ჩვევებსაც შეიძენენ, – აღნიშნავს გიორგი მენაბდე.

ასეთი აქციების აუცილებლობას ადასტურებს განათლებისა და მეცნიერების დეპარტამენტის უფროსი დავით ჭავჭავაძეც: „ამ აქციაში სამედიცინო უნივერსიტეტი წლების განმავლობაშია ჩართული. შემოწმებები უმეტესწილად საუნივერსიტეტო კლინიკაში მიმდინარეობს, თუმცა ხშირია რაიონებში გასვლითი ღონისძიებები. მიხარია, რომ ამჟველაფერში უფროსკურსელები (დაახლოებით 30 სტუდენტამდე) აქტიურად ჩაერთვებიან. კლინიკური ჩვევების შესაძენად ეს მათ ნამდვილად წაადგებად. ბუნებრივია, მობილიზებული იქნებიან ჩვენი პროფესორ-მასწავლებლებიც. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ კვლევების პროცესი ზერელედ არ ჩატარდება“.

ხარისხის მართვის სამსახურის უფროსი გიორგი ლობჯანიძეც თქმით, მიუხედავად იმისა, რომ აქციები პადატრიაში არსებული პრობლემებს ვერ მოაგვარებენ, ისინი მომავლის იმედს აძლევენ იმ ბავშვების დედაებს, რომლებიც აქ მოვლენ. „ასეთი შრომა არასამთავრობო ორგანიზაციებსაც უნდა დაუფასდეს და უნივერსიტეტსაც. მინდა ვისარგებლო შემთხვევით და მადლობა გადაუხადო გ.ყვანიას სახელობის კლინიკის ყოფილ დირექტორ რამაზ

კუტუბიძეს, რომელიც ასეთ აქციებზე გამოვლენილ მიძიმე შემთხვევების მკურნალობას ხშირად საკუთარ თავზე იღებდა. ვიმედოვნებ, რომ ამ ტრადიციას კლინიკის ახალი ხელმძღვანელი დავით ფრუიძეც გააგრძელებს“.

1 ივნისს ბავშვთა უფლებათა ფარგლებში ჩატარდება მეთხუთმეტე სამეცნიერო კონფერენცია, რომელიც ცნობილ მეცნიერს, პედიატრს, სამედიცინო უნივერსიტეტის პოსპიტალური პედიატრიის კათედრის გამგეს, საქართველოს პედიატრიის ასოციაციის პრეზიდენტ იოსებ კვაჭაძის 80 წლისთავს მიეძღვნება. კონფერენციაზე განიხილავენ პედიატრიის აქტუალურ საკითხებს.

ღონისძიებათა ციკლი პატრიარქი ილია უწმიდესი და უნეტარესი ილია მეორეს ღვთაება კურთხევით მიმდინარეობს. ახლო მომავალში სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი გვემავს ფერეიდანელ ქართველებთან ჩასვლას. სხვათა შორის, ეს პატრიარქის მოწოდება იყო.

ჯერჯერობით კი, გაზეთის რეკოლმეგია ნდობას უცხადებს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ახალდანიშნულ ხელმძღვანელობას და იმედოვნებს, რომ ამ საპასუხისმგებლო საქმეს ის წარმატებით გაართმევს თავს.

ირმა კახურაშვილი

შემოქმედალ მთავარეპისკოპოსის იოსების ღვთა-კურთხევით როსაბაურის რაიონის სოფელ საჭამიასერში შენდება ბავშვების ფარკველი, ნიილა ქალწულ დიდმონამე ბარბარეს სახელობის ტაქარი

ტაძრის მშენებლობაში შეძლებისდაგვარად მონაწილეობს სრულიად საქართველოს მოსახლეობა.

წმიდა ქალწული დიდმონამე ბარბარე დაიბადა ფინიკიის ქალაქ ოლიოპოლისში. იგი გამოირჩეოდა საკვირველი გონიერებითა და უცხო სილამაზით. მამის დიოსკორეს გადანყვებით იგი ცხოვრობდა ახლობლების და თანატოლებისგან განშორებით, სპეციალურ და მისთვის აგებულ კოშკში, დამრიგებლებთან და რამდენიმე მონასთან ერთად. კოშკი მაღალ მთაზე იყო აღმართული, საიდანაც იშლებოდა დიდებული ხედი შორეული სივრცისა. „ვინ შეჰქმნა ყოველივე ეს?!“ – ჰკითხა მან დამრიგებელს. „ჩვენ ღმერთებმა“ – იყო პასუხი. წმიდა ქალწული ბარბარე ვერ დააკმაყოფილა პასუხმა. საკუთარი, ხანგრძლივი განსჯის შემდეგ მან გამოიტანა დასკვნა, რომ სამყაროს ერთი შემოქმედი ჰყავს. გამოუცნობმა სიხარულმა აღავსო მისი სული და მადლის შუქი გადმოეფინა მას. ქმნილებიდან შეიცნო შემოქმედი.

ამის შემდგომ წმიდა ქალწულ ბარბარეს ფიქრები მთლიანად მიმართული იყო იქითკენ, რომ უფრო სრულიად შეემეცნებინა მოძღვრება შემოქმედზე და მის წმიდა ნებაზე. იმ ხანებში მამამისი გაემგზავრა საქმეებზე სხვა ქვეყნებში. მისი არყოფნის ფაშს წმიდა ქალწულმა ბარბარემ მიიღო დიდი თავისუფლება და რამდენჯერმე ჰქონდა საშუალება შესხვედროდა რამდენიმე ქრისტიან ქალს. მათთან საუბარში გაიგო მან, რაც ასე სწყუროდა მის სულს, გამოუთქმელი სიხარულით ნათელ ილო და ქრისტე შეიმოსა.

დაბრუნებულმა დიოსკორემ გაიგო, რომ მისი ქალიშვილი,

რომელსაც ასე გულმოდგინედ მალავდა, ქრისტიანი გამხდარა. საწინელი მრისხანება დაეუფლა მას და ასე საწინლად აწამა წმიდა ქალწული ბარბარე. დაინახა რა, დაწინებამ და სასჯელმა არ იმოქმედა მასზე, კიდევ უფრო გამიკაცრა გული და საკუთარი ასული საწამებლად იმ ქვეყნის მმართველს, სახელად მარტიანეს, გადასცა. მარტიანემ გადანყვითა, თავიდან ბარბარეზე ემოქმედა მოფერებით, უქებდა სილამაზეს და ურჩევდა არ მიეტოვებინა მამა-პაპური უძველესი წეს-ჩვეულებანი, არ გაეღიზიანებინა მამა ურჩობით. ამაზე წმიდა ქალწული ბარბარე პასუხობდა აღმსარებლობითი და ქრისტეს სახელის დიდებით, რომელიც მისი სახელის დიდებისთვის ყველა მიწიერ ფასეულობასა და სიხარულზე ძვირფასი იყო. დარწმუნდა მარტიანე, რომ შეგონებები უშედეგოა და ბრძანა, ხარის ძარღვებით გაემოლტათ იგი. დიდხანს აწამეს წმიდა ქალწული ბარბარე, მაგრამ ვერ შეარყიეს მისი წმიდა რწმენა... ბნელ საყანში პატიმრობამაც არ გაუმართლა მტანჯველებს. მაშინ მას სიკვდილი მიუსაჯეს. თავად მამამ ნაკვეთა თავი საკუთარ ასულს. ასე მოხდა 306 წელს.



წმიდა ქალწულ ბარბარეს სიმტკიცემ და სარწმუნოებრივმა აღმსარებლობამ, ისე იმოქმედა ერთ ქრისტიან ქალზე, სახელად იულიანაზე, რომ მან გადანყვითა, მასთან ერთად გაეზიარებინა ტანჯვა. პატიმრობა, წამება სასამართლოზე და მონაწილობრივი სიკვდილი. წმიდა იულიანა მოიხსენება დედამიწაზე ქალწულ ბარბარესთან ერთად.

წმიდა ქალწულ დიდმონამე ბარბარეს ხსენებას მართლმადიდებელი ეკლესია 4 (17) დეკემბერს (ქრისტეშობისთვის) აღნიშნავს.



Life and activity of professor Ioseb Kvachadze

October 31st, 2005 was the 80th anniversary of the birth of Professor Ioseb Kvachadze. He was one of the most famous scientists and pediatrics in Georgia.

Ioseb Kvachadze was born on October 31, 1925 in Georgia.

Having finished the school Ioseb Kvachadze entered the Medical faculty of Tbilisi Medical Institute. He graduated from above-mentioned institute in 1946. He began practice, when he was twenty – two years old. The range of Kvachadze's scientific interests and number of his research works are really great.

Professor Ioseb Kvachadze became a Candidate of Medical Sciences in 1955. His thesis for a degree of a Candidate of Medical Sciences entitled "Specific of Gastric Secretion Dystrophic Infants" was defended successfully.

The unique clinical material and profound experience of congenital perinatal infection were generalized by Ioseb Kvachadze in his scientific work for a degree of a Doctor of Medical Sciences entitled "Congenital Toxoplasmosis" and defended in 1970.

Ioseb Kvachadze was elected a Professor at Department of pediatric hospital of Tbilisi State Medical University in 1970. From 1972 to 1993 he was the Head of Department of hospital pediatrics of Tbilisi State Medical University.

In 1984 He became the Honoured Scientist of Georgia.

Professor Ioseb Kvachadze had a wide experience in the clinical practice. His clinical and scientific interests included: general pediatrics, collagen diseases, problems of fetus and neonatal intrauterine infections (chlamidiosis, toxoplasmosis), rheumatic diseases, sepsis, metabolic diseases, malabsorption diseases.

During his career as a doctor, lecturer and scientist Ioseb Kvachadze managed to publish 300 reports both in Georgia and abroad.

He is the author of 7 monographs and textbook of pediatrics – "Children Diseases"

Under his guidance 30 researchers have successfully defended their candidate and 2 doctor dissertations.

Professor Ioseb Kvachadze was: President of Georgian Association of pediatrics, Vice-President of Georgian Association of rheumatics, Member of Board Association of Pediatrics, - Member of Russian Association of Pediatrics, Member of editorial board of medical journals.

He died in 1993.

Ioseb Kvachadze was notable for his selfless attitude to his patients, firmness and goodwill in relation to his students, strong love of life, high professionalism, wit and great erudition not only in pediatric, but also in many fields of medicine. He was a prominent Georgian scientist, the founder of modern pediatric at the XX century in Georgia.

Irma Korinteli

Жизнь и деятельность профессора Иосифа Квачадзе

31 октября 2005 года исполнилось 80 лет со дня рождения Иосифа Махароблевича Квачадзе, одного из выдающихся представителей грузинской педиатрии, в котором органично сочетались качества опытного клинициста, ученого, руководителя и педагога.

И.М. Квачадзе родился в 1925 году. В 1946 г. с отличием окончил Тбилисский государственный медицинский институт.

В 1955 г. И.М. Квачадзе защищает кандидатскую диссертацию, а в 1970 г. – докторскую диссертацию, посвященную проблеме токсоплазмоза. В том же году ему присваивается звание профессора.

С 1972 г. до конца жизни профессор И.М. Квачадзе возглавлял кафедру госпитальной педиатрии Тбилисского государственного медицинского университета.

В 1984 г. получил звание заслуженного деятеля науки.

Научные исследования профессора И.М. Квачадзе посвящены изучению этиологии, иммунологии, иммуногенетики, клиники, диагностики и рационального лечения различных заболеваний у детей.

Наряду с этим, профессор И.М. Квачадзе интересовался вопросами ревматизма, диффузных болезней соединительной ткани, сепсиса, патологии неонатального периода, врожденных инфекций и др.

Профессор И.М. Квачадзе – автор 300 научных работ, из коих 16 опубликованы за рубежом; в том числе монографии и учебник – "Детские болезни", руководство для врачей, педиатров и студентов медвузов.

Под руководством И.М. Квачадзе защищено более 30 кандидатских и докторских диссертаций.

Участник многих международных конгрессов, почетный член Всемирного общества детских врачей, президент ассоциации педиатров Грузии, вице-президент ревматологов Грузии, член редколлегии медицинских журналов – вот неполный перечень его регалий и заслуг.

Скончался профессор И.М. Квачадзе в 1993 году.

Своей жизнью и деятельностью Профессор И.М. Квачадзе внес значительный вклад в развитие отечественной педиатрии

Ирма Коринтели

Clinical trials

Alexander Telia

Tbilisi State Medical University, Georgia

INTRODUCTION

A clinical trial can be defined as "any form of experiment involving patients". The objective of a clinical trial is usually to determine whether a treatment is safe and effective for treating a particular disease. An important of such an experiment is that it is conducted on a sample of patients with a disease to generate results on which future treatment of all such patients with the same disease can be based. Planned experiments on healthy volunteers, such as **bioavailability studies** and **dose-finding studies** during the early **phase I** testing of new drugs are sometimes considered to be clinical trials but more often they are not. The term "**volunteer studies**" is sometimes used for studies but because all clinical trials require informed consent and hence "volunteering" by participants, this term is best avoided [1].

CONTROLS IN CLINICAL TRIALS

To infer whether a given treatment has worked, comparisons are required. The comparison may be of the states of patients (i) the states of patients before and after administration of the treatment (ii) the response of patients given the treatment and those of past patients (**historical controls**) who were given no or other treatments, or (iii) the response of patients given the test treatment and those of other patients given a control treatment, in the same study. Without a control group, interpretation of results is usually difficult. For example, consider a trial of a new remedy for the common cold. If treatment effects are measured two weeks after administration of the treatment, then a success rate close to 100% is to be expected simply because of the natural history of the infection. It is obvious that, except in exceptional circumstances, a clinical trial using concurrent control patients is likely to give the more robust results than one based on historical controls. The need for controls in the assessment of drugs was recognized in the early part of the 20th century. For example, in a study published in 1931, Burns, Amberson, McMahon and Pinner recruited 24 tuberculosis patients and divided them into twelve pairs, with the cases individually matched with each other on the basis of clinical assessments. Group A was then assigned to receive the drug and Group B served as a control with the assignment based on "a single flip of a coin" [2].

BLINDING IN CLINICAL TRIALS

Most investigators have firm views about which of a range of alternative treatments is more effective and often, which is more appropriate for particular groups of patients. As a result, there is a strong temptation by investigators to channel particular groups of patients to particular treatments (**channeling effect**). Moreover, there is also a risk of the investigators subconsciously losing their objectivity in their assessments of treatment effects simply because of their clear preference for particular treatments. Therefore in the design of clinical trial, efforts are made to overcome these potential sources of bias. Blinding (or **concealment of treatment allocation**) is an effective way of doing this. As both patients and

investigators are potential sources of such biases, blinding of both patient and investigators (**double-blinding**) is preferred over single-blinding. The issue of blinding is however still a controversial issue. For example, there is increasing recognition of **context effects** (non-specific treatment effects other than a placebo effect). Blinding nullifies such effects and may underestimate the efficacy of a particular drug in day to day clinical practice.

Moreover, blinding may of course be ethically unjustifiable in some circumstances as patients' preferences are ignored.

RANDOMIZATION

Perhaps the most important development in the design of clinical trials was the introduction of randomization of treatment allocation. In other words, each patient is assigned to receive one of the treatments being considered in a clinical trial by a random assignment process (throw of a dice or computer generated random numbers). The idea of randomization, first introduced in the design of agricultural experiments by R.A. Fisher, ensured that true treatment effect could be separated from other effects arising from differences in experimental conditions or differences in the subjects studied. The success of randomization in increasing the reliability of experimental results, and hence of inferences that are drawn from them, is due to the fact that it controls for influential factors that the investigators are unaware of. In other words, one can never be sure that patient groups, assigned to receive different treatments are truly comparable. Randomization should ensure even distribution across the treatment groups. It is worth noting that the study by Burns, Amberson et al, discussed earlier did not use effective randomization. The investigators assumed that they could identify all prognostic factors. Group but not individual randomization was resorted to. Effective randomization, balances any unknown, but potentially influential, factors out across the treatment groups. A further benefit of randomization is that it should control the channeling effect mentioned above. Such channeling is often subconscious randomization did not feature clinical trials until Bradford Hill introduced it formally in a trial of streptomycin for tuberculosis in 1948. Today randomization is regarded as an essential feature of a well conducted clinical trial [3].

WHEN RANDOMIZATION FAILS

Randomization may fail when the randomization process is itself biased. For example, bias may be introduced when patients are assigned to treatment groups on the basis of when they attend the clinic. More often, randomization may fail because of small sample sizes. For example consider the extreme case of a trial involving four patients two of whom have, in addition to the disease being considered, a concurrent disease which affects the response to treatment. If the patients are subdivided into two groups of two and each patient is randomly assigned to receive one of two groups, then there is a 33% chance that both patients with the concurrent disease will be in the same treatment group. By increasing the sample size, such

imbalance is made less likely. Increasing sample size of course also protects against clinically meaningful differences in responses being missed.

PROBLEMS WITH RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL (RCT)

Although the randomized controlled trial is widely regarded as the gold standard for evaluating the efficacy and safety of drugs, in practice they have several shortcomings which may limit their usefulness and reduce the validity of inferences made from their results: (i) Even well designed trials are generally powered to detect a change in the primary efficacy outcome measure and therefore usually do not have the necessary size to detect clinically important differences in adverse reaction profiles or new but rare adverse reactions. (ii) Clinical trials are generally short in duration because of both cost and practical reasons. Retaining patients in long-term trials is a very difficult task. Therefore robust can only be made about the short-term efficacy of the treatments being investigated from the results of most trials. This can be a major problem with the assessment of new treatments for chronic diseases such as rheumatoid arthritis or recurrent diseases such as asthma and psoriasis. Assessment of drugs intended to prevent disease is also a major problem. For example, lipid-lowering drugs may be administered for decades while even the best trials are conducted for a few years only. In estimating the efficacy of such drugs, extrapolation of results is the norm. (iii) The primary outcome measure chosen by investigators may not be the optimum and in some cases may not even be relevant for clinical decision-making. Surrogate outcome measures are for example often used in efficacy trials. (iv) Clinical trialists and indeed ethics committees do not generally like the inclusion of "complicated patients" such as the very young, the elderly, those with concurrent disease and those on concurrent medication in clinical trials. Yet such patients make up a large proportion of patients in clinical practice and not treating them is generally not an option for the clinician. (v) Clinical trials usually give little guidance on the value of dose adjustments because few doses are usually evaluated. Yet in clinical practice there is a great need for such guidance. With adjustment of doses, the separation of adverse effects from beneficial effects may be impossible because of non-parallel dose-response curves for efficacy and adverse effects.

OBSERVATIONAL STUDIES

Given the limitations of randomized controlled trials it is not surprising that there has been much discussion and debate about how practitioners should use the results of such trials for guiding their practice. Indeed there are

some clinicians who argue strongly that observational studies provide better guidance. A historical discussion of the controversies surrounding the introduction of the randomized controlled trial is provided by Mark [3]. No illustration of the current debates about the relative value of randomized controlled trials and observational studies, a recent question posted to the Cochrane skin group on its electronic discussion group asked: "Which is preferable a poor trial or a good observational study?" Although there can clearly be no simple answer to it, the question generated substantial debate. To even begin to provide an answer, there is clearly a need to have more information about the clinical question being posed and what was meant by "poor" and "good". This is often more difficult than is initially apparent. For example, even for the assessment of published randomized controlled trials there are more than 25 quality instruments available and there is no consensus as to which is to be preferred [4]. Moreover, in practice the aim is to integrate results from both, randomized controlled trials and observational studies.

REPORTING CLINICAL TRIALS

To comprehend the results of a randomized controlled trial (RCT), readers must understand its design, conduct, analysis and interpretation. That goal can only be achieved through complete transparency from authors. Despite several decades of educational efforts, the reporting of RCTs needs improvement. Investigators and editors developed the original CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) statement to help authors improve reporting by using a checklist and flow diagram. The revised CONSORT statement presented in this paper incorporates new evidence and addresses some criticisms of the original statement. The checklist pertains to the content of the Title, Abstract, Introduction, Methods, Results and Discussion. The revised checklist includes 22-items selected because empirical evidence indicates that not reporting the information is associated with biased estimates of treatment effect or the information is essential to judge the reliability or relevance of the findings. We intended the flow diagram to depict the passage of participants through an RCT. The revised flow diagram depicts information from four stages of a trial (enrolment, intervention allocation, follow-up, and analysis). The diagram explicitly includes the number of participants, for each intervention group, included in primary data analysis. Inclusion of these numbers allows the reader to judge whether the authors have performed an intention-to-treat analysis. In sum, the CONSORT statement is intended to improve the reporting of an RCT, enabling readers to understand a trial's conduct and to assess the validity of results [5].

REFERENCES:

1. Pocock SJ (1996). *Clinical Trials: A Practical Approach*. John Wiley & Sons, New York.
2. Amberson JB, McMahon BT, Pinner M (1931). A clinical trial of sanocrysin in pulmonary tuberculosis. *American Review of Tuberculosis*;24:401-35.
3. Marks, Harry M. *The Progress of Experiment: Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900-1990*. New York: Cambridge University Press, 2000.
4. Juni P, Witschi A, Bloch R, Egger M et al, The hazards of scoring the quality of clinical trials for meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*. 1999 Sep 15;282(11):1083-5.
5. David Moher, Kenneth F Schulz, Douglas G Altman. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. *BMC Medical Research Methodology* 2001, 1:2.