

საერთაშორისო ფონდი „მსოფლიო უსაფრთხოება და ბავშვი“.
INTERNACIONAL FUND THE WORLD SECURITY AND CHILD

საქართველოს სოციალური პედიატრიის ფონდი
GEORGIAN SOCIAL PEDIATRICS PROTECTION FUND

სამედიცინო-სოციალური მეცნიერების ინტერკონტინენტალური
სამედიცინო-სოციალური პედიატრიის სექცია [დევარტამენტი]

SOCIAL PEDIATRICS DEPARTMENT OF INTERKONTINENTAL
ACADEMY OF MEDICAL-SOCIAL SCIENCES (IAMSS)

საქართველოს სოციალური პედიატრიის ფონდი
EUROSCIENCE OF SECTION GEORGIAN NACIONAL



„ჩანასახიდან ბავშვს აქვს უფლება იყოს დაცული“.
CHILDRENS RIGHTS MUST BE DEFENDED SINCE EMBRUO

სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია

№ 12-7-6

SOCIAL, ECOLOGICAL & CLINICAL PEDIATRICS

გამოდის ექვს თვეში ერთხელ

თბილისი
2010
Tbilisi

ჟურნალ „სოსიალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია“ სარედაქციო კოლეგიისა და სარედაქციო საბჭოს შემადგენლობა

მთავარი რედაქტორი

გ. ჩახუნავილი

მ. მ. დ. პროფესორი, აკადემიკოს-მდივანი

საპატიო რედაქტორი

პროფესორი **ი. ციციშვილი**

რედაქტორის მოადგილე

თ. მიქაელაძე

რედაქტორის მოადგილე

პ. იმნაძე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის დირექტორი
რედაქტორის მოადგილე

ლ. კიკნაძე

საქართველოს ქალთა კონგრესის თავმჯდომარე

რედაქტორის მოადგილე

ბ. დიდავა

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

რედაქტორის მოადგილე

ნ. ჯობავა

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა კავშირი, მ.მ.კ.

რედაქტორის მოადგილე

გ. ჩახუნავილი

საერთაშორისო ფონდ „უსაფრთხოება და ბავშვი“ დირექტორი

სარედაქციო კოლეგიის წევრები

ასათიანი ნ. (არასამთავრობოების
კოალიცია აფხაზეთისთვის)

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

გიგილაშვილი ი. (არასამთავრობოების
კოალიცია აფხაზეთისთვის)

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

გაბაიძე თ. (მ. მ. კ. მენ-ვინეკოლოგი
ბათუმი)

კარანაძე თ. (ივანეჯავახიშვილი სსახ.
სახელმწიფო უნივერსიტეტის
პროფესორი)

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

მამაო ლევანი (საქართველოს
საპატრიარქო)

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

მანჯავიძე ნ. (თსსუ პროფესორი, მმდ)

ზურაბაშვილი დ. (ფსიქიატრიის
ინსტიტუტის დირექტორი, პროფესორი)

მანჯავიძე ი. (მედიცინის დოქტორი
ასოციაცია „უფლება ჯანმრთელობაზე“
პრეზიდენტი)

ზარნაძე დ. (თსსუ პროფესორი)

დოღონაძე ბ. (აშშ ოფისის ხელმძღვანელი)
მარინა როსა (აშშ)

მირიანაშვილი მ. (არასამთავრობო
ორგანიზაცია „ჟირაფი“)

კანდელაკი ნ. (საერთაშორისო ფონდ
„უსაფრთხოება და ბავშვის“ მდივანი,
მედიცინის დოქტორი)

კერვალიშვილი პ. (პროფ. აკადემიკოსი,
საერთაშორისო ფონდ „უსაფრთხოება
და ბავშვის“ საქართველოს ოფისის
ხელმძღვანელი)

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

მორჩილაძე ა. (სადაზღვევო „ირაო“)
ნადარეიშვილი ბ. (მმკ. ჰომეოპათია
საზოგადოება)

ნემსაძე ძ. (თსსუ პროფესორი მმდ)
შვანია მ. (პროფესორი მმდ)
სამხარაძე ს. (მმდ პროფესორი,
აკადემიკოსი)

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

უბერი ნ. (თსსუ პროფესორი მმდ)
კორინთელი ი. (ევრო მეცნიერების
საქართველოს ეროვნული სექციის
საზოგადოებასთან ურთიერთობის
დეპარტამენტი)

ფავლენიშვილი ი. (თსსუ პროფ. მმდ)
ფრუიძე დ. (თსსუ გ. ჟვანიას სახ.
პედიატრიული კლინიკის დირექტორი)

ქარსელაძე რ. (ივ. ჯავახიშვილის სახ.
სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფ. მ.მ.დ.)
ყიფიანი ბ. (თსსუ პროფესორი მმდ.

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

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

შენგელია რ. (თსსუ პროფესორი,
მმდ აკადემიკოსი)
შაქარაშვილი ზ. (მედიცინის დოქტორი)

ჩხაიძე მ. (მედიცინის დოქტორი)
ჩხაიძე ავ. (აკადემიკოსი)
სოფაშვილი მ. (თსსუ პროფესორი, მმდ)

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

სარედაქციო კოლეგიის მდივანი

ნ. თოფურიძე
მედიცინის დოქტორი

სარედაქციო საბჭოს წევრები:

- დ. ტაბუცაძე** დოცენტი, მედიცინის დოქტორი
- თ. კუტუბიძე** თსსუ ასისტენტ-პროფესორი
- ძ. კვაჭაძე** საქართველოს ეკოლოგიური პედიატრიის კავშირი
- დ. კუხიანიძე** აფხაზეთში ჰუმანიტარულ და სოციალურ
პროგრამათა განვითარების საერთაშორისო ფონდის თავმჯდომარე
- მ. ნანოშვილი** ექიმი-პედიატრი
- ბ. არველაძე** ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგა
- ძ. ნეფარიძე** ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგა
- ე. ჭყონიძე** ექიმ-პედიატრი
- დ. ჩახუნაშვილი** ნევროლოგი მედ. დოქტორი

სარედაქციო საბჭოს მდივანი

ნ. ბადრიანი
მედიცინის დოქტორი

Professor S.Kyw Hla (Malaysia)
e-mail: mma.org@mptmail.net.mm
Vice President Myanmar Society of M.M.A. President of Pediatric Society of M.M.A.

Dr. Nazeli Hamzah (Malaysia)
e-mail: nazelihamzah@gmail.com
President of Malaysian Association for Adolescent Health.
Chairperson Adolescent Health Committee Malaysian Medical Association(M.M.A.)

Professor Dr. Iqbal A.Memmon(USA)
e-mail: iqbal.memmon@ppa.org.pk
F.R.C.P.(Canada), P.A.B.P.(USA), F.A.A.P.(USA). Consultant Children Diseases, Gastroenterology (liver&Nutrition),Dow University of Health Sciences & Civil Hospital.

Dr. Naveen Thacker M.D.(India)
e-mail: presidentIAP2007@iapindia.com
President Indian Academy of Pediatrics(I.A.P.), Deep Children Hospital & Research Centre

Professor Chok-wan Chan(China)
e-mail: Chancwhc@netvigator.com
International Pediatric Association (president-elect), Member of Executive Comitee of I.P.A., Post President of A.P.S.S.E.A.R., President of Hong Kong Society of Child Neurology and Development President.

Professor USA. Thisyakorn M.D.(Thailand)
e-mail: pediatrc@asiaaccess.net.th
President Perdiatric Society of Thailand.

Professor Yoshikatsu Eto M.D.(Japan)
e-mail: yosh@sepia.acn.ne.jp
eto.y@jikei.ac.jp
Chairman Department of Pediatrics, Director Women's and Children's Hospital, Director Institute of DNA Medicine, Professor of Gene Therapy Jikei University School of Medicine.

Larry W. Gibbons M.D.(USA)
e-mail: GibbonLW@idschurch.org
President & Medical director of Preventive Medicine.

Geoffrey Miller M.D (USA)
e-mail: geoffrey.miller@yale.edu
Professor Department of Pediatrics and Neurology.

Hans Tritthart M.D. (USA)
e-mail: hans.thirrhart@klinikam-graz.at
Professor in Neurosurgery.

Gabriela Van habsburg (Austria)
e-mail: gabriela@habsburg.de

Michael Siebert (Southern Africa)
e-mail: hpsamichael@intelkom.co.za
Director Health Development in Partnership.

Igner Uhler M.D. (Sweden)
e-mail: inger.uhler@karolinska.se

Dale L. Morse M.D. (USA)
e-mail: d1m04@health.state.ny.us
Director Office of Science and Public Health.

Manuel Katz M.D.(Israel)
e-mail: katzana@hotmail.com
Former President of Israel Pediatrics Association. Ex-Secretary General M.M.E.P.S.A. Europe Representative I.D.A. Standing.

Dr. Louise-Anne McNutt USA. Professor of Albany Wiversity.

Fabio Rasiro Abenave, Plastic Surgeon V.a Savola 72,00/98 Italy Rora F.Abenavoli 6 sriceteain.II

Claudio Gaflone Italy.
E-mail: C.gaflone@mac.com. www.Claudiogaflone.com

Professor Dr. M.Tezer Kutluk (Turkey)
e-mail: tkutluk@tr.net

Dr.Hussein Kamel Bahan el Din (Arabian United Emirates)
e-mail: hbahaaeldin@yahoo.com

Dr. Sergio I. Assia Robles (Spain)
e-mail: sassia@puebla.megared.net.mx
Pediatric , E.S.P.

Paiboon Eiksangsri M.D.(Thailand)
e-mail: pediatrc@asiaaccess.net.th
Executive Comitee Pediatric Society of Thailand.

Professor Dr. Khalil Abd El-Khalik (Egypt)
e-mail: kallilabdelkhalek@yahoo.com
Cairo University Head of biotechnology Department Higher Council.

Assoc. Professor Jill Sewell (Australia)
e-mail: jill.sewell@rch.org.au
Deputy Director, Director-Clinical Services The Royal Children's Hospital Melbourne.

Sergey G. Sargsyan M.D.(Armenia)
e-mail: sargsyabs@dolphin.am
Institute of Child and Adolescent Centre. Head of National Centre of Child Health. Member of Board of Child health Care Association.

Doros Gabriela M.D. (Rumina)
e-mail: gdoros@gmail.com
University of Medicine , Pharmacy Timisara Emergency Children's Hospital.

Professor Alexander A. Baranov M.D.(Russia)
e-mail: Baranov@nczd.ru
Member of R.A.M.S. Chairman of Executive Committee.

Professor Namazova Leila Seimurovna (Russia)
e-mail: Namazova@nczd.ru
Vicedirector of R.A.M.S. in Science.

Julia Davydova M.D. (Ukraine)
Chief Researcher High risk Pregnancy Centre.

Lyudmila I. Omechenko M.D. (Ukraine)
E.S.S.O.P., Chief of Department for Clinical Diagnosis

Dr. Rashid Merchant, M.D.(India)
e-mail: deandoc2000@hotmail.com
Director of Pediatrics / Prevental HIV Program. B.J. Wadia Hospital for Children

Dr. Ari Yanto Harsono, Sp. AK. (Indonesia)
e-mail: araint_o@pedaitrik.com

Professor Fabio Pigozzi (Italy)
e-mail: Fabio.pigozzi@iusm.it
Professor of Sports Medicine. Head, Sports Medicine Laboratory.

Nwandiuto A. Akan (Nigeria)
e-mail: diutoph@yahoo.com

Prof. Xiaohu He (China)
Honorary President, Chinese Society of Pediatrics

Prof. Ashak Gupta (Turkey)

Prof. Spenser Nick (United Kindom)
E.S.S.O.P. Vice-President

Jllia m.yemets md. pr. d/ukraina/www.Casho.org.ua

Prof. Dr. Claudia
Head of Department of Bioethics Wiesemann /Germany/ and History of Medicine University of Coetinger

Journal of the Social, Ecological & Clinical Pediatrics Editorial Board:

Editor in chief **G. CHAKHUNASHVILI**
M.S.D. Professor, academician-secretary
Honorary Editor Professor **I. CICISHVILI**
Editor in deputy chief **T. MIKELADZE**
Editor in deputy chief **P. IMNADZE**
- Director of centre public health and diseases control
Editor in deputy chief **L. KIKNADZE**
- chief of georgian women's congress
Editor in deputy chief **G. DIDAVA**
- M.S.D. Professor, Academician
Editor in deputy chief **N. JOBAVA**
- Georgian Pediatric Cardiology Association. M.S.D.
Doctor **G. CHAKHUNASHVILI**
Internacional fund "The World security and child"

Editorial Board:

ASATIANI N. (notgovernmental coalition for Abkhazia)
BIBILASHVILI I. (notgovernmental coalition for Abkhazia)
GABAIDZE T. (M.S.D. Gynecologist-Obstetrician)
DAVITAIA G. (T.S.M.U. Professor)
ZARDALISHVILI V. (Georgian Pediatric Cardiology Association M.S.D)
ZURABISHVILI D. (Director of Psychiatry Institute. Professor)
ZARNADZE D. (T.S.M.U. Professor)
DOGONADZE G. (Chief USA office)
MARINA ROSA (USA)
KANDELAKI N. (International fund "The world security and child" secretary, M.S.D.)
KVEZERELI-KOPADZE (Prezident of Georgian Pediatric Association. M.S.D. Professor)
KUTUBIDZE R. (T.S.M.U. Professor M.S.D. Academician)
KILADZE D. (GPC – General Director. M.S.D.)
KARANADZE T. (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University Professor)
FATHER LEVANI (Georgian Church)
MANJAVIDZE N. (T.S.M.U Professor, M.S.D)
MANJAVIDZE I. (T.S.M.U Professor) Prezident of Association "Rights to Health"
MIRIANASHVILI M. (notgovernmental organization "Giraffe")
MKERVERALISHVILI P. (International fund "The world security & child" head of Georgian office)
MORCHILADZE A. (I.C.)

NADAREISHVILI G. (M..D. Homeopathy Association)
NEMSADZE K. (T.S.M.U Professor. M.S.D.)
JVANIA M. (Professor. M.S.D)
SAMXARADZE S. (M.S.D. Professor Academician)
JORJOLIANI L. (Director of Georgian Pediatrics Institute Professor. M.S.D.)
UBERI N. (T.S.M.U. Professor. M.S.D.)
URUSHADZE L. (Chief of Academy for scientific research support, Georgian national committee)
PAVLENISHVILI I. (T.S.M.U Professor M.S.D)
PRUIDZE D. (Director of Tbilisi State Medical University Givi Jvania Pediatric Clinic. M.S.D)
KARSELADZE R. (Professor of Ivane Javakhishvili Tbilisi State University. M.S.D.)
KIFIANI G. (T.S.M.U. Professor . M.S.D. Academician)
RATIANI KH. (Chief of Abasha Labour, Health and Social department)
CHAKHUNASHVILI K. (Georgian Pediatric Cardiology Association's vice-president)
SHENGELIA R. (T.S.M.U. Professor. M.S.D. Academician)
SHAKARASHVILI Z. (M.D)
CHKHAIDZE M. (M.D)
CHKHAIDZE AV. (Academician)
KHOTCHAVA M. (T.S.M.U. Professor. M.S.D)
CINCADZE N. (Adjara Social, Ecological & Pediatrics Asociacion)

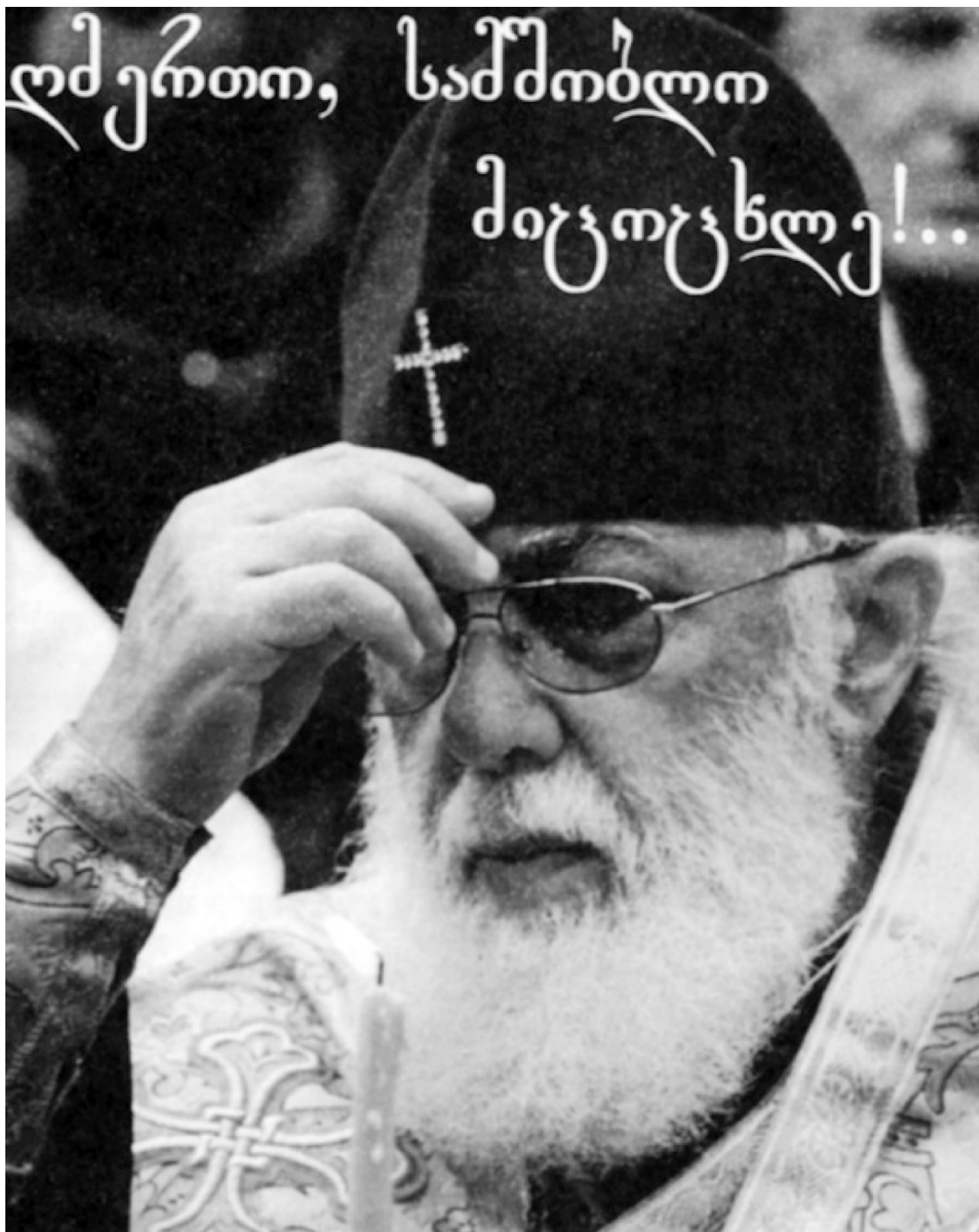
Editorial Board:

D. TABUCADZE M.S.D.
T. KUTUBIDZE T.S.M.U. Professor
K. KVACHADZE Georgian Ecological Association.
D. KUKHIANIDZE Chief of International fund "Humane and Social Programs Development in Abkhazia"
N. MARINASHVILI Pediatricist
M. NANOBASHVILI Pediatricist
D. CHAKHUNASHVILI Doctor
Internacional fund "The World security and child"
E.TCHKOIDZE Pediatricist
G. ARVELADZE Youth Pediatric Asociacion
K. NEPARIDZE Youth Pediatric Asociacion
Editor Committee Secretary:
N. BADRIASHVILI – Doctor of Medicine

სარჩევი

CONTENTS

აქსიოს!	8
სოციალური პედიატრიის დაცვის ფუნდის პრეს-რელიზი	9
ვიქტორ მოროშკინი 65 წლის იქნებოდა	12
იშვიათი დაავადებები საქართველოში - ალიანსი პირველი ნაბიჯები	13
ქველმოქმედება	14
XXI კონფერენციის პრეს რელიზი	21
ქართული პედიატრიის განვლილი გზის ორი ღირსშესანიშნავი თარიღი	23
85 მხოლოდ შუადღე ყოფილა	24
სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია „ბავშვთა და მოზარდთა მედიცინა“	26
მიღებულია “მედიცინის და სპორტის მეცნიერული მართვის კონცეფცია.“	28
ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის კურსი (ბავშვთა და მოზარდთა უსაფრთხოება მეცნიერული გზით) მედიცინა და სპორტი	29
Euroscience Georgian National Section Course (Children and Youth Security Through Science)	
Medicine and Sports	30
Chronic ecological stress as a premise for the formation of pathologically aggressive organisms	30
Effectiveness of Beotomography in Psychophysical Training Diagnostics	31
Hygiene of pupil's Mental Work	32
სპორტული წვრთნის პროცესში სასმელი „ივერიული-ფიტოს“ ჩაბმის აუცილებლობა	35
Production of essential (indispensable) amino acid rich natural energetic beverage “Iveriuli-Phyto” and its effectiveness in sportsmen and necesite of its use in sportsmen	35
Nutrition problem and physical activity in child population	36
Evidence-Based Medicine	36
Treatment of Sports Injuries Among Football Players with Plasmatic Streams	38
იმუნიტეტის ცვლილება ბრონქოპნევმონიის დროს ბავშვებში	41
ქლამიდიოზური ინფექცია და რესპირაციული დაზიანებანი ბავშვებში	43
პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი	44
ლაზოლვანის გამოყენება სასუნთქი სისტემის ზოგიერთი პათოლოგიის დროს ბავშვებში	46
პაციენტის უფლებები და ინფორმირებული თანხმობა პედიატრიულ პრაქტიკაში	48
საექთნო განათლება საქართველოში - აწმყო და მომავალი	49
ახალი საექთნო სტრუქტურა ჰოსპიტალურ ქსელში	51
აიფ/შიდსი – გლობალური პრობლემა	52
გენური ინჟინერიის მიღწევები და მასთან დაკავშირებული რისკები	54
საქართველოს კურორტული რესურსებისა და ამინომჟავებით გამდიდრებული ენერგეტიკული სასმელის „ივერიული-ფიტო“-ს როლი კომპლექსურ იმუნორეაბილიტაციაში	56
ბავშვთა იმუნური სისტემის მდგომარეობა ზოგიერთი ქირურგიული პათოლოგიის დროს	58
Clinical and Diagnostical Aspects of the Metabolic Disorders of Nervous System in Early-aged Children	59
ცისტოფიბროზის აქტუალური პრობლემები	60
ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომი ბავშვთა ასაკში	64
ხელოვნების ბაზარი საქართველოში	68
საქართველოს ეკონომიკის პრიორიტეტი	69
ანტენატალური ჯანმრთელობის იმუნოლოგიური ასპექტები არასამთავრობო ორგანიზაცია „ანტენატალური ჯანმრთელობა“	71
„B“ ჰეპატიტის პროფილაქტიკა და პოსტვაქცინალური გართულებები	
დღენაკლ ახალშობილებში	73
ახალშობილთა რეანიმაციის პროგრამა საქართველოში	75



ჩემი საცია სამშობლო,
სასაფე მთელი ქვეყანა,
განათლებული მთა-მარტი
წილნაყარია ღმერთთანა.

თავისუფლება დღეს ჩვენი
მომავალს უმღერს დიდებას,
ცისკრის ვარსკვლავი ამოდის
და ორ ზღვას შუა მტყდინდება.

დიდება თავისუფლებას,
თავისუფლებას დიდება!

ბ ა შ ი ო ს !

ერთობ ურთულ მოვლენის მოწმე გახდა 2009 წლის 21 ივნისს წმინდა სამების საკათედრო ტაძარში სალოცავად მისული რამდენიმე ათასი კაცი, როცა საქართველოს კათალიკოს-პატრიარქმა ილია II საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიის დარსების 15 წლისთავის გამო ჯერ ლოცვა აღაღვლინა, შემდგომ კი ამბიონზე აკადემიის პრეზიდენტი აკადემიკოსი დემურ ბაშელიშვილი მიიწვია. საგანგებოდაა აღსანიშნავი, რომ ამბიონზე საერო პირის მიწვევა ერთ-ერთი უპრეცედენტო შემთხვევაა.

პატონი დემურ ბაშელიშვილი ადის ამბიონზე, ემთხვევა პატრიარქს და დიდ მადლობას უძღვნის მიწვევისათვის, ამ საგულისხმო პატივის მიგებისათვის.

ლოცვის დაწყებისას უწმინდესმა ბრძანა:

— **საპატრიარქოს უზამთარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიის აღმწარმეს თავის იუზილეს — დაარსებიდან 15 წლისთავს. გიმი პრაქიციენტი გრძანდება ბატონი დემურ ბაშელიშვილი. გი უპლოცავ გით ამ დიდ თარიღს; ვლოცავ აკადემიას და მის პრაქიციენტს. აკადემიამ გიპირი სასიკეთო საქმი ძენა საპატრიარქოსთვის, ქართული მეცნიერებისა და ქართული ხელოვნების განვითარებისთვის. აკადემიის და გიმი პრაქიციენტის განდევნებით გი არკაული ვარ ამ აკადემიის სახატიო წავრად. დიდ მადლობას გივხა-**



ტაძარში მყოფი ჩვენი აკადემიის წევრებიც არანაკლებ მადლოვნებლები იყვნენ, განსაკუთრებით, როცა ისინი უწმინდესმა და უნეტარესმა ლოცვით მოიხსენია. ვმადლობთ უფალს ღვთიური მადლისთვის.

— **თქვენს აკადემიას დარსებიდან 15 წელი შეუსრულდა; ვიცი, რომ ამ დროის განმავლობაში ბევრი რამ გააკეთეთ ...**

— გულწრფელად გითხრათ, ახლა რაღაა თხუთმეტი წელიწადი, მაგრამ ეს ის დროა, რომელიც გვაშორებს წარსულს და გვაახლოებს მომავალს. ეს ის თხუთმეტი წელიწადია, რომელიც ქმნის ისტორიას, ჩვენი აკადემიის ისტორიას. ეს ჩვენი ცხოვრების თანმიმდევრული აღრიცხვაა, ჩვენი ცხოვრების გულგახსარი ქორონიკონი.

ამ დროის განმავლობაში აკადემიის წევრად ღირსყოფილია 51 მეცნიერი და ხელოვანი, — ყველა მეცნიერებათა დოქტორი და პრო-

— **ბატონო დემურ, თქვენ სამების საკათედრო ტაძარში მისი უწმინდესობისაგან მიიღეთ მაღალი და გამორჩეული ჯილდო, მოგეცათ საშუალება ამბიონიდან მიგემართათ იქ შეკრებილი ათასობით მართლმადიდებელი მრევლისათვის. რას განცდიდით იმ ამღვლეველ წუთებში?**

— უპირველესად, მე ვიყავი ამაყი დევივომადლებული წყალობის გამო, რაც მისმა უწმინდესობამ ჩემდამი განსაკუთრებული პატივებით გამოსატა. ჩემს შესწევებულ ცხოვრებაში მრავალი თვალგახსარი და ცადასული დღე მქონია, მაგრამ ეს დღე გამორჩეული სახელდაუდებელია ჩემთვის და სიხარულიც ენით უთქმელია. ამბიონიდან ვხედავდი ჩემზე შეუფიქრებულ ათასობით მრევლს, მათ შორის ბევრ საჩინო კაცს და ჩემი სიტყვათა, ალბათ, ამიტომ იყო ნამეტნავად ემფატიკური.

ფესორი. უფლის უდიდესი განგულვებით ჩვენი აკადემიაში გასხივოსნდა სრულიად საქართველოს კათალიკოს-პატრიარქის ნათელმოსილი სახელი.

— **ბატონო დემურ, ცნობილია, რომ თქვენ წარმატებულად ხელმძღვანელობთ რამდენიმე სამეცნიერო და სახელოვნებო ორგანიზაციას ...**

— მოკლედ გიპასუხებთ: ჩემში განსხვავებული ჯილდოები, ზოგჯერ, ჰეტეროგენული მრავალფეროვნება მეტად დამყუდროებულსა მხდის და მაძლიერებს, რომ თვალ შეუდგამ სამყაროს უთრთოლველად ვუქტირო. ასეა კი, მისი უწმინდესობისგან ბოძებული ჯილდოს მაღალი დეტაბრივ ძალას გვმატებს ჩვენი გეზის ძალმოსილებისთვის და, როგორც რობერტი იუნგი იტყვოდა — „მომაგალი უკვე დადგა!“

ინტერვიუ ჩაწერა **ჟურნალისტი ნანა შიქინიაძე**, 21 ივნისი, 2009 წ.



სენა აკადემიის პრაქიციენტსა და აკადემიკოსებს ამ მაღაწვებითა გივხადათ. იგივენი მამს, ჩვენს ქარგი თანაშრომლოვს გვიძენა.

საპატრიარქოს უზამთარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიის პრაქიციენტს მაღაწვამ წვიწდა სპირიტონსა სანაუროქიციენტის ხატს. აძსიო!

აღსანიშნავია, რომ ეს ხატი იმ დღეს ჩამოსხნეს წმინდა სამების საკათედრო ტაძრის საკურთხევიდან. საბერძნეთიდან ჩამობრძანებული ხატი, თავის დროზე, უწმინდესმა და უნეტარესმა, წმინდა სამების ტაძრის განსისხსა თავად დააბრძანა საკურთხეველში.

თავის მხრივ, აკადემიის პრეზიდენტმა აკადემიკოსმა დემურ ბაშელიშვილმა მადლოვნების სიტყვებით მიმართა მის უწმინდესობას და ტაძარში შეკრებილ მრავალათასიან მრევლს ღვთის დიდი მადლისთვის და მისდამი გამორჩეული განსაკუთრებული ყურადღებისთვის. კერძოდ, მან თქვა:

— **თქვენო უწმინდესობა!**

გაქვს პატივი და ღვთივპოქიავალი გადევირება, საპატრიარქოს დედაკალისის მართლმადიდებელ მრავალს ვაცნობო: საპატრიარქოს უზამთარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიამ თქვენ, ყოველთა ქართველთა სულიერი მამა, აბირჩიით აკადემიის სახატიო წავრად.

თქვენი ნათელმოსილი სახელის განსხივება ჩვენს აკადემიაში ღვთის საიდუმლო განგებით გოვალდავული წყალოვება, ვითარცა ძალა ქართული მეცნიერებისა და ხელოვნების, ქართული გენისა და ტრადიციების ძირისძირებად განფინისათვის მყოფი კულტურათა გრძანდავროვნა თანაშრომლობად.

თქვენო უწმინდესობა, გარწმუნებთ თქვენი სხივანთიერი სახელით გაპლოვნებული აკადემიის წავრები გიქვად გარჩევიან საპატრიარქოს განსაზღვრული იველის ძალმოსილებისთვის, ეროვნული გონის ავალდავისა და ყოველთა ქართველთა ერთობისათვის..

გვარკავდეთ გიუფი ცინა და ძვენი თქვენ და სრულიად საპატრიარქოს! აგინ!

ივერია გავრწყინდება! კურთხეულ არს გოვავალი სახელითა უფლისათა!

ბატონმა დემურ ბაშელიშვილმა საქართველოს კათალიკოს-პატრიარქს ილია II გააღვლინა საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიის საპატიო წევრის დიპლომი.

დასასრულ მისმა უწმინდესობამ ილია II აკურთხა ტაძარში მყოფი აკადემიის წევრები.



მარცხნიდან: ლევან ქაჭიაშვილი, დემურ ბაშელიშვილი, თამაზ გამყრელიძე, მამა ადამი, და გიორგი ჩახუნავილი.



სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის კრძალ-რეგისტრ

აქციებში მონაწილეობენ: გამომწვევი ქართველი პედიატრები. მიმდინარეობს ავადმყოფთა ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა და სხვა. ურიგდებთ მედიკამენტები. ჩაუტარდათ რამდენიმე ათეული სასწრაფო ოპერაცია. ათობით ავადმყოფს ჩაუტარდა 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. დედათა და ბავშვთა სადიაგნოსტიკო ცენტრში და აგრეთვე ქალაქის სხვადასხვა პოლიკლინიკებში ჩამოყალიბდა მაღალკვალიფიციურ პროფესორ-მასწავლებელთა უფასო კონსულტაციები კვირაში ერთჯერ.

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

აქციებში სხვადასხვა პროფილით მონაწილეობდნენ:

1. კანისა და ვენსნეულებათა ინსტიტუტი
2. პარაზიტოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი და სხვ.

დაწვეულია მუნისა და ტილის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებები და მკურნალობის ეტაპი. ასევე დარიგდება შესაბამისი მედიკამენტები.

დაიბეჭდა და გავრცელდა მუნისა და ტილის საწინააღმდეგო შესაბამისი უფასო სამანსოვროები.

12-13-14.03.99 წ. ექსპედიცია ფოთსა და აბა-შაში.

13.03.99 წ. ქ. ფოთი. გაისინჯა 950 ბავშვი. დაურიგდათ მედიკამენტები. 13-14.03.99 წ. ქ. აბაშა და აბაშის რაიონი (ს. ქედისი, ს. მარანი და სხვ.) 29-30.01-07-08.99 წ. გაისინჯა 4400 ბავშვი, დაურიგდათ მედიკამენტები.

23-24-25.08.99 წ. ჩატარდა უფასო ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა. ქ. ხობი და ქ. ზუგდიდი დაურიგდათ მუნისა და ტილის საწინააღმდეგო წამლები.

04.04.99 წ. ექსპედიცია ფასანაურში კომპლექსურად გაისინჯა 400-ზე მეტი ბავშვი.

07.05.99 წ. ექსპედიცია გურიის რეგიონში. ქ. ლანჩხუთი ჩაუტარდათ უფასო ლაბორატორიუ-

ლი და ინსტრუმენტული კვლევა, დაურიგდათ მედიკამენტები.

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

22.06.99 წ. ჩატარდა გასინჯვები საგარეჯოში (გაისინჯა 250-ზე მეტი ბავშვი, დარიგდა მედიკამენტები).

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

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

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

17.09.99 წ. ჩატარდა კომპლექსური გამოკვლევები თბილისის უპატრონო ბავშვთა სახლში.

16.10.99 წ. ჩატარდა გასინჯვები დუშეთში (გაისინჯა 200-მდე ბავშვი, დარიგდა მედიკამენტები).

2000 წელი

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

23.03.2000 წ. ახალგორი. გაისინჯა 30 ბავშვი.

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

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

29.04.2000 წ. ქ. რუსთავი (კოსტავას №6) გაისინჯა 300-მდე ბავშვი.

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

20.07-28.07.2000 წ. წყნეთის ბავშვთა სახლში გასინჯულია 60 ბავშვი.

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

7-8.08.2000 წ. ბახმარო-ბეშუმში გაისინჯა 1925 ბავშვი.

2001 წელი

15.03.2001 წ. გაისინჯა და კომპლექსური გამოკვლევა ჩაუტარდა რუსთავის აზოტის ქარხნის თანამშრომელთა ბავშვებს.

23.06.2001 წ. გაისინჯა და კომპლექსური გამოკვლევა ჩატარდა რუსთავის აზოტის ქარხნის თანამშრომელთა ბავშვებს.

14-15-16.09.2001 წ. ბაღდადის რ-ნი სოფ. საირმე, წითელხევი, როხი, ობნა, ხანი, ზეგანი,საქრაულა. გაისინჯა 2500 ბავშვი.

2002 წელი

10.03.2002 წ. ახალგორი გაისინჯა 250 ბავშვი.
20.04.2002 წ. სიღნაღის რ-ნი გაისინჯა 450 ბავშვი.

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

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

16-17-18-19.07.2002 წ. კოდორის ხეობა (აფხაზეთი) გაისინჯა 250 ბავშვი. 3-4-5-6.2002 წ. მთა-თუშეთი. დიკლო, ომალო, შენაქო. გაისინჯა 200 ბავშვი.

2003 წელი

5.03.2003 წ. სამცხე-ჯავახეთი გაისინჯა 1250 ბავშვი.

17.04.2003 წ. წეროვანი გაისინჯა 450 ბავშვი.

20.05.2003 წ. ბორჯომი გაისინჯა 870 ბავშვი.

25.06.2003 წ. მთა-თუშეთი გაისინჯა 320 ბავშვი.

30.07.2003 წ. ბახმარო გაისინჯა 630 ბავშვი.

20.08.2003 წ. ზესტაფონი გაისინჯა 210 ბავშვი.
2008 წელი I სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია 7.09.2003 წ. ზუგდიდი გაისინჯა 290 ბავშვი. 15.10.2003 წ. რაჭა გაისინჯა 170 ბავშვი. 18.10.2003 წ. დმანისი გაისინჯა 180 ბავშვი.

2004 წელი

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

10.05.2008 მარნეული გაისინჯა 300 ბავშვი.

17.05.2008 დუშეთი გაისინჯა 450 ბავშვი.

18.05.2008 ახაშენი გაისინჯა 250 ბავშვი.

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.

2006 წელი

2006 წლის 18 თებერვალს კლინიკაში ჩატარდა ღია კარის დღე. გაისინჯა მხატვართა კავშირის 20 ოჯახი.

მარტში ღია კარის დღე. გაისინჯა ლტოლვილთა 100-ზე მეტი ბავშვი.

აპრილში საგურამოში ელჩების მონაწილეობით ჩატარდა აქცია.

31 მაისს ქ. რუსთავში გაისინჯა 450 ბავშვი.

1-2 ივნისს თსსუ-ში ჩატარდა ღია კარის დღე. გაისინჯა 400 ბავშვი.

მათ ჩატარდათ კონსულტაცია და კლინიკო ლაბორატორიული გამოკვლევები.

9-10 ივნისს კასპის რაიონში ჩატარდა გასვლითი გასინჯვები. (გაისინჯა 300 ბავშვი.

1 ივლისს ცხინვალის რაიონში ომში მონაწილეთა 500 ბავშვი გაისინჯა. სექტემბერ-ოქტომბერში გაისინჯა 120 ბავშვი.

ნოემბერში გაისინჯა ჟურნალისტთა 100-200 ოჯახი.

2007 წელი

მარნეული. უფასო კონსულტაცია ჩატარდა 110 ბავშვს. გამოვლინდნენ სქოლიოზით დაავადებული ბავშვები. გადაეცათ ესპანდერები და მეთოდური რეკომენდაციები სამკურნალო ფიზიკულტურის შესახებ.

დუშეთი. კანსულტაცია ჩატარდა 280 ბავშვს. ახაშენი. კანსულტაცია ჩატარდა 85 ბავშვს

2008 წელი

1 ივნისი – ღია კარის დღე (გაისინჯა 200 ბავშვი)

2 ივნისი თედდე ბეარ (გაისინჯა 300 ბავშვი)

14 ივნისი ახმეტა (ქაქუცობა - გაისინჯა 450 ბავშვი, რომელთაც ჩატარდათ შემდეგი გამოკვლევები მუცლის ღრუს ექოსკოპია, ეკგ და სხვა. დარიგდა შესაბამის მედიკამენტები

27 ივნისი – საქართველოს სექციის აღდგენა

20 აგვისტო – Stop Russia/ იოგოეთის აქცია

1 სექტემბერი – Stop Russia/ თბილისი ჯაჭვის აქცია

4 ოქტომბერი ღია კარის დღე კონსულტაცია, გამოკვლევები: მუცლის ღრუს ექოსკოპია, ეკგ და სხვა. შედგა მხატვრების და ხელეწიერების მოღვაწეების მასტერ-კლასი ბავშვებისთვის

6 დეკემბერი ბერგმანის კლინიკაში უფასოდ გაისინჯა 110 ბავშვი, რომელთაც ჩატარდათ შემდეგი გამოკვლევები მუცლის ღრუს ექოსკოპია, ეკგ და სხვა. დარიგდა შესაბამის მედიკამენტები

დღემდე აქციებში სულ გასინჯულია 88950 ბავშვი და ათასობით ხანშიშესული. საქველმოქმედო აქციები გრძელდება.

2009 წელი

13.06 ხაშური გაისინჯა 750 ბავშვი.

26.12 ბარისახო 80 ბავშვი.

**სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის
მომხრე ჩატარებულია კონფერენციები და
სიმპოზიუმები**

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 მედიცინად უნდა იქცეს.

01.VI.2000

IV კონფერენცია “ჩანასახიდან ბავშვის უფლება უნდა იყოს დაცული“

27.III.2001

შეხვედრა სახალხო დამცველის ოფისში “-რასრულწლოვანი 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 №1, №2, №5

23.04.99 01.06.2000

“ბავშვთა კვება XXI საუკუნეში“ სიმპოზიუმი №1, №2

20.05.99 01.06.2000

“ორთოპედიული სკოლა“ სიმპოზიუმი №1, №2

17.12.99 “მუკოვისციდოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები“

01.06.2000

ახალგაზრდა პედიატრთა XVIII კონფერენცია

28.02.2001 ერთობლივი სამეცნიერო კონფერენცია “რესპირატორულ დაავადებათა თერაპიის აქტუალური საკითხები პედიატრიაში“.

01.06.2001 “ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“ სიმპოზიუმი №1

01.06.2001 “ბავშვი,მოზარდი და ოჯახური ძალადობა“ სიმპოზიუმი №1

01.06.2001 “ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“

სიმპოზიუმი №1

13.02.2002 “ადამიანის გენომის პროექტი“

10.03.2002 ახალგაზრდი. მატონიზირებელი სასმელი “ლომისის“ პრეზენტაცია.

6.11.2002 საერთაშორისო კონფერენცია თემაზე: “მუკოვისციდოზით და ნივთიერებათა ცვლის კონსტიტუციური მოშლილობით დაავადებულთა სამედიცინო და სოციალური პრობლემები“.

7.11.2002. საერთაშორისო კონფერენცია თემაზე: “თანდაყოლილი ინფექციების თანამედროვე აპექტები“.

4. 04. 2003 პედიატრიის აქტუალური საკითხები. IX კონფერენცია.

1.06.2003 I ინტერნეტ-კონფერენცია (X სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია) სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი უფასოდ უშვებს და არიგებს გაზეთს “სოციალური პედიატრია“ და ჟურნალს “სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია“ (შუქდება სოციალური, სამედიცინო, პედაგოგიური, ფსიქოლოგიური, ფსიქიატრიული, რელიგიური და სხვა აქტუალური და პრობლემური საკითხები)

19.12.2003. საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა II კონგრესი.

1.06.2004. II საერთაშორისო ინტერნეტ-კონფერენცია. პედიატრიის აქტუალური საკითხები

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

1.06.2005 პედიატრიის აქტუალური საკითხები XIV კონფერენცია.

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

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

12.12.2006. ახალგაზრდა პედიატრთა XV კონფერენცია. 07.12.2007. სპდფ XVI კონფერენცია. კარდიოლოგთა III კონგრესი.

2008 წელი

2 ივნისი სოციალური პედიატრიის XVIII კონფერენცია

6.10.2008 გორში გასვლითი სიმპოზიუმი – პარლამენტის ჯანდაცვის კომიტეტი (ოთარ თოიძე) + საბჭოს წევრები. დევნილთა პიგიენის საკითხების მოგვარება

07.10.08 კონფერენცია “ბავშვის და მოზარდის“ კარდიოლოგიური სექცია (თბილისი)

20.12.08 სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის და ESMNS ერთობლივი მე-2 კონფერენცია(თბილისი)

23.12.08 ESMNS ჰუმანიტარული დეპარტამენტის კონფერენცია (თბილისი)

24.12.08 კონფერენცია “რწმენა და ცოდნა“ ილია II-ის მონაწილეობით (თბილისი)

1-2 ივნისი 2009 XX კონფერენცია

18 დეკემბერი 2009 XXI კონფერენცია.

ვიქტორ მოროშკინი 65 წლის იმეაობა



ვიქტორ მოროშკინთან ჩემი ნაცნობობა მისი მეუღლის, მანანა ჭიპაშვილის საშუალებით დაიწყო და მალე ძალიან საინტერესო მეგობრულ ურთიერთობაში გადაიზარდა.

მიმანია, რომ ვიქტორი – ცნობილი გენეტიკოსი, პროგრესული, ნიჭიერი, იუმორით სავსე ადამიანი და შესანიშნავი ოჯახის შემქმნელი დიდ სიყვარულს, პატივისცემას და არდავიწყებას იმსახურებს.

იმ წვლილის აღსანიშნავად, რაც მას მიუძღვის საქართველოში გენეტიკის განვითარების და ახალგაზრდობის აღზრდის საქმეში მიღწეული დამატებითი გენეტიკის დეპარტამენტი ვიქტორ მოროშკინის დაბადების საიუბილეო თარიღთან დაკავშირებით აწუხებს სტუდენტთა სამეცნიერო კონფერენციას.

მისი ნათელი ხსოვნა მუდამ დარჩება ჩემს მეხსიერებაში.

*ელენე აბზიანიძე
ოსსუ-ს მოლეკულური და სამედიცინო დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, პროფესორი*



მისმა სიკვდილმა ყველას გული დაგვწყვიტა, იმიტომ რომ მართლა ყველასთან გამოირჩეოდა. იყო ძალიან ხალასი ნიჭის პატრონი და სხვისი მოსმენაც შეეძლო. ყოველთვის ჰქონდა საინტერესო იდეები და შეიძლება ითქვას, რომ დროს წინ უსწრებდა, მიუხედავად ამისა, არასოდეს ყოფილა ამპარტყავანი და შურიანი, პირიქით ყველას მიმართ ზედმეტად თავდადებული იყო და დარწმუნებული ვარ, ეს სიტყვა “ზედმეტად” მას ნამდვილად არ მოეწონებოდა, რამეთუ სხვანაირად არ შეეძლო. ასეთივე დიდი სიყვარული ჰქონდა ვიქტორს თავისი ქვეყნის მიმართ და ზომიერების გრძობა ამ მიმართულებითაც არასდროს დალაცობდა. არც ისა გასაოცარი, რომ სიკვდილის შემდეგ მისი უნიკალობა კიდევ უფრო თვალსაჩინო გახდა, ხოლო მისი იდეები, რომლებიც მართლაც რომ შესაშური წინდახედულობით გამოირჩეოდა, დღესაც ცოცხლობს და ემსახურება ქართული სამედიცინო გენეტიკის განვითარების საქმეს.

კაცი, რომელიც დააკლდა ქალაქს, კაცი, რომელიც დააკლდა ქვეყანას და კაცი, რომელიც დააკლდა მეცნიერებას – მე დღეს ნამდვილად არ შეხამუშება ამ სიტყვების წარმოთქმა, რამეთუ იგი ამ სიტყვების ნამდვილად იმსახურებს.

*დათო ცხომელიძე
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი*



ვიქტორ ბორისის – ძე მოროშკინს წელს, 1 იანვარს შეურულდებოდა დაბადებიდან 65 წელი. ეს უკვე 7 წელია აღარ არის ჩვენთან. მისი ბიოგრაფიული მონაცემები და ღვაწლი პედაგოგიისა და სამედიცინო გენეტიკაში ცნობილია. მან თავისი მოკრძალებული წვლილი შეიტანა ამ დარგების განვითარებაში, რისთვისაც საერთაშორისო ინტერკონტინენტალურმა აკადემიამ 2 წლის წინ მიანიჭა აკადემიკოსის წოდება და მისი ნეკროლოგი მოათავსა აკადემიის ვებ გვერდზე ცნობილ გენეტიკოსებითა ერთად.

ის ბედნიერი კაცი იყო არა მარტო იმიტომ, რომ მისი ღვაწლი სიკვდილის შემდეგაც დაფასდა, არამედ იმიტომაც, რომ მას სიცოცხლეში არ აკლდა საზოგადოების სიყვარული და დაფასება.

მის მეგობრებს, მოწაფეებს, კოლეგებს ის დღესაც ახსოვთ. მის საფლავზე სულ დღეს ვიღაცის მიტანა იდეალები. მის დაბადების დღეს – 1 იანვარს – არ იფიქრებენ. დღემდე ამ დღეს მერაბ კუპრაძე და გოგი გოგიაშვილი მისი ოჯახის შეკრებები არიან. ზურაბ ნიქოფანს და ზაურ ფხადაძეს მისი სურათი სამსახურში კედელზე უკიდიათ. ბატონ ზურაბს კი – სახლშიც, გარდაცვლილ ნათესავეებთან ერთად.

გოგი ჩახუნაშვილი ღირსეულად აგზავნებს იმ საქმეს, რომელიც თავის დროზე ერთად დაიწყეს. სოციალური პედაგოგის ფუნდის არც ერთი კონფერენცია არ იწყება მისი სახელის გახსენების გარეშე. მარტო ის რად ღირს გასახსენებლად, რა წერილები დაიბეჭდა მისი გარდაცვალების დროს და გარდაცვალებიდან ერთი წლის შემდეგ. ერთერთი წერილის სათაური იყო “კაცი, რომელიც დააკლდა თბილისს” (ინგა მაჩუჩაშვილი). ის ხომ მართლაც ნამდვილი თბილისელი იყო. მას გენეტიკის სფეროში სამუშაოდ ბევრ ქვეყანაში ეპატივებოდნენ, მაგრამ მან არც ერთი შემთავაზება არ მიიღო. ამბობდა: “მე თბილისელი ვარ და არსედ სხვაგან ცხოვრება არ შემიძლია”.

როგორც ერთხელ ვარაზან ფაღვანი ბრძანა: “მან რამოდენიმე ცხოვრებით იცხოვრა – იყო პრაქტიკოსი ექიმი-პედიატრი, იყო ცნობილი პედაგოგი, სამედიცინო გენეტიკის და სოციალური პედაგოგიის ერთერთი ფუძემდებელი, და ყველაწა წარმატებული იყო”.

ის ზღვიან იხარჯებოდა. სულ რაღაცის ძიებაში იყო. ყველას გულისტკივილს იხიარებდა. ცდილობდა ყველას დახმარებოდა მაშინაც კი, როდესაც თვითონ ამისათვის საშუალება არ ჰქონდა. ის აღრე წავიდა ჩვენთან, მაგრამ დატოვა ბევრი კარგი მოგონება. მისი გვარის და წარმომავლობის მიუხედავად, ის თავს ქართველად თვლიდა და ვინც მას იცნობდა ეს ნამდვილად ასე იყო. ის ჭკუშპირი თბილისელი და ქართველი იყო. ის იყო კაცი, რომელსაც ყველა უყვარდა...

*მანანა ჭიპაშვილი
მედიცინის მეცნიერებათა აკად. დოქტორი, პროფესორი*



მოროშკინები... რომელი უკეთესია, რომელი უფრო ძვირფასია როგორც ადამიანი, უფრო განათლებული, უფრო წარმატებული – მანანა, ნინო, სოფო თუ ლალი?

ყველას ერთი საწყისი აქვთ – ვიქტორ მოროშკინი. ამ დიდი (თავისი შინაარსით) ოჯახის მეთაური დღესაც ვიქტორია.

ქნი მანანა სამედიცინო გენეტიკის სპეციალისტი, დიდ აკადემიური ცოდნის, სტუდენტებისთვის ძალიან პატივსაცემი ადამიანია.

ლალი მოროშკინას არ სჭირდება ჩემი წარდგენა. ნინო და სოფო ვიქტორის საამაყო შედეგები საქართველოსაც, სამედიცინო უნივერსიტეტსაც, მეც მესამაყვება.

შეტი რა სიმდიდრე უნდა დარჩენოდა ვიქტორს. როცა ჩვენ გვხვდებოდა, სხიარულით შემოგვხვებოდა ხოლმე – “ოქვენ რომ გხვდებით სიცოცხლე მისხარა”-ო. შენი სიცოცხლე სიკვდილის შემდეგაც ძალიან დაფასებულია, ვიქტორ! შენმა საამაყო ოჯახმა უკვლავება მოგანატრა.

*კაკა მგვლიშვილი
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი*



ჩვენს განცობის პირველივე დღეებში აღმოჩნდი მისი უმუალობისა და მეგობრული დამოკიდებულების ტყვეობაში. მასთან ყველა შეხვედრა სასიამოვნო მოგონებად დამრჩა, იგი განათლებული ადამიანი იყო და ყოველთვის საინტერესო თემაზე საუბრობდა; ამასთან ყველაფერს მისთვის დამახასიათებელი იუმორით გადმოცემდა და მის ირგვლივ სასიამოვნო გარემოს ქმნიდა.

ვიქტორი ზედმოწვევით საქმიანი და ოპტიმისტი ადამიანი იყო და ოჯახიც ასეთივე შექმნა, რომლის ყველა წევრს დიდ პატივს ვცემ.

ძლიერ დახანანია, რომ დღეს ვიქტორ მოროშკინი ჩვენს გვერდით აღარ არის. მისი მომდამრე სახე ყოველთვის იქნება ჩვენთან ერთად.

*ვ.პერიშვილი
ოსსუ-ს მოლეკულური და სამედიცინო დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი*



იშვიათი დაავადებები საქართველოში - ალიანსის პირველი ნაბიჯები

“ალიანსი იშვიათი დაავადებებისათვის” მუშაობს თითქმის 3 თვეა. ამ ხნის განმავლობაში შესაძლებელი გახდა შემდეგი ამოცანების განხორციელება:

კვლევების საფუძველზე გამოიყო შემდეგი პრიორიტეტული დაავადებები:

დაუნის სინდრომი;

თალასემია;

ჰემოფილია;

კისტური ფიბროზი;

“შუშის სინდრომი”;

ნანიზმი;

აუტიზმი;

დერმატომიოზიტი;

სისტემური წითელი მგლურა;

სისტემური სკლეროდერმია;

უშაქრო დიაბეტი;

ჰიპერპარათირეოიდიზმი;

კრონის დაავადება;

არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტი;

ცელიაკია;

უიპლის დაავადება;

შოგრენის დაავადება;

ფრაგილური X სინდრომი;

ფენილკეტონურია.

დამყარდა კონტაქტები ალიანსსა და იმ სპეციალისტებს შორის, რომლებიც მუშაობენ ამ დაავადებებზე;

იქმნება ალიანსის მონაცემთა ბაზა, რომელიც შეივსება ჩვენი პარტნიორების დახმარებით;

ვატარებთ ინტენსიურ შეხვედრებს ჩვენს პარტნიორებთან, რის საფუძველზეც ვღებულობთ სრულ ინფორმაციას სათითაოდ ყველა დაავადების არსებული პრობლემების შესახებ, ვმუშაობთ გადაჭრის გზებზე;

ვანორციელებთ იშვიათი დაავადებების არსებული ასოციაციების ერთმანეთთან დაკავშირებას და კოორდინირებას;

ვამყარებთ კონტაქტებს საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, რომლებიც მუშაობენ იშვიათ დაავადებებზე.

ნელ-ნელა ვავსებთ ჩვენს ბიბლიოთეკას, ვაგროვებთ მასალას ალიანსის მომავალ ვებ-გვერდზე დასადებად, რომელიც ხელმისაწვდომი იქნება პაციენტებისთვის, მათი მშობლებისთვის, ექიმებისთვის;

ვმუშაობთ სკრინინგის გაფართოებაზე. კვლევების საფუძველზე დგინდება შემდეგი გენეტიკური დაავადებების სკრინინგის აუცილებლობა: ფენილკეტონურია, თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზი, კისტური ფიბროზი, ადრენოგენიტალური სინდრომი, გალაქტოზემია, სმენის დეფექტი.

შემუშავებული იქნა რეკომენდაცია ფენილკეტონურიის სკრინინგის ჩატარების ვადის შესახებ ახალშობილებში.

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 გაეწია და მედიკამენტები დაურიგდა 5600 ბავშვს და 1000-ზე მეტ მოზარდს.



საქველმოქმედო აქცია მარნეულში 19.II. 2005 წ. – 10.V.2008



საქველმოქმედო აქცია ლენტეხში
10.V.2008



2006 წლის 20 მაისს საქართველოს სა გარეო საქმეთა სამინისტროს პატრონაჟით სა გარეო საქმეთა მინისტრის მეუღლის ქალბატონ ოლიგო ბეჟუაშვილისა და საგარეო საქმეთა მინისტრის თანაშემწის ლიკა დოლიძის ხელშეწყობით თსსუ გ. ჟვანიას პედიატრიულ კლინიკაში გაისინჯა და შესაბამისი კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევები ჩაუტარდა საგურამოს ასთმით დაავადებულ ბავშვთა პანსიონატის 28 ბავშვს. 9-10 ივნისს კასპში ივანე ჯავახიშვილის 110 წლისთავისადმი მიძღვნილ ღონისძიებაში გაისინჯა 250-მდე ბავშვი. ოქტომბერ-ნოემბრის თვეში თსსუ გ. ჟვანიას პედიატრიულ კლინიკაში მოწყობილ აქციებში (ღია კარის დღეები: მხატვართა კავშირის, ვეტერანთა დეპარტამენტის, პრესისა და ტელევიზიის თანამშრომელთა ბავშვები) გაისინჯა 700-მდე ბავშვი.





2006 წლის 1 ივლისს საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის კომიტეტის მიერ ცნინგალის რეგიონში ორგანიზებულ აქციაში თსსუ გ. ფვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკის ექიმების მიერ (კლინიკის დირექტორი დოც. დ. ფრუიძე, პროფ. ი. ციციშვილი, პროფ. გ. ჩანუჩაშვილი, ექიმები: მ. იოსელიანი, თ. მიქელაძე, ვ. მაღაშნია, მ. ნანობაშვილი, ზ. ზარნაძე, ქ. ნეფარიძე, გ. არველაძე) გაისინჯა და შესაბამისი სამედიცინო დანმარება გაეწია 500-მდე ბავშვს. 2006-2007 წლებში თსსუ გ. ფვანიას სახელობის პედიატრიულ კლინიკაში სწავლასწავა საქველმოქმედო აქციებში გაისინჯა 2000-მდე ბავშვი.





საქველმოქმედო აქცია ყვარელში, რომელიც მიეძღვნა დიდი ქართველი მწერლისა და საზოგადო მოღვაწის საქართველოს სულიერი მამის, ილია ჭავჭავაძის დაბადების 170 წლისთავს. 9.06.2007



საქველმოქმედო აქცია რუსთაველი 19.11.2005 წ. – 10.V.2008



საქველმოქმედო აქცია მარნეულები 19.II. 2005 წ. – 10.V.2008

თსსუ გ. უგანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკის ექიმების მიერ (კლინიკის დირექტორი დოც. დ. ფრუიძე, პროფ. ი. ციციშვილი, პროფ. გ. ჩახუნაშვილი, ექიმები: თ. მიქელაძე, ვ. მაღაშნია, მ. ნანობაშვილი, ზ. ზარნაძე, ქ. ნუფარიძე, გ. არველაძე) გაისინჯა და შესაბამისი სამედიცინო დახმარება გაეწია 150-მდე ბავშვს.



თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ტერიტორიაზე 2008 წლის 2 ივნისს მოეწყო ბავშვთა კარავი (Teddy Veuz Hospital), რომელშიც მონაწილეობა მიიღეს უნივერსიტეტის სტუდენტებმა.



13.06.2009 ხაშური



13.06.2009 ქაქუცოვანი



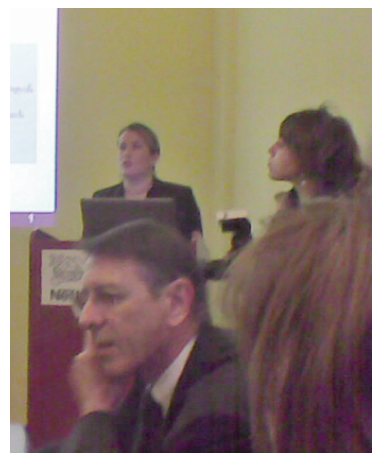
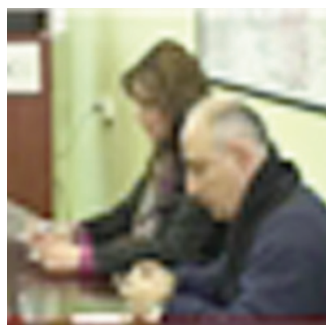
13.06.2009 ბარისასო



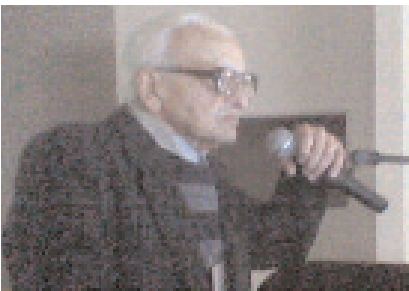
დიდი მადლობა ფონდ „SOCO“-ს და მის დამფუძნებელს სანდრა ელისაბედ რულოვს



2009 წლის 11 დეკემბერს გ. შვინიას სახელობის პედიატრიულ კლინიკას და ქალაქის პირველ საავადმყოფოს პედიატრიულ განყოფილებას ფონდმა „SOCO“-მ უსასყიდლოდ გადასცა კომპანია „NESTLE“-ს ბაეშეთა კვების პროდუქტები ბენეფიციანტებზე დასარიგებლად. კიდევ ერთხელ დიდი მადლობა ამ ჰუმანიტარული აქციისთვის



XXI კონფერენციის პრეს რელიზი



2009 წლის 19 დეკემბერს სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის მიერ ჩატარდა სამეცნიერო პრაქტიკული კონფერენცია “ბავშვთა უაფრთხოება პეცნიერების გზით” (“Children’s security through science”) და “სოციალური პედიატრია და ბავშვთა ჯანმრთელობა” (“SOCIAL PEDIATRICS AND CHILD HEALTH”).

12:00 – 14:00 ჩატარდა ევრო მეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის საბჭოს სხდომა:

სხდომაზე შეჯამდა გასული ექვსი თვის ანგარიში, რომელიც მოიცავდა პერიოდს 1 იანვრიდან 18 დეკემბრამდე; ამ პერიოდში აღდგა ვებ გვერდი eusci.geo და გაზეთს “სოციალური და ეპოლოგიური პედიატრია“-ს დაელო სექციის ლოგო, ამასთან ერთად დაკმაყოფილდა იმ წევრთა განცხადებები, რომელთაც მოითხოვეს სექციის რიგების დატოვება. საბჭომ ერთხმად დაუჭირა მხარი სექციის წესდებაში ცვლილებების შეტანას და მის პერფორმანსის გააღრმავებას.

გადაწყდა რომ:

ყველა დეპარტამენტმა გააგრძელოს მუშაობა დეპარტამენტების თავმჯდომარეების ინდივიდუალური გეგმის მიხედვით;

საბჭოს სხდომა მოწვეულ იქნას მარტის თვეში;

გაგრძელდეს მუშაობა სათაო ოფისთან სტრასბურგში, რათა

2010 წელს საქართველოს ეროვნულმა სექციამ მონაწილეობა მიიღოს ევრომეცნიერების კონგრესში ტორინოში 2-7 აგვისტოს.

ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის თავმჯდომარე: პროფესორი გ. ჩახუნაშვილი. – 18.12.2009

კონფერენციის პირველი პლენარული სხდომა გახსნა პფოფესორმა გ. ჩახუნაშვილმა.

კონფერენციის მუშაობა აკურთხა დეკანოზმა მამა ტარიელმა.

კონფერენციის მონაწილეებს მიესალმა:

საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდენტი – აკადემიკოსი პაატა კერვაღისვილი;

საქართველოს პედიატრიული აკადემიის პრეზიდენტი – პროფესორი ირ. ციციშვილი;

თსუ-ს სრულმა პროფესორმა – ყ. ფაღავამ;

საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიის სწავლული მდივანი – აკადემიკოსი ივ. დოლიძე;

თბილისის საკრებულოს კონსულტანტი – ლ. კიკნაძე;

თსუ-ს პროფესორი – მ. ჭიპაშვილი.

მეორე პლენარული სხდომა:

ლექციები და მოხსენებები

“მომავალი აბორტის გარეშე” – მ. არჩვაძე, კ. ჩახუნაშვილი.

“გულ-სისხლძარღვთა სისტემა და სპორტი – “აპივიტისა” და “ივერიული ფიტო“-ს სპორტული წვრთნის პროცესში ჩართვის აუცილებლობის შესახებ”- გ. ჩახუნაშვილი, ივ. დოლიძე, ნ. კობაკა.

სუნაშვილი, ივ. დოლიძე, ნ. კობაკა.

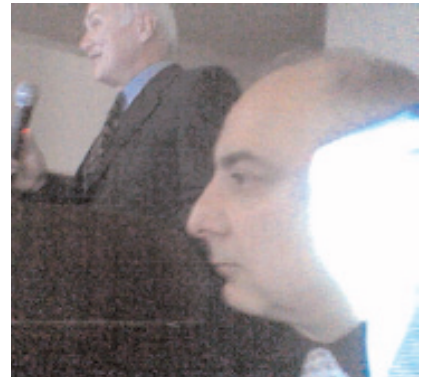
“ფიზიკური აქტივობა და ასაკში კვების პრობლემები” – დ. ზარნაძე, ი. ზარნაძე.

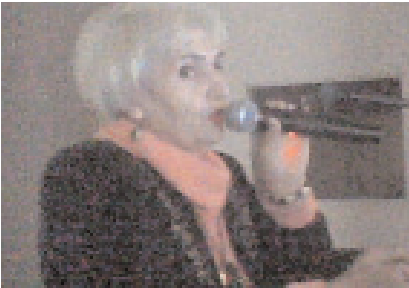
დიეტოლოგიის საკითხებისათვის ადრეული ასაკის ბავშვებში – ყ. ფაღავა.

? პრობლემები – ნ. კანდელაკი.

ბულონური ეპიდემიოლოგიის მართვის ოპტიმიზაცია ბავშვებში და ექსპერტული სისტემები – ი. კორინთელი, მ. კორინთელი, ტ. ისელია, ყ. ფაღავა.

რეპროდუქციული ასაკის ქალებში პაპილომა ვირუსული ინ-





ფექციის შესახებ ცოდნის დონის შეფასება საქართველოში – მ. ბუჭაშვილი, გ. კამკამიძე.

მწვავე აპენდიციტის თავისებურებანი ბავშვებში – მ. გიორგობიანი.

ღია არტერიული სადინარის ედოვასკულური კორექცია – ლ. კაპანაძე.

კრეონის როლი კისტოფიბროზის პათოგენეზურ მკურნალობაში – ნ. ბადრიაშვილი, ნ. თოფურიძე, მ. გიორგობიანი, ზ. შაქარაშვილი, მ. ჭყულია.

ჰემორაგიული სინდრომი ნეონატალურ პერიოდში – ა. კვეხერელი-კოპაძე, მ. კვეხერელი-კოპაძე.

ენცეფალოცელე და ართროგრიპოზის საკითხისათვის ბავშვთა ასაკში – თ. დოლაძე, მ. ლეკიაშვილი.

აღინფოციტული აგამაგლობულინემიის შემთხვევისათვის – მ. ჩიქოვანი.

მესამე პლენარული სხდომა

კონფერენციის რეზოლუციის მიღება.

მიმდინარე საორგანიზაციო საკითხები.

კონფერენციის საორგანიზაციო კომიტეტი

Georgian National Section of EUROSCIENCE;

საქართველოს ჰუმანიტარული და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემია;

International Fun the world security and child;

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი;

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი;

გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკა;

გესტოზონების შვილობილი სამედიცინო დახმარების საერთაშორისო ორგანიზაცია (OGASH);

სამედიცინო-სოციალური მეცნიერების ინტერკონტინენტალური აკადემია (IAMSS);

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია;

საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემია;

საქართველოს ექიმთა ასოციაცია;

საქართველოს პედიატრთა ასოციაცია;

თსუ სტუდენტური თვითმმართველობა;

თსუ სტუდენტთა სამეცნიერო საბჭო;

საქართველოს ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგა;

კოალიცია დამოუკიდებელი ცხოვრება “მოდრობა აფხაზეთისათვის;

სრულიად საქართველოს ქალთა კონგრესი;

ევროპის მედიკოს სტუდენტთა ასოციაცია (EMSA TBILISI);

საქართველოს პედიატრთა აკადემია;

საქართველოს სამედიცინო სპეციალისტების ასოციაცია;

ექიმთა უფლებების დაცვის ასოციაცია;

საქართველოს ბავშვთა ქირურგთა ასოციაცია;

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ცენტრი;

საქართველოს სპორტის დეპარტამენტი.

კონფერენციის თანამდგომნი:

საქართველოს საპატრიარქო; საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;

საქართველოს პარლამენტის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის კომიტეტი;

თბილისის მერიის შრომის, ჯანმრთელობის, სოციალური დაცვის და განათლება სამსახური;

საქართველო პედიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი;

კავშირი “სპორტის ჯანმრთელობისთვის, სპორტი დოპინგის გარეშე”;

შპს GIC, შპს “ივერიული”, შპს “NG”.

კონფერენციის ოქროს სპონსორი: “ავერსი”



ქართული პედიატრიის განვლილი გზის ორი ღირსშესანიშნავი თარიღი



მიმდინარე წლის 7-8 მაისს სასტუმრო “შერატონ მეტეხი პალასში” ჩატარდა საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის 80 წლის და ი. ფაღავას სახ. პედიატრიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის დაარსების 50 წლის იუბილისადმი მიძღვნილი სამეცნიერო პრაქტიკული კონფერენცია – “მტკიცებითი პედიატრია მომავლის პერსპექტივა”. კონფერენციის სახეიშო გახსნის დღეს მისასალმებელი სიტყვებით გამოვიდნენ საქართველოს საპარლამენტო კომისიის თავმჯდომარე, დეპუტატი ოთარ თოიძე, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილე მანანა ჯაფოშვილი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის რექტორი ზურაბ ვადაჭკორია, ივანე ჯავახიშვილის საელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის რექტორი ვია ხუბუა, საქართველოს ექიმთა ასოციაციის პრეზიდენტი ვია ლობჯანიძე და სხვები.

შეკრებილ აუდიტორიას სიტყვით მიმართა საქართველოს

პედიატრთა ასოციაციის პრეზიდენტმა პროფესორმა ავთანდილ კვეზერელი-კოპაძემ რომელმაც აღნიშნა: “ჩემს თავს ბედნიერ ადამიანად ვთვლი, რომ ვესწრები საქართველოს პედიატრთა ასოციაციისა და პედიატრიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის ერთობლივ იუბილეს. ეს ორივე ორგანიზაცია ჩემთვის განუყრელი სიახლოვით ხასიათდება. ჯერ კიდევ 1957 წელს, როდესაც აფხაზეთის მთავარ პედიატრად ვმუშაობდი, იმავე დროს ამ ავტონომიური რესპუბლიკის პედიატრთა საზოგადოების თავმჯდომარეც ვიყავი, ამიტომ მუდმივად მჭიდრო კავშირი მქონდა საქართველოს ძირითად პედიატრთა საზოგადოების გამგეობასთან და მუდმივად ვასრულებდი მათ დავალებებს. მეორეს მხრივ 50 წელია რაც უწყვეტლივ ვმუშაობ პედიატრიის სამეცნიერო კვლევით ინსტიტუტში. ასეთი დიდი სიახლოვე ამ ორ ორგანიზაციასთან, უფლებას მაძლევს ღრმად შევაფასო მათი წარსულის აწმყოსა და მომავლის საქმიანობა.

მეტად რთული ისტორიული გზა განვლო პედიატრთა ასოციაციამ დაარსებიდან დღემდე. გავიხსენოთ საბჭოთა კავშირის 30-იანი წლები, როდესაც პირველად ჩამოყალიბდა ეს საზოგადოება და მისი თავმჯდომარე გახლდათ ცნობილი პროფესორი და საზოგადო მოღვაწე მარიამ უგრელიძე. შემდეგი 40 წლიანი პერიოდი მეორე მსოფლიო ომის ქარცეცხლი, ოთხმოცდაათიანი წლების საქართველო და მისი გაუთავებელი კატაკლიზმები, ბოლოს დღევანდელი რთული რეფორმები საქართველოში.

ყველა ეს ეპოქალური ძვრები გარკვეულ ზეგავლენას ახდენდა პედიატრიული საზოგადოების ნორმალურ საქმიანობაზე. საჭირო იყო დიდი ძალისხმევა რომ შენარჩუნებულიყო მისი არსებობა. მაგრამ იყვნენ დიდი ადამიანები, რომლებიც წლების განმავლობაში სათავეში ედგნენ ამ საზოგადოებას, და სწორედ მათი ძალსხმევით შევინარჩუნეთ იგი. ესენი იყვნენ: მ. უგრელიძე, მ. ბოკერია, ირაკლი ფაღავა, იოსებ კვაჭაძე, ფელიციტა შოთაძე, ნოდარ ხერხეულიძე და სხვები. მომავალში საქართველოს პედიატრიულმა საზოგადოებამ დიდი როლი შეასრულა მთლიანად პედიატრიული აზროვნების განვითარების საქმეში თუნდაც ის რად ღირს რომ ამ საზოგადოების ერთობლივი ძალისხმევით გაიხსნა პედიატრიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი, რომლის ძირითადი მიზანი იყო ბავშვთა სიკვდილობის შემცირება, რომელიც საკმაოდ მაღალი იყო საქართველოში. ჩვენი ინსტიტუტი მეოთხე სამეცნიერო დაწესებულება იყო მოსკოვის და ლენინგრადის შემდეგ, იგი დიდი ავტორიტეტით და სიყვარულით სარგებლობდა კავშირის მასშტაბით. მისი პირველი დირექტორი იყო ბრწყინვალე პიროვნება, მეცნიერი, მაღალი რანგის კლინიციისტი, დიდი ორგანიზატორი პიმენ ყურაშვილი. მიზანმიმართულად და დროულად ჩამოყალიბებულმა სამეცნიერო-პრაქტიკულმა ცენტრმა შემდეგში დიდი როლი შეასრულა საქართველოში პედიატრიული ქსელის განვითარების საქმეში. ამ დიდ ღონისძიებას მუდმივად მხარს



უჭერდა და ხელს უწყობდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ელიტარული პროფესურაც.

საქართველოს პედიატრთა საზოგადოება, რომელიც ბოლო წლებში გადაკეთდა ასოციაციად, ყოველთვის მჭიდრო კავშირში იმყოფებოდა პედიატრიის სამეცნიერო კვლევით ინსტიტუტთან. როგორც მეცნერული ისე პრაქტიკული და მეთოდოლოგიური საქმიანობის წარმართვის მხრივ. ინსტიტუტი ყოველთვის გვევლინებოდა ასოციაციის ღონისძიებების გატარების ინიციატორად. ასეთი სიმბიოზი თავისებურ ახლებურ მიმართულებად უნდა ჩაითვალოს და შეუძლია დიდი როლი ითამაშოს პედიატრიის განვითარების საქმეში, აქედან გამომდინარე სრულიად მართებუ-

ლად მიმაჩნია რომ ამ ორ იუბილეს ერთდროულად აღვნიშნავთ. ვიმედოვნებ რომ ის დიდი პრაქტიკული და მეცნიერული პოტენციალი რომელიც ჯერ კიდევ შერჩენილი აქვს ასოციაციას და ინსტიტუტს ახლო მომავალში გათვალისწინებული იქნება საქართველოს პედიატრიის მძიმე რეფორმების ჩატარების საქმეში. უნდა ხაზგასმით აღვნიშნოს, რომ ასოციაცია და პედიატრიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი იმისთვისაა რომ კადრების კონსოლიდაცია და მეტი ერთსულოვნება მოხერხდეს. პედიატრიის პრაქტიკულ და სამეცნიერო სფეროში მოღვაწე ექიმების დაქსაქსულობა არ შეიძლება, რადგანაც საქმე ეხება დემოგრაფიულად ერთობ დამძიმებული ქვეყნის მომავალს.”

კონფერენციაზე კიდევ ერთხელ გაიხსენეს პედიატრთა ასოციაციის და პედიატრიის ინსტიტუტის მიერ განვლილი სახელოვანი გზა. მოეწყო ფილმის პრეზენტაცია “ქართული პედიატრიის მატრიანე” რომელშიც ნათლად ჩანს ქართველ პედიატრთა უანგარო მოღვაწეობა. ეს ფილმი არის გზავნილი მომავალი პედიატრებისთვის, რომ არ დაივიწყონ წარსული, რადგან იგი მომავლის საწინდარია.

*ავთანდილ კვეზერელი-კოპაძე,
საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის
პრეზიდენტი პროფესორი.*

ავთანდილ კვეზერელი-კოპაძე - 85

85 მხოლოდ შუადღე ყოფილა

60 წლის განმავლობაში მისკენ მიმავალ გზაზე პაციენტთა ნაკადი არ შეცვრებულა. მშობლები ყველაზე სანუკვარ, შვილებს სიცოცხლეს ანდობენ. სჯერათ და სწამთ მის მიერ დასმული დიაგნოზის მკურნალობის და რჩევის. დედა რომელსაც შვილი ჩვილობის ასაკიდან დაჰყავს ხშირად ამბობს “მან გადაამჩინა, მისი გაზრდილია ჩემი შვილი”.

მაშ თუ 60 წლის მანძილზე უამრავი ჩველი და მოზარდი განკურნა, ისხნა ისინი დაღუპვისგან უნდა ითქვას რომ ქვეყნის წინაშე ვალი კეთილსინდისიერად მოუხდია.

მაგრამ ნდობის მოპოვებამდე და აღიარებამდე იყო ბევრი

სწავლა, დაუღალავი შრომა, რაც მთავარია, ქართული ტრადიციული ოჯახიდან გამოყოფილი კეთილშობილება და ქრისტიანული ცხოვრების წესი. საქართველოში ცნობილ პედიატრზე, ამაჟამად იუბილარ ბატონ ავთანდილ კვეზერელი-კოპაძეზე მოგახსენებთ. 1 აპრილს მას 85 წელი შეუსრულდა. მაგრამ ასაკს პირადობის მოწმობაში თუ ამოიკითხავთ, თორემ მისი მხნეობა, შრომისმოყვარეობა სიცოცხლის ხალისი და სიყვარული ბევრ ახალგაზრდას შეშურდება. თუ ამას დავამატებთ როგორ მართავს მანქანას, რა მოხდენილად იცეკვა შვილიშვილების ქორწილში ბაღდადური და ვალსი უნდა ვირწმუნოთ რომ

ადამიანისათვის 85 წელი მხოლოდ შუადღე ყოფილა.

ამას გვიდასტურებენ ბატანი ავთანდილის მეგობრები: “ მისთვის არ რასებობს საქმის გადადება, სამსახურის გაცდენა, უგულოდ არასდროს მოკიდებია სამუშაოს...” არ მახსოვს შეცდომა დაემუშავა დიაგნოზის დასმისას” (ქეთევან ანჯაფარიძე)

50 წელზე მეტია ვმეგობრობთ და ეს გძნობა არ განელებულა, ის არაჩვეულებრივი პიროვნებაა. უკეთილშობილესი გულითადი მოყვასია, ძალზე უშუალო, ყველანაირად ცდილობს წაქცეულს დაეხმაროს, მთელ სამხაკაცოში გაჭირვების ტალკევისა, იცის როდის და როგორ ამოგიდგეს მხარში...

ძველი სპორტსმენია, ძველი კალათბურთელია და დღემდე სპორტული სპორტული ჟინი აქვს. ცნობილია მისი ჭადრაკისადმი სიყვარული, აუცილებლად უნდა მოგიგოს, თუ ვერ ახერხებს ცხარდება, თუ მოგიგო ბავშვით უხარია... ვაჟაკია, უკან არაფერზე დაიხევს, მოქეიფეც არის, რაც მთავარია უშიშარია... გვყავს ერთი უცოლშვილო მეგობარი, არასდროს ავიწყდება მისი დაბადების დღე 29 დეკემბერი. თავად არის წვეულების ორგანიზატორი, ვგებავთ, ვემზადებით სად ავღნიშნოთ, ასე გრძელდება წლების განმავლობაში... (მინდია სალუქვაძე).

ხშირად ადამიანები ორსახოვანნი არიან, თუ პროფესიაში დიდ წარმატებას აღწევენ, ადამიანურად ბევრს ვერაფერს მატებენ თავის ღირსებას. ბატონი ავთანდილი იმ ბედნიერ ადამიანთა შორის ბრძანდება, რომელთაც პარმონიულად აქვთ შერწყმული პროფესიონალიზმი და ადამიანური ღირსებები, რითაც გარშემომყოფთ ცხოვრებას უღამაზებენ და უადვილებენ. ბატონი ავთანდილი თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის დამთავრების შემდეგ მუშაობას იწყებს სოხუმში, პროფესიის სრულყოფის მიზნით კლინიკურ ორდინატურაში აგრძელებს სწავლას მოსკოვის საკავშირო სამედიცინო აკადემიის პედიატრიის ინსტიტუტში. ამას მოჰყვება საკანდიდატო და სადოქტორო დისერტაციების დაცვა.. სამსახური სხვადასხვა საპასუხისმგებლო თანამდებობაზე. მნიშვნელოვანია მისი დეაწლი როგორც პედაგოგისა, თბილისის სხვადასხვა სამედიცინო ინსტიტუტსა და უნივერსიტეტში. მისი ხელმძღვა-



ნელობით დაცულია რამდენიმე საკანდიდატო დისერტაცია. გამოქვეყნებული აქვს 160 ნაშრომი და 4 მონოგრაფია. 1996 წელს კონკურსით არჩეულია პედიატრიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის ჰემატოლოგიური განყოფილების ხელმძღვანელად, სადაც დღემდე მოღვაწეობს. 1999 წელს არჩეულია საქართველოს მედიკო-სოციალური აკადემიის ნამდვილ წევრად და ვიცე-პრეზიდენტად, 2001 წელს კი მედიკობიოლოგიური აკადემიის აკადემიკოსად. 2003

წელს აირჩიეს საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის პრეზიდენტად, რედაქტორობს ჟურნალ "საქართველოს პედიატრიას". ეს მხოლოდ მოკლე ანოტაციაა მისი საქმიანობისა. მალალი პროფესიონალიზმით, საკუთარი თავისადმი და ხვებისადმი მომთხოვნელობით, დაუღალავი შრომით, სადაც კი მოღვაწეობს ყველაგან მნიშვნელოვან კვალს ავლებს. ადამიანისთვის, როგორ წარმატებასაც არ უნდა აღწევდეს, ყველაზე მნიშვნელოვანი ოჯახის შექმნაა და ბატონმა ავთანდილმა თავისი ცხოვრების ეს მხარეც შესანიშნავად ააწყო. შექმნა სიყვარულზე დაფუძნებული ოჯახი, მეუღლე ელენე მანჯგალაძე ექიმი-პედიატრია,

მუშაობს ბავშვთ რეაბილიტაციის ცენტრში, ჰყავს ორი ღირსეული ქალიშვილი: მარინა კვეხერელი-კოპაძე, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიული დეპარტამენტის დოცენტი, მაია კვეხერელი-კოპაძე, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ქართული ენის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი, ამავე დროს ხელმძღვანელობს საქველმოქმედო ასოციაციას რომელიც წლების მანძილზე ემარება სოციალურად დაუცველ თანამემამულეებს.

ჩვენი ასოციაციის დამოკიდებულება ბატონი ავთანდილისადმი განსაკუთრებულია, ამიტომ მილოცვა და მადლობაც განსაკუთრებულად გვაპართებს, რადგან თითქმის 15 წელია უანგაროდ მონაწილეობს ასოციაციის მიერ მოწყობილ საქველმოქმედო სამედიცინო აქციებში. აქციების დროს მისი კაბინეტის კართან ყოველთვის დიდი რიგი დგას, ბავშვს თუნდაც არაფერი სტკიოდეს, მაინც ეშურებიან შვილი ცნობილ პედიატრს გაასინჯონ..

ბატონი ავთანდილის და მისი შვილების ქველმოქმედება არც უნდა გაგვიკვირდეს, მის პაპა-ბებიას დიდ თანხა შეუწირავს თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მშენებლობის ფონდში. და საერთოდ როგორც ქრისტიანები ყოველთვის იყვნენ მოყვასის დამხმარენი.

ბატონო ავთანდილ, გილოცავთ საიუბილეო თარიღს, ჯანმრთელობას გისურვებთ, შთამომავლობის გამრავლებას. პატარა ლუკას, ვახტანგის, გიორგის და ელენეს ქორწილებში კვლავ მოხდენილად გეცეკვოთ ბედღადური.

სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია „ბავშვთა და მოზარდთა პედიატრია“

მომავალი აბორტის ბარეჟი

ტერიტორიული მთლიანობისა და სოციალური პრობლემების შემდეგ, საქართველოს ერთ-ერთი უდიდესი სირთულეა დემოგრაფიული პრობლემა. მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო წლებში ისევ იწყეს შობადობამ მატება, ეს მაინც არ არის საკმარისი პრობლემის მოსაგვარებლად. ამას ხელს უშლის ხელგონური აბორტი!

აბორტი საქართველოში ტაბუდირებულ თემებში შედის და მისი, როგორც პრობლემის, აქტუალობა ნოლს უტოლდება. ამ პრობლემის გადასაწყვეტად დღემდე რეალური ქმედება არ ყოფილა. მის განხილვას რამოდენიმეჯერ დაეთმო “თოქშოუების” ეთერი, მაგრამ აბორტის შესახებ ინფორმაცია და თანმდევი პრობლემები მაინც ბუნდოვნი რჩება ფართო საზოგადოებისთვის; განსაკუთრებით, მოზარდებისთვის, რომელთაც წარმოდგენაც კი არ აქვთ აბორტების საშინელი შედეგების შესახებ.



ზუსტად, ამ მიზეზის გამო თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტებმა გადაწყვიტეს, ვიმოქმედოთ პრობლემის დასაძლევად და, იმედია, ეს იქნება მხოლოდ და მხოლოდ ბიძგი, რომელიც გამოაფხიზლებს ხალხს და სხვადასხვა პროფესიის, ეთნოსის, აღმსარებლობის ადამიანებით გაივსება აბორტის მოწინააღმდეგეთა რიგები.

პროექტის ერთ-ერთი მთავარი მიზანია, მიაწოდოს მოზარ-

დებს (14-19 წლები) ინფორმაცია ხელგონური მუცლის მოშლის და მთელი რიგი გართულებების, რომლებიც მოყვება აბორტს, იმ საფრთხეზე, რომელიც თითოეულ ჩვენგანს შეიძლება დაემუქროს, შესახებ (ადვილია გადაწყვეტილების მიღება, როდესაც არ იცი, რომ უკლებლივ ყველა აბორტი ბავშვის გულისცემას აჩერებს, არ აძლევს სიცოცხლის უფლებას!). ჩვენ ბავშვებში უნდა გაავლივოთ პასუხისმგებლობის გრძნობა. ეს გულისხმობს, რომ ყოველმა ახალგაზრდამ უნდა გააზროს სქესობრივი კავშირის არსი, რომელიც სამყაროზე ახალი სიცოცხლის მოვლენას გულისხმობს. ასევე ჩვენი მიზანია, რომ მშობლებსა და ბავშვებს შორის ჩატეხილი ხიდი აღდგეს. თუ მშობელი შეილთან მეგობრულად იქნება, შეილი არასასურველი ორსულობისას, პირველ რიგში, მას გადაუშლის გულს და დახმარებას სთხოვს, რაც ასევე, ჩვენი აზრით, რამოდენიმე ათეულ ან ასეულ აბ-





ორტს აგვა-ცილებს თავიდან, გადავარჩენთ ამ ბავშვთა დაუცველ სიცოცხლეს, რომელიც ჩვენზეა მონდობილი!

აბორტი, ზოგადად, დამანგრეველია ქალის ორგანიზმისთვის, თუმცა პირველი ფეხმძიმობის ხელოვნურ მოშლას მოჰყვება ისეთი გამანადგურებელი მოვლენები, როგორცაა: უშვილობა (უმრავლეს შემთხვევაში), საშვილოსნოსგარე ორსულობები (შეიძლება დედისთვისაც სასიკვდილო გამოდგეს), უმძიმესი ფსიქიკური მდგომარეობა (პოსტ-აბორტული სინდრომი გაცილებით მძიმეა პირველ ორსულობა მოშლილ ქალებში).

ჩვენი, სტუდენტების, კიდევ ერთი მიზანია, კანონმდებლობის ან ფსიქოლოგიურ დონეზე, მაინც, აკრძალვით პირველი ორ-

სულობის აბორტი, და მოზარდებს 18 წლამდე დასჭირდეთ მშობლის ნებართვა აბორტის გასაკეთებლად. საზ-გასასმელია, რომ პირველი ფეხმძიმობის ხელოვნური მოშლა მოზარდებში იწენს თავს, რაც ქმნის საშიშროებას, რომ მომავალი თაობების სუსტი სქესის წარმომადგენლების რაღაც ნაწილი უშვილო იყოს.

აღამიანებმა უნდა იცოდნენ, თუ ვის ანადგურებს ხელოვნური აბორტი; ის სიცოცხლეს ართმევს პატარა არსებას! ნაყოფი მას შემდეგ, რაც მიემარება საშვილოსნოს კედელს (მე-3 კვირიდან), არის პიროვნება და მას უფლება აქვს იყოს დაცული (ის, ვისაც ჰგონია, მუცლადმყოფი ბავშვი ქსოვილის გროვავა აბორტს იკეთებს და მხო-

ლოდ ამის შემდეგ ხვდება, რომ ისტორიის შეცდომა გაიმეორა)! ჩვენთვის ცნობილია, რომ საქართველოში ათეული წლებია არსებობს მოძრაობა (“ნანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული”), რომელსაც ჩვენ ვუერთდებით და ვფიქრობთ, საქართველოს საკანონმდებლო ორგანოში, პარლამენტში, ბავშვისა და დედის უფლება სიცოცხლესა და ჯანმრთელობაზე კანონში გამოიყოს და მძლავრად შემუშავდეს კანონი მუცლადყოფნის პერიოდზე. ამასთან უნდა მოიძებნოს სხვადასხვა სახელმწიფოში სამთავრობო ან არასამთავრობო ორგანიზაციები, რომლებიც შემოღვიერთდებიან და მხარში დაგვიდგებიან, გაგვიზიარებენ თავიანთ გამოცდილებას. აბორტი სხვა



არაფერია, თუ არა სიცოცხლის ხელყოფა, ანუ მკვლევლობა; ყოველივე ამის შემდეგ როგორ შეიძლება ქალის უფლებების დასაცავად შემოღებული “მკვლევლობის უფლებით” მანიპულირება?! აბორტს არ უნდა შევუბრუნდეთ, ჩავთვალოთ ზნეობრივ ან ნორმალურ მოვლენად. კანონს არ ძალუძს, მოგვცეს ამორალური საქციელის ჩადენის უფლება!

დიდი იმედი გვაქვს იმის, რომ თქვენ გვერდში დაგვიდგებით და მივალწვეთ სასურველ შედეგს! ადამიანები, რომლებიც იბრძვიან აბორტის წინააღმდეგ, ეს ის ხალხია, ვინც იცავს ადამიანს ფუნდამენტურ უფლებას – სიცოცხლის უფლებას! ჩვენ ვიცავთ სიცოცხლეს, თქვენ?!

2008 წელს ოფიციალურად აღირიცხა 22062 აბორტი, 2.1% პირველი ორსულობის მოშლა. 6 გააკეთდა 15 წლამდე, ხოლო 1359 15-19 წლის ასაკის ქალებში.

შობადობა 56025.

სტატია მოამზადეს მ. არჩვაძემ და დ. ჩახუნაშვილმა

აბორტები და კონტრაცეპტივების გამოყენება, საქართველო, 1991-2008

წელი	ცოცხალ-შობილები	აბორტი	აქედან მინი-აბორტი	1000 ცოცხალ-შობილზე აბორტი	საშვილოსნო-შიდა საშუალებები	კონტრაცეპტივები
1991	89091	59384	9772	717.7	15790	7732
1992	72631	50748	10256	730.8	9588	5419
1993	61594	45131	8391	789.4	8379	3468
1994	57311	45858	10295	857.9	9127	3983
1995	56341	39538	7522	715.2	9538	5181
1996	53300	30003	5867	554.1	10817	3699
1997	52851	23403	5541	447.6	8171	4869
1998	49588	21018	6806	423.8	9148	6276
1999	46827	18306	6549	390.9	11539	9142
2000	46765	14951	5414	319.7	9120	7865
2001	46006	15008	5330	326.2	9032	8755
2002	45033	13908	5143	308.8	8252	8143
2003	44093	13834	5183	313.7	9084	9340
2004	46373	17210	6552	371.1	9047	10996
2005	47022	19734	6710	419.7	9643	10783
2006	47856	21204	7478	443.1	7581	10742
2007	49476	20644	7583	417.3	7548	9541
2008	56025	22062	7662	393	6554	12171



Government of the Autonomous Republic of Adjara



Shota Rustaveli State University in Batumi



International Foundation for Sustainable Development



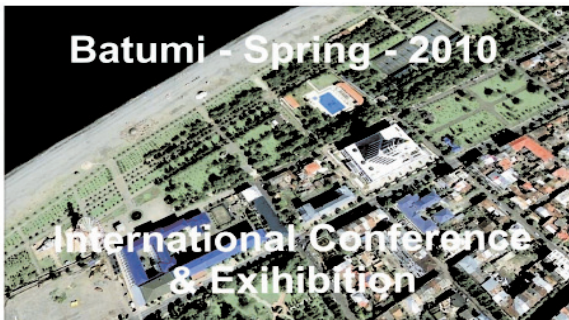
Euro Mediterranean Academy of Arts and Sciences



Intercultural Euro Mediterranean Center for UNESCO

მიღებულია “მედიცინის და სპორტის მეცნიერული კარტვის კონსულტაცია.”

7-8-9 მაისს ბათუმში ჩატარდა მსოფლიო კონგრესი, 2010 სადაც ორასამდე მოხსენება და ლექცია წაიკითხა 50-ზე მეტმა უცხოელმა ცნობილმა მეცნიერმა 41 სექციაში კონგრესზე ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი თემა იყო “მედიცინის და სპორტის მეცნიერული მართვის კონცეფციის განხილვა და მისი მიღება.” მთავარია იგი დროულად განხორციელდეს.



Second Circular

May 7 - 9, Batumi, Georgia

გაგრძელება 39-ე გვ.

ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის კურსი (ბავშვთა და მოზარდთა უსაფრთხოება მეცნიერული გზით) მედიცინა და სპორტი

სოციალური პედიატრიის დაცვის
ფონდი, თბილისის სახელმწიფო
სამედიცინო უნივერსიტეტი,
მედ. მეც. დოქტორი, პროფესორი
ბ. ჩახუნაშვილი



Prof. Dr. Med. George Chakhunashvili
SPPF (for ESGNS)
Ljubljana St. 21 Tbilisi 0159
Republic of Georgia

Strasbourg, 4th of May 2010

Dear Professor Chakhunashvili,

I would like to thank you for bringing the Batumi-Spring-2010 International Conference to our attention and also to congratulate you for the active participation of the Euroscience Georgian National Section in this event. Unfortunately, I have too many commitments to find the time to participate and I apologize for this.

The Euroscience head office is heavily involved in the career programme of ESOF2010. In this framework we stress the opportunity for young scientists in your country to apply for a grant allowing the participation in ESOF2010. Please visit the web site for further information. Unfortunately, we have no such financial facilities to support other participants. I nevertheless hope that you or a member of the ESGNS staff will be present in Torino. I understand from a phone call from Professor Paata Kervalishvili that he will be visiting France during dates close to the ESOF event with a possible detour to Torino. Please give my best regards to him.

Regrettably, I see little chance for you at this time to intrude into the session programme with a presentation. The programme committee of ESOF2010 in Torino did not consider poster presentations. Only oral contributions in the framework of a session are accepted. The deadline for submitting a session has been closed since 15th of September 2009 and the organizing team is about to finish the final draft of the programme book. It will be difficult to find a slot for an additional session. We did inform Mrs. E. Saqvelidze of this procedure when she was visiting our office.

Again I congratulate you and the Council for your involvement in bringing more visibility to the activities of Euroscience and to its Georgian National Section.

I am looking forward to the opportunity to meeting you soon.

Best regards

Raymond

Raymond Seltz
Secretary General

Euroscience
1 Quai Lezay-Marnésia
F-67000 Strasbourg
Tel: +33 (0)388 24 11 50
Fax: +33 (0)388 24 75 56
E-mail: office@euroscience.org
<http://www.euroscience.org>



აქტუალობა – ზუსტმა სამედიცინო სტატისტიკამ, სამედიცინო უმაღლესმა ტექნოლოგიებმა და თანამედროვე კომპიუტერულმა სისტემამ უნდა განაპირობოს მსჯელობა ბავშვთა და მოზარდთა უსაფრთხოებაზე. მეცნიერების განვითარება უნდა ეყრდნობოდეს ბიოეთიკურ ნორმებს. იგი უნდა განისაზღვრებოდეს სოციალურ-ეკონომიკურ და ეკოლოგიურ გარემოსთან ერთად.

მიზანი – ჩვენს მიზანს წარმოადგენდა მედიცინის, სპორტისა და განათლების სისტემაში ბავშვთა და მოზარდ სპორტსმენთა მეცნიერული მართვის მოდელის შექმნა.

მეთოდოლოგია და მასალა – გაანალიზებულია სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის მიერ 1998-2009 წლებში 88 ათასი სხვადასხვა რეგიონში კონსულტირებული და თსუ-ს პედიატრიულ კლინიკაში გამოკვლეული ბავშვების და მოზარდების მონაცემები. ამასთან ერთად გამოყენებულია ამ წლებში ჩვენ მიერ შესრულებული სხვადასხვა საგრანტო პროგრამების მონაცემები, რომლებიც მოიცავს ანამნეზს, კლინიკო-ლაბორატორიულ და ინსტრუმენტული კვლევების შედეგებს.

შედეგები: მიღებული მონაცემების შედეგად აუცილებელი გახდა მსჯელობა: რეგიონის საერთო სიტუაციაზე

მოსალოდნელ სიცოცხლის ხანგრძლივობასა და სიკვდილიანობაზე

მოსალოდნელი ჯანმრთელი ცხოვრების ხანგრძლივობაზე დაავადებათა კლასებზე როგორცაა კერძოდ:

ა) ინფექციური დაავადებები – სქესობრივი გზით გადამდები (HIV/AIDS-ის ჩათვლით) ტუბერკულოზი, მალარია, ვაქცინოპროფილაქტიკით თავიდან ასაშორებელი დაავადებანი (დიფტერია, აპოპატიტი პოლიომიელიტი)

ბ) არაინფექციური დაავადებები (გულ-სისხლ სისტემის დაავადებები 2010 წელი

ბი, სიმსივნეები, სიმსუქნე, შაქრიანი დიაბეტი)

გ) ფსიქიური ჯანმრთელობა დ) უბედური შემთხვევა და ტრავმები

და რა თქმა უნდა სპორტში, სადაც ბევრი რამ დასარებულირებული აღმოჩნდა ჩაბმული თითქმის ყველა თაობის პიროვნებაზე.

შემუშავდა ახალი მეცნიერული მართვის მოდელი სპორტსმენთა დაავადებათა პრევენციისათვის.

დასკვნა – აუცილებელია საკანონმდებლო ბაზით რეგულირდებოდეს:

ბავშვთა, მოზარდთა (მოყვარულთა, პროფესიონალოთა) და ტვირთის მინიმალური და მაქსიმალური ზღვრები (ჯანმრთელობის ცნობაზე დაყრდნობით).

სპორტში ჩაბმისათვის აღმინისტრატორებსა და ბენეფიციარებს, ან მათ მეურვეებს, შორის აუცილებელი იურიდიულად გამართული ხელშეკრულებების გაფორმება, ასაკის და სპორტის სახეობის შესაბამისად.

- მომზადდეს სპორტსმენთა დატვირთვის, კვების, ორგანოთა ფუნქციების და უფლებათა დაცვის სრულყოფილი ეროვნული კონცეფცია.

EUROSCIENCE GEORGIAN NATIONAL SECTION COURSE (CHILDREN AND YOUTH SECURITY THROUGH SCIENCE) MEDICINE AND SPORTS

*Social Pediatrics Protection Fund,
Tbilisi State Medical University,
G. CHAKHUNASHVILI MD PhD Professor*

Actuality - Exact scientific statistics, high medical technologies and modern computer system must determine conversations about children and youth security. Development of science must lean on bioethic norms. It must be determined by social-economical and ecological environment.

Aim - Our aim was creating scientific governing model of sportsmen (children and young) in medical, educational and sports systems.

Methods and Materials - Datas of children and youngsters, which had been retrieved in 1998-2009 different regions (88 thousand) during consultations and in TSMU pediatric clinic during patient examinations, were analysed by Social Pediatrics Protection Fund. We also used data of different grant programs, which were executed by us and consists of anamnesis, clinical-laboratorial and instrumental executing results.

Results - After analysing data several subject must be discussed:

Total Situation of Region
expected life span and death-rate
expected span of healthy life

classes of diseases, such as:

a) infectious diseases - tuberculosis passing through sexual way (including HIV/AIDS), malaria, diseases which might be prevented by means of vaccine prophylaxis (diphtheria, hepatitis, poliomyelitis)

b) non-infectious diseases (cardiovascular diseases, tumors, obesity, diabetes mellitus)

c) psychic health

d) accidents and traumas

and, in the end, every person who are involved in sports, where we found a lot of thing that must be regulated.

New scientific governing model for preventing sportsmen diseases was worked out.

Conclusion - It is important that several things must be controlled by law:

a) Maximum and minimum load for children and youngsters (on the basis of health notification)

b) For involving in sports juridically precised document formation among administrators and beneficiaries or tutors, corresponding to age and type of sport.

A national conception must be worked out about Sportsmen load, feeding, organ functions and rights protection.

CHRONIC ECOLOGICAL STRESS AS A PREMISE FOR THE FORMATION OF PATHOLOGICALLY AGGRESSIVE ORGANISMS

*N. G. ALEKSIDZE
Tbilisi State University, Chavchavadze 1, Georgia*

Study of the neurochemical basis of ecological and chronic stress in killer rat's formation is one of the actual problems of the modern neurobiology. This problem is of great importance regarding former Soviet republics, where the number of the criminal actions and murders raised up to 2-3 times within last 10 years. There is no doubt that one of the main reasons of increased aggressive attacks has environmental nature: aggression social ecology, unemployment, business failures, bankruptcy, alcoholism, drug abuse etc. With the motivation-emotional analysis strong conjunction between stress,

aggression and murder has been determined. Each form of the emotional outburst is integrated by its own psycho-physiological state and is realised by specific neurohormons. Unfortunately, there are no significant data that would allow us to determine cause-and-result interaction between psychological and neurochemical processes.

Bearing in mind the above mentioned we have conducted the research of rats' behaviour and neurochemical correlation's during natural and chemical stress, leading to pathological aggression and formation of killer rats.

Experiments were performed on outbred male albino rats. Quantitative assessment of biogenic amines was implemented using HPLC. The

rats were maintained in individual cages at the 1:23 light/dark regimen and 15-18°C. In order to investigate changes in the number of lectin-binding receptor during chronic stress, the erythrocyte membrane surface was examined using lectins with different specificity to carbohydrates

During natural and chemical aggression, concentration of dopamine and norepinephrine in hippocampus and hypothalamus, increases approximately 1.5-2.5 times. At the same time the concentration of serotonin decreases more than by 70%. As usual, more effective changes in the distribution of biogenic amines are found in naturally aggressive rats.

Bearing in mind the problems with electrical power, light deprivation in Georgia, combined with the low temperature they were used as the stress-factors. During light deprivation the quantitative concentration of the serotonin decreased within the brain of the non-aggressive, as well as in aggressive rats. It seems that light deprivation, combined with the low temperature is main reason for pathological aggression and killer-rats formation. The chronic stress had strong influence on structural organization of the erythrocytes membrane too. Binding of lectins with different specificity to carbohydrates showed that chronic stress and pathological aggression is accompanied by the changes in the chemical composition of the erythrocyte membrane surface, specific activity of PNA lectins decreased significantly more than 128-times, specific activity of SNA and WGA decreases 2-times.

Thus, it has been shown that disturbance of the biological rhythm with the light deprivation, combined with the low temperature and social isolation, results in stress and pathological aggression, leading to the formation of killer rats, which is the

result of the disruption in the brain metabolism of biogenic amines.

A simple method with the use of lectins, for the diagnosis of the stress and aggression, is proposed.

ნ. ალექსიძე

ო. ჯავახიშვილის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბიოლოგიის ინსტიტუტი

ქრონიკული სტრესი და პათოლოგიური აბრუსია მკვლელი ორგანიზმების ფორმირების წინაპირობაა

რეზიუმე

შესწავლილია ქრონიკული სტრესისა და პათოლოგიური აგრესიის ნეიროქიმიური საფუძვლები, რაც მკვლელი ორგანიზმის ფსიქოემოციურ სუბსტრატადაა მიჩნეული და რაც თავის ტვინში ბიოგენური ამინების მეტაბოლიზმის დარღვევასთანაა დაკავშირებული. აგრესიისა და მკვლელობის პრევენციის მიზნით ავტორი გვთავაზობს: 1. შეიქმნას სკოლებში ფსიქოლოგების ინსტიტუტი და კომპიუტერული ბანკი თითოეული მოსწავლის მიერ ფსიქოემოციური ქცევითი რეაქციების დარღვევის შესახებ; 2. ყველა მოსწავლეში ციტოგენეტიკურად იქნას შესწავლილი ქრომოსომების თვისობრივი განაწილება პოტენციური მკვლელის გამოსავლენად. 3. ერთორციტების დონეზე დადგინდეს დარღვევები მემბრანების სტრუქტურულ ორგანიზაციაში ქრონიკული სტრესული და პათოლოგიურად აგრესიული ახალგაზრდების გამოსავლენად. მიღებული იქნას გადამწყვეტი ზომები ფსიქოემოციური დარღვევების მქონე ბავშვების მედიკამენტოზური თუ კოგნიტიური მკურნალობისათვის.

EFFECTIVENESS OF BEOTOMOGRAPHY IN PSYCHOPHYSICAL TRAINING DIAGNOSTICS

IGOR DOLIDZE

TSMU physical medicine and rehabilitation department

Actuality – in modern sports subjects of psychophysical training diagnostics are really important.

Aim – aim of our research was determining effectiveness of beotomography in Psychophysical Training Diagnostics.

Methods and Materials – We used new diagnostics method beotomography in 24 high qualified sportsmen (Fighters and Athletes) during increasing

load for determining health situation and training value. By using this method we observed induced emission, which gave us wave models of organs and organ systems. With computer calculation parameters graphic analysis we were able to find disbalance of free energy, structural damages and functional abilities of organs.

Conclusion – Observations during training process and analysis of wave models revealed exact value of health and training, it's weak functional rings and gave us information about abolished homeostasis for restoring it.

Hygiene of pupil's Mental Work

MARINE GURGENIDZE

Human does physical and mental work during his being and advance. Articulate group of people start their physical work in the adult ages, but the mental work needs to be started in the early ages. All this need the right specific recommendations and dependence on the strict rating.

The mental ability divides into different kinds. Each of them makes different demands. There is a work which needs a big significant or a big memory and so on. To make it successfully needs different intellectual functions agreed exercises. Mental abilities peculiarities depend on knowledge, memory, thinking demands a few energies spend from the less activeness of muscles. the regime of day. It is very important to apportionment the time for mental work, rest, walk, improved sleep. Balanced nourishment and medical place's self-discipline is very important too. If the work is not on the same time and is not also nominal ages appropriate it causes confusion of memory, thinking, perception and so on.

Researches argues that the mental work's results depend on human's health condition, sentiment, on the climate of family and work, on the circumstance of physical index. In an unhealthy organism and in an advisable circumstance (as physical as psychic aspect) starts earlier boring. Health comprises somatic, physical, psychic and moral components. Somatic and psychic components develop physical abilities in human. On health psychic component depends the will to do the work, but ethical component defines human's feelings about obligations toward the work.

There are healthy criterions to estimate the health, peculiarly:

- Appropriate to organisms and its individual organ's functional forms operating physiologic process and spare indexes.
- Any disease's or advance 's anomaly's brand of development.
- Index of organism's physical advance, weight, high, circuit of breast, hand's force and so on .
- Human's development.
- Human's sentimental index about different work.
- Human's moral and inward value's index

All adults have reactions in any kind of movement which is happening around him. He feels the change of temperature, air, light and is going the chronic actions from plants and animals. All those make as physical as mental development in adults organ's physiological functions.

Nervous system controls the processes and accordingly mental work in the organism in which the leading is head's brain's crust. Apprehend, memory, thinking, speech and labour activities. All those depend on crust's action. On nervous system always interactions processes of excite and interrupt which makes the action of nervous system's account. All those processes are very important for upbringing and teach. On them depends to make new nervous connections and habits.

By the change of age changes the possibilities of mental work. As high is child's age as high is his able to work. The processes processing in the organ is better regulated by the main substances, especially by oxygen. By the help of this increases child's abilities.

During the work human's brain face another period.

1. Manufacture phase.
2. Mental abilities optimal condition's phase
3. Tiredness phase.
4. The last energy's come (13,p.22)

The quickness and duration between those phase depends on child's age and on the condition of his organ's health.

After the last energy's come begins tiredness from which the work becomes in fructuous. During the week the abilities of mental work increases or decreases, in the beginning and in the end of the week. All factors action causes the group of changes in the organism and G.Seliem called reaction of alarm. Scientists admeasured that after 24 hours alarm reaction in the organism goes second changes.

Alarm reaction is only the start circle of processes which makes the organism more stronge toward those reactions which caused. Organism somehow prepares to meet the action. Because of that the second stage is called the reaction of wait. In that way during the attack from outward universe in the human body develops the reaction of wait. Because of that the reactions of outward universe in the organism may be develop three kinds of changes. In the weak influence realizes active increase of organisms' and stuples'

After the influence the organism has to work under the unload. In such situation the organism loses its compensating force and starts diseases and falls mental work abilities.

Every child has his ability toward the adaptation but this abilities are changeable during the day, week and the year. The abilities of mental work increases and falls during the week. The ability of adaptation toward the tiredness is fall after long holidays. Adaptation ability fall towards tiredness can be seen through the health showing change. According to this we can make conclusion. It is very important to choose the right duration and it is not necessary to change the holidays duration in different academic year. It prevents human's adaptation to the processes of education.

Decreasing the ability of mental work can be proved by the signs of tiredness. Observations showed that tiredness can be different in different children. Exactly: for sanguine it is characteristic to be always cheerful and to have desire of redundant movement. Choleric- it is characteristic for them to be explosive, to express a little aggression. Melancholy people are always spineless and sleepy. Phlegmatic people are usually slack.

We researched the ability of mental work on the observations of tiredness in children of different age. We were observing characteristics, activeness, emotions, the ability of laconic thought, attentiveness, sitting pose, interests. During lessons we were giving pupils questions due to individual data and we were observing exactness of answers. In different situations differently active pupils expressed tiredness differently: sanguine appeared firm and they expressed tiredness late, during physical activities they quickly returned ability of work. Choleric type of pupil were tired earlier, they restored ability of work difficultly. Phlegmatic pupil were tired later, the ability of work phase was late. Melancholy pupil expressed sparseness, sleepiness and spinelessness earlier. The Restoration of ability of mental work was later.

One of the most important fact is children's differentiate by the foresee their individuality. Change of work ability dur-

ing the day depends on child's biorhythm. Exists children who wakes up early and go to sleep early too. They make their work in the morning and their work is best. The second type of children make their work in the second part of day. They go to sleep late and wake up very late too. Their ability to work is very high from 11 o'clock to 13 o'clock and from 16 o'clock to 18 o'clock. It is inevitable to choose the appropriate regime at school. For the first type children the lessons must be conducting in the first half of day. And for the second type children - in the second half of the day.

To normalize lessons quantity according to the age, the optimal chose of holidays during the term and academic year.

Weeks loading must be ascertain in the same age groups by the foresee of organism's physical and psychic condition. It is inevitable to foresee nearest zone's development.

Week's loadings: 1 class-18-20 hours, 2 class-20-22 hours, 3 class-21-23 hours, 4 class-21-23 hours, 5 class-21-23 hours, 6 class-26-28 hours, 7 class-28-30 hours, 8 class-28-30 hours, 9 class-30-32 hours, 10-12 class-30-32 hours. (9)

During teach on pupil acts following phycho- pedagogical factors:

1. Educational program text-books, the methodology of conducting lesson.

2. Condition of education (lesson's schedule, non-class work, educational outward)

To avoid the tiredness is very important lessons structure, regulation of load, lessons rating. As the Pick-form of mental activity develops from 11 till 13 o'clock and from 16 till 18 o'clock in the evening, we recommend to include easier subjects as the first lessons. In the first lesson to diligence in difficult subjects causes effort nervous system, because of that is desired to start with middle and then to crossing into difficult subjects, which needs a lot of attention and concentration. Researches show that in the end of the lessons is very low ability to work because of that the easy lessons must be in the end of the lessons such as (music, art, labour and so on).

It is inevitable to normalize home-works quantity. In the first grade's second half pupils must expense only 1 hour for home-works, second grade's pupils-1,5 hours, 3-4 grade's pupils- 2 hours, 5-6 grade's pupils-2,5 hours, 7-8 grade's pupils- 3 hours, 9-10 grade's pupils 4 hours.

Load must stimulate child's development.

Researches showed that the ability of adaptation of tiredness depends on the length of holidays. During short holidays youngsters can't restore the ability of work but after long period holidays, organism starts working tensely and the adaptation of tiredness goes down. It is very important to choose terms and length of holidays optimally at the end of the year. And realization of it without changes.

Degree of intensive teaching changes the capability of working in children. Sh. Chesnokov, E.K Strout, E.M. Kurdinov computed parameters from which is possible to estimate educational load.

1. Quantity of knowledge elements. (explanation, term, rule, facts, appearance)

2. Text's volume (basic and additional volumes)

3. Number of home-work which is made by pupils at home and at school

4. Time which is necessary for making home-works

5. Time which is necessary for systematic repetition, checking and knowledge control. (13. p.25)

It is important to calculate all these parameters according pupils physical-psychological development and to maintain all these parameters precisely. Adding more learning

programs increases pupil's emotional loading. When sitting lasts too long, organism feels statical influence and additionally high physico-emotional influence, which is provoked by intensive program. As a result pupil gets tired early and it is frequent in pupils to rise illness and sickness. (6,7,8.) Analysis showed that at intensive learning classis index of disease is higher, than in classis learning basic program. (during 1 year correlation number of healthy people to children's common number)

According to Vigocki's theory a child has cultured hither and actual zones. Actual zone means where the child studies independently and hither zone means where the child's studies by the help of somebody. This is the perspective zone It is very important to forecast the right load. In other way the child's development stops. The increase of the program intensity according to the Vigodsky's nearest zone is possible only in case of physical activeness.

Moving is necessary for life, it improves muscle's, capillary's brain's centre's actions. During the moving process of thinking is fast. It is very important to make physical exercises during the lessons, during home-works. Physical work, moving is humans natural demand. The system of is possible only different muscles loud which is organized. Impulses which appears in the end of nerve causes " the gladness of muscle" sense. - Says T. G. Ridichkina. (12) Systematical physical exercises acts on central nervous system and in this way regulates physiologic and psychic processes. It helps children in adaptation and it is very important for them to open their improved abilities. Exercises must be corresponding to development. By the complex of exercises the human makes adaptation so it must be changeable. The number of exercises in the week for girls are 5-12 hours and for boys 7-12 hours. Physical work, moving is humans natural demand. Systematical physical exercises activates the central nervous system and in this way regulates physiologic and psychic processes. It helps children in adaptation and it is very important for them to open their improved abilities.

Exercises must be corresponding to development. By the complex of exercises the human makes adaptation so it must be changeable.

Scientists and investigators N.P. Garbunov carried out tests at intensive studying classes and he used isometric exercises. He tested the ability of adaptation by veloergometric tests. He came to conclusion that the quality of the ability of adaptation developed highly in children. This is conclusion of the idea that involving physical activities in the process of studying provokes the growth of adaptation of organism and the process of tiredness comes later. (9, p. 46)

Any kind of mental works result depends on child's character, on the psychic climate of family and institution.

Psychological circumstance in the family crates calm and collaborative dependences between family members. Psychologists Alfred Adler, Eric Ericson, Karen Khorn, Albert Bandura and others think that formation of child's behavior is connected to the parents' behavior. Mistakes which were made during bringing up period reflects on adults development. In family undesirable psychical circumstance is created:

1. Irrelevance between elders demands And the ability of children. (when elders don't foresee child's sex and constitution)

2. Children's inconsequence upbringing (using prohibition and collaboration improperly)

3. Non-co-ordination in bringing up between family members.

4. To act oppositely during bringing up process.

5. Non principal and unsteadiness in collaboration to children

6. Disturbance and excitation in bringing up process

7. The atmosphere of divorced family (divorced families, conflictive families, and families where parents don't have enough time for children) (2, p. 36-42)

It is also very important psycho-pedagogical factors at school:

1. Characteristic of relations between teacher and pupil

2. Characteristic features of relationship between teacher and parent

3. The style of Ruling class

4. The character and stile of question, estimation, exams.

5. Teaches individual method's quality.

6. The quality of each pupil during studying process

7. Accordance between methodology of teach and technology to the functional abilities of children' age.

8. Peculiarities with "hard children"

9. The atmosphere of collaboration, respectfulness and tolerance in class

10. Children' quality of liberty.

11. Characteristic of teacher and psychological peculiarities

12. Teacher's attitude to the problems of pupil's health.

13. Teachers' autonomous quality. (1,3)

As we mentioned the result of work process depends on child's character and mood. This mood is created by the cultural and material level of parent's, businesslike atmosphere in family and school, relevance in the plot of studying process and pupil's real activity. The quality of textbooks. The aim and motivation of studying, the level of material base, propitious relationship.

The most important term in studying process in order to avoid early tiredness, is to provide healthy physical atmosphere.

It is very important the air's quantity in the school building. Air must contain 02- 20,95% N- 78,08% and CO₂ -0,03-0,04. Such condition of air is valuable and makes a good microclimate. (5. P. 125)

During the lessons is changeable classroom's microclimate. As high is the quantity of pupils as raises dampness by 15-20% temperature 4°-7° and carbonic acid. When its quantity is high than 0.1% is specific smell which can be explained by increase of organic substances: hydrogen sulphuride, fatty acid. Changes air's electronic charge and its ion condition. Increases hard positive ions, which drop s organisms life abilities and decreases negative ions which are necessary for organism.

According to the age pupil needs in one hour 16-26 m³ clean air, because of that it is important to change air make ventilation.

It is necessary to ventilate in the pacing of lessons three times during 5 minutes and during the lessons to ventilate corridor about 20 minutes.

It is very important to be in the air after sleep about 30-40 minutes and during aday 2-3 hours.

in the erroneous sit organism gets tired. Because of that is inevitable to make hygienic norms corresponding to abilities of sit in the pupils. Desk must be corresponding to the sizes of the pupil. Table must be bow 30-40 degrees or must be use book's stand by the distance of 30-35. it is very important to sit in the negative distance.

Light is very important. The lamp must be 40-50 watt of power and it must fell toward the worker into the left. The

light must not fall into the eyes. And the table's lamp must be high of 30 sentimetre from the flat.

Dirty glasses and curtains brakes the light (the light decreases by 40%) window-sills must be white colour in this way the fallen light's 80% is reflected and it makes powerful the light.

one on the most important is Regular feeding. Feeding must be on the same time, desired 4 hours interval. On the breakfast comes- 25%, on dinner- 40%, on lunch-15%, on supper- 20%. Inevitable to eat supper not early than 2 hours before sleep. And receipt 1,5- litre of water during a day. (4,5)

It is inevitable to have valuable sleep corresponding to age. Before sleep the room must be airing, and a bay stayed all night, it is necessary to keep calm and darkness. New born baby must sleep 20-22 hours, 1 year old child – 16-17 hours, 2-3 years old child – 14-15 hours, 4-5 years old – 13 hours; 6-7 years old – 12 hours; 8-10 years old – 11 hours; 11-12 years old – 10 hours; 13-16 years old – 9 hours; 17-18 years old – 8 S hours.

Bad habits (cigarette, alcohol) and intoxicant means (tea, coffee) all those actions badly to the mental work.

It's very important to teach general medical care points to pupils.

Psychologists and physiologists consider that tiredness must not be exclusion because low level of tiredness makes base for regulating new functional system but the stretch of adaptation system has its limit and it must be forseen. Tiredness has its signs: headache, feebleness, aggression, chills starts to rumble his cloth, bite one's nails and lips, often yawns.

Analysis of observations and researches led us to conclusion, that to reach a good result in pupil's mental working, it is necessary:

1) To follow the rhythm of mental work at schools and in families by foreseeing individual pic form.

2) To preserve pupils physical, psychological and intellectual health. To grow up the healthy life of culture, regular feeding, full value sleep, to create educational system about defending the health.

3) To provide full value micro- climate in working area. (physical and chemical showings of the air)

4) To choose proper interior and furniture according to hygiene demands. Forming right sitting habits, full value illumination.

5) To organize educational process healthily. (educational programs, text-books, to choose correctly the method of conducting lesson. Educational terms: To regulate lesson schedules, non-class workings, educational areas according to hygiene demands)

6) To create psychological comfort. Specific character of mental working: sitting pose, existing indoors, tiredness that grows by stealth – gives us bases to award these terms to the group of obstructive risk-factors for health. That's why it is necessary to follow all hygiene rules while producing it.

REFERENCES

1. T. Gogichaishvili – „Phsycology of Development“, Tbilisi, 2005
2. Ts. Megreladze, Kh. Makharashvil, G. GelaZe – “Social Pedagogy“, Batumi, 2009
3. N. Nijharadze, K. Mclein, T. Boli, N. Gogichadze, T. Lodia – „Learning and Professional Envoronment“, 2008
4. G.Sturua – „School Hygiene“.
5. S.E. Sovetov – School Hygiene“.

სპორტული წვრთნის პროცესში სასმელი „ივერიული-ფიტოს“ ჩაბმის აუცილებლობა

მ.მ.დ. კ. ჩახუნაშვილი, მ.დ. ნ. ჯობავა, მ.დ. ნ. თოფურიძე, მ.დ. ზ. შაკარაშვილი, მ.მ.დ. ბ. ჩახუნაშვილი

აქტუალობა: გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციონალური მდგომარეობის შესწავლა სპორტსმენთა შორის ფიზიკურ დატვირთვასთან ხანგრძლივი ადაპტაციის პირობებში წარმოადგენს სპორტული კარდიოლოგიისა და ფიზიოლოგიის ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემას. დიდი ფიზიკური დატვირთვა გაზრდილ მოთხოვნებს უყენებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მოქმედებას, რასაც შეიძლება თან ახლდეს ფუნქციური რეზერვების ამოწურვა, ადაპტაციის უარყოფითი ეფექტები და ჯანმრთელობის დარღვევა. ამდენად აქტუალურია სპორტული წვრთნის პროცესში ამინომჟავებითა და ვიტამინებით გამდიდრებული ენერგეტიკული სასმელი „ივერიული-ფიტოს“ ჩართვა.

შრომის მიზანი: გულის ციკლის ამპლიტუდური პარამეტრების ცვლილებები დატვირთვამდე და დატვირთვის შემდეგ სპორტსმენებში სასმელი „ივერიული-ფიტოს“ მოქმედების ფონზე.

მასალა და მეთოდები: კვლევას საფუძვლად დაედო 12-დან 18 წლამდე ასაკის 20 მოჭიდავისა და 20 ვესბურთელის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობის შესწავლა. ისაზღვრებოდა: ელექტროკარდიოგრაფიული პარამეტრები, გულის ტონები, შუილი, პულსი, არტერიული წნევა, დატვირთვამდე და დატვირთვის შემდეგ.

ჩართვის კრიტერიუმები: დამაკმაყოფილებელი სოციალურ-ეკონომიური პირობები, დამაკმაყოფილებელი

ბელი და კარგი სპორტული შედეგები. საკონტროლოდ აღებული იყო იგივე მონაცემების 30 სპორტსმენი, რომელთაც არ ეძლეოდათ სასმელი „ივერიული-ფიტოს“. ჩატარდა რანდომიზებული ღია კონტროლირებადი კვლევა 3 თვის განმავლობაში. სასმელი ეძლეოდათ 0,25 ლიტრი დღეში, 3 თვის განმავლობაში. რაოდენობრივი მაჩვენებლების სარწმუნოების შეფასებას ვახდენდით სტიუდენტის კრიტერიუმით (t), ხოლო ხარისხოვანი მაჩვენებლების შეფასებას χ^2 კრიტერიუმით - ჯგუფებს შორის შედარება ხდებოდა Pearson-ით

განსხვავება ითვლებოდა სარწმუნოდ, თუ $t > 1,9$, $p < 0,05$ და $\chi^2 > 3,84$, $p < 0,05$ (10,11). მათემატიკური უზრუნველყოფა განხორციელდა პროგრამების პაკეტის SPSS 11-5-ის გამოყენებით.

დასკვნები: 1. გულის ციკლის ამპლიტუდური პარამეტრების ცვლილებები დატვირთვამდე და დატვირთვის შემდეგ მოჭიდავეებსა და სპორტსმენებში სასმელი „ივერიული ფიტოს“-ს მიღებამდე გუსის ფიზიკურ დატვირთვაზე შედარებით დაბალი ადაპტაციის უნარზე მიუთითებს.

სასმელი „ივერიული ფიტოს“-ს მიღების ფონზე ეკვ მონაცემების მიხედვით უმჯობესდებოდა: მიოკარდის ენერგეტიკული უზრუნველყოფა და მიოკარდის სისხლით მომარაგების მაჩვენებლები.

3. ამდენად, სასმელის გამოყენება აუმჯობესებს სპორტსმენთა შრომისუნარიანობას, აფართოებს ადაპტაციური მექანიზმებს სავარჯიშო და საშეჯიბრო პირობებისადმი; აჩქარებს აღდგენით პროცესებს ინტენსიური ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ.

PRODUCTION OF ESSENTIAL (INDISPENSABLE) AMINO ACID RICH NATURAL ENERGETIC BEVERAGE IVERIULI-PHYTO AND ITS EFFECTIVENESS IN SPORTSMEN AND NECESITE OF ITS USE IN SPORTSMEN

K. CHAKHUNASHVILI, MD, I. KALANDIA, N. JOBAVA, MD, N. TOPURIDZE, MD, Z. SHAKARASHVILI, MD, G. CHAKHUNASHVILI, MD. (Social Pediatrics Protection Fund, Tbilisi State Medical University, Pediatric Clinic of G. Jvania)

Statement of the problem: Medical examination of cardio-vascular system of sportsmen during active physical load in one of the main issue of sport medicine. Including of amino acid and vitamin rich beverage “Iveriuli Phyto” in sportsmen’s nutrition is very important.

Objective of the work: Examination of the main amplitude (peak) parameters of the cardiac cycle in sportsmen receiving beverage “Iveriuli Phyto”.

Materials and methods: We conducted medical examination of cardiovascular system in 12 to 18 years old 20 wrestlers and 20 football players under physical load. We examined following parameters: ECG param-

eters, heart tones, pulse and blood pressure.

We conducted randomized control study during which study group were provided 0.25 liter beverage “Iveriuli phyto” a day during three months period, while control group with the same health parameters were provided with placebo drink. Data was entered and analyzed in statistical software SPSS 11-5, Student criteria and chi-square was identified.

Conclusion: 1. Medical examination and comparison of heart cycle parameters before and after physical load identified low physical adaptation ability in the both study groups of the sportsmen.

2. Medical xamination identified that in sportsmen drinking beverage “Iveriuli Phyto” had better ECG parameters then in control group sportsmen.

3. Use of beverage “Iveriuli Phyto” in sportsmen was found to improve work ability, adaptation mechanisms for trainings and contest by helping restoring processes during intensive physical load.

ABSTRACT

Nutrition problem and physical activity in child population

SHALVA ZARNADZE MD.MPH.PHD.,
IRINE ZARNADZE MD.MPH.PHD.
Tbilisi State Medical University

Background: Dietary supplements can play a meaningful role in helping sports consume the proper amount of calories, carbohydrate, and protein in their diet. However, they should be viewed as supplements to the diet, not replacements for a good diet. While it is true that most dietary supplements available have little scientific data supporting their potential role to enhance training and/or performance, it is also true that a number of nutrients and/or dietary supplements have been shown to help improve performance and/or recovery. Incorporating good dietary practices as part of a training program is one way to help optimize training adaptations and prevent overtraining. The following overviews energy intake and major nutrient needs of active individuals.

Methods: Observational Study, Expert analyses,

Results: The sport nutrition specialist councils people who train, they should first evaluate their diet and training program. They should make sure that the eating an energy balanced, nutrient dense diet and that they are training intelligently. This is the foundation to build a good program. Following this, we recommend that they generally only recommend supplements in category I. If someone is interested in trying supplements in category II, they should make sure that they understand that these supplements are more experimental and that they may or

may not see the type of results claimed. We recommend discouraging people from trying supplements in category III because there isn't enough data available on whether they work or not. However, if someone wants to try one of these supplements, they should understand that although there is some theoretical rationale, there is little evidence to support use at this time. Obviously, we do not support athletes taking supplements in categories IV. We believe that this approach is a more scientifically supportable and balanced view than simply dismissing the use of all dietary supplements out of hand.

Conclusion: Most of the work we do with regarding sport nutrition is to teach them and their coaches how to structure their diet and time food intake to optimize performance and recovery

This can help augment the normal diet to help optimize performance. Sport nutrition specialists must be aware of the current data regarding nutrition, exercise, and performance and be honest about educating their clients about results of various studies. With the proliferation of information available about nutritional supplements to the consumer, the sport nutrition specialist, nutritionist, and nutrition industry lose credibility when they do not accurately describe results of various studies to the public. It should be noted that this analysis will primarily focus on whether the proposed nutrient has been found to affect exercise and/or training adaptations based on the current available literature.

Keyword: Nutrition, Sport, Nutrients, Diet.

Evidence-Based Medicine

SH. VASHADZE (Georgia),
Shota Rustaveli State University in Batumi

What does evidence-based medicine mean? Evidence-based medicine provides a sensible use of updated evidences while revealing the diagnosis in patient treatment. It is a combination of individual clinical experience and the best evidences.(1.2.3.) Evidence-based medicine (EBM) aims to apply the best available evidence gained from the scientific method to medical decision making. It seeks to assess the strength of evidence of the risks and benefits of treatments (including lack of treatment) and diagnostic tests.(4.5.6.) EBM recognizes that many aspects of medical care depend on individual factors such as quality- and value-of-life judgments, which are only partially subject to scientific methods. EBM, however, seeks to clarify those parts of medical practice that are in principle subject to scientific methods and to apply these methods to ensure the best prediction of outcomes in medical treatment, even as debate continues about which outcomes are

desirable.Evidence-based guidelines (EBG) is the practice of evidence-based medicine at the organizational or institutional level. This includes the production of guidelines, policy, and regulations. This approach has also been called evidence based healthcare(4) Evidence-based individual decision (EBID) making is evidence-based medicine as practiced by the individual health care provider. (7.8.9.)There is concern that current evidence-based medicine focuses excessively on EBI(5) The American Academy of Family Physicians (AAFP) has determined that DynaMed (<http://www.ebscohost.com/dynamed>) may be of assistance to family physicians in answering clinical questions with high-quality evidence.Using techniques from science, engineering, and statistics, such as meta-analysis of medical literature, risk-benefit analysis, and randomized controlled trials (RCTs), EBM aims for the ideal that healthcare professionals should make "conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence" in their everyday practice. Ex cathedra statements by the "medical expert" are considered to be least valid form of evidence. All "experts" are now expected to reference their pronouncements to scientific

studies. The systematic review of published research studies is a major method used for evaluating particular treatments. The Cochrane Collaboration is one of the best-known, respected examples of systematic reviews. Like other collections of systematic reviews, it requires authors to provide a detailed and repeatable plan of their literature search and evaluations of the evidence. Once all the best evidence is assessed, treatment is categorized as "likely to be beneficial", "likely to be harmful", or "evidence did not support either benefit or harm". Evidence-based medicine categorizes different types of clinical evidence and ranks them according to the strength of their freedom from the various biases that beset medical research. For example, the strongest evidence for therapeutic interventions is provided by systematic review of randomized, double-blind, placebo-controlled trials involving a homogeneous patient population and medical condition. In contrast, patient testimonials, case reports, and even expert opinion have little value as proof because of the placebo effect, the biases inherent in observation and reporting of cases, difficulties in ascertaining who is an expert, and more. (10.11.12.) While some find traces of evidence-based medicine's origin in ancient Greece others trace its roots to ancient Chinese medicine. Although testing medical interventions for efficacy has existed since the time of Avicenna's The Canon of Medicine in the 11th century, it was only in the 20th century that this effort evolved to impact almost all fields of health care and policy. Professor Archie Cochrane, a Scottish epidemiologist, through his book Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services (1972) and subsequent advocacy, caused increasing acceptance of the concepts behind evidence-based practice. [citation needed] Cochrane's work was honoured through the naming of centres of evidence-based medical research – Cochrane Centres – and an international organization, the Cochrane Collaboration. The explicit methodologies used to determine "best evidence" were largely established by the McMaster University research group led by David Sackett and Gordon Guyatt. The term "evidence based" was first used in 1990 by David Eddy [The term "evidence-based medicine" first appeared in the medical literature in 1992 in a paper by Guyatt et al Relevant journals include the British Medical Journal's Clinical Evidence, the Journal Of Evidence-Based Healthcare and Evidence Based Health Policy. All of these were co-founded by Anna Donald, an Australian pioneer in the discipline.

The term "evidence-based medicine" was applied in Canada by Mac-master Medical School in 1980 for characterizing the strategies of clinical study. The representatives of the school were working on it for decades. While conducting problem-oriented studies the facilitator encourages the audience to take active part in learning process. Students acquire not only the knowledge but they are aware of how to use their knowledge in a right way in practice. Problem-oriented studies play a significant role in developing high intellectual manners and in critical analysis. It also helps with making decision and problem solving. It encourages further learning ardor, integration, social relations and partnership. It teaches a culture of listening, team work and leadership. Students are given the opportunity to practice everyday situations that they will come across in their profession, to know how far they can go. According to scientists the problem

should be very specific and it mustn't be solved just by giving a simple answer.

The best teaching way out: Teaching process is student-oriented. The environment is comfortable and safe. The syllabus is well-organized and up-dated. Teaching methods are selected according to session task, students' competency and the number of listeners.

In problem-oriented studies teachers are motivated and competent and give realistic tasks. In learning process there are different levels that can be achieved.

These different levels are:

- *I understand but I will forget
- *I see and I can remember
- *I do and I perceive
- *class1: Suggestion on effective treatment
- *class2: Argumentative data

Recommendation	Quality
Firmly recommended for Regular use.	There are evidences about the improvement of health indicators.
Is recommended for Regular use	Moderate evidences on the improvement of health indicators.
Neither positive nor negative	Small evidences
Is not recommended for Regular use	There are no evidences
Is not recommended	There are no evidences. It may be harmful.

*class2a: More positive suggestions

*class2b: Less evidence on effectiveness

*class3: Treatment is not appropriate, even harmful

Types of research methods potency are: series of cases of method increasing potency; case-control; profiling, grouping;

Experimental; randomizing; partially blind, randomizing; totally blind; randomizing; totally blind, crossed.

Meta-analysis is a statistical method that is used in systematic review and includes the results achieved under independent research. It also covers statistical analysis and summary. Using the term "meta-analyses" as a synonym of systematic review" is simply unthinkable. Systematic review includes work in scientific fiction, critical assessment of analysis and different research results.

Problem-oriented teaching is impossible without developing professional skills, without independent planning and realization of different components of theoretical or experimental research. It is essential to identify the problems in research process, to seek the ways of solution, to use psychological principles in relationship with different subjects (personal, social and organizational), to plan the research of the standards of psychological ethics and to create data base. Furthermore, evidence-based guidelines do not remove the problem of extrapolation to different populations or longer timeframes. Even if several top-quality studies are available, questions always remain about how far, and to which populations, their results are "generalizable". Furthermore, skepticism about results may always be extended to areas not explicitly covered: for example, a drug

may influence a "secondary endpoint" such as test result (blood pressure, glucose, or cholesterol levels) without having the power to show that it decreases overall mortality or morbidity in a population. The quality of studies performed varies, making it difficult to compare them and generalize about the results. Certain groups have been historically under-researched (racial minorities and people with many co-morbid diseases), and thus the literature is sparse in areas that do not allow for generalizing. In guidelines and other publications, recommendation for a clinical service is classified by the balance of risk versus benefit of the service and the level of evidence on which this information is based.

- Level A: Good scientific evidence suggests that the benefits of the clinical service substantially outweighs the potential risks. Clinicians should discuss the service with eligible patients.

- Level B: At least fair scientific evidence suggests that the benefits of the clinical service outweighs the potential risks. Clinicians should discuss the service with eligible patients.

- Level C: At least fair scientific evidence suggests that there are benefits provided by the clinical service, but the balance between benefits and risks are too close for making general recommendations. Clinicians need not offer it unless there are individual considerations.

- Level D: At least fair scientific evidence suggests that the risks of the clinical service outweighs potential benefits. Clinicians should not routinely offer the service to asymptomatic patients.

- Level I: Scientific evidence is lacking, of poor quality, or conflicting, such that the risk versus benefit balance cannot be assessed. Clinicians should help patients understand the uncertainty surrounding the clinical service.

Problem oriented medical curricula claim to be based on the fact that the clinical sciences facilitate and encourage the understanding of basic sciences. In view of conflicting opinions about the advantages and disadvantages of frontal teaching (FT) and problem-oriented learning (POL), we carried out a pilot project in which both of these methods were used for teaching one specific course namely, 'Nursing Neurological Patients'. The aim was to determine whether there are short- or long-term differences in student performance at examinations. The results showed that over a short term (4 weeks after completion of the

course), students remembered very well what they had learnt in their frontal teaching course, but lost some of this knowledge in the long term (7 months after completion of the course). In contrast, in the long term, students retained better what they had learnt under the method of POL.

REFERENCES

1. Timmermans S, Mauck A (2005). "The promises and pitfalls of evidence-based medicine". *Health Aff (Millwood)* 24 (1): 18–28. .
2. Elstein AS (2004). "On the origins and development of evidence-based medicine and medical decision making". *Inflamm. Res.* 53 Suppl 2: S184–9
3. Eddy DM (2005). "Evidence-based medicine: a unified approach". *Health affairs (Project Hope)* 24 (1): 9–17.
4. Gray, J. A. Muir (1997). *Evidence-based health care*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
5. Eddy DM (2005). "Evidence-based medicine: a unified approach". *Health Aff (Millwood)* 24 (1): 9–17.
6. El Dib RP, Atallah AN, Andriolo RB (August 2007). "Mapping the Cochrane evidence for decision making in health care". *J Eval Clin Pract* 13 (4): 689–92.
7. Ezzo J, Bausell B, Moerman DE, Berman B, Hadhazy V (2001). "Reviewing the reviews. How strong is the evidence? How clear are the conclusions?". *Int J Technol Assess Health Care* 17 (4): 4
8. Atkins D, Best D, Briss PA, et al. (2004). "Grading quality of evidence and strength of recommendations". *BMJ* 328 (7454): 1490.
9. Rogers, WA (2004). "Evidence based medicine and justice: a framework for looking at the impact of EBM upon vulnerable or disadvantaged groups". *J Med Ethics*. <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/30/2/141>. Retrieved 2007-07-12.
10. Friedman, LS; Richter, ED (2004). "Relationship between conflicts of interest and research results"
11. Fitzpatrick M (2000). *The Tyranny of Health: Doctors and the Regulation of Lifestyle*. Routledge.
12. Sackett DL, Straus S, Richardson S, Rosenberg W, Haynes B. *Evidence based medicine: how to practice and teach EBM*. 2nd ed. London: Churchill Livingstone.
13. Walter J. Daly and D. Craig Brater (2000), "Medieval contributions to the search for truth in clinical medicine", *Perspectives in Biology and Medicine* 43 (4), p. 530–540 [536]

Treatment of Sports Injuries Among Football Players with Plasmatic Streams

JAIANI S., TSUTSKIRIDZE B.,
LOMINADZE Z., ZAALISHVILI D.

(Institute of Critical Care Medicine, Medical Service Unit of Georgian Olympic Committee, Medical Service Unit of Football Clubs "Gagra" and Rustavi).

Micro injuries are widely spread among football players. They require rapid evaluation and treatment which is associated with many unsolved questions. Numerous expensive treatment modalities have been developed, but their effectiveness

for rapid recovery and return to normal activities are still debated. A new technique, based on heat effect (120000 C) of plasma radiation, has been recently used for injury treatment. High-temperature processing biological tissues has been characterizing by high effectiveness for a long time. Numerous reports have cited thermal method as a valuable adjunct to sport injuries therapy. Using plasmotherapy in sports medicine became more feasible, after simple in use and flexible construction for plasma supply was created, permitting processing in any area of body. Existing evidence indicates, that this characterized by cost-effectiveness in different areas of

medicine. Thus, in our opinion, adoption of new innovation in complex treatment of micro injuries among football players, along with conventional methods, is quite useful.

The aim of the investigation was the effect of plasma radiation on prevention of musculoskeletal disorders, outcome improvement and rapidity of performance recovery among soccer players. In this connection following tasks were set: Draw a comparative analysis and assess effectiveness of processing injured regions by plasma streams in soccer players; Determine availability of therapeutic use of plasma streams for trauma treatment; Development and implementation of plasmotherapy in clinical practice during micro injuries treatment and rehabilitation.

We studied the influence of plasma streams on 276 football player with injuries from 1996 to 2010. The football players were mainly from Georgian teams, but there were also a number of legionnaires from Italy, Spain, Russian, Ukraine, Israel, Azerbaijan, etc. The treatment was necessary under 20 years of age (most often there were football players at the age of 15 (13,5 %) and 18 (13,3 %), then at the age under 14 (9,3%). Therefore, football players at the age under 15 make a total 31, 1%.

The incidence of lower extremity injury was found in 98, 3%. In 59, 4% of cases injuries were observed on the right side of the body, while 40, 6% on the left side. The most commonly reported localization of the injuries on the right side was knee joint (20, 9%), then ankle joint (19, 7%), after that inguinal region (15, 3%) and soft of the hip (14, 7%). On the left side of the body most

often seen trauma was knee joint injury (28, 9%), damage of the soft tissues of the hip (20, 6%) and ankle injury (15, 7%).

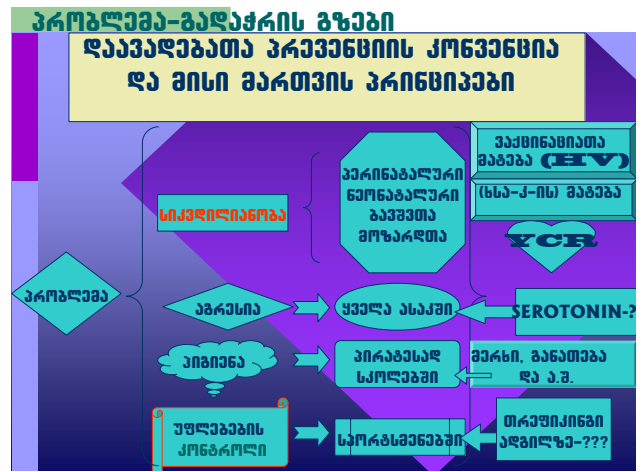
According to the above cited data the most common injuries, cured by plasmotherapy, were the knee and ankle trauma. Should be noticed, that Schlatter's disease were observed on either side. All 276 patients were cured by means of new argon-based device (patent P-2075 from 31.03.1998) allowed to use plasma radiation for therapy. Processing is performed during 3-5 minute, utilizing non-contact method. In accordance with generally accepted methodology – there is no need for preparation and this method can be used in primary care settings (e. g first-aid post situated in sports base territory). It is known that after irradiation of diseased area by plasma streams, heat (390 C) is stored in this region during 10-12 hours. As a result of that we have an enhanced blood flow and improved local immunity which fasters healing rate. Actually, we treat patients in the second phase of inflammation (exudation phase) and accelerate healing.

The performed investigations permit to draw up optimum plan for therapy of micro injuries in football players. Our therapeutic technique is: injured is treated in accordance with routine practice and with course of plasmotherapy. Optimal number of procedures is 10-17 (43, 5 % of patients). Should be noticed, that plasmotherapy as a mono therapy was used in 62, 3% of cases. Thus, analyzing experience, based on results of treatment of 276 players with can conclude: therapy of micro injuries by means of plasmotherapy is safe, simple in use and effective method.

ვიდეოგულა “პედიატრიის და სპორტის მეცნიერული პარტნიორის კონსულტაცია.”

დასაწყისი 28-ე გვ.

ბათუმი, 2010, 7-9 მაისი



პრობლემა-გადაჭრის გზები

ჯანმრთელი თაობის აღზრდა
სპორტი მოყვარე და მტკიცე ნე ბაღაყაძე

გადაჭრის გზები:

1. სპორტული ჩაბრუნების აღმშენებლობა და განვითარება შორის აუცილებელი იურიდიული გამართული ხელშეკრულების გაფორმება
2. სპორტსმენთა სწორი პარაფიზიკური, ჯანმრთელობაზე ზრუნვით: **ქონსტრუქცი**
3. მოქალაქე და მრეწველობის რეაბილიტაციის ღონისძიებანი
4. ტრავმების, დაავადებების და ღრმა ავთოლოგიითა დროული პრევენციული ღონისძიებანი
5. სპორტსმენთა მოწვევითა კომპიუტერული
6. სპორტსმენთა სალავლო სისტემის აწესრიგება
7. -ჯანმრთელ თაობაზე ზრუნვის კონსტრუქციის აწესრიგება-

პრობლემა-გადაჭრის გზები

სპორტული უმაღლესი მიღწევებისათვის
სამედიცინო-პრაქტიკული პრობლემების მართვა

აუცილებელია:

1. სპორტული მემორიების განვითარება
2. **დოკუმენტი**
კონსტრუქცი
3. ადაპტაცია და სპორტსმენთა უმაღლესი მიღწევებისათვის სამედიცინო მხარდა (დროებითი და ქონსტრუქცი-გეოგრაფიული ადაპტაცია)

მედიცინისა და სპორტული მემორიებისათვის ერთიანი მართვა

პრობლემა-გადაჭრის გზები

სპორტული უმაღლესი მიღწევებისათვის
სამედიცინო-პრაქტიკული პრობლემების მართვა

შესაძლებელია:

- სპორტსმენთა შრომისუნარიანობის გაზრდა უმაღლესი მემორიებისა და სწრაფი აღდგენის კრიტერიუმების - გაუმჯობესება და მოხარული სპორტული ტრავმების პრევენციული ღონისძიებების
- განვითარებისა და სპორტული მიღწევების
- თანამედროვე სამედიცინო და სალინგუისტური სპორტული მემორიების
- პედაგოგიური უნების

სპორტის, მედიცინისა და განათლების მემორიული მართვა, სრულყოფილი საკანონმდებლო იურიდიული გზით

SPORT MED EDU

მემორიებისა და სპორტული მიღწევებისათვის სამედიცინო-პრაქტიკული პრობლემების მართვა

პირველი ეტაპი: სამედიცინო კონსტრუქცი, სპორტული უმაღლესი მიღწევებისათვის სამედიცინო-პრაქტიკული პრობლემების მართვა

მეორე ეტაპი: მონიტორინგი, მეცნიერული კონსტრუქცი და ტრავმების პრევენციული ღონისძიებანი

მესამე ეტაპი: ტრავმების სწრაფი და მრეწველობის რეაბილიტაცია

გლობალური ჩვენი სედა

“ზრუნვა ჯანმრთელ თაობებზე” (ჯ.თ.ზ.)

ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული

MED SPORT SCIENCE ART

მედიცინისა და სპორტის მეცნიერული მართვა

კლინიკური კონსტრუქცი

სპორტული უმაღლესი მიღწევებისათვის სამედიცინო-პრაქტიკული პრობლემების მართვა

სპორტული უმაღლესი მიღწევებისათვის სამედიცინო-პრაქტიკული პრობლემების მართვა

წერილი პარლამენტს-09.03.2010

საქართველოს პარლამენტის წინადაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის თავმჯდომარეს ბ-ნ თ. თოძის მედიკოსთა პროფესიული ასოციაციების სამედიცინო საკონსულტაციო საბჭოს თავმჯდომარეს ბ-ნ გ. დობინიძეს საზოგადოებრივ ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის აღმშენებლობის სამედიცინო-საკონსულტაციო საბჭოს თავმჯდომარეს ქ-ნ თ. ყანდაშვილს

მედიცინისა და სპორტის მეცნიერული მართვის ეროვნული კონცეფცია /ჯანმრთელ თაობებზე ზრუნვა/ჯ.თ.ზ

May 7 - 9, Batumi, Georgia

Government of the Autonomous Republic of Adjara

Euro Mediterranean Academy of Arts and Sciences

International Foundation for Sustainable Development

Shota Rustaveli State University in Batumi

Intercultural Euro-Mediterranean Center for UNESCO

იმუნიტეტის ცვლილება ბრონქოპნევმონიის დროს ბავშვებში

მ. ლელუაშვილი

ხელმძღვანელი: მ. ჩოკოშვილი

გ. შვანიას სახ. პედიატრიული კლინიკა

სასუნთქი სისტემის პათოლოგიას ერთ-ერთი წამყვანი ადგილი უჭირავს ბავშვთა ავადობის სტრუქტურაში. ავტორთა მონაცემებით უკანასკნელ წლებში აღინიშნება ამ ნოზოლოგიათა გახანგრძლივებული და ქრონიკული შემთხვევების მატება, რაც ხშირად ინვალიდობის მიზეზი ხდება(2,4,7).

ბრონქოპნევმონია მრავალეტიოლოგიური და მრავალსინდრომული ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც საფუძვლად უდევს ფილტვის პარენქიმის(ქსოვილის) მწვავე ანთებითი დაზიანება. იგი უფრო ხშირია ადრეული ასაკის ბავშვებში და ამ ასაკის ბავშვთა რესპირაციული პათოლოგიის საერთო რიცხვიდან ბრონქოპნევმონიაზე 70% მოდის.

ფილტვებში ანთებითი პროცესის დასაწყისი დაკავშირებულია ბავშვის ორგანიზმში ინფექციური აგენტის შეჭრასთან, რაც ხორციელდება ძირითადად საში გზით: ბრონქების, სისხლის და ლიმფური სისტემის მეშვეობით. მათგან უპირატესობა ბრონქულ გზას ენიჭება.

დაავადების მიმდინარეობასა და გამოსავალს განაპირობებს ორგანიზმის იმუნური სისტემის მდგომარეობა. (1,3,5,6).

ამ თვალსაზრისით, პერსპექტიულია აპიკეპატის ჩართვა ბრონქოპნევმონიის მკურნალობის კომპლექსში.

აპიკეპატი წარმოადგენს ბიოლოგიურად აქტიური კომპონენტებით მდიდარ, ნატურალურ პროდუქტს. ის მდიდარია ორგანიზმის შენების, განვითარებისა და სიცოცხლისათვის აუცილებელი ნივთიერებებით. აწესრიგებს ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების ცვლას, უზრუნველყოფს პროცესებს; აძლიერებს ქსოვილის მიერ უანგბადის უტილიზაციას და შედეგად ზრდის გონებრივ და ფიზიკურ შრომისუნარიანობას; უზრუნველყოფს ორგანიზმის ზრდისა და განვითარების პროცესებს; გააჩნია იმუნომოდულაციური, იმუნომასტიმულირებელი და ანტიმიკრობული თვისებები; აუმჯობესებს რეპროდუქციული სისტემის ფუნქციონირებას; აძლიერებს ექსტრემალური და სტრესული ფაქტორებისადმი ორგანიზმის ადაპტაციის უნარს და მის დაცვით მექანიზმებს. პრეპარატში შემავალი ამინომჟავები ადვილად ათვისებულია, რაც ხელს უწყობს აზოტოვანი ბალანსის შენარჩუნებასა და ორგანიზმის ზრდა-განვითარებას;

მოცემული შრომის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა იმუნოლოგიური

მაჩვენებლების დინამიკა ბრონქოპნევმონიის დროს ბავშვებში აპიკეპატი მკურნალობის ფონზე

მასალა და მეთოდები:

ჩვენ დავაკვირდით ერთი თვიდან 3 წლამდე ასაკის ბრონქოპნევმონიით დაავადებულ 22 ბავშვს, აქედან 8 ავადმყოფს აღინიშნებოდა დაავადების მიმე, ხოლო

14-ს საშუალო სიმძიმის მიმდინარეობა.

საკონტროლო ჯგუფი წარმოდგენილი იყო იმავე ასაკის პრაქტიკულად უანმრთელი 10 ბავშვით.

ბრონქოპნევმონიის დიაგნოზი დაისვა ანამნეზური, კლინიკურ-ლაბორატორიული და რენტგენოლოგიური მონაცემების საფუძველზე

(სლაიდი 1).

მწვავე ბრონქოპნევმონიით დაავადებულ ყველა ავადმყოფს აღინიშნებოდა ქოშინი(დ-42-58წთ), ციანოზი, ხველაში დამხმარე კუნთების მონაწილეობა, გულმკერდის ყაფაზის ჩახნექვით, მუდმივი ხველით, ზომიერი რაოდენობის ლორწოვანი ნახველით. პაციენტთა ისტორიების ანალიზით აღინიშნებოდა: ფილტვის პერკუსიით ხმის შემოკლება ლოკალურად, აუსკულტაციით აქვე ბრონქული სუნთქვა 6 შემთხვევაში, შესუსტებული -10 პაციენტთან, დანარჩენთან 6-თან კრეპიტაცია. გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე აღინიშნებოდა პნომოგენური კეროვანი ჩრდილები, სისხლში ზომიერი ლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრით, ედსის აჩქარება(19-22მმ/სთ).

ავადმყოფები დაყოფილნი იყვნენ ორ ჯგუფად:

I ჯგუფი II პაციენტი, სადაც ტარდებოდა ბაზისური მკურნალობა.

II ჯგუფი II ავადმყოფი, სადაც ბაზისური მკურნალობის კომპლექსში ჩართული იყო აპიკეპატი-სქემით 1/3 აბი სამჯერ დღეში. მკურნალობის კურსი შეადგენდა 20 დღეს.

მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ ტარდებოდა იმუნიტეტის შეფასება. ისაზღვრებოდა T- და B-ლიმფოციტები და IgG, Ig A, Ig M.

მკურნალობის ეფექტურობას აფასებდნენ შემდეგი სქემით: გამოჯანმრთელება-დაავადების ყველა სიმპტომის გაქრობა, გაუმჯობესება – სიმპტომების მნიშვნელოვანი შემცირება და ეფექტის არ არსებობა – სიმპტომების შენარჩუნება ანდა მათი მომატება.

მიღებული მონაცემების სტატისტიკური დამუშავება განხორციელდა კომპიუტერული პროგრამა SPSS პაკეტით.

გამოკვლევის შედეგები და მათი განხილვა:

კლინიკური დაკვირვებისა და გამოკვლევის შედეგების ანალიზმა გვინვენა, რომ ადრეული ასაკის ბავშვებში ბრონქოპნევმონიისათვის დამახასიათებელია საშუალო და მძიმე ხარისხით გამოხატული სუნთქვის უკმარისობა, გამოხატული ობსტრუქციული სინდრომი, ანთებითი პროცესის გახანგრძლივებისა კენ მიდრეკილება, იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის ჩამოყალიბება.

ბრონქოპნევმონიების დროს მწვავე პერიოდში აღინიშნებოდა T-საერთო ლიმფოციტების და T-ჰელპერების(დამხმარე უჯრედები) პროცენტული რაოდენობის შემცირება. ჰუმორული იმუნიტეტის მხრივ დარღვევები შედარებით ნაკლებად იყო გამოხატული: ადგილი ჰქონდა B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობისა და იმუნოგლობულინების კონცენტრაციის დაქვეითებას.

გამოკვლევის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ მკურნალობაში აპიკვატის ჩართვამ მოახდინა კლინიკურ-იმუნური მაჩვენებლების დადებითი დინამიკა.

კერძოდ, ავადმყოფთა აღნიშნულ ჯგუფში უფრო სწრაფად მოხდა კლინიკური მახასიათებლების მოწესრიგება: 4-5 დღით ადრე მოიხსნა ქოშინი, გაქრა ციანოზი, ხველის ინტენსივობა მნიშვნელოვნად შემცირდა, ასევე დადებითი დინამიკა აღინიშნა პერიფერიულ სისხელში.

იმუნური სისტემის მხრივ მდგომარეობის გაუმჯობესება გამოიხატა T-საერთო ლიმფოციტებისა და T-ჰელპერების პროცენტული რაოდენობის მომატებითა და T-სუპრესორების(დამორგუნველი უჯრედები) შემცირებით. ასევე აღინიშნა B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობისა და სამივე კლასის იმუნოგლობულინების კონცენტრაციის მომატება.

იუნოლოგიური მაჩვენებლების ცვლილებები აპიკვატით მკურნალობის ფონზე მოცემულია ცხრილში №1

როგორც ცხრილიდან ჩანს, იმუნური მაჩვენებლების დადებითი დინამიკა უფრო მნიშვნელოვნად გამოხატული იყო ავადმყოფთა იმ ჯგუფში, სადაც მკურნალობის კომპლექსში ჩართული იყო აპიკვატი.

ბრონქოპნევმონიის კომპლექსური მკურნალობის შემდეგ, II ჯგუფის ავადმყოფებში, აღინიშნებოდა იმუნოლოგიური მაჩვენებლების გაუმჯობესება. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია T-ჰელპერების პროცენტული რაოდენობის მომატება, აგრეთვე B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობისა და შრატისმიერი იმუნოგლობულინების G, A, M კონცენტრაციის მატება.

ამგვარად, მიღებული მონაცემები გვიჩვენებს რომ ბრონქოპნევმონიის დროს აღინიშნებოდა დარღვევები იმუნური სისტემის მხრივ.

მკურნალობის კომპლექსში აპიკვატის ჩართვამ განაპირობა კლინიკური სურათის უფრო სწრაფი გაუმჯობესება.

მკურნალობის კომპლექსში აპიკვატის ჩართვამ განაპირობა იმუნოლოგიური მაჩვენებლების დადებითი დინამიკა;

შედეგად, ბრონქოპნევმონიების მკურნალობაში აპიკვატის გამოყენება, ხელს უწყობს იმუნიტეტის მოწესრიგებას და დადებით ზეგავლენას მოახდენს დავადების მიმდინარეობაზე.

იმუნოლოგიური მაჩვენებლები, ბრონქოპნევმონიის დროს ბავშვებში, აპიკვატით მკურნალობის ფონზე.

ცხრილი №2
M+m

იმუნოლოგიური მაჩვენებლები	საკონტროლო ჯგუფი n=10	მკურნალობამდე (n=22)	I ჯგუფი (ბაზის. თერაპია) n=11	II ჯგუფი (ბაზის.+აპიკულმო) n=11
T საერთო %	56+-2,5	40,4+-0,5	51+-2,5	55+-2,5
T-ჰელპერი %	34,5+-1,4	25,5+-0,4	30,5+-1,4	33,5+-1,4
T-სუპრესორი %	23+-2,7	15,3+-0,5	20+-2,7	22+-2,7
B ლიმფოციტი%	11,2+-0,9	7,3+-0,3	10,0+-0,9	11,0+-0,9
IgG მგ%	790+-11,5	580+-8,1	700+-11,5	760+-11,5
IgA მგ%	75+-2,4	55+-1,6	72+-2,4	74+-2,4
IgM მგ%	90+-1,8	69,5	83+-1,8	88+-1,8
P<			0,05	0,001

ლიტერატურა:
მ. ღუმბაძე /„ორგანიზმის არასპეციფიკური და სპეციფიკური იმუნოაქტივობა ბრონქოპნევმონური დაავადებების დროს ადრეულ ასაკის ბავშვებში” თ.ს.ს.უ. შრომათა კრებული XXXVII–2001წ.

Иллек Я.Ю., Зайцева Г.А., Смердов В.Л., /„Иммунологическая реактивность и функция цитовидной железы при острой пневмонии у детей с тимомегалией.”

Энгельгардт Н.В./„Иммунологические аспекты биологии развития” М.2007:92-106/

Чернушенко Е.Ф. / “местный иммунитет при заболеваниях легких” Реф журн. Клиническ. Иммуно. И аллерг. 2008г. Ст.28/

Чихрадзе М.В. /“Клинико-иммунологическая характеристика больных хроническим бронхитом в динамике иммунореабилитации.” Автореферат 1999г.

Boanco A. PatricR. /Wussenrweig Exp. Med. 1970 132-702-720/Mancini I et.al. / Immunochemystri 1965 23/

Key words: thymomegalia, bronchopneumonia, children, Immunological

Immunological testimonies among the children with bronchopneumonia diseases associated with thymomegalia disease treated with apipulmo

N. Badriashvili; m. Topuridze; M. Mgebrishvili; M. phkhaladze;

Tbilisi State Medical University, Pediatric Clinic
S U M A R Y

The aim of our trail reserchs the immune desfenses among the children of early age with bronchopneumonia diseases.

We were studed T- lymphocytes and its subpopulations Tc , Th , Ts , pyantybodes.

The percentage levels of B lymphocytes, The Ig G,Ig A, Ig M, testomonies in serum of blood.

The aim of our theme is the investigation of cell and hummoral immune system among the children of earli age. Given results show us that cell immune system is more damaged then bronckopneumonia. Evidentry using of immunomodulating cuves is approvd.

The resuls show that, the cell’s immun system damages more hevier then hummor immun status and after therapevtic approach the immune testomonies didnt correcting, so evidentry using of immunomodulating cuves is approvd.

Apipulmo combined with basic treatment significantly improves cellular as well as hummoral Immune status of the patients with bronchopneumonia diseases .

ქლამიდიოზური ინფექცია და რესპირაციული დაზიანებანი ბავშვებში

მ. ბინდიაშვილი მ. ჯავახიშვილი

ხელმძღვანელი: მ. ჩოკოშვილი

გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკა

რესპირაციული სისტემის დაავადებები სიხშირის თვალსაზრისით ბავშვთა ასაკის წამყვან პათოლოგიად ითვლება. მე-20 საუკუნის 50-იან წლებამდე მის გამომწვევად ვირუსი და პირობით პათოგენური მიკროფლორა ითვლებოდა. კვლევის ახალმა მეთოდებმა ცხადყო, რომ სასუნთქი სისტემის ინფექციურ-ანთებით დაავადებათა ეტიოლოგიურ სტრუქტურაში, გარდა სხვადასხვა სახის ვირუსებისა და კოკებისა, დიდ როლს უჯრედშიდა ობლიგატური მიკროორგანიზმი – ქლამიდია თამაშობს.

ურბანიზაციამ და ცხოვრების გარკვეულმა სტილმა საგრძობლად შეუწყო ხელი ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში უროგენიტალური ტრაქტისა და, აქედან გამომდინარე, ფეხმძიმე ქალებსა და ახალშობილებში ქლამიდიოზის შემთხვევათა ზრდას.

შრომების უმეტესობა ახალშობილთა ქლამიდიოზს ეხება, რაც შეეხება სხვა ასაკის ბავშვთა ქლამიდიოზურ პნევმონიებსა და ბრონქიტებს, მათ შესახებ ლიტერატურული მონაცემები შედარებით მწირია. ამდენად აქტუალურია იმ ავადმყოფზე დაკვირვება, რომელიც საეჭვოა ქლამიდიოზურ პნევმონიასა და ბრონქიტზე.

შრომის მიზანი იყო რესპირაციული პათოლოგიის მქონე ბავშვებში ქლამიდიოზური ინფექციის მიიმდინარეობის თავისებურების შესწავლა.

მასალა და მეთოდები:

გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკაში შესწავლილი იყო რესპირაციული სისტემის სხვადასხვა დაავადებების დიაგნოზით ჰოსპიტალიზებული 21 ავადმყოფი. მათგან 7 იყო გოგონა და 14 ვაჟი. ასაკის მიხედვით ავადმყოფები შემდეგნაირად იყვნენ განაწილებულნი: 0-დან 6 თვემდე 5 ბავშვი, 6-დან 12 თვემდე – 5 ბავშვი და 1-დან 2 წლამდე 11 ავადმყოფი.

ქლამიდიოზის დიაგნოზს ტირება ხდებოდა სისხლის შრატში ქლამიდიური ანტიგენის მიმართ IgG და IgM ანტისხეულების განსაზღვრით.

ავადმყოფების განაწილება ასაკის, სქესის და დაავადების მიხედვით მიღებული შედეგები და მათი განხილვა:

ავადმყოფები კლინიკაში მოთავსდნენ და მკურნალობდნენ რესპირატორული სისტემის სხვადასხვა დაავადებების დიაგნოზით. კერძოდ, ბრონქოპნევმონიით – 5 ავადმყოფი, ობსტრუქციუ-

ლი ბრონქიტით – 7 ბავშვი, გახანგრძლივებული ბრონქიტით – 5, მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექცია მიმდინარე ენტერალური სინდრომით – 2 ავადმყოფი. აღსანიშნავია, რომ მძიმედ მიმდინარე პნევმონიის შემთხვევაში ქლამიდია ასოცირებული იყო B გრიპის ვირუსთან, ხოლო ენტერალური სინდრომის დროს ადგილი ჰქონდა ადენოვირუსულ კომბინაციას.

ქლამიდიოზის დიაგნოზით გატარებული 21 შემთხვევიდან 8 ავადმყოფის სისხლის შრატში აღმოჩენილი იქნა ანტისხეულები მხოლოდ ქლამიდიური ანტიგენის მიმართ. დანარჩენ შემთხვევებში ადგილი ჰქონდა ქლამიდიის ასოციაციას სხვადასხვა ვირუსებთან, კერძოდ, 4 შემთხვევაში პარაგრიპთან, 2-ში ადენოვირუსთან, 2-ში რესპირატორულ-სინციტიალურ ვირუსთან. 3 ავადმყოფს დაუდასტურდა ქლამიდიის ასოციაცია პარაგრიპთან და ადენოვირუსთან ერთდროულად, 2 ავადმყოფს ქლამიდიის ასოციაცია B გრიპთან და ადენოვირუსთან კომბინაციაში. 1 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა A გრიპის, ადენოვირუსის და ქლამიდიის ასოციაციას.

ავადმყოფებზე დაკვირვებით და ისტორიების ანალიზით დამახასიათებელი კლინიკური კანონზომიერება აღინიშნა. კერძოდ ტემპერატურა ნორმის ფარგლებში იყო ან მერყეობდა სუბფებრილურ ციფრებს შორის.

იმ შემთხვევებში, როდესაც ადგილი ჰქონდა ქლამიდიური და ვირუსული ინფექციის კომბინაციას, ტემპერატურა დაავადების დასაწყისში იყო ფებრილური, შემდეგ კი მიუხედავად უხვი ფიზიკალური და რენტგენოლოგიური მონაცემებისა, ტემპერატურა განიცდიდა ნორმალიზაციას. მეორე თავისებურება იყო დაავადების გახანგრძლივება და ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების მიმართმდგრადობა. ქლამიდიური პნევმონიების ხუთივე შემთხვევა თანდათან დაიწყო, კატარალური მოვლენებით, რასაც მე-4-6 დღეს დაერთო ქოშინი, რომელიც თანდათან ძლიერდებოდა. სუნთქვის სიხშირე აღწევდა 60-80 წუთში. აღინიშნებოდა სუნთქვაში დამხმარე კუნთების მონაწილეობა. 3 ავადმყოფს განუვითარდა შემაწუხებელი შეტევითი ხასიათის ხველა, რასაც თან ახლდა ციანოზი და ზოგჯერ ღებინებაც კი. ხველა იყო “ვივანახველას” ტიპის, მისგან მხოლოდ რეპრიზების არსებობით და პერიფერიული სისხლის არატიპური სურათით განსხვავდებოდა. აუსკულტაციით ყურადღებას იქცევდა კრეპიტაცია, გაფანტული საშუალო და წვრილ ბუშტუკოვანი და მშრალი ხიხინი. რენტგენოლოგიურად აღინიშნებოდა წვრილკეროვანი ინფილტრატები ემფიზემატო-

ცხრილი №1

ასაკი	რაოდენობა n=21	გოგონა n=7	ვაჟი n=14	ბრონქო- პნევმონია(5)	ბრონქიტი (n=16)
0-დან 6 თვე	5(24%)	3(60%)	2(40%)	2(40%)	4(25%)
6-დან 12 თვე	5(24%)	2(40%)	3(60%)	2(40%)	6(37,5%)
1-დან 2 წ	11(52%)	2(9%)	9(81%)	1(20%)	6(37,5%)

ზურად შებერილი ფილტვის ფონზე ან პოლისეგმენტური პნევმონიური ინფლიტრატი ფილტვის სურათის გაძლიერების ფონზე.

რაც შეეხება ქლამიდურ ბრონქიტებს, ყველა შემთხვევაში ისინი იწყებოდნენ მწვავე რესპირაციული ინფექციის კლინიკით. ობსტრუქციის შემთხვევაში (7 ავადმყოფი) მწვავედ, ხოლო დანარჩენ 5 შემთხვევაში ქვემწვავედ. ობსტრუქციული ბრონქიტის ყველა შემთხვევაში ქლამიდია ასოცირებული იყო პარაგრიპთან ან ადენოვირუსთან. არცერთ შემთხვევაში არ აღინიშნულა სურდო და მაღალი ტემპერატურა. მიუხედავად ობსტრუქციული სინდრომისა (რომელიც გრძელდებოდა 4-5 დღეს და ზოგჯერ უფრო დიდხანს), ზოგადი მდგომარეობა საშუალო სიმძიმეს შეესატყვისებოდა. აუსკულტაციური მონაცემები არაქლამიდური ეტიოლოგიის ბრონქიტებისაგან არ განსხვავდებოდა. ყველა შემთხვევაში სტენოზური სუნთქვის ფონზე ისმოდა მრავლობითი მშრალი და სველი ხიხინი.

ქლამიდოზური ბრონქიტების დროს ტიპური იყო გახანგრძლივებული, რეციდიული მიმდინარეობა. ხუთივე ბავშვი ხშირად მოავადე იყო. რენტგენოლოგიურად აღინიშნებოდა ორმხრივი ბრონქოგენული გაძლიერება. პერიფერიული სისხლის მხრივ ყურადღებას იპყრობდა ეოზინოფილია (რაც პნევმონიისთვისაც იყო დამახასიათებელი), უმნიშვნელოდ გამოხატული ლეიკოციტოზი და ედს-ის მატება.

დიაგნოზის დადგენის შემდეგ მკურნალობაში ჩართული იყო აზიტრომიცინი (40-50 მგ.კგ. წონაზე) და სულფანილამიდი (ბაქტრიმი, კოტრიმოქსაზოლი). მკურნალობის შედეგად მე-2-3 დღიდან ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდებოდა. მკურნალობის კურსი პნევმონიების დროს გრძელდებოდა 2-3 კვირა, ბრონქიტების დროს 7-10 დღე. ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ ყველა ავადმყოფი გამოჯამრთელდა.

ამგვარად,

ქლამიდოზური პნევმონიები და ბრონქიტები ბავშვთა ასაკის არცთუ იშვიათ პათოლოგიებს წარმოადგენენ;

მკურნალობა უნდა ჩატარდეს სპეციფიური ეტიოტროპული პრეპარატებით ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის და დაავადების მიმდინარეობის თავისებურების გათვალისწინებით.

Chlamidial damage of respiratory tract in children

SUMMARY

Authors examines 21 children in different age with diagnoses of pneumonia, acute bronchitis and obstructive bronchitis. Blood serum were examined for detecting of specific antibodies towards different respiratory viruses and Chlamidia. Authors described of clinical and rentgenological picture and treatment of pneumonia and bronchitis with Chlamidia etiology.

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი

გ. ჟვანის სახელობის პედიატრიული კლინიკა, ჩვილ ბავშვთა თერაპიული განყოფილება, მედია ანა რაზმაძე. განყოფილების გამგე მედიცინის დოქტორი თინა ღონღაძე

დაავადების დეფინიცია

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი წარმოადგენს ვირუსულ ინფექციას, რომლის აფეთქება დაიწყო მექსიკაში 2009 წლის აპრილის ბოლოს. გამომწვევია - გრიპის ვირუსი, რომელიც გენეტიკურად ახლოს დგას ღორის გრიპის ვირუსთან. მიუხედავად ამისა, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმოს) განცხადებით ეს შტამი არასოდეს ყოფილა იზოლირებული ღორებისაგან. ვირუსი იოლად გადაეცემა ადამიანიდან ადამიანს და იწვევს სეზონური გრიპისათვის დამახასიათებელ სიმპტომებს.

დაავადების სინონიმები

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სინონიმებს წარმოადგენს: 2009 წლის პანდემიური გრიპი, მექსიკური გრიპი (H1N1), კალიფორნიული გრიპი (H1N1), ადამიანის ღორის გრიპი და სხვა

დაავადების კლასიფიკაცია

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა კლასიფიკაციისა და კოდირების სისტემის მიხედვით პანდემიური (H1N1) განეკუთ-

ნება სასუნთქი ორგანოების დაავადებათა კლასს, კოდი -j10 - გრიპი, გამოწვეული გრიპის იდენტიფიცირებული ვირუსით.

პანდემიური გრიპის (H1N1) 2009 ვირუსი ვირცელდება ისევე, როგორც სეზონური გრიპის ვირუსი. დაავადებული ადამიანის სველის ან ცემინების დროს დაინფიცირებული წვეთები ხვდება მათ ხელზე, აგრეთვე სხვადასხვა ზედაპირებზე ან დისპერსირდება ჰაერში 1 მეტრის მანძილზე. ჯანმრთელი ადამიანი შეიძლება დაინფიცირდეს კონტამინირებული ჰაერიდან ან დაინფიცირებულ ხელებთან, ზედაპირებთან შეხებისას, თუ იმავე დაუბანელი ხელით შეეხება საკუთარ თვალებს ან ცხვირ-პირს.

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ 3-4 დღეს შეადგენს. ჯანმოს მითითებით, ინკუბაციური პერიოდის მაქსიმალურ ვადად უნდა ჩაითვალოს 7 დღე. ადამიანი გადაამდებია სიმპტომების გამოვლენამდე 1 და გამოვლენის შემდეგ 7 დღე. პატარა ბავშვები გადაამდები არიან უფრო ხანგრძლივად.

klinikuri kriteriumebi:

mwwaved ganviTarebuli Semdgomi klinikuri simptomebi:

ცხელება > 38⁰C და გრიპისმაგვარი დაავადებების კლინიკური ნიშნები (ერთი ან მეტი ჩამოთვლილთაგან: ხველა, ყელის ტკივილი, თავის ტკივილი, რინორეა/ცხვირის გაჭედვა, ლებინება/ღიარეა და სხვა) ან

სასუნთქი სისტემის მიმე ინფექციური დაავადება მიმდინარე ქოშინით ან სუნთქვის უკმარისობით ან

სიკვდილი გაურკვეველი მწვავე რესპირაციული დაავადებით.

დაავადების გამოვლინებამდე 7 დღით ადრე ადეკვატური დაცვის გარეშე (ერთი ჩამოთვლილ-თაგან)

მოგზაურობა/ცხოვრება ტერიტორიაზე, სადაც ჯანმრთელობის მიერ დადასტურებულია პანდემიური (H1N1) 2009 ინფექციის აფეთქების შემთხვევები ადამიანთა შორის მდგრადი გადაცემით

აღინიშნებოდა ახლო (<1 მეტრზე) კონტაქტი დადასტურებულ ან სავარაუდო შემთხვევასთან შემთხვევა

ტემპერატურის დოკუმენტირება არ არის სავალდებულო თერმომეტრით; საკმარისია ტემპერატურის მატების თუნდაც ერთი პრეცედენტის სუბიექტური დადასტურება წინა სამი დღის განმავლობაში.

ეპიდემიოლოგიური კრიტერიუმები:

დაავადების გამოვლენამდე 7 დღით ადრე ადეკვატური დაცვის გარეშე:

მოგზაურობა/ცხოვრება ტერიტორიაზე, სადაც დადასტურებულია პანდემიური (H1N1) 2009 ინფექციის აფეთქების შემთხვევები ადამიანთა შორის მდგრადი გადაცემით; ან

ახლო (<1 მეტრზე) კონტაქტი დადასტურებულ ან სავარაუდო შემთხვევასთან ამ უკანასკნელში კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების პერიოდში ან ამ სიმპტომების დაწყებამდე 24 საათის განმავლობაში; ან

მუშაობა პანდემიურ (H1N1) 2009 ვირუსზე ლაბორატორიის პირობებში.

ლაბორატორიული კრიტერიუმები

დადებითი შედეგი ერთი ან მეტი ლაბორატორიული ტესტის გამოყენებით

პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია;

ვირუსის კულტურა;

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსს საწინააღმდეგო ანტისხეულების ტიტრის ოთხჯერადი მატება მინიმუმ 10-14 დღის შუალედით აღებულ სისხლის შრატში;

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის საიდენტიფიკაციო კვლევის ჩატარება წარმოებს დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში (მყისიერი პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია).

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის გართულებების სპექტრი ჯერჯერობით არ არის ცნობილი.

პაციენტთა უმრავლესობას დაავადება ეწყება მაღალი ცხელებითა (ჩვეულებრივ, 38⁰C-ზე მეტი) და რესპირაციული სიმპტომებით: ყელის ტკივილი, ხველა და თავის ტკივილი. ხშირია რინორეა, ცხვირის გაჭედვა.

ასევე აღინიშნება: გულისრევა, ღებინება, დიარეა, მიაღვია, ართრალგია, დაღლა და ქოშინი. იშვიათად აღინიშნება კონიუნქტივიტი. დაავადე-

ბის მიმე მიმდინარეობისას აღინიშნება: სუნთქვის უკმარისობა და ლეთარგია.

ჩვილ ბავშვებში, როგორც წესი, ინფექცია განსხვავებული სიმპტომებით მიმდინარეობს. მათში უფრო დამახასიათებელია ცხელება, ლეთარგია. მათ შესაძლებელია არ ჰქონდეთ ხველა ან სხვა რესპირაციული სიმპტომები. მიმე მიმდინარეობისას შესაძლოა გამოვლინდეს ისეთი სიმპტომებით, როგორცაა აპნოე, დისპნოე, ციანოზი, დეჰიდრატაცია, მენტალური სტატუსის შეცვლა.

5 წლამდე ასაკის ბავშვები განსაკუთრებულად არიან მიდრეკილი გრიპის გართულებებისადმი.

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დროს აღწერილი გართულებების ჩამონათვალი მსგავსია სეზონური გრიპისა და მოიცავს ქვემოთ ჩამოთვლილს:

ზემო რესპირაციული ტრაქტის დაავადებები (სინუსიტი, ოტიტი, კრუპი);

ქვემო რესპირაციული ტრაქტის დაავადებები (პნევმონია, ბრონქოლიტი, ასთმური სტატუსი);

გულის დაავადებები(მიოკარდიტი, პერიკარდიტი);

ნევროლოგიური დარღვევები (მწვავე და პოსტინფექციური ენცეფალოპათია, ენცეფალიტი, ფებრილური კრუნჩხვა, ეპილეფსიური სტატუსი);

ტოქსიკური შოკის სინდრომი;

თანმხლები ქრონიკული დაავადებების გამწვავება

ორსულები – განსაკუთრებით მიმედ მიმდინარეობს ინფექცია ორსულებში. ისინი 4-ჯერ უფრო ხშირად ექვემდებარებიან ჰოსპიტალიზაციასა და ინტენსიურ თერაპიას. აღინიშნება სპონტანური აბორტის ან ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევები პანდემიური გრიპით დაავადებულ ორსულებში, განსაკუთრებით პნევმონიის ფონზე. ხუთი ჰოსპიტალიზებული ორსულიდან ორს განუვითარდა გართულებები სპონტანური აბორტის (გესტაციის მე-13 კვირაზე) და ნაადრევი მშობიარობის სახით (35-ე კვირაზე).

ლეტალობა – სეზონური გრიპის მიერ გამოწვეული ლეტალობა მაღალია ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებში, ორსულ ქალებში და ასაკოვან პოპულაციაში. მსგავსი სიტუაცია დაფიქსირდა პანდემიური გრიპის დროს. თუმცა, როგორც აღინიშნა, მოხუცებში ავადობა იყო დაბალი, რაც შესაძლებელია, განპირობებული ყოფილიყო მათში ანტიგენურად მსგავსი ვირუსის საწინააღმდეგო იმუნიტეტის არსებობით.

ევროპის ქვეყნებში რეგისტრირებულ შემთხვევებში გამოხატული იყო შემდეგი კლინიკური ნიშნები (პროცენტულად)

კლინიკური ნიშნები	საშუალო გავრცელება (%)
ცხელება(>38)	95
ხველა	60
მიაღვია	35
თავის ტკივილი	30
ღიარვა	30
ყელის ტკივილი	30
აბათია	25
რინიტი, ართრალგია, ღებინება, სუნთქვის უკმარისობა	2-5

დაავადების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა გარდაეს გრიპის პრევენციის ზოგადი ღონისძიებები: კონტაქტის შეზღუდვა ადამიანებთან, რომლებიც თავს შეუძლოდ გრძობენ, აღენიშნებათ ცხელება და ხველა;

არ შეხეთ იმ ზედაპირებთან, რომლებიც შეიძლება იყოს დაბინძურებული გრიპის ვირუსით; ხშირად და საფუძვლიანად დაბანა ხელების საპნითა და წყლით;

ხელების და ცემინების დროს ცხვირსახოცის მიფარება. გამოყენების შემდეგ ცხვირსახოცი გადაგდება;

დარჩნა სახლში სიმპტომების გამოვლენიდან 7 დღის განმავლობაში ან სიმპტომების გაქრობიდან 24 საათის ან უფრო მეტი დროის განმავლობაში. ეს დაიცავს სხვა ადამიანებს დაავადებისგან და შეზღუდავს ვირუსის შემდგომ გავრცელებას.

ჯანსაღი ცხოვრების წესით ცხოვრება, კარგ ფიზიკურ ფორმაში ყოფნა, თავის აარიდება სტრესებისაგან, საკმარისი რაოდენობით სითხისა და სასარგებლო საკვების მიღება.

ზოგიერთი ქვეყნის სახელმწიფო ორგანოებმა გასცეს პანდემიური გრიპის ვაქცინის წარმოების ლიცენზია. ლიცენზირების პროცესის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია რეგულირების მექანიზმზე თითოეულ ქვეყანაში, ვაქცინის ტიპზე და მწარმოებლების მზადყოფნაზე წარუდგინოს შესაბამისი ინფორმაცია საკანონმდებლო ორგანოებს.

ჯანმო-ს რეკომენდაციით ვაქცინაციის დროს პრიორიტეტი ენიჭება ჯანდაცვის მუშაკებს, რათა დაიცვან საკუთარი თავი და პაციენტები და შეინარჩუნონ ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება პანდემიის დროს.

მეორე პრიორიტეტულ ჯგუფს მიეკუთვნება მძიმე დაავადების რისკის ქვეშ მყოფნი. სახელმწიფო ორგანოებმა უნდა შექმნან ვაქცინაციის გეგმები ქვეყნის სიტუაციიდან გამომდინარე.

სხვა ჯგუფები მოიცავს: ორსულებს, 6 თვეზე მეტი ასაკის პირებს, რომელთაც აქვთ რომელიმე ქრონიკული დაავადება; ჯანმრთელ მოსახლეობას 15-49 წლის ასაკში, ჯანმრთელ ბავშვებს, ჯანმრთელ მოსახლეობას 50-64 წლის ასაკში, ჯანმრთელ მოსახლეობას 65-ზე მეტი წლის ასაკში.

ლახოლვანის გამოყენება სასუნთქი სისტემის ზოგიერთი პათოლოგიის დროს ბავშვებში

ლ. ლაბაძე

ხელმძღვანელი: მ. ჩოპოშვილი

გ. უვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკა

სასუნთქი სისტემის პათოლოგიას, როგორც ბავშვთა ისე ზრდასრულ ასაკში, ინფექციური პათოლოგიის ავადობის სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი უჭირავს. ბავშვთა ასაკში, სასუნთქი სისტემის პათოლოგიას 70-80% შემთხვევაში ვირუსები იწვევენ(1,4,10). ისინი განაპირობებენ სასუნთქი გზების ლორწოვანი გარსის სტრუქტურულ ცვლილებებს, დაცვის მექანიზმების დაქვეითებას, აუარესებენ ჟანგბადის და ნახშირორჟანგის დიფუზიას ალვეოლარულ-კაპილარულ მემბრანაში, რაც განაპირობებს ჰიპოქსიის განვითარებას და ზოგადი მდგომარეობის გაუარესებას (2,3,6).

სასუნთქი სისტემის პათოლოგიის ერთ-ერთი წამყვანი სიმპტომია ხველა ნახველით. ნახველი არის რთული კომპლექსი, რომელიც შედგება ეგზოკრინული ჯირკვლების სეკრეტის, ჩამნოფცქნილი ეპითელური უჯრედებისგან, ბრონქული სირფანქტანტისგან, მიკროორგანიზმებისგან და სასუნთქი სისტემაში არსებული მაკროფაგებისგან. სასუნთქი სისტემის მწვავე და ქრონიკული დაავადებების დროს, მაღალი წებვადობისა და შეწებების მქონე წარმოქმნილმა სეკრეტმა, ბრონქის სადინარებში დაგროვების შედეგად შეიძლება გამოიწვიოს ბრონქების ობსტრუქცია და გაზთა ცვლის დარღვევა(1,6). ნორმალური გაზთა ცვლისათვის აუცილებელია შესასუნთქი ჰაერი გათბეს, დატენიანდეს და გასუფთავდეს, რასაც უზრუნველყოფს მუკო-ცილიარული კლირენსი.

თუკი წვრილი ბრონქების პერიტალტიკური მოძრაობა და მსხვილი ბრონქებისა და ტრაქეის ეპითელის ხაოების „ციმციმი“ ვეღარ უზრუნველყოფს ბრონქიალური ხის ადექვატურ დრენაჟს, ვითარდება ხველა, რომლის ფიზიოლოგიური დანიშნულებაა სასუნთქი გზების განთავისუფლება გარედან მოხვედრილი ან ენდოგენურად წარმოქმნილი ნივთიერებებისაგან. ბრონქიალური დრენაჟის დარღვევის დროს ხველა მნიშვნელოვანი დამცავი რეაქციაა და მოითხოვს ამოსახველებელი საშუალებების დანიშნას.

ამოსახველებელი საშუალებებს, რომლებიც აუმჯობესებენ ნახველის ამოხველებას, მიეკუთვნებიან მუკოლიზური პრეპარატები, რომლებიც ათხელებენ ნახველს, ისე რომ მისი რაოდენობა არ იზრდება. მათი წარმომადგენელია ამბროქსოლი.

ამბროქსოლის მნიშვნელოვანი თვისებაა ფილტვებში სურფაქტანტის შემცველობის მომატება, რაც ზრდის მუკოცილიარულ ტრანსპორტს და გლიკოპროტეიდების სეკრეტის გაძლიერებასთან ერთად, იძლევა გამოხატულ ამოსახველებელ ეფექტს.

ამოსახველებელი საშუალებების დანიშნისას გათვალისწინებული უნდა იქნეს სასუნთქი სისტემის დაზიანების ხასიათი და ბავშვის ასაკი(3,5). მათი შერჩევა უნდა იყოს ინდივიდუალური, ნათელია რომ ბავშვებში, განსაკუთრებით უმცროს ასაკში უფრო გამართლებულად გამოიყურება ამბროქსოლის გამოყენება, რომელიც მაღალი თერაპიული ეფექტით გამოირჩევა. სხვა ჯგუფის ამოსახველებელი საშუალებებისაგან განსხვავებით ამბროქსოლი წარმატებით გამოიყენება სპასტიური სინდრომით მიმდინარე სასუნთქი სისტემის მწვავე და ქრო-

ნიკული ანთებითი დაავადებების დაავადებების დროს, ხელს უწყობს სურფაქტანტის სინთეზს და შეთავსებადია ანტიბიოტიკებთან.

შრომის მიზანი: ლაზოლვანის ეფექტურობის შეფასება მწვავე ბრონქიტის დროს ბავშვებში.

მასალა და მეთოდები: შესწავლილია გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიულ კლინიკაში ჰოსპიტალიზებული 1-დან 5 წლამდე ასაკის ბრონქიტით დაავადებული 19 ბავშვი. ბრონქიტის მკურნალობის კომპლექსში ჩართული იყო ლაზოლვანი.

ბრონქიტით დაავადებული 19 ბავშვიდან მწვავე მარტივი ბრონქიტი აღენიშნა 11-ს, მწვავე ობსტრუქციული ბრონქიტი – 8-ს,

მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად ბრონქიტით დაავადებულები დაიყო ორ ჯგუფად:

I ჯგუფი 9 დაავადებული ბავშვი (საკონტროლო) - სადაც მკურნალობის კომპლექსში დანიშნული იყო ხველის მასტიმულირებელი საშუალებები მუკალტინი, კალიუმის იოდიდი.

II ჯგუფი 10 ავადმყოფი(ძირითადი) – სადაც კომპლექსურ მკურნალობაში ჩართული იყო ლაზოლვანი.

დაავადების მიმდინარეობის დინამიკა შეისწავლებოდა სამჯერადად: მკურნალობამდე და მკურნალობის დაწყებიდან ერთი კვირისა და 2კვირის შემდეგ.

ფასდებოდა პროდუქტიული ხველის გამოჩენის ვადა, მისი ინტენსივობა და გამოჯანმრთელების ვადა. ასევე ნახველის წებოვანება.

მკურნალობის ეფექტურობა შეფასდა კლინიკური და პარაკლინიკური მონაცემების საფუძველზე: ჰაბიტუსი, ინტოქსიკაცია, ციანოზის ინტენსივობა და გაგრძელება, ქოშინი, სუნთქვაში დამხმარე კუნთების მონაწილეობა, ხველის ტიპი, ინტენსივობა და ხანგრძლივობა, სუნთქვის უკმარისობის ხარისხი, ფილტვების პერკუტორული და აუსკულტაციური მონაცემების დინამიკა, სისხლის საერთო ანალიზი, გულმკერდის რენტგენოგრაფია.

გამოკვლევის შედეგები და მათი განხილვა:

ავადმყოფთა ისტორიების ანალიზით, მწვავე მარტივი ბრონქიტის დროს სუბფერულიტიტი გაგრძელდა 2-3 დღე, ზოგადი მდგომარეობა იყო დამაკმაყოფილებელი. ხველა იყო მშრალი, რომელიც 3 შემთხვევაში ატარებდა შემაწუხებელ ხასიათს. ფილტვების პერკუსიით აღინიშნებოდა ნათელი ხმა, აუსკულტაციით ორივე მხარეს მშრალი, მსხვილი და საშუალო ბუშტუკოვანი სველი ხიხინი. ზოგჯერ გაფანტული წვრილბუშტუკოვანი სველი ხიხინი.

მწვავე ობსტრუქციული ბრონქიტის დროს კლინიკურად გამოხატული იყო ქოშინი, სუნთქვა 72-86წუთში, სუნთქვაში დამხმარე კუნთების მონაწილეობით, ცხვირის ნესტოების ბერვა, გაძნელებული ამოსუნთქვით, ზოგჯერ მსტვინავი(4 ავადმყოფი), 5 შემთხვევაში პერიორალური ციანოზი, სუნთქვის უკმარისობის I და II მეორე ხარისხი. ყველა შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა მშრალ ხველას, 3-შემთხვევაში ხველას ახლად ღებინება. ფილტვების პერკუსიით დიფუზურად კოლოფისებური ხმიანობა, აუსკულტაციით მასიური წვრილბუშტუკოვანი, ასევე საშუალო და მსხვილ ბუშტუკოვანი სველი ხიხინი.

ნი. გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე აღინიშნებოდა ბრონქისისხლარდოვანი სურათის გაძლიერება. სისხლში გამოიხატა ზომიერი ლეიკოციტოზი, ედსის მცირედენი აჩქარება.

მწვავე მარტივი ბრონქიტით დაავადებულ ყველა ბავშვს მკურნალობის კომპლექსში ლაზოლვანის ჩართვისას აღინიშნებოდა კარგი კლინიკური ეფექტი. მწვავე ბრონქიტის დროს ლაზოლვანის დანიშვნის მეორე დღიდან ხველა ხდებოდა პროდუქტიული, მკურნალობის მესამე დღეს ხველის ინტენსივობა მცირდებოდა და ქრებოდა პრეპარატის მიღებიდან მე-3 დღეს. მწვავე ბრონქიტის დროს ლაზოლვანის გამოყენების შედარებითმა დახასიათებამ ჩვენს კლინიკაში ფართოდ გამოყენებულ მუკალტინთან შედარებით გვიჩვენა ლაზოლვანის უფრო მაღალი თერაპიული ეფექტი

მწვავე ობსტრუქციული ბრონქიტის დროს ხველის კუპირება(94%) პრაქტიკულად მოხდა მკურნალობის კომპლექსში ლაზოლვანის დანიშნვიდან მე-6-7 დღეს, ქოშინი მოეხსნა ავადმყოფთა 97%-ს, 81,8% ავადმყოფთან ხიხინი აღარ მოიხმინებოდა, დანარჩენებთან ხიხინის რაოდენობა შემცირდა.

ავადმყოფთა I ჯგუფში, სადაც არ იყო გამოყენებული ლაზოლვანი, დადებითი დინამიკა აღინიშნა მე-5-6 დღეს, ხველა მოეხსნა ავადმყოფთა 2/3-ს, ქოშინი - 85%-ს, ხიხინი კვლავ უგრძელდებოდა 40%-ს (დიაგრამა№1).

ლაზოლვანის ეფექტურობა მწვავე ბრონქიტის დროს

ამგვარად, გამოკვლევის შედეგად დადგინდა რომ

1. სასუნთქი სისტემის პათოლოგიით მიმდინარე დაავადებების მკურნალობის კომპლექსში ლაზოლვანის გამოყენების დროს მიღწეული იქნა დადებითი კლინიკური ეფექტი.
2. მუკალტინის და კალიუმის იოდიდის დანიშვნის დროს, ასევე იყო გამოხატული მუკოლიზური ეფექტი, მაგრამ მკურნალობის დაწყებიდან უფრო მოგვიანებით პერიოდში, ვიდრე ლაზოლვანის შემთხვევაში.
3. ლაზოლვანი უსაფრთხო პრეპარატია და მკურნალობის პროცესში პრაქტიკულად გართულებები არ გამოვლენილა.

ლიტერატურა:

Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. Тяжелая внебольничная пневмония // Рус. мед. журн. 2001. Т.9, №5. С. 177–181.

Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Новые рекомендации по ведению взрослых пациентов с внебольничной пневмонией // Клин. микробиология и антимикробная химиотерапия. 2001. Т.3, № 1. С. 54–68.

Яковлев С.В. Критический анализ антибактериальных препаратов для лечения инфекций в стационаре// Consilium medicum. 2002. . 4, 1. . 22 30.

Чернушенко Е.Ф. // “местный иммунитет при заболеваниях легких” Реф журн. Клиническ. Иммуно. И аллерг. 1999г. Ст.28

Чихрадзе М.В./“Клинико-иммунологическая характеристика больных с хроническим бронхитом в динамике иммунореабилитации.” Автореферат 1999г.

М.А. Харитонов А.В. Николаев // терапия инфекций нижних дыхательных путей Клини. фармакология и тера-

პაციენტის უფლებები და ინფორმირებული თანხმობა პედიატრიულ პრაქტიკაში

გ. შვანიას სახელობის ჩვილ ბავშვთა თერაპიული განყოფილების უფროსი მედლა მელეა მონასელიძე;
განყოფილების გამგე მედიცინის დოქტორი თინა ღონღაძე;

”ბავშვის უფლებათა კონვენცია” რატიფიცირებულია და შესულია ქალაქში საქართველოს მთავრობის მიერ 1994 წლის 2 ივნისს.

საქართველოს კანონმდებლობაში ასახულია ბავშვის უფლებების დაცვის მექანიზმები სამედიცინო დაწესებულებებში.

საქართველოს კანონში “პაციენტის უფლებების შესახებ” მერვე თავი არეგულირებს არასრულწლოვანთა უფლებებს სამედიცინო მომსახურების პროცესში.

ბავშვის უფლებათა კონვენცია, რომელსაც გაეროს გენერალურმა ასამბლეამ ერთხმად დაუჭირა მხარი 1989 წელს, მსოფლიო მასშტაბის იურიდიული დოკუმენტია.

საქართველომ ამ კონვენციის რატიფიცირება 1994 წლის 21 აპრილს მოახდინა და აიღო ვალდებულება, შეასრულოს კონვენციის დებულებანი. სახელმწიფოს უპირველესი საზრუნავი უნდა იყოს 18 წლამდე ასაკის ბავშვების დაცვა და მათზე ზრუნვა.

ბავშვთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებები ეფუძნება ოთხ ძირითად კომპონენტს, როგორცაა:

- სიცოცხლე
- განვითარება
- დაცვა
- მონაწილეობა

ბავშვებს აქვთ სიცოცხლისა და გადარჩენის უფლება. სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის, წყლითა და სანიტარული სისტემებით უსაფრთხოდ სარგებლობის უფლება.

ბავშვებს აქვთ განათლების, ინდივიდუალური განვითარების, გონებრივ და ფიზიკურ შესაძლებლობათა გამოვლენის უფლება.

ბავშვებს აქვთ უფლება დაცულნი იყვნენ ნებისმიერი დისკრიმინაციისა და ექსპლუატაციისაგან, ომისა და გაჭირვებისაგან.

ბავშვებს აქვთ უფლება, გააჩნდეთ საკუთარი აზრი, თავისუფლად გამოხატონ თავისი შეხედულებები, მიიღონ სასურველი ინფორმაცია.

ინფორმაციის მიღების უფლება

სამედიცინო დარგის პროფესიონალები უნდა თანამშრომლობდნენ როგორც ბავშვებთან, ასევე მათ მშობლებთან, რომლებიც უნდა იყვნენ ჩართულნი შემოთავაზებული მკურნალობის და სამედიცინო გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.

პაციენტმა უნდა მიიღოს ინფორმაცია სამედიცინო საწესებულებაში მოხვედრისთანავე ინფორმაცია უნდა იყოს მიწოდებული ნებისმიერი

პაციენტისათვის დროულად და ინფორმაცია უნდა იყოს სდრულყოფილი და ჭეშმარიტი(საქართველოს კანონი “პაციენტის უფლებების შესახებ”, მუხლი 19)

პაციენტს უფლება აქვს, სამედიცინო მომსახურებისაგან მიიღოს სრული, დროული და გასაგები ინფორმაცია:

ა) სამედიცინო მომსახურების არსებული რესურსებისა და მათი მიღების სახეების, საფასურისა და ანაზღაურების ფორმების შესახებ) საქართველოს კანონმდებლობით და სამედიცინო დაწესებულებების შინაგანაწესით განსაზღვრულ პაციენტის უფლებებისა და მოვალეობების შესახებ;

გ) განზრახული პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მომსახურების, მათი თანმხლები რისკისა და ეფექტიანობის შესახებ;

დ) სამედიცინო გამოკვლევების შედეგების შესახებ;

ე) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;

ვ) სამედიცინო მომსახურების არსებული რესურსებისა და მათი მიღების სახეების, საფასურისა და ანაზღაურების ფორმების შესახებ

ზ) სამედიცინო მომსახურების არსებული რესურსებისა და მათი მიღების სახეების, საფასურისა და ანაზღაურების ფორმების შესახებ

თ) სამედიცინო მომსახურების არსებული რესურსებისა და მათი მიღების სახეების, საფასურისა და ანაზღაურების ფორმების შესახებ.

მუხლი 17

1. პაციენტს, ხოლო მისი თანხმობის ან ქმედუნარობის შემთხვევაში, ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვთ:

ა) გაცნონ სამედიცინო ჩანაწერებს და მოითხოვონ პაციენტის შესახებ არსებულ ინფორმაციაში შესწორებების შეტანა. სამედიცინო ჩანაწერებში ინახება როგორც შესწორებამდე არსებული, ისე პაციენტის, მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მიერ ახლად მიწოდებული ინფორმაცია;

ბ) მოითხოვონ სამედიცინო ჩანაწერების ნებისმიერი ნაწილის ასლი.

2. სამედიცინო ჩანაწერების გაცნობის, აგრეთვე მათი ასლის მიღების

შესახებ მოთხოვნა წერილობით წარედგინება სამედიცინო დაწესებულებას.

ინფორმირებული თანხმობა

ნებისმიერი ჩარევა სამედიცინო მომსახურების სფეროში უნდა ჩატარდეს პირის მიერ ნება-

ყოფლობითი განხადებით, გააზრებული თანხმობის მიღების შემდეგ.

პირს წინასწარ უნდა მიეცეს ინფორმაცია ჩარევის მიზნებისა და ხასიათის, აგრეთვე შედეგებისა და საფრთხის შესახებ.

ინფორმირებული თანხმობა უნდა განაცხადოს მხოლოდ კანონით გათვალისწინებული ინფორმაციის მისთვის მიწოდების შემდეგ.

ეს ინფორმაცია უნდა ეხებოდეს მის უფლებებსა და მოვალეობებს, მომსახურების ფასს, ანაზღაურების წესს, ყოველგვარ განზრახულ მომსახურებას, თანხმლები რისკისა და მოსალოდნელი შედეგების ჩათვლით, სამედიცინო გამოკვლევების შედეგებსა და მომსახურებაზე უარის მოსალოდნელ შედეგებს, დიაგნოზს, სავარაუდო პროგნოზს, მომსახურების გამწვევის ვინაობასა და პროფესიულ გამოცდილებას. მხოლოდ ზემოთ ჩამოთვლილი ინფორმაციის მიღების შემდეგ შეუძლია პაციენტს განაცხადოს თანხმობა სამედიცინო მომსახურებაზე

შეზღუდული ქმედუნარიანობის მქონე პაციენტის მოსაზრება გათვალისწინებული უნდა იყოს მისი ასაკისა და გონებრივი მდგომარეობის შესაბამისად. 16 წლამდე პაციენტს სამედიცინო მომსახურება უტარდება მხოლოდ მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით.

რაც შეეხება პაციენტს, რომლის ასაკი აღემატება 16 წელს, მა სუფლება აქვს ინფორმირებული თანხმობა ან უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე, რის შესახებ უნდა ეცნობოს მის მშობელსა ან კანონიერ წარმომადგენელს.

იგივე წესები ვრცელდება არასრულწლოვანის სამედიცინო კვლევის ობიექტად გამოყენების დროსაც.

არასრულწლოვან პაციენტს, ისევე, როგორც ნებისმიერ პაციენტს, უფლება აქვს მიიღოს ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. ეს ინფორმაცია უნდა შეესაბამებოდეს მის ასაკს და გონებრივ განვითარებას

საექთნო განათლება საქართველოში - ანმყო და მომავალი

საექთნო საქმე ჯანმრთელობის დაცვის განუყოფელი და უმნიშვნელოვანესი ნაწილია. საქართველოში საექთნო საქმის მოდელი განიხილავდა ექთანს, როგორც ექიმის პირველ საფეხურს. ამან გამოიწვია საექთნო საქმის, როგორც პროფესიის განვითარების შეფერხება. ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოსაყვანად აუცილებელია განისაზღვროს სამედიცინო სფეროში ექიმის - როგორც მკურნალის და ექთნის - როგორც მომვლელის ფუნქცია.

2007 წელს საქართველოში მოხდა უმაღლესი განათლების რეფორმა, რამაც შემოიტანა პროფესიული განათლების ცნება. 2007 წლის კანონი უმაღლესი განათლების შესახებ განსაზღვრავს 2 ტიპის პროფესიულ განათლებას: სახელობო განათლება და უმაღლესი პროფესიული განათლება (უპგ). უპგ განეკუთვნება უმაღლეს განათლებას. სახელობო განათლების მიზანია პრაქტიკული და არა აკადემიური უნარ-ჩვევების დაუფლება.

უკანსაკნელი 2-3 წლის განმავლობაში განათლებისა და ჯანდაცვის სამინისტროების მიერ გატარდა მნიშვნელოვანი პოლიტიკური ცვლილებები, რაც საექთნო განათლებასთან მიმართებაში გამოიხატა ორი დონის საექთნო სწავლების შემოღებაში. კერძოდ, ამჟამად ორი ტიპის დაწესებულებაა, რომელიც ამზადებს ექთნებს: უმაღლესი პროფესიული განათლებისა (უპგ) და სახელობო საექთნო განათლების სკოლები (2007 წლიდან). შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს გადაწყვეტილებით 2007 წლამდე არსებული საშუალო სამედი-

ცინო განათლების სამედიცინო სასწავლებლების (ტექნიკური სკოლა) კურსდამთავრებულები გაუთანაბრდა უმაღლესი პროფესიული განათლების დონეს.

სახელობო განათლების მიღება შესაძლებელია არასრული საშუალო განათლების (9 კლასი) შემდეგ 2 წელი სახელობო სასწავლებელში სწავლით. სწავლის დასაწყებად საჭირო არ არის ერთიანი ეროვნული გამოცდების ჩაბარება. კურსდამთავრებულს ენიჭება სტატუსი „მედ.და“ - ექთნის ასისტენტი და მისი მოვალეობაა პაციენტის საბაზისო მოვლა. ძალიან შეზღუდულია მანიპულაციების ჩატარების უფლება, მაგ. ინექციებიდან მხოლოდ კანქვეშა ინექციის (ინსულინი) გაკეთების უფლება მიენიჭა.

უმაღლესი პროფესიული განათლების მისაღებად აუცილებელია სრული ზოგადი განათლება (12 კლასი) და სწავლების 3 წელი. უმაღლესი პროფესიული განათლების მისაღებად საჭიროა გამარტივებული ერთიანი ეროვნული გამოცდის ჩაბარება.

სკოლის სრული კურსის გავლის გარეშე სახელობო განათლებიდან უმაღლეს განათლებაზე გადასვლა შეუძლებელია. საქართველოს უმაღლესი განათლების კანონის მიხედვით პიროვნებამ ჯერ უნდა ჩააბაროს მე-12 კლასის გამოცდა და შემდეგ გამარტივებული ერთიანი ეროვნული გამოცდა. განთლების და მეცნიერების სამინისტრო ამჟამად ამუშავებს რამოდენიმე ერთობლივ სქემას, რომ საშუალო განათლების მიღება შესაძლებელი იყოს სახელობო განათლების პარალელურად, როგორც ეს იყო საშუალო სამედიცინო განათლების არსებობის დროს.

საექთნო უმაღლესი პროფესიული პროგრამა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში 2007 წელს დაიწყო და ამჟამად აქ 400-ზე მეტი სტუდენტი სწავლობს, 100 ექთანი დაამთავრებს მას 2010 წელს. პროგრამა ტარდება თსუ-ს „პროფესიული უმაღლესი მედიცინისა და ფარმაციის“ სკოლაში და განვითარდა პოლანდიის ხელშეწყობით. ეს არის 3 წლიანი მოდულების პროგრამა, რომელიც იძლევა უმაღლესი პროფესიული განათლების სერტიფიკატს 180 კრედიტისათვის (ევრო კრედიტის ტრანსფერის სისტემა). 2010-2011 სასწავლო წელს იხსნება როტერდამის ბებიჩალთა აკადემიასთან ერთად მომზადებული ბებიჩალთა საგანმანათლებლო პროგრამა. 2009 წელს კიდევ ხუთმა უნივერსიტეტმა დაიწყო ექთნების უმაღლესი პროფესიული განათლების განხორციელება, საერთო ჯამში 245 სტუდენტით.

2007 წელს საქართველოში 113 საშუალო სამედიცინო სასწავლებელი იყო რეგისტრირებული. საშუალო სამედიცინო სასწავლებლების აკრედიტაცია არ ხდებოდა. მისაღები კონტინგენტის სახეობა, მიღების ფორმატი და სასწავლო პროგრამების შინაარსი სასწავლებლებში განსხვავებული იყო. საშუალო სამედიცინო სასწავლებლების სასწავლო პროგრამები საექიმო პროგრამების ძალიან შეზღუდულ ვარიანტს წარმოადგენდა. გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ საექთნო კადრის განათლებას საექიმო კადრი აწარმოებდა და ახდენს დღესაც, რაც გამოწვეულია ქვეყანაში პედაგოგიის უფლების მქონე უმაღლესი განათლების მქონე ექთნების არარსებობით.

დღესაც საექთნო საქმის პედაგოგები ძირითადად ექიმები არიან, რომელთათვისაც პრაქტიკული გამოცდილების არარსებობის გამო საკმაოდ რთულია საექთნო საქმის ძირითადი საკითხების სწავლება. სწავლება ხდება უპირატესად ექიმის პერსპექტივაზე ფოკუსირებით, შედეგად ვიღებთ იმას, რომ კურსდამთავრებული ექთნები უფრო მეტად არიან ექიმის თანაშემწეები, ვიდრე საკუთარი კომპეტენციის მცოდნე პროფესიონალები.

ქართულ ენაზე თითქმის არ მოიპოვება მნიშვნელოვანი ლიტერატურა საექთნო საქმის შესახებ. ახალი თაობის სტუდენტები, რომელთაც მომავალ პროფესიად აირჩიეს საექთნო საქმე, საკმარისად კარგად ვერ ფლობენ უცხო ენებს (რუსული, ინგლისური), რომ ისწავლონ პროფესიული სასწავლო მასალები ამ უცხო ენაზე. ექთნების უმაღლესი პროფესიული განათლებისა და სახელობო განათლების პროგრამების მასწავლებლების პროფესიული გამოცდილება მოითხოვს განახლებას და რეორიენტაციას, რათა სწავლების დონე შეესაბამებოდეს მოთხოვნებს.

ექთნების საერთაშორისო საბჭოს (ICN - International Council of Nurses) განმარტებით „ექთანი ანხორციელებს ყველა ასაკის ინდივიდის, ოჯახების, ჯგუფებისა და საზოგადოების, დაავად-

ბულთა და კარგად მყოფთა ავტონომიურ და კოლაბორაციულ მოვლას ყველა სიტუაციაში. ექთნობა მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, დაავადებების პრევენციას, დაავადებული, უუნარო და მომაკვდავი ადამიანების მოვლას. საექთნო საქმის მნიშვნელოვანი ფუნქციაა დაცვა/ადეოკატირება, უსაფრთხო გარემოს ხელშეწყობა, კვლევა, ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმირება, ჯანდაცვის სისტემის მენეჯმენტი და განათლება“.

ცხადია, ასეთი მნიშვნელოვანი ფუნქციების შესრულება საჭიროებს საფუძვლიან, მაღალი დონის განათლებას, განსაკუთრებით როდესაც საქმე ეხება მენეჯერულ და საგანმანათლებლო აქტივობებს. ქვეყანაში საექთნო საქმის შემდგომი განვითარებისათვის და აქედან გამომდინარე საექთნო მოვლის ხარისხის გაზრდის გზით საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის აქტუალურია უმაღლესი საექთნო განათლების სისტემის დანერგვა. უმაღლესი განათლების მქონე ექთნებს აქვთ დამოუკიდებელი საექთნო საქმიანობისათვის საჭირო შესაბამისი ცოდნა და უნარ-ჩვევები. ბაკალავრის ხარისხის მქონე ექთანს შეუძლია აწარმოოს პაციენტის/მომხმარებლის სრული საექთნო შეფასება, საექთნო მოვლის დაგეგმვა და განხორციელება, შედეგების შეფასება და მონიტორინგი. ბაკალავრ ექთანს აქვს პედაგოგიური მოდულოების შესაძლებლობა, რაც სასიცოცხლო მნიშვნელობის არის საქართველოში საექთნო პროფესიის განვითარებისათვის.

სხვადასხვა ქვეყანაში, სადაც დანერგილია უმაღლესი საექთნო განათლება, ასევე არსებობს უფრო დაბალი დონის სამედიცინო განათლებაც და კომპეტენციები მკვეთრად გამოიხატულია.

ევრო პარლამენტის დირექტივა 2005/36/ და ევროკავშირის საბჭოს 2005 წლის 7 სექტემბრის „პროფესიული კვალიფიკაციის ცნობისა და შესწორებების აქტის“ მიხედვით საექთნო საქმიანობისათვის მაღალი მოთხოვნები არის წაყენებული. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო 2009 გვ 10) გამოაქვეყნა ექთნის ან ბებიჩალის საწყისი მომზადების გლობალური სტანდარტები, სადაც გაცხადებულია, რომ საექთნო საქმის მომავალი ითვალისწინებს მომზადებას პროფესიონალურ, პირველხარისხოვან დონეზე უნივერსიტეტში, ანუ საექთნო პროფესიის მისაღებად აუცილებელია საბაკალავრო პროგრამის გავლა უნივერსიტეტში.

საექთნო საქმის ბაკალავრის ხარისხის დანერგვას საქართველოში არსებითი მნიშვნელობა აქვს. ჩვეულებრივ არ არის შესაძლებელი, რომ მთელ პერსონალს, რომელიც მონაწილეობს პაციენტის მოვლაში, ჰქონდეს უმაღლესი განათლება, ერთზე მეტი დონის ექთნებია საჭირო. ამის შედეგად ხუსტად განისაზღვრება განსხვავება ექთნებს, მათ განათლებას, როლსა და პასუხისმგებლობებს შორის.

ახალი სამედიცინო სტრუქტურა კოსპიტალურ ქსელში

ღუღუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრი გაიხსნა 2003 წლის მაისში, საექთნო საქმის პროფესიული ორგანიზებისათვის გამოყენებული იყო ძველი საბჭოური მოდელი, რომლის ძირითადი რგოლი იყო:

- ექთანი
- საშუალო სახელმძღვანელო რგოლი უფროსი ექთანი
- უმაღლესი სახელმძღვანელო რგოლი კლინიკის ექთანი.

ამ სტრუქტურის კადრებით უზრუნველყოფა, მთლიანად იყო დამოკიდებული კვალიფიკაციის ამაღლების სისტემაზე რომელიც პრაქტიკულად აღარ არსებობდა. კლინიკის გახსნის დღიდანვე ხელმძღვანელობის მხრიდან დაისვა საკითხი კლინიკაში საექთნო საქმის პროფესიული ორგანიზების ახალი სტრუქტურის შესაქმნელად.

საქართველოს ექთნების ასოციაციის გამოცდილების გამოყენებით ჩვენს მიერ, შემუშავდა საექთნო საქმის პროფესიული ორგანიზების ახალი სტრუქტურა, კონკრეტული კლინიკისათვის. გადასაწყვეტი იყო შემდეგი ამოცანები:

ექთნის პროფესიული მოვალეობების მკაფიოდ ჩამოყალიბება, ამ მოვალეობათა კონკრეტული შემსრულებლების ადგილის განსაზღვრა ერთიან სტრუქტურაში, პროფესიული ზრდის მოტივაციის შექმნა და ამ მოტივაციის დაკმაყოფილება შესაბამისი განათლების შიგა კლინიკური სისტემის შექმნით.

დასმული ამოცანების მიხედვით შემუშავდა შემდეგი სტრუქტურა:

არსებულ სტრუქტურაში შეყვანილი იქნა დამატებითი პროფესიული რგოლები:

- ექთნის თანაშემწე
- დეპარტამენტის უფროსი ექთანი.
- ხოლო განყოფილების უფროსი ექთანს შეეცვალა სახელწოდება სუპერვაიზერით და შეეცვალა ფუნქციები.

● ასევე შეეცვალა ფუნქციები დაბალ სამედიცინო პერსონალს სანიტრებს. აქაც გაიყო ფუნქციები მკვეთრად განისაზღვრა: დამლაგებლის ფუნქციებში დარჩა დერეფნების და სანიტარული კვანძების დალაგება:

- პაციენტთან მიმართებაში ფუნქციები განესაზღვრა ექთნის თანაშემწეს.
- პაციენტის ჰიგიენა
- კვება
- პალატაში საწოლების, შესახვევების და შოკის დარბაზების დასუფთავება, დეზინფიცირება.
- საოპერაციოში ნახშირი იარაღების რეცხვა დეზინფექცია.

ევროპული და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული საშტატო ნორმატივების მიხედვით ექთნების რაოდენობა გადანაწილდა ექთნის თანაშემწეების რაოდენობაზე რამაც ერთგვარი ეკონომიური ეფექტი მოგვცა სახელფა-

სო ფონდთან დაკავშირებით.

ამასთან ერთად შეიქმნა უწყვეტი განათლების შიგა კლინიკური ცენტრი. ცენტრის ხელმძღვანელობის ცენტრის უფროსი, რომლის განკარგულებაში არიან ინსტრუქტორ პედაგოგები, და იგი განსაზღვრავს პედაგოგიური პროცესის შინაარსს და გეგმას ცენტრის მთავარ ექთანთან ერთად.

განისაზღვრა სასწავლო პროგრამა 3 ძირითადი დონის მიხედვით,

I დონე – ყველასათვის (ექთნების და ექთნის თანაშემწეები) საერთო საბაზისო პრინციპების საფუძველზე აგებული:

- ინფექციის კონტროლი
- გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება
- ავადმყოფის მოვლის ზოგადი პრინციპები

II დონე – ექთნებისათვის და ექთნის თანაშემწეებისათვის ცალ-ცალკე

- ინფუზიური თერაპია
- მედიკამენტების მიღების გზები და დოზირებები

- სამედიცინო ნარჩენების მენეჯმენტი და სხვა.

III დონე – სწავლება ვიწრო სპეხიალიზაციის მიხედვით

- ბებიაქალებისათვის
- ანესთეზიის ექთნებისათვის
- საოპერაციო დებისათვის
- კრიტიკული და გადაუდებელი დახმარების განყოფილების ექთნებისათვის და სხვა.

ამასთან ერთად შემუშავდა აღნიშნული სტრუქტურის დანერგვის დროითი და შინაარსობრივი სქემა. შემუშავების და დანერგვის პროცესმა სამი წელიწადი მოიცვა. ამდენად 2006 წლიდან ზემოთ ჩამოთვლილი ცვლილებები სრული მასშტაბით ამუშავდა.

განვლილი 4 წლის განმავლობაში, გამოიკვეთა, აღნიშნული პროფესიული სტრუქტურის დადებითი და უარყოფითი მხარეები.

აღნიშნული სტრუქტურის დადებით მხარედ მიგვაჩნია:

სტრუქტურაში ახალი თანამდებობების შეყვანამ საშუალება მოგვცა უფრო მკაფიოდ განგვესაზღვრა პროფესიული მოვალეობები და კონკრეტული პასუხისმგებლობები, ექთნის თანაშემწის შეყვანამ სტრუქტურაში საშუალება მოგვცა გაგვენათვისუფლებინა ექთანი შედარებით ნაკლებად კვალიფიციური სამუშაოსაგან რამაც მნიშვნელოვნად გაზარდა ექთნის მოვალეობა პაციენტის მოვლის პროცესში, შეამცირა სახელფასო დანახარჯები და შექმნა პროფესიული ზრდის მოტივაციური მოთხოვნა ექთნის თანაშემწის მხრიდან.

აქვე მინდა ავღნიშნო – სწავლების და გარკვეული პერიოდის მუშაობის შემდეგ, დაახლოებით 30 % ექთნის თანაშემწეებისა და გადავიდა ექთნის პოზიციაზე.

სუპერვაიზერის მოვალეობებში შეტანილმა ცვლილებებმა გაზარდა საექთნო მომსახურების

ხარისხი, ზედამხედველობას უწევს ექთნების მუშაობას და დანიშნულების შესრულების ხარისხს, რომ მაქსიმალურად იქნეს მიღწეული პაციენტის კმაყოფილება.

საექთნო დოკუმენტაციის წარმოების ხარისხი – მედიკამენტების ხარჯვის აღრიცხვიანობა და საინფორმაციო ბაზაში შესაბამისი დაფიქსირება. რამაც თავის მხრივ აღმოფხვრა დახარჯული მედიკამენტის გაბნევის და გაზარდა საბოლოო კალკულაციაში რეალური ხარჯვის დაფიქსირების ხარისხი.

საექთნო განათლების შიგა კლინიკური ცენტრის შექმნამ, საშუალება მოგვცა დაგვეკმაყოფილებინა როგორც უწყვეტი განათლების გეგმიური ასევე, უწყვეტი განათლების ცენტრის ხელმძღვანელისა და ცენტრის მთავარი ექთნის მჭიდრო თანამშრომლობის შედეგად გამოვლენილი ოპერატიული საგანმანათლებლო საჭიროებების დაკმაყოფილება.

ჩვენს მიერ შემუშავებული და დანერგილი სტრუქტურის უარყოფით მომენტად შეიძლება ჩაითვალოს მისი იზოლირებულობა, ზოგადად ქვეყანაში არსებული საექთნო საქმის პროფესიული მდგომარეობისაგან.

არ არის მიღებული საექთნო საქმის განსაზღვრება;

საექთნო საქმის პროფესიული მოდელი; არ არის შემუშავებული შესაფერის დიპლომამდელი და დიპლომის შემდგომი უწყვეტი განათლების სისტემა;

არ არის შემოღებული უმაღლესი საექთნო განათლება.

ასეთი მდგომარეობა ართულებს ღუდუშაურის კლინიკაში ახალი საექთნო კადრებით მომარაგების საკითხს და პროფესიული ზრდის საკითხს.

მდგომარეობის გამოსწორება გვიწევს საკუთარი შიგა კლინიკური საგანმანათლებლო შესაძლებლობებით, რაც რასაკვირველია ვერცვლის დიპლომამდელი და დიპლომის შემდგომი უწყვეტი საექთნო განათლების

საერთო სახელმწიფო სისტემას.

მიგვანჩია რომ ღუდუშაურის კლინიკის გამოცდილება შეიძლება იქნეს გამოყენებული ქვეყნის სხვა კლინიკებში თუმცა მისი ეფექტურობა გაცილებით გაიზრდება შესაბამისი საერთო სახელმწიფოებრივი ღონისძიებების ფონზე. რაც გულისხმობს საექთნო საქმის დამოუკიდებელ პროფესიად ჩამოყალიბებას,

ანუ რეგულირებად პროფესიათა ნუსხაში მოხვედრას, სამართლებრივი ბაზის უზრუნველყოფით.

ტ.ბარსებანიშვილი

აივ/შიდსი – გლობალური პრობლემა იმუნდეფიციტის ვირუსი/ შექენილი იმუნოდეფიციტური სინდრომი

გ. შვანიას სახელობის კლინიკა, ჩვილ ბავშვთა თერაპიული განყოფილება, მედლა ქმთიშან შარბიძაძე განყოფილების გამგე, მედიცინის დოქტორი თინა ღონღაძე

შიდსი – შექენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი, მისი გამომწვევია ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ-ი). აივ ინფექცია ეწოდება დაავადებას ვირუსით ინფიცირების მომენტიდან სიცოცხლის ბოლომდე. ტერმინით “შიდსი” აღინიშნება აივ ინფექციის ბოლო სტადია. აივ-ი ადამიანის ორგანიზმში შეჭრის შემდეგ აზიანებს იმუნურ სისტემას, რის შედეგად ინფიცირებულ პირს შესაძლოა განუვითარდეს ნებისმიერი ინფექცია ან/და სიმსივნე, ხშირად, სასიკვდილო შედეგით.

ინფიცირების საწყის ეტაპზე დაავადების ნიშნები ფაქტობრივად არ ვლინდება, ამიტომაც სათანადო კვლევების გარეშე ძნელია განსაზღვრო, არის თუ არა პიროვნება აივ-ით ინფიცირებული.

აივ-ი მიეკუთვნება რნმ-ის შემცველ რეტროვირუსების ოჯახს, ნელი მიმდინარეობის ვირუსული ინფექციების – ლენტვირუსების ქვეჯგუფს, შესაბამისად დრო ინფიცირებასა და სერიოზული სიმპტომების გამოჩენას შორის ხშირად საკმაოდ დიდია.

ვირუსის სტრუქტურულ კომპონენტებს აქვთ ანტიგენურობის უნარი, რომელიც განაპირობებს სპეციფიკური იმუნოგლობულინების სინთეზს, მა-

თი განსაზღვრა კი გამოიყენება ინფექციის დიაგნოსტიკისა და ვირუსის ტიპის დასადგენად.

ვირუსი გარემოში არამდგრადია და ადვილად კვდება სხვადასხვა გარემო ფაქტორებისა თუ ხსნარების ზემოქმედებისას.

აივ/შიდსის ეპიდემია დინამიური და მზარდი ხასიათისაა და საოცარი სისწრაფით მოიცავს მსოფლიოს პრაქტიკულად ყველა კონტინენტს, ყველა ქვეყანა და დაამტკიცა, რომ იგი თანაბრად ემუქრება ყველას რასის, სქესის, ასაკის, ეროვნების, განათლებისა და სარწმუნოების მიუხედავად. ჯანმო-ს მონაცემებით შიდსს მსოფლიოში სიკვდილიანობის მიზეზთა შორის მეოთხე ადგილი უკავია.

შიდსი რეგისტრირებულია მსოფლიოს 216 ქვეყანაში. მათგან 41 ქვეყანაში აქვს გენერალიზებული ხასიათი, ხოლო 85-ში – კონცენტრირებულია მხოლოდ მაღალირისკის ჯგუფებში. დღეს მსოფლიოში დაახლოებით 40 მლნ ადამიანი ცხოვრობს აივ/შიდსით, აქედან 1/4 არის 15-24 წლამდე ასაკის; 15 წლამდე ასაკის ბავშვი კი – 2.2 მლნ.

საყურადღებოა აივ ინფიცირებულ ორსულ ქალთა და ახალშობილთა რაოდენობის მზარდი დინამია. გამოკვლევებით დადგინდა, რომ ბავშვთა 90% აივ-ით ინფიცირდება ვერტიკალური (დედიდან შვილზე გადაცემის) გზით.

განსაკუთრებული მსჯელობის საგანია შიდსის გამო დაობლებული ბავშვები. მხოლოდ სუბსაპარულ აფრიკაში შიდსის შედეგად დაახლოე-

ბით 12 მილიონ ბავშვს დაეღუპა ერთი ან ორივე მშობელი.

თუმცა საქართველო ითვლება დაბალი პრევალენსის ქვეყანად (პრევალენსი ანუ საერთო რიცხვი დაახლ. 0,13 %0), მაგრამ რისკი ეპიდემიის გავრცელებისა იზრდება, რადგანაც – 1) მატულობს ნარკოტიკების ინტრავენურად მომხმარებელთა რიცხვი (>100 000); – 2) მიგრაცია აქტიურად ხდება მაღალი რისკის ქვეყნებში – უკრაინა და რუსეთი.

საქართველოში 2010 წლის 15 მაისის მონაცემებით ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკულ ცენტრში რეგისტრირებულია შიდსის ვირუსით ინფიცირების 2377 შემთხვევა. პაციენტთა უმრავლესობა 29-დან 40 წლამდეა. შიდსი განუვითარდა 1325 პაციენტს, 506 გარდაიცვალა.

მსოფლიოში მხოლოდ 2005 წელს დაინფიცირდა 4.9 მილიონი ადამიანი. მათ შორის 700 000 გარდაიცვლილი 15 წლის ასაკის ბავშვია; 2005 წელს სულ გარდაიცვალა 2,9 მილიონი ადამიანი, მათ შორის - 570 000 15 წლამდე ასაკის ბავშვი.

აივ ინფიცირებულთა განაწილება გადაცემის გზების მიხედვით:

- ინტრავენური ნარკომანია 58,9 %
- ჰეტეროსექსუალური კონტაქტი 34,9 %
- ჰომოსექსუალური კონტაქტი 2,4 %
- ვერტიკალური გზით 2,1 %
- დაუდგენელია 1,1 %
- სისხლის გადასხმით 0,6 %

აივ ინფიცირების ყველაზე მეტი შემთხვევა რეგისტრირებულია თბილისში 782, შემდეგ სამეგრელოში - 366, აჭარაში - 318 და იმერეთში – 304.

ინფექციის წყაროს წარმოადგენს ადამიანი, რომელიც იმყოფება ინფექციური პროცესის ნებისმიერ სტადიაში. ინფიცირებული ადამიანის ორგანიზმში ვირუსი სხვადასხვა სუბსტრატში იმყოფება, ყველაზე დიდი რაოდენობითაა სისხლში, სპერმაში, საშოს გამონადენში, დედის რძეში, თავზურგ-ტვინის სითხეში, ლიმფურ კვანძებში, თავის ტვინში, ნაკლები კონცენტრაციით კი – ცრემლში, ნერწყვში, ოფლში.

არსებობს აივ ინფექციის გადაცემის 3 ძირითადი გზა:

დაუცველი სქესობრივი კონტაქტით (პრეზერვატივის გარეშე) აივ ინიცირებულ პირთან;

ინფიცირებულ სისხლთან ექსპოზიციით – აივ ინექციების და სხვა ინვაზიური მანიპულაციებისას არასტერილური, დაბინძურებული სამედიცინო ინსტრუმენტების გამოყენებით. ყველაზე ხშირად გადაცემა ნარკოტიკების ინტრავენური მოხმარებისას ხდება აივ ინფიცირებული სისხლით დაბინძურებული შპრიცებისა და ნემსების გამოყენებით

ინფიცირებული დედიდან ბავშვზე ორსულობის, მშობიარობის ან ძუძუთი კვების შედეგად.

დადასტურებულია, რომ შიდსის ვირუსი არ გადაეცემა აივ ინფიცირებულთან:

- ხელის ჩამორთმევით, მოხვევით, კოცნით;
- დახვევებით, ცემინებით, საერთო საკვების ან

ჭურჭლის გამოყენებით;

საეთო ტუალეტით ან აბაზანით სარგებლობით;

საცურაო აუზით სარგებლობით; კოლოსა და მწერების ნაკბენით.

ყოველივე აღნიშნულის ცოდნა გვეხმარება სტიგმისა და დისკრიმინაციის დათრგუნვაში.

პროფილაქტიკა

შიდსი საყოველთაო პრობლემაა და მიეკუთვნება იმ დაავადებებს, რომელთა განკურნება თანამედროვე სამკურნალო საშუალებებით შეუძლებელია. ამიტომ აივ ინფექცია/შიდსით დაავადების თავიდან აცილებას, პროფილაქტიკას გადაწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება.

ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკის სპეციფიური საშუალება ვაქცინაა, მაგრამ სამწუხაროდ, აივ ინფექცია/შიდსის საწინააღმდეგო ეფექტური ვაქცინის შექმნა ჯერჯერობით ვერ მოხერხდა მიუხედავად იმისა, რომ დღესდღეობით ამ მიმართულებით მსოფლიოს საკმაოდ დიდ ფინანსური და ინტელექტუალური პოტენციალია მიმართული და რამდენიმე ათეული ვაქცინა გადის აპრობაციას.

სადღეისოდ საქართველოში, ისევე, როგორც მთელ მსოფლიოში, აივ ინფექცია/შიდსის პროფილაქტიკური ღონისძიებები ორი ძირითადი მიმართულებით მიმდინარეობს:

- ბოისამედიცინო (სამედიცინო მანიპულაციების უსაფრთხოება, დონორთა სისხლისა და /ან ორგანოების ტესტირება, სტერილიზაცია-დეზინფექციის პრინციპების დაცვა);

- ქცევითი სფერო: მას მიეკუთვნება აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემასთან დაკავშირებული სარისკო ქცევების მქონე ჯგუფების გამოვლენა, აგრეთვე იმ პირების გამოვლენა, რომლებიც იმყოფებოდნენ აივ ინფექცია/შიდსის მხრივ არაკეთილსაიმედო ქვეყნებში (უკრაინა, რუსეთი და სხვ.), იძულებით ადგილნაცვალა პირები (ღტოლვილები), ჰემოფილიით ან სხვა დაავადებით სისხლის ხშირი რეციპიენტები.

რისკ-ჯგუფს მიეკუთვნება გარკვეული პროფესიის სამედიცინო პერსონალი (ქირურგები, გინეკოლოგები, სისხლის ლაბორატორიის თანამშრომლები, რომელთაც კონტაქტი აქვთ სისხლთან, აგრეთვე ექთნები, რომლებიც ატარებენ სამედიცინო მანიპულაციებს და სხვა).

შიდსით ინფიცირების რისკი საკმაოდ მაღალია აივ ინფიცირებული ორსულის ნაყოფისათვის. ამიტომ აუცილებელია ორსულის დროული და ნებაყოფლობითი დიაგნოსტიკა და შესაბამისი მკურნალობის დაწყება ანტენატალურად, რათა მინიმუმამდე შემცირდეს ბავშვის დაინფიცირების რისკი;

ცნობილია, რომ მკურნალობის გარეშე 2-დან 1 ინფიცირებული ჩვილი იღუპება 2 წლის ასაკის მიღწევამდე. ასევე მნიშვნელოვანია დროული ანტირეტროვირუსული (ან კოტრიმოქსაზოლით) მკურნალობის დაწყება ჩვილში პედიატრის მიერ.

აქვე მინდა შევეხოს აივ/შიდსთან დაკავშირებულ სამართლებრივ საკითხებს; აივ/შიდსის

პროფილაქტიკა იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ არსებობს სპეციალური კანონი “საქართველოს კანონი შიდსის პროფილაქტიკის შესახებ”, რომლითაც რეგულირდება ინფიცირებულთა გამოფლენა, კვლევები, მკურნალობა, მკურნალობის ხარჯები, აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა და მათთან კონტაქტში მყოფ პირთა პროფილაქტიკური მეთვალყურეობა;

განსაკუთრებით საყურადღებოა ჩვენთვის, სამედიცინო მუშაკთათვის, კანონი – აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულთა და მათთან კონტაქტში მყოფ პირთა პროფილაქტიკური მეთვალყურეობა, ასევე აივ-ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულთა უფლება-მოვალეობანი, რომელიც მი-

რითადად ითვალისწინებს სათანადო დაწესებულებების ინფორმირებას მათი დაავადების შესახებ, რათა არ მოხდეს სხვათა დაინფიცირება შეგნებულად, რაც ისჯება სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობით.

მიუხედავად იმისა, რომ შიდსი ფატალური და განუკურნებელი დაავადებაა, მისი გამოფლენა და შესაბამისი მკურნალობა ზრდის სიცოცხლის ხანგრძლივობას და ხარისხს და რაც უფრო მნიშვნელოვანია შეიძლება აივ/შიდსისაგან თავის დაცვა ანუ პრევენცია, ამისთვის აუცილებელია განათლება არამარტო რისკის ქვეშ მყოფი ადამიანების და მათი ახლობლების, არამედ მთელი საზოგადოების.

გენური ინჟინერიის მიღწევები და მასთან დაკავშირებული რისკები

ავტორები: მერი ვულანია, მარინა ჩიქოვანი

გენური ინჟინერია და ბიოტექნოლოგია ექვემდებარება მიზანდასახულ მემკვიდრეობით ცვალებადობას და ქმნის ახალ საშუალებებს გენეტიკის მიღწევების გამოყენებისათვის პრაქტიკაში.

თანამედროვე ბიოტექნოლოგია სათავეს იღებს XX საუკუნის 70-იანი წლებიდან და თეორიულად ეფუძნება გენეტიკისა და ფიზიკურ-ქიმიური ბიოლოგიის მიღწევებს. თავდაპირველად ცნობილი გახდა ორგანიზმების გენეტიკური ინფორმაციის მტარებელი ნივთიერების – დნმ-ის სტრუქტურა, ხოლო შემდეგ, შეძლეს კონკრეტული თვისებების განმსაზღვრელი გენების იზოლირება, მათი მოდელირება და ჩანერგვა სხვა ორგანიზმის უჯრედებში. მის შედეგად, უკვე შესაძლებელი გახდა მცენარის ან ცხოველის ამა თუ იმ სახეობისათვის „სასურველი“ თვისებების მინიჭება. ამგვარად წარმოიქმნენ, გენეტიკურად მოდიფიცირებული ორგანიზმები.

თანამედროვე გენური ინჟინერიის საშუალებით ხდება ორგანიზმების გენეტიკური მასალის იმგვარი შეცვლა, რაც შეუძლებელია მოხდეს ბუნებრივი ევოლუციის გზით ან ტრადიციული სელექციური მეთოდების გამოყენებით. ამ მეთოდებმა შესაძლებელი გახადა გადალახულიყო სხვადასხვა სახის ორგანიზმებს შორის არსებული ბუნებრივი-ფიზიოლოგიური, რეპროდუქციული და რეკომბინანტული ბარიერები.

გენურ ინჟინერიაში შეიძლება გამოიყოს ორი კატეგორია: ტრანსგენეზი – გენომიდან გამოყოფილი ან ხელოვნურად სინთეზირებულ გენთა გადატანა სხვა გენომში და უჯრედული ჰიბრიდიზაცია – სხვადასხვა ორგანიზმების უჯრედების შერწყმის მეთოდები.

გენეტიკურად მოდიფიცირებული (ტრანსგენური) ორგანიზმიდან იწარმოება გენმოდიფიცირებული პროდუქტები – წამლები, ვაქცინები, საკვები პროდუქტები, კვებითი ინგრედიენტები, ცხოველთა საკვები, ქსოვილები, პარფიუმერული ნაწარმი.

მედიცინისათვის პირველი და პრაქტიკულად მნიშვნელოვანი შედეგი იყო ჰორმონ ინსულინის სინთეზი. მნიშვნელოვანია, ის გარემოებაც, რომ ამგვარად მიღებული ინსულინის გამოყენებას თან არ ახლავს ის გვერდითი მოვლენები, რაც ხშირად აღინიშნებოდა ცხოველური ინსულინის ინექციისას აღერგიული რექციების, თირკმლების ფუნქციის დარღვევების და სხვა გართულებების სახით. დიდი სამუშაოებია ჩატარებული გენური ინჟინერიის გზით სხვა ცილოვანი ნაერთების, ადამიანის ჰორმონებისა და იმუნური ანტისხეულების მიღების მიზნით.

აღსანიშნავია, რომ ტრანსგენეზით მიღებულ მრავალ ორგანიზმს, ვაქცინების, ფარმაცოლოგიური პრეპარატებისა და ანტისხეულების პროდუქციების უნარი გააჩნიათ. მაგალითად, ავსტრალიაში უკვე მიიღეს მზა ანტისხეულების შემცველი რძე, რომელიც შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სხვადასხვა დაავადებების სამკურნალოდ. მომავლისათვის დაგეგმილია მცენარეთა ისეთი ხაზების მიღება, რომლებიც გამოიმუშავენ ადამიანის ჰეპატიტის ვაქცინას. ასევე, იაპონელმა მეცნიერებმა, ღორის ორგანიზმში ისპანახის გენის ჩანერგვით მიიღეს ტრანსგენური ღორი, რომლის ხორციც თავისუფალია ადამიანისათვის საზიანო მრავალი ნივთიერებებისაგან.

თანამედროვე ბიოტექნოლოგიის მნიშვნელოვანი შედეგია გენური თერაპია, რაც გულისხმობს გენეტიკური მანიპულაციებით პათოლოგიების კორექციას. გენური თერაპიის პრინციპული მხარეები ადამიანში გადაწყვეტილია, რაც გულისხმობს გენების იზოლირებას და გამოცალკავებული გენების „ჩაშენებას“ უცხო უჯრედში. აქედან გამომდინარე, ცხადია, რომ „ქირურგია“ გენების ტრანსპლანტაციისა ეჭვს გარეშეა.

გენური თერაპიის ეფექტური განხორციელებისათვის აუცილებელია სამი ძირითადი ამოცანის გადაწყვეტა:

მუტანტური გენის ზუსტი ლოკალიზაციის დადგენა

გენის რეგულაციის მექანიზმების დადგენა

სამკურნალო გენის ეფექტური ვექტორების შემუშავება.

კლინიკაში გენური თერაპიის პირველი წარმატებული ცდა განხორციელდა 1990 წელს 14 სექტემბერს ამერიკის შეერთებულ შტატებში. პირველი დაავადება, რომლის განკურნებაც მოხერხდა, აღენოზინ-დეზამინაზას დეფიციტით განპირობებული პირველადი კომბინირებული იმუნოდეფიციენტი იყო.

თანამედროვე ბიოტექნოლოგიის მეორე მნიშვნელოვანი პრაქტიკული მიმართულებაა მისი გამოყენება სოფლის მეურნეობაში. ბიოტექნოლოგიის გზით მიღებული გენმოდიფიცირებული პროდუქტები მსოფლიო ბაზრის მნიშვნელოვან ნაწილად იქცა. გენმოდიფიცირებული საკვები პროდუქტი ერთი შეხედვით არაფრით განსხვავდება ჩვეულებრივი საკვები პროდუქტისაგან, ზოგჯერ კი კვებითი ღირებულებით აღემატება თავის ბუნებრივ ანალოგს. მაგალითად, გენმოდიფიცირებული სოია მდიდარია უჯერი ცხიმებით და ამიტომ მისი კვებითი ღირებულება უფრო მაღალია. რაც შეეხება გენმოდიფიცირებულ რაფსს, ის ნაჯერი ცხიმების ძალზე მაღალი შემცველობით გამოირჩევა. ამგვარი მცენარის ცხიმი ფართოდ გამოიყენება შოკოლადის, ყავის, ნაყინის წარმოებაში, აგრეთვე კოსმეტიკურ ინდუსტრიაში. პირველი ტრანსგენური ბოსტნეული პომიდორისა და კარტოფილის სახით, ამერიკის სუპერმარკეტებში 1994 წლიდან გამოჩნდა. პომიდორი, რომელიც ტრანსპორტირებით არ ფუჭდებოდა და დიდხანს ინარჩუნებდა სასაქონლო სახეს (მოგვანებით მომწიფება). ბიოინჟინერიის შემდეგი საოცრება იყო კარტოფილი, რომელსაც ვერ აზიანებდა კოლორადოს ხოჭო (კარტოფილში შეყავთ ბაქტერიის გენი, რომელიც გამოიმუშავებს სასიკვდილო შხამს ხოჭოს წინააღმდეგ).

ამჟამად, მიღებულია 120-ზე მეტი გენმოდიფიცირებული მცენარე (პომიდორი, კარტოფილი, სოია, სიმინდი, წიწაკა, ნესვი და ა. შ.). აღნიშნული ტრანსგენური კულტურები ყოველწლიურად უკვე ითესება მილიონობით ჰექტარზე. მათი ძირითადი მიწარმოებული ქვეყნებია აშშ, არგენტინა, კანადა, ავსტრალია და ჩინეთი. რაც შეეხება ტრანსგენურ ცხოველებს, მათი მიღება 1980 წლიდან იწყება. ამ დროიდან წარმატებით ხორციელდება ტრანსგენეზი ისეთ ცხოველებში, როგორებიცაა: ბოცვერები, ღორები, ცხვრები. ტრანსგენური ძუძუმწოვარი ერთის მხრივ საუკეთესო ექსპერიმენტული მოდელია ადამიანის პათოლოგიების შესასწავლად, მეორე მხრივ, კი ამგვარ ცხოველებს წარმატებით იყენებენ ადამიანისათვის სასარგებლო პროდუქტების მისაღებად – გენური ინჟინერიის საშუალებით ზოგიერთ ცხოველს ე.წ. „ბიორეაქტორებად“ გადაქმნიან, რის შედეგადაც რძეში გამოიყოფა სასურველი ქიმიური ნივთიერებები.

თანამედროვეობის ერთერთ გლობალურ პრობლემას წარმოადგენს საკვებ პროდუქტებზე მოთხოვნილების სწრაფი ზრდა, რაც დაკავშირებულია პლანეტის მოსახლეობის ზრდასთან. 2020 წლისათვის მსოფლიოში სავარაუდოდ, 8 მილიარ-

დი მაცხოვრებელი იქნება, შესაბამისად სულ უფრო გამწვავდება მოსახლეობის სურსათით უზრუნველყოფის საკითხი, რის გადაწყვეტაშიც მნიშვნელოვან როლს ანიჭებენ ტრანსგენური პროდუქტების წარმოებას.

გენურ თერაპიას დღეისათვის რამდენიმე პათოლოგია დაექვემდებარა და გრძელდება კვლევები ისეთი პათოლოგიების კორექციის მიმართულებით, როგორებიცაა: ჰემოგლობინოპათიები, ჰემოფილია, ნივთიერებათა ცვლის მემკვიდრეობითი დარღვევები, კუნთოვანი დისტროფიები, ლიზოსომური პათოლოგიები და სხვა.

აღსანიშნავია, რომ გენური თერაპიის გამოყენება მხოლოდ პათოლოგიის კორექციით არ შემოიფარგლება, არამედ შესაძლებლობას იძლევა უჯრედებს შეეძინოს ახალი თვისებები, რომლებიც გააძლიერებენ დაავადებისადმი ორგანიზმის ბრძოლის უნარს (ვაქცინები, ანტისეპტულები).

მეცნიერთა ჯგუფი თვლის, რომ საკვებში გენმოდიფიცირებული პროდუქტების გამოყენება მართალია არ გვაძლევს მუტანტებს, მაგრამ მასში არის პოტენციური საფრთხე. კერძოდ, ამ პროდუქტებს შეუძლიათ მომდევნო თაობებში ისეთი დარღვევების პროვოცირება, რომლებიც ადრე არ გვხვდებოდა. მათი აზრით, უცხო გენების ჩანერგვის არასრულყოფილი მეთოდები და კონტროლის შეუძლებლობა შეიძლება გახდეს სიზღვი მრავალი მძიმე დაავადების და მათ შორის ონკოლოგიურის. ამაზე მიგვითითებს მწვანეთა დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის მონაცემები, სადაც აღნიშნულია, რომ ფართობებზე სადაც მოყავთ გენმოდიფიცირებული კულტურები მნიშვნელოვნად შემცირდა მწერების სახესხვაობები. ასევე ქვეყნებში, სადაც იკვებებოდნენ ტრანსგენური სოიას პროდუქტებით, გახშირდა ისეთი დაავადებები, როგორებიცაა: გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი, კუჭქვეშა ჯირკვლის ჰიპეტროფია და ჰიპერპლაზია, ქრონიკული დაღლილობის სინდრომი, ნერვული სისტემის და კანის დაავადებები - ეგზემა, აკნე. მიმდინარე მრავალრიცხოვანი სამეცნიერო კვლევები, ასევე მიუთითებს გენმოდიფიცირებული საკვების ტოქსიურობაზე, ალერგიული და მუტაგენურ ბუნებაზე. გენმოდიფიცირებული კარტოფილის გამოყენების შედეგად საცდელ ცხოველებში შეიცვალა სისხლის სურათი, შემცირდა ტვინის მოცულობა, შესუსტდა ორგანიზმის იმუნიტეტი, შემცირდა სიცოცხლისუნარიანობა და რაც მეტად საგულისხმოა მათ მოგვცეს შთამომავლობა თანდაყოლილი პათოლოგიებით.

ლიტერატურაში ასევე არსებობს მონაცემები ორსულ ქალებზე გენმოდიფიცირებული პროდუქტების უარყოფითი გავლენის შესახებ, რაც გამოიხატება ნაყოფის თანდაყოლილი სიმასინჯეებით, სხვადასხვა პათოლოგიებით და მუტაციებით, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის სიკვდილიც.

ყოველივე ზემოთაღნიშნული მიუთითებს, რომ მიუხედავად დადებითი მხარეებისა, ტრანსგენური ორგანიზმები და მათი პროდუქტები წარმოადგენენ ახალ საფრთხეს კაცობრიობისათვის. აუცი-

ლებელია შეიქმნას სათანადო მარეგულირებელი სისტემები, რათა მინიმუმამდე იქნას შემცირებული მათ გამოყენებასთან დაკავშირებული რისკები.

ამ მიზნით უნდა ჩატარდეს: აქტიური ინფორმაციული კამპანია, დაკავშირებული ტრანსგენური პროდუქტების მოხმარებასთან და ტრანსგენური პროდუქტების მარკირება, რათა თითოეულ ადამიანს ჰქონდეს არჩევანის საშუალება.

რეზიუმე

გენეტიკური ინჟინერია და ბიოტექნოლოგია ფართოდ შემოიჭრა თანამედროვე ადამიანის ცხოვრებაში. მოსახლეობა არასაკმარისადაა ინფორმირებული ბიოტექნოლოგიების მიღწევების შესახებ. გენური ინჟინერიით მიღებული ორგანიზმებიდან იწარმოება გენმოდულირებული პროდუქტები: წამლები, ვაქცინები, საკვები პროდუქტები, ქსოვილები, პარფიუმერული ნაწარმი. ლიტერატურაში არსებობს საგულისხმო სამეცნიერო კვლევები, რომლებიც მიუთითებს გენმოდულირებული პროდუქტის ტოქსიკურობაზე, ალერგულ და მუტაგენურ ბუნებაზე.

სასურველია შეიქმნას მარეგულირებელი სისტემები, რათა მინიმუმამდე იქნას შემცირებული ტრანსგენური პროდუქტების გამოყენებასთან და-

კავშირებული რისკები. ამ მიზნით საჭიროა ჩატარდეს: 1. აქტიური ინფორმაციული კამპანია, დაკავშირებული ტრანსგენური პროდუქტების მოხმარებასთან; 2. ტრანსგენური პროდუქტების სავალდებულო მარკირება, რათა თითოეულ ადამიანს ჰქონდეს არჩევანის უფლება.

RESUME

Genetic engineering and Biotechnology has penetrated a modern man s life. The population is not fully informed about the latest achievements in the fields of biotechnology, which explains the society s positive and negative attitudes towards transgenic products. The organisms created by genetic engineering are the products of gene modified products e.g.; medicines, vaccines, food products, textile, and perfumery products.

Transgenic organisms and their products constitute a new threat to humanity. It is desirable to create regulatory systems in order to minimize the risks related to their utilization.

For this purpose it is enviable to conduct following activities: 1. Active informational campaign associated with transgenic product usage. 2. Obligatory marking of transgenic products to give every person right of choice.

საქართველოს კერძო კონსულტინგური და ანალიტიკური კომპანია „ინოვაციური-სერვისი“-ს როლი კოვადივიდის ეპიდემიის დაპყრობის შედეგად.

**ბ. ჩახუნავაძე; ნ. ბაგრაძე;
ზ. შაქარაშვილი, ნ. თოფჩიანი, ნ. ჯობაძე
გ. ჟვინას სახელობის პედაგოგიური კლინიკა**

იმუნოგაბილიტაცია გულისხმობს კომპლექსური სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების ზემოქმედებით იმუნური სისტემის ფუნქციური დარღვევების აღდგენას ნორმამდე, ავადმყოფის სრულ გამოჯანმრთელებას, ან მყარი კლინიკო-იმუნოლოგიური რემისიის მიღწევას.

გამოკვლევები გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფის მდგომარეობის კლინიკური გაუმჯობესება, სუბიექტური სიმპტომატიკა ხშირად წინ უსწრებს იმუნური ჰომეოსტაზის ნორმამდე აღდგენას და თუ ასეთ ავადმყოფებს სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ არ ჩაუტარდათ იმუნოგაბილიტაცია, მათი უმეტესი ნაწილი დაბრუნდება რეციდივით, ან მოგვცემს პათოლოგიური პროცესის ქრონიზაციას.

ის ავადმყოფები, რომელთაც აღენიშნებათ დარღვევები იმუნური ჰომეოსტაზის მხრივ საჭიროებენ ხანგრძლივ, გეგმაზომიერ, დიფერენცირებულ და პათოგენზურ იმუნოგაბილიტაციას, რომელიც შეესატყვისება გამოვლენილი კლინიკო-იმუნოლოგიური დარღვევების სიღრმეს და

გულისხმობს მკურნალობის ყველა ეტაპზე ისეთი იმუნომაკორეირებელი პრეპარატებისა, თუ მკურნალობის მეთოდების გამოყენებას, რომელიც ხელს შეუწყობს იმუნური დისბალანსის ნორმალიზაციას.(1,4)

იმუნოგაბილიტაცია უნდა იყოს ეტაპობრივი და მიმდინარეობდეს იმუნოლოგიური მონიტორინგის ქვეშ. მისი პირველი ეტაპი ტარდება სტაციონარის პირობებში. ის არის სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცესი, რომელიც მიმართულია იმუნური ჰომეოსტაზის დარღვეული სისტემების აღდგენისაკენ და გულისხმობს იმ პათოლოგიური მდგომარეობის გამოვლენას და მკურნალობას, რომელიც განაპირობებს იმუნურ დისბალანსს. ამ ეტაპზე იმუნური სისტემაში არსებული დეფექტის სიღრმის მიხედვით მიზანდასახული იმუნომაკორეირებელი თერაპიისათვის ისახდებოდა ბაზისური პრეპარატი და ტარდება მკურნალობა.

იმუნოგაბილიტაციის მეორე ეტაპია – ამბულატორია და გულისხმობს აღდგენითი ღონისძიებების ჩატარებას ამბულატორიულ პირობებში. სამკურნალო ღონისძიებების კომპლექსი მოიცავს: იმუნოტროპული სამკურნალო პრეპარატების დაინიშნას, ბიოაქტიური საშუალებების გამოყენებას, რომელიც შემავსებელია და იმუნომოდულა-

ციური თვისებებითაც ხასიათდება. მათ ჯგუფს მიეკუთვნება სიცოცხლისათვის საჭირო ამინომჟავებით გამდიდრებული უალკოჰოლო გამამსხვეველი სასმელი „ივერიული ფიტო“

მესამე ეტაპი შემანარჩუნებელი იმუნორეაბილიტაციაა. იგი ტარდება სანატორიუმებში და კურორტებზე ყოველწლიურად, წელიწადში 24 დღის განმავლობაში მაინც. ის იმუნორეაბილიტაციის მნიშვნელოვანი ეტაპია და ითვალისწინებს დამატებით კურორტული ფიზიკური ფაქტორების ფართოდ გამოყენებას: ჰიპერბარული ოქსიგენოთერაპია, როდონის, გოგირდის აბაზანები, სამკურნალო ტალახი, სამკურნალო წყლები, ასევე სამკურნალო ფიზიკულტურა, მასაჟი, მაგნიტო და ლაზეროთერაპია და სხვა.(2)

სანატორიულ-კურორტული მკურნალობის პროცესში სრული რეაბილიტაციის მისაღწევად გარდა ფიზიკური საშუალებებისა და ჰაერისა დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სწორად წარმართულ კვების რაციონს, რომელიც უნდა შეიცავდეს ყველა საჭირო ინგრედიენტს და მდიდარი უნდა იყოს ვიტამინებით.

ამდენად აქტუალურია ამინომჟავებითა და ვიტამინებით გამდიდრებული ენერგეტიკული სასმელი „ივერიული-ფიტოს“ გამოყენება, რომელთა ჩართვაც კვებით რაციონში სანატორიულ-კურორტული მკურნალობის ეტაპზე მნიშვნელოვნად დააჩქარებს რეაბილიტაციის პროცესს.

ჩვენს კლინიკას აქვს ქართული წარმოების ამინომჟავებითა და ვიტამინებით გამდიდრებული ენერგეტიკული სასმელის „ივერიული-“ გამოყენების დიდი გამოცდილება, რომელიც წარმატებით გამოიყენება მკურნალობისა და რეაბილიტაციის მიზნით, სპორტსმენთა კვებით რაციონში.

ასევე, მაღალი ეფექტურობით გამოირჩევა ენერგეტიკული სასმელი „ივერიული-ფიტო“, ის დამზადებულია ქართული ყურძნის ბადავისა და ფუტკარის პროდუქტისაგან. მისი მდგრადობა შენარჩუნებულია დაფინის ფოთლის საშუალებით და არა კონსერვანტებით. არ შეიცავს ამოზნებ და ნარკოტიკულ მინარევებს.

გრძელი ხორთუმისა და ფრენის დიდი რადიუსის მქონე ქართული ფუტკარის მიერ შეგროვილი ყვავილის მტვერი მდიდარია ორგანიზმის შენების, განვითარებისა და სიცოცხლისათვის აუცილებელი ნივთიერებებით: ცილებით (შეიცავს ამინომჟავების 22 სახეობას, მათგან შეუცვლელს), ნაჯერი და უჯერი ცხიმოვანი მჟავებით, გლიკოზიდებით, ვიტამინებით (A,B,C,D,PP,E,K, ფოლის მჟავა), ფოსფორტერინებით, რუტინით (სისხლძარღვის კედლის გამამაგრებელი ბიოფლავინოიდი), მიკრო და მაკროელემენტებით (Fe,Zn,Cu,F). ზოგადად ისინი გამოიყენებიან მძიმე და ხანგრძლივი ავადმყოფობის შემდგომი რეაბილიტაციისათვის, გონებრივი და ფიზიკური გადატვირთვისას, ნერვული სისტემის მეტაბოლიზმისა და ცილოვანი ცვლის გასაუმჯობესებლად, პარენტრალური კვებისას, ვეგეტარიანელებისათვის და

მათთვის ვის კვებით რაციონშიც ცხოველური წარმოშობის პროდუქტები მცირეა, არეგულირებს იმუნიტეტს, გამოიყენება იმუნოდეფიციტის დროს., აუმჯობესებს ფილტვების ვენტილაციას, მათში ჟანგბადის მიწოდებას, მწვავე რესპირატორული დაავადებების დროს და მათი პროფილაქტიკის მიზნით, სასუნთქი სისტემის ანთებითი დაავადებების დროს: ბრონქიტები, პნევმონიები, ტუბერკულოზი, ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის დროს, ანტირადიაციული საშუალებაა, ხელს უწყობს მოზარდთა სიმაღლეში ზრდას, აუმჯობესებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემისა და კუჭნაწლავის ტრაქტის ფუნქციას, ორსულობის და ლაქტაციის პერიოდში, ენდოკრინოლოგიაში: შაქრიანი დიაბეტის და ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის დროს.

სიცოცხლისათვის საჭირო ამინომჟავებით გამდიდრებული, ნატურალური, ენერგეტიკული სასმელი „ივერიული ფიტო“-ს გამოყენება სპორტსმენთა რეაბილიტაციაში ხელს შეუწყობს მათ ადაპტაციას ინტენსიური დატვირთვის პირობებში. სპორტსმენთა ჯანმრთელობისათვის მის მიღებას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს წრვთისა და შეჯიბრის დამთავრების შემდეგ, ორგანიზმში აღდგენითი პროცესების ეფექტურად წარმართვის მიზნით.

უკანასკნელ წლებში მწვავე რესპირატორული ინფექციით ხშირად მოავადე პირთათვის ფიზიოპროფილაქტიკის მიზნით ფართოდაა რეკომენდებული ბუნებრივი საშუალებები, როგორცაა კლიმატი, სამკურნალო ტალახები, მინერალური წყლები, სწორად წარმართული კვების რაციონი, რომელიც უნდა შეიცავდეს ყველა საჭირო ინგრედიენტს და მდიდარი უნდა იყოს ვიტამინებით. აღნიშნული სარეაბილიტაციო საშუალებების გამოყენება მნიშვნელოვნად ამცირებს ავადობის სისშირეს.(3)

ამგვარად,

ავადმყოფთა კომპლექსური იმუნორეაბილიტაცია მრავალი კომპონენტისაგან შედგება და ითვალისწინებს უჯრედულ და სუბუჯრედულ დონეზე გამოვლენილი რაოდენობრივი და ფუნქციური იმუნური დარღვევების მიზანდასახულ იმუნოკორექციას როგორც მედიკამენტოზური, ასევე არამედიკამენტოზური საშუალებებით, რაც აღდგენით და მის თანმხლებ პროცესებზე მრავალმხრივ ზემოქმედებას ახდენს. ის საშუალებას იძლევა შექმნას პირობები დადებითი ზეგავლენის პროლანგირებული მოქმედების მისაღწევად, მის გასამყარებლად და კლინიკო-ლაბორატორიული რემისიის მისაღწევად.

რეკომენდებულია ბავშვთა, მოზრდილთა, ასაკოვანი ადამიანებისა და სპორტსმენთა კვების რაციონში ამინომჟავებით გამდიდრებული სასმელი „ივერიული ფიტო“-ს გამოყენება ენერგიის აღსადგენად, პოლიდეფიციტური მდგომარეობების, ფიზიკური და გონებრივი გადაღლის დროს, ორგანიზმში აღდგენითი პროცესების ეფექტურად წარმართვის მიზნით.

ბავშვთა იმუნური სისტემის მდგომარეობა გოგონათა ქირურგიული პათოლოგიის დროს

მ. ბიორგობიანი

ოპერაციის შემდგომი პერიოდის მიმდინარეობა განპირობებულია მრავალი ფაქტორით, მათ შორის ორგანიზმის რეაქტიულობით. ცნობილია, რომ ოპერაციული ტრავმა ნარკოზი, ისე როგორც ნებისმიერი სტრესული მდგომარეობა, იწვევს გარკვეულ იმუნურ ძვრებს - იმუნოსუპრესიას (3,2).

შესწავლილ იქნა 1-14 წლამდე ასაკის ბავშვები სხვადასხვა ქირურგიული პათოლოგიით, რომელთაც შპს ჟვანიას სახ. პედიატრიულ კლინიკაში გაუკეთდათ ოპერაცია. პათოლოგიის მიხედვით ავადმყოფები განაწილებულ იქნენ შემდეგნაირად: პიდროცელე - 42 ავადმყოფი, ვარიკოცელე - 2, კრიპტორქიზმი - 68 ავადმყოფი, სხვადასხვა ლოკალიზაციის თაქრები - 84 ავადმყოფი.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა ოპერაციული ტრავმის, ანესთეზიის ზემოქმედება იმუნურ სისტემაზე.

იმუნური სისტემის შესწავლა ხდებოდა დინამიკაში, ოპერაციამდე, ოპერაციის შემდეგ, ოპერაციიდან მე-6-7 დღეს. შესწავლილ იქნა იმუნური სისტემის როგორც უჯრედული, ისე ჰუმორული რგოლი. უჯრედული რგოლის შესწავლის მიზნით ვიკვლევდით T - ლიმფოციტების, T_H - ჰელპერებსა და TS - სუპრესორებს, B - ლიმფოციტებს, ვსაზღვრავთ ძირითადი კლასის იმუნოგლობულინებს A, M, G.

მიღებული შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა გამოხატული იმუნოდეპრესიული მდგომარეობა ოპერაციის წინა პერიოდში. ლეიკოციტებისა და ლიმფოციტების რაოდენობის სარწმუნო ცვლილებების გარეშე აღინიშნება T და B ლიმფოციტების სარწმუნო კლება, აგრეთვე იმუნომარეგულირებელი უჯრედების შეფარდების დარღვევა და იმუნოგლობულინების სინთეზის დათრგუნვა.

ოპერაციის წინა პერიოდში, გამოკვლევის I ეტაპზე აღინიშნა იმუნომარეგულირებელი ინდექსის ზრდა 2,4-მდე, T_H - ჰელპერების შემცირება 36,7 და TS - სუპრესორების 15%-მდე. B - ლიმფოციტების რაოდენობა უმნიშვნელოდაა შემცირებული. ყურადღებას იპყრობს G კლასის იმუნოგლობულინების შემცირება (8,2 გ/ლ); IgA - 1,9 გ/ლ; IgM - 1,1 გ/ლ.

გამოკვლევის მეორე ეტაპზე, ადრეულ პოსტოპერაციულ პერიოდში აღინიშნება იმუნური მანევრების მკვეთრი ცვლილებები (ტენდენციით შემცირებისადმი), რაც განპირობებულია ანესთეზიის იმუნოსუპრესიული ეფექტით, კერძოდ, ფტოროტანის მოქმედებით, კვლევის აღნიშნულ ეტაპზე (II) იმუნური მანევრებლები შეადგენდა: T - ლიმფოციტები - 38%, M_H - 34%, TS - 13%, იმუნორეგულატორული ინდექსი - 2,7.

იმუნოგლობულინების სინთეზის მკვეთრი შემცირება IgG - 8,2 გ/ლ; IgA - 1,4 გ/ლ; IgM - 1,1 გ/ლ. გამოკვლევის მესამე ეტაპზე, ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მე-6-7 დღე, იმუნური სისტემის მანევრებლები ცვლილებების გარეშე და შეესაბამება გამოკვლევის მეორე ეტაპის მანევრებებს.

ამრიგად, იმუნური სისტემის მანევრებლების შესწავლამ ზოგიერთი ქირურგიული პათოლოგიის დროს გვიჩვენა ე.წ. ფონური იმუნოპრესია, იმუნური მანევრებლის კლება ოპერაციის წინა პერიოდში, რაც განპირობებულია მრავალი ფაქტორით, მათ შორის სოციალური, ეკოლოგიური და ა.შ.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გამოხატულია პოსტნარკოზული იმუნოდეპრესიული ეფექტი, რაც განპირობებულია ოპერაციის ანესთეტიკის ზემოქმედებით.

ნარკოზის შემდგომი იმუნოსუპრესია არ არის ხანმოკლე, გრძელდება ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მე-6-7 დღემდე.

შესწავლილ ჯგუფში პოსტოპერაციულ პერიოდში აღინიშნებოდა ძირითადად ინფექციური ხასიათის გართულებები, რაც შესაძლებელია გამოწვეული იყოს იმუნური სისტემის ცვლილებებით, კერძოდ, იმუნოსუპრესიით. აღნიშნული გართულებების სისშირე პირდაპირპროპორციულ დამოკიდებულებაშია იმუნოსუპრესიის ხარისხთან.

ამრიგად, აუცილებელია იმუნური სისტემის მდგომარეობის გათვალისწინება ოპერაციის წინა პერიოდში, საჭიროების შემთხვევაში რაციონალური იმუნოკორექცია, წინასაოპერაციო მომზადების მიზნით. ყოველივე ზემოთ აღნიშნული ხელს შეუწყობს პოსტოპერაციული გართულებების შემცირებას. პოსტნარკოზული იმუნოსუპრესიის პროფილაქტიკის მიზნით; საჭიროა შერჩეულ იქნეს ანესთეტიკი, მინიმალური იმუნოსუპრესიული ეფექტით.

ლიტერატურა

1. ა. როუნტი, დ. ბროსტოფი, დ. მეინი. იმუნოლოგია. 2006 წ.
2. მ. გოირგობიანი, ნარკოზის შემდგომის იმუნოსუპრესია ბავშვებში, დისერტაცია მედ. მეც. დოქ. 1996 წ.
3. Aenesthesia and immuniti system Salo 2000 Giorgobiani M. Immunological aspects of some surgucal pathology in children. Summary Immunological system in pre-post-operation periods in children from 1 to 14 years was studied. Clear immunosupression effect was observed in pre-post-operation period (B, T lumphocytes, Tr, Tc, IgM, IgG0. In Postoperation period the immunosupression effect was more expressed. Post-oreation complications were directly proportional to the post-operation immunosupression. This necessa- its immunocorruption in pre-operation period as well as a choice of proper metod of aenesthesia.

CLINICAL AND DIAGNOSTICAL ASPECTS OF THE METABOLIC DISORDERS OF NERVOUS SYSTEM IN EARLY-AGED CHILDREN

TEA PULARIANI, ALEXI MINDADZE

Department of children neurology, Zvania Pediatric clinic, Tbilisi

Abstract

Metabolic disease of the nervous system vary considerably in their clinical and pathologic aspects. These genetic defects may present in infancy, childhood, or more rarely, in adults and have specific expressions. 31 patients of age from 3 months to 6 years have been investigated. The patients were chosen by the method of selective screening. In 15 patients various genetic syndromes were stated. 21 patients were subjected to neurosonographic investigation, results were divided into 3 groups. In 13 cases revealed the various brain disontogenesis.

Key words: hereditary enzymopathies, neurogenetic, brain disontogenesis, amino acids

Introduction

Metabolic diseases of the nervous system vary considerably in their clinical and pathologic aspects, all are due to single gene defects that result in deficient enzymes or proteins and, consequently, characteristic biochemical abnormalities.

Over the last 30 years, the number of disorders to which an enzymatic lesion has been assigned has increased dramatically, so that presently there are more than 100 neurologic and neuromuscular diseases caused by known enzymatic or protein defects almost all of which have been mapped to a specific chromosome region.

For practical purposes, metabolic disorders are divided into the following 11 groups:

- Disorders of aminiacid metabolism
- Disorders of aminoacid transport
- Disorders of carbohydrate metabolism
- Organic acidurias
- Lysosomal storage diseases
- Disorders of lipid metabolism
- Paroxysmal disorders
- Familial myoclonus epilepsias
- Lipidoses of unknown origin
- Disorders of metal metabolism
- Disorders of Purine and pyrimidine metabolism

Neurologic presentation of these disorders are not uncommon and it may be ease to overlook the underlying cause of the neurologic syndrome.

It is noted that with age polymorphic clinical picture with prevailing neurologic disorders becomes more evident. It should be considered that proper and timely diagnose makes it possible to conduct pathogenic treatment and get positive therapeutic effect in number of cases and, what is more important, provide proper medicogenetic consultation. It is necessary to separate every case of metabolic diseases from a large group of pathologies, characterized with mental retardation - Epilepsy, Hypoxic-Ischemic Encephalopathy, Cerebral Palsy.

Material and Methods

Biochemical study is the most significant among the metabolic investigations - that is determination of pathological metabolites in biological liquids, with proper diet and specific load. Routine screening of urine detect all of the common disorders of amino acid and carbohydrate metabolism. The following procedures were used: Ferried chloride test, dinitrophenylhydrazine (DNPH) test, nitroprussidecyanide test, acid albuminum test, diazotized P-nitroaniline test, and two-dimension paper chromatography for urinary amino acids. Examination of the urinal organic acids is also indicated whenever a metabolic defect is suspected. We used also spectrofluorometric estimation of blood amino acid levels.

31 patients of age from 3 months to 6 years have been investigated. The patients were chosen by the method of selective screening based upon 5 - the most typical clinical signs:

1. Psychomotor retardation with unknown genesis and epileptic syndrome.
2. Strange smell especially in acute period of disease.
3. Periodical episodes of vomiting, metabolic acidosis and consciousness with unknown etiology.
4. Hepatomegalia.
5. Nephrolitiasis

All the patients were selected on the base of the neurologic clinic. Some of them had preliminary diagnose of the cerebral pulsy, epilepsy, cerebral perinatal injury. Some of the children hadn't preliminary conclusion and were marked by the different degrees of the mental retardation, motorial deficiency, epileptical syndrome. All the patients were examined in detail. The mental development and phsychomotoric status was valued by the Denver scale.

We used also electroencephalographic examination and neurosonographic research. Investigation was conducted by "Aloka AAP 1400" and "SIEMENS SONOLINE ELEGRA" ultrasonic apparatus equipped with 3-5 MHz sector and 5-9 MHz linear transmitter. 50 patients were subjected to neurosonographic investigation. All patients were subjected to EEG investigation by routine 16-chnaled EEG.

RESULTS

In 16 patients genetic pathology was not revealed. In other 15 patients various genetic syndromes were stated: 6 patients had ammo acid dismetabolism. In 2 patients simple carbohydrate dismetabolism, expressed in lactose incompatibility and galactozemia was noted. In 7 patient Methilmalonic aminoaciduria (organicaciduria) -was observed.

Amino acid disorders spectrum was as follows: Phenylketonuria - 1 cases, Prolynemia - 2 cases, Homocystinuria - 3 cases.

In 5 patients one of these disorders was diagnosed after the first examination, in 10 patients - after the second examination. It must be noted, that family diseases

were also observed. In both cases siblings were of opposite sex, what proves autosomal-recessive heredity.

Clinical analysis has revealed, that some cases of defects of Amino Acids and Organic Acid Metabolism are extremely serious and progrediental mostly in cases of delayed diagnose (8 cases – children of elder age without treatment before). It is apparent, that sometimes the disease is very grave from early age.

The distribution of the main neurological syndromes is given in the Fig 1.

21 patients were subjected to neurosonographic investigation, results were divided into 3 groups. Group 1 (8 cases) – neurosonographic date did not indicate any significant pathology and mainly was revealed in immune dilatation of ventricular system and slight nonhomogeneity of choroidal plexus system. Group 2 (7 patients) – neurosonographic date were of nonspecific character and pointed to chiefly perinatally conditioned pathologies (periventricular haemorrhage I and II stage, nodulus ependymitis, subcortical ganglions and cerebellum calcinations; noncalcinate vasculopathy, attended by microcysts in the head of nucleus caudatus). Group 3 (6 patients) – research revealed varieties of brain disontogenesis: structure abnormalities of hypocamp convolutions and nucleus caudatus; anomaly of Reil’s island round; septochiasmic displasia; agenesis of corpus callosus; Dandy-Walker Syndrome; hemimegacephalia was observed.

Treatment of metabolic disease of the nervous system can be attempt on two levels: modification of the phenotypic expression of the defective gene, and definitive treatment by correcting the gene defect. Curently only the first approach has been used in clinical practise. So we used the phenulketonuria. The initial step was a low-phenylalanine diet and then adequate regulation of diet. These are performed twice weekly during the first 6 months of life, and twice monthly thereafter.

In cases of Methylmalonic Aciduria patients were treated with intramuscular hydroxocobalamin (1mg every three weeks) supplemented with L-carnitine (250 mg/kg/day).

In cases of Homocystinuria we used treatment with pyridoxine (500-1-mg/day) for several weeks. We also used the course of pyridoxine with foliate.

In 8 patients we got the possitive therapeutic effect by the patogenic treatment – such is reversal or amelioration of symptoms.

The best outcome was observed in the early-age group.

AGE	Mental retardation	Seizures	Spasticity	Ataxia
3 months- 1 year (14 cases)	13	7	5	-
1 year- 2 years (8 cases)	8	5	7	1
2-6 years (9 cases)	9	4	1	3

FIG.1 The distribution of the main neurological syndromes

References

- 1 Bruce O ; Berg. “principle of child neurology”
- 2 John M, Menkes”Textbook of child neurology” 2005
- 3 Rosenblatt D.S, AsplerA.L.”Clinical heterogeneity and prognosis in combined disorders” Journal of Inherited Met Dis” 1997
- 4 Thomas E “Dietary menegement in inborn errors” Journal of Child neurology, 1992

reziume
nervuli sistemis metabolur daavadebaTa klinikuri da diagnostikuri aspeqtebi adreul bavSvTa asakSi
Tea fulariani, aleqsi mindaZe
Jvancias saxelobis pediatriuli klinika
2007-2009 wlebSi Catarda kvleva klinikis pacientebisa (sul 31 SemTxveva), romlebis SerCeul iyvnen seleqtiuri skrinings klinikuri kriteriumebis mixedviT. pacientTa asaki meryeobda 3 Tvidan 6 wlamde. Bspecifiuri bioqim-iuri kvlevis garda pacientebis utardebodaT neurovizualuri da electroencefalografiuli kvleva. Ggamovlinda genetikuri enzimopaTiis 15 SemTxveva. Ppacientebis CautardaT specifiuri mkurnaloba. 8 SemTxvevaSi miRebuli iqna dadebiTi Terapiuli efeqti.

სისტოფიბროზის აქტუალური პრობლემები

ბ.ზენაიშვილი, ნ.ბაღრიანაშვილი, მ.წულაია, თ. აბულაძე, მ.ჩიქოვანი
გ.ჯვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკა

ცისტოფიბროზი ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი ფატალური მემკვიდრეობითი დაავადებაა, რომელიც დრამატული მიმდინარეობისა და მიიმე გამოსავლის გამო სოციალურ მნიშვნელობას პრობლემად იძენს. ყველა კონკრეტულ შემთხვევაში დაავადების პროგნოზს ნაადრევი დიაგნოზი და მიზანმიმართული მეურნალობა განსაზღვრავს. ამერიკისა და ევროპის მოწინავე ქვეყნებში ცის-

ტოფიბროზით დაავადებულთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა 35-40 წელს აღწევს.ბევრი მათგანი სრულიად დააპტირებულია და სოციალურად აქტიური.

დაავადება პირველად აღწერა1936 წელს ამერიკელმა პათოლოგანატომმა ანდერსენმა, რომელმაც გამოაქვეყნა მონოგრაფია “კუჭუკანა ჯირკვლის ცისტოფიბროზი და მისი ულთიერთკავშირი ცელიაკიასთან.

ცისტოფიბროზი აუტოსომურ-რეცესიული დაავადებაა, რომელიც განპირობებულია ცისტოფიბროზის ტრანსმემბრანული მარეგულირებელი გე-

ნის მუტაციით. იგი ხასიათდება მნიშვნელოვანი სასიცოცხლო ორგანოებისა და სისტემების ევზოკრინული ჯირკვლების დაზიანებით, მიმდინარეობს მიძიმედ და აქვს სერიოზული პროგნოზი.

ყოველწლიურად მთელს მსოფლიოში იბადება 70000 ცისტოფიბროზით დაავადებული ბავშვი. აქედან 30000 მხოლოდ ამერიკის შერთებულ შტატებზე მოდის. ევროპისა და ამერიკის ქვეყნებში სისშირე მერყეობს 1:3500 1:3200 შემთხვევა საქართველოში კი პროფ.ს.კვაჭაძის მონაცემებით 1:4400.

დღეისათვის ცისტოფიბროზის 1500 მდე გენის მუტაციაა აღწერილი, რომელიც მოთავსებულია მეშვიდე ქრომოსომის გრძელი მხრის შუა მესამედში, შეიცავს 27 ეკზონს 250.000 წყვილ ნუკლეოტიდს. დაავადება გადაეცემა აუტოსომურ-რეცესიული ტიპით, როდესაც ორივე მშობელი არის ცისტოფიბროზის გენის პეტეროზიგოტული მტარებელი.ყოველი ახალი ორსულობის დროს ცისტოფიბროზის დაავადებული ბავშვის დაბადების ალბათობა შეადგენს 25 % ს.

ცისტოფიბროზის პათოგენეზს საფუძვლად უდევს სამი ძირითადი ასპექტი:

ევზოკრინული ჯირკვლების დაზიანება.

ელექტროლიტური ცვლის დარღვევა

შემავრთებელი ქსოვილის დაზიანება.

ყველა კლინიკური გამოვლინება დაკავშირებულია ევზოკრინული ჯირკვლების მიერ ზედმეტად წებოვანი სეკრეტის გამოშვებასთან, რის გამოც სეკრეტის(ლორწოს) ევაკუაცია ძნელდება, ხდება გამომტანი სადინარების დაცობა, რაც ხელს უწყობს მეორადი ცვლილებების განვითარებას. აღნიშნული ყველაზე თვალსაჩინოდ გამოხატულია ბრონქოპულმონალური სისტემასა და კუჭნაწლავის ტრაქტში.

კლინიკური სურათი ვლინდება ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული პროცესის, ნაწლავური სინდრომისა და ფიზიკური განვითარების შეფერხებით. ასაკის მატებასთან ერთად პანკრეასის გარეგანი ფუნქციის უკმარისობის ნიშნები სასუნთქი სისტემის დაზიანების სიმპტომები იზრდება. დაავადების პროგრესი დამოკიდებულია სასუნთქ სისტემაში პროცესის განმეორებითი გამწვავებებზე, მორეციდივე ბრონქიტისა და რეკურენტული პნევმონიის სახით.

ყველაზე ადრეული და მიძიმე გამოვლინება ცისტოფიბროზის არის მეკონიალური ილეუსი,რომლის მიზეზი პანკრეასული აქილია და წერილი ნაწლავის ჯირკვლების დისფუნქციაა.

მეკონიალური ილეუსი ლიტერატურული მონაცემებით გვხვდება 10-15 %ში და ითვლება დაავადების უმიძიმეს ფორმად.

ცისტოფიბროზის კლინიკური მანიფესტაცია ხასიათდება პოლიმორფიზმით, იგი დაკავშირებულია ასაკთან, სხვადასხვა ორგანოთა სისტემების დაზიანებასთან, დაავადების ხანდაზმულობასთან ჩატარებული თერაპიული ღონისძიებების მასშტაბებთან და დაავადების გართულებებთან.

დაავადება საწყის ეტაპზე შეიძლება გამოვლიდეს მხოლოდ რესპირაციული სინდრომით:

ქრონიკული პროდუქციული ხველა;

ქვემოსასუნთქი გზების ბაქტერიული კოლონიზაცია;

ენდობრონქიალური ინფექცია;

ჰიპოქსემია;

ბრონქოექტაზია;

პნევმოთორაქსი;

ჰემოპტიზი;

ნაზალური პოლიპი

ქრონიკული პანსინუსიტი

პულმონალური ჰიპერტენზია/გულის უკმარისობა

ნაწლავული სინდრომი ვლინდება :

მეკონიალური ილეუსი;

მალაბსორბციის სინდრომი(ცილებისა და ცხიმების შეწოვის დარღვევა);

ახალშობილებში გახანგრძლივებული ობსტრუქციული სიფიითლე;

რექტალური პროლაფსი;

ფოკალური ბილიარული ციროზი;

ქოლელითიაზი;

სხვა სისტემების მხრივ:

შაქრიანი დიაბეტი;

ჰიპონატრემიული დეჰიდრატაცია;

ჰიპოქლორემიული ალკალოზი;

მამაკაცთა სტერილობა;

ცისტოფიბროზის დიაგნოზი ემყარება კლინიკო რენტგენოლოგიური ნიშნებისშერწყმას. მოწოდებულია ცისტოფიბროზის არა ინვაზიური ტესტი- ე.წ ოფლის ტესტი, რომელიც ოქროს სტანდარტია ცისტოფიბროზის სადიაგნოსტიკოდ. დიაგნოზის დასაბუთება ხდება სამჯერადი დადებითი ოფლის სინჯის საფუძველზე.ექლორიდების შემცველობა ოფლში 60მმოლ/ლ-ზე მეტი ადასტურებს ცისტოფიბროზის დიაგნოზს.

ოფლის ტესტის ცრუ დადებითი რეაქცია შეიძლება იყოს მაშინ როცა გვაქვს:

ლაბორატორიული შეცდომა;

თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობა;

ნერვული ანორექსია;

თირკმლისმიერი უშაქრო დიაბეტი;

ექტოდერმალური დისპლაზია;

ფუკოზილოზი;

ოფლში ქლორის მაჩვენებლის ინერპრეტაცია

	ნორმალური (მექვ/ლ)	საეჭვო (მექვ/ლ)	ცისტოფიბროზი (მექვ/ლ)
ჩვილები 2თვემდე	<30	30-60	>60
ბავშვები	<40	40-60	>60

ოჯახური ქოლესტაზი;
ჰიპოპარათირეოზი;
გლოკოგენოზის I ტიპი;
მუკოპოლისაქარიდოზი;
მალნუტრიცია;

ცრუ უარყოფითი რაექცია შეიძლება იყოს მაშინ როცა გვაქვს:

პერიფერიული შეშუპება;
ცისტოფიბროზის იშვიათი მუტაცია;
ლაბორატორიული შეცდომა;

არსებობს ცისტოფიბროზის სკრინინგ დიაგნოსტიკის რამდენიმე მეთოდი:

სისხლში იმურეაქტიული ტრიჰსინის განსაზღვრა ძალიან ინფორმატიული მეთოდია, რომლის სპეციფიურობა და სენსიტიურობა მაღალია.

დღეისათვის მრავალ ქვეყანაში წარმატებით ხდება ანტენატალური დიაგნოსტიკადა გენის ჰეტეროზიგოტული მტარებლობის გამოვლინება, რომელიც დაფუძნებულია ცისტოფიბროზის გენური მუტაციის გამოვლინებაზე. ამ გამოკვლევების საფუძველზე შეიძლება დამყარდეს კონტროლი დაავადების გავრცელებაზე, განხორციელდეს დაავადების პრევენცია და პროგნოზირება.

ცისტოფიბროზის მკურნალობა მეტად რთული, ხანგრძლივი და საკმაოდ ძვირადღირებულია. ამასთანავე მრავალმხრივი პათოგენეზური მექანიზმი და მძიმე კლინიკური მიმდინარეობა მოითხოვს მაღალკვალიფიციური დახმარების აღმოჩენის აუცილებლობას, სტაციონარულ და ამბულატორიულ პირობებში, პრევენციული ღონისძიებებისა და სოციალური რეაბილიტაციის გათვალისწინებით.

კლინიკის პირობებში (სასურველია იზოლაციის დაცვით) ტარდება სამკურნალო-რეაბილიტაციური რეჟიმის კორექცია. იგი მოიცავს ანთროპომეტრიას, გარეგანი სუნთქვის მაჩვენებლების განსაზღვრას, სისხლის, შარდის, განავლის საერთო ანალიზს, ნახველის ბაქტერიოლოგიურ, სისხლის იმუნოლოგიურ და ბიოქიმიურ გამოკვლევას, გულმკერდის ორგანოების რენტგენოლოგიურ და შინაგანი ორგანოების ულტრაბგერას. ნახველის მიკროფლორის შესწავლისას ვლინდება ოქროსფერი სტაფილოკოკი, მისი ასოციაცია ჰემოფილურ და ლურჯ-ჩირქად მიკრობებთან.

ცისტოფიბროზის მკურნალობის ძირითადი რგოლებია: ბრონქული ხის სანაცია წებოვანი სექტრეტისგან, სასუნთქი სისტემის ინფექციასთან ბრძოლა, კარგი ნუტრიციული სტატუსის შენარჩუნება, ფსიქოემოციური ადაპტაცია. ბრონქული ხის წებოვანი სექტრეტისგან სანაციისათვის გამოიყენება ინჰალაციური თერაპია. ამ მიზნით გამოიყენება აცეტილცისტეინი(აცც), ასევე ცისტოფიბროზის საზოგადოების მიერ მოწოდებულია NaCl-ის ჰიპერტონული ხსნარით ნებულაიზეროთერაპია, რომლის გამოყენებამ მნიშვნელოვნად შეამცირა გამწვავებების განვითარების რისკი.

მკვლევარებმა გაითვალისწინეს ის გარემოება, რომ ერთ-ერთი ფაქტორი, რომელიც ზრდის ნახველის წებოვნებას არის დნმ. მასზე ზემოქმედების მიზნით შეიქმნა ახალი მუკოლიზური საშუალება დნმ-აზა. დნმ-აზა (პულმოზიმი) მიღებულია გენური ინჟინერით. ადამიანის რეკომბინაციული დნმ-აზა არის ადამიანის ნორმალური ენზიმის ბიოინჟინერული ასლი. კვლევებით დადგინდა რომ პულმოზიმის გამოყენებით სწრაფად იცვლება ნახველის წებოვნება, მუკოცილიარულ კლირენს, აუმჯობესებს სუნთქვის მექანიზმს, რაზეც მიუთითებს ნახველის წებოვნების შემცირება, რომელიც კორელაციაშია გარეგანი სუნთქვის მაჩვენებლებთან. პულმოზიმის საინჰალაციო გზით მიღების აუცილებელი პირობაა ნებულაიზერული სისტემების გამოყენება, რომელიც ახდენენ პრეპარატის საკმარის დოსირსას. მისი გამოყენება შეიძლება ხანგრძლივად.

ცისტოფიბროზის პროგნოზის გაუმჯობესებას დიდად შეუწყო ხელი რაციონალურმა ანტიბიოტიკოთერაპიამ, განსაკუთრებით ისეთი ანტიბიოტიკების გამოყენებამ, რომლებიც მოქმედებენ ფსევდომონაზე. სისტემატური და ხანგრძლივი ანტიბიოტიკოთერაპია ამცირებს სასუნთქ სისტემაში ანთებითი პროცესის გამწვავებას და ჰოსპიტალიზაციის სისშირეს აუმჯობესებს ფილტვის ფუნქციურ მაჩვენებლებსა

დაავადების პროგნოზს. ანტიბიოტიკების შერჩევა ხდება ეტაპობრივი პრინციპით. ინფექციური პროცესის გამომწვევი მიკრობის სახეობის გათვალისწინებით.

ცისტოფიბროზის დიაგნოსტიკური ინტერპრეტაცია

დეფინიცია	კომენტარი
ოფლში ქლორის განსაზღვრა	ოქროს სტანდარტი
ცისტოფიბროზის გენეტიკური ანალიზი	უარყოფითი პასუხი არ გამორიცხავს დიაგნოზს
დამატებითი გამოკვლევებიდან	კომენტარი
პანკრეასის ეგზოკრინული ფუნქციის შეფასება	განავალში ელასტაზა, კუჭუკანა ჯირკვლის ულტრასონოგრაფია
ბაქტერიოლოგია	ნახველისა და ბრონქული ლავაჟის
რადიოლოგია	ულმკერდის რენტგენოგრაფია ან კტ კვლევა
ფილტვის ფუნქციური ტესტები	სპირომეტრია

ანტიბიოტიკების შეყვანის ყველაზე რაციონალური გზაა ინტრავენური გამოყენება მაღალი დოზებით. პენიცილინისა და ცეფალოსპორინების ჯგუფის პრეპარატები ინიშნება ინტრავენურად წვეთოვნად, ამინოგლიკოზიდსები-ინტრავენურად ან წვეთოვნად. ასევე მოწოდებულია ანტიბიოტიკების ინჰალაციური გზით გამოყენება. ამ გზით ყველაზე ეფექტურად გამოიყენება ისეთი ანტიბიოტიკი როგორცაა ტობრამიცინი, რომელიც განსაკუთრებით მაღალი მგრძობელობით გამოირჩევა ფსევდომონას მიმართ.

ბოლო დროს ფართო გამოყენება ჰპოვა დღის სტაციონარების შემოღებამ, სპეციალური სამსახურების შექმნამ ბინაზე ვენაში ანტიბაქტერიული პრეპარატების შეყვანის მიზნით, რითაც მცირდება ნოზოკომიური მიკრობებით დაინფიცირების საფრთხე.

ვეროპისა და აშშ ქვეყნების გამოცდილება მეტყველებს ქინოლინების ჯგუფის პრეპარატების (ციპროფლოქსაცილინი, ლევოფლოქსაცინი) გამოყენების დადებით შედეგებზე.

პროფილაქტიკური მიზნით გამოიყენება ანტიბიოტიკები, რომლის ხანგრძლივობა 2 კვირაა, კლინიკური არასტაბილურობისას 3 და მეტი.

ცისტოფიბროზით დაავადებულთა მკურნალობაში აუცილებელია მაღალ დოზებში პანკრეასის ფერმენტების გამოყენება მთელი სისიცოცხლის მანძილზე. პანკრეასული ფუნქციის დარღვევის კორექცია შესაძლებელია პანკრეატიტისა და კომბინირებული პრეპარატების გამოყენებით. ფერმენტ კრეონის გამოყენება ცისტოფიბროზით დაავადებულთა მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს დაავადების პროგნოზს.

უკანასკნელ წლებში ცისტოფიბროზის მკურნალობაში სიხლეა კორტიკოსტეროიდები, რომელთა დადებითი მოქმედება განისაზღვრება ანტიანთებად, უჯრედის მემბრანის გამტარებლობის შემცირებაში და შემაერთებელი ქსოვილის განვითარების დათრგუნვაში. სტეროიდები ამცირებენ ბრონქებში ანთებითი ცვლილებების ინტენსივობას, ამით ადადგენენ ბრონქების გამტარებლობას, აუმჯობესებენ ბრონქ-ფილტვის მდგომარეობას, განსაკუთრებით კი გახანგრძლივებული პროცესების პროგნოზს. პრედნიზოლონი ინიშნება პეროს სადღეღამისო დოზა ეძლევა დღეგამოშვებით დილით ერთხელ არაუმეტეს 1-1.5მგ/კგ. მკურნალობის ხანგრძლივობა 1.5-2 თვეა. პრედნიზოლონის ფონზე აუცილებელია ანიბიოტიკების გამოყენება ასევე რეკომენდირებულია ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების ჩართვა (იბუპროფენი 2-3მგ/კგ დღეში 2 ჯერ).

ზოგჯერ საჭირო ხდება ენტერალური კვებაც, რომლის ფონზე შემთხვევაში აღინიშნება სხეულის მასის სწრაფი ზრდა, უკანასკნელ წლებში ცისტოფიბროზის პრობლემის შესწავლაში წარმატებებმა მკურნალობის ახალი ასპექტები წარმოაჩინა, რომელთაგან აღსანიშნავია ცისტოფიბროზის გენის კორექცია გენური ინჟინერიის მეტოდით, გულისა და ფილტვების ან მხოლოდ

ფილტვების გადაანერგვა, ღვიძლის გადაანერგვა და სხვა პერსპექტიული მიმართულებანი.

დაავადების პროგნოზის გაუმჯობესება მნიშვნელოვანწილად დაკავშირებულია ცისტოფიბროზის დიაგნოსტიკის, მათ შორის პერინატალური დიაგნოსტიკის დანერგვასთან. ჰეტეროზიგოტული გენის მტარებელ მშობლებში შესაძლებელი გახდა წინასწარ განისაზღვროს ავადმყოფი ბავშვის დაბადების რისკის ხარისხი.

დღეისათვის მკურნალობის ტაქტიკა ითვალისწინებს პანკრეასის თანამედროვე ფერმენტების, ფარტო სპექტრის ანტიბიოტიკების; მუკოლიზური საშუალებების, სტეროიდების, მრავალმხრივი სიმპტომური პრეპარატების და არამედიკამენტოზური მეთოდების გამოყენებას.

SUMMARY

CF is a commonly diagnosed genetic disease caused by disruption of cellular chloride transport through abnormal function of the CFTR gene protein.

CF may affect multiple organ systems severely, leading to chronic sinopulmonary infections, impairment of growth, liver disease, and diabetes.

Positive CF NBS identifies children at risk for the diagnosis of CF and always requires additional confirmatory testing with sweat chloride or genetic testing.

Primary therapies in CF focus on methods to promote airway clearance of mucus, suppression of bacterial growth, and optimization of nutritional status.

The prognosis for individuals born with CF continues to improve markedly over time through coordinated use of early and aggressive therapies toward common complications.

ბამოქენიზული ლიტრატურა

Collins MS, Abbott MA, Wakefield DB, et al. Improved pulmonary and growth outcomes in cystic fibrosis by newborn screening.

Pediatr Pulmonol. 2008;43:648 655

Cystic Fibrosis Foundation website at: www.cff.org. Accessed May 2009

Cystic Fibrosis Mutation Database. Available at: www.genet.sickkids.on.ca/cftr/. Accessed May 2009

Farrell PM, Rosenstein BJ, White TB, et al. Guidelines for diagnosis of cystic fibrosis in newborns through older adults: Cystic Fibrosis Foundation consensus report. *J Pediatr.* 2008;153:S4 S14

Flume PA, O Sullivan BP, Robinson KA, et al. Cystic fibrosis pulmonary guidelines: chronic medications for maintenance of lung health. *Am J Resp Crit Care Med.* 2007;176:957 969

nelson textbook of pediatrics

ნ. ბადრიაშვილი ცისტოფიბროზის აქტუალური პრობლემები ბავშვებში

ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომი ბავშვთა ასაკში

გ. ჟვანიას სახ. პედიატრიული კლინიკა, ნეფროლოგიური განყოფილება
ბ.ზენაიშვილი, მ.ცანავა, თ.აბულაძე, დ.კვიციანი, ბ.ჩიტაია

ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომი(ჰუსი) პირველად აღწერა შვეიცარიელმა მეცნიერმა, ჰემატოლოგმა კორნარდ ფონ გასერმა 1955 წელს. ადრე ამ დაავადებას გასერის სინდრომს ეძახდნენ, ხოლო თანამედროვე ლიტერატურაში იგი ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომის სახელწოდებით გვხვდება.

ტერმინი ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომი წარმოადგენს დაავადებების ჰეტეროგენულ ჯგუფს, რომელთაც აქვთ სხვადასხვა ეტიოლოგია და კლინიკური თუ სუბკლინიკური გამოვლინება. კლასიკურად ახასიათებს კლინიკური ტრიადა: მიკროანგიოპათიური ჰემოლიზური ანემია, თრომბოციტოპენია, თირკმლის მწვავე უკმარისობა. თირკმლისმიერი ცვლილებები შეიძლება გამოვლინდეს როგორც მინიმალური შარდის სინდრომით(ჰემატურია, პროტეინურია), ასევე ოლიგო-ანურიით და არტერიული ჰიპერტენზიით, რომლის დროსაც აუცილებელია თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპია (დიალიზი).

ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომი ყველაზე ხშირი მიზეზია თირკმლის მწვავე

უკმარისობის განვითარებისა პედიატრიულ პოპულაციაში. ყველაზე ხშირად გვხვდება 7 თვიდან 6 წლამდე ასაკში, გაზაფხულის ბოლოს და ზაფხულის პერიოდში, რადგან მისი უხშირესი გამომწვევია E.coli.

ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომის ძირითადად 2 ფორმა არსებობს:

დიარეა (+) ანუ კლასიკური ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომი, რომელიც შემთხვევათა 90%-ში გვხვდება

დიარეა(-) ანუ ატიპიური ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომი, რომელიც შემთხვევათა 10%-ში გვხვდება.

დიარეა (+) ანუ ტიპიური კლასიკური ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომი ყველაზე ხშირი ფორმაა ბ/ასაკში. იგი შემთხვევათა 90% ში გვხვდება. ვითარდება ჰემორაგიული კოლიტის გადატანის შემდეგ. უმრავლეს შემთხვევაში განვითარებად ქვეყნებში კლასიკური ჰუსის გამომწვევია ენტეროჰემორაგიული E.coli, Shigella dysenteriae ს გარკვეული შტამები, რომლებიც აპროდუცირებენ შიგატოქსინს. შიგატოქსინს აპროციდურებს E.colis 0157:H7 ასევე სხვა შტამები 026, 0111, 0103. შიგატოქსინები იყოფა თავისი ბიოლოგიური და სტრუქტურული მახასიათებლის მიხედვით 2 ტიპად: შიგატოქსინ 1 და შიგატოქსინ 2. ჰუსის ძირითად

მოწოდებულია ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომის შემდეგი კლასიფიკაცია:

I. ჰუსის ტიპი	ეტიოლოგია
ტიპური პოსტდიარეული ჰუსი	E.coli 0157:H7, Shigella dysenteriae
II. ატიპიური ჰუსი	
1.საშარდე გზების ინფექციასთან ასოცირებული	E.coli,
2.პოსტინფექციური	Streptococcus pneumoniae
3. ოჯახური (აუტოსომურ დომინანტური რეცესიული)	კომპლემენტის რეგულაციის გენეტიკური დეფექტი ფაქტორ H და I
	Abnormal regulation of coagulation ADAMTS-13
4. მედიკამენტთან ასოცირებული	ციკლოსპორინი, მიტომიცინი, ტაკროლიმუსი
5.სისტემურ დაავადებებთან ასოცირებული	სისტემური წითელი მგლურა, ლეიკემია, ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია

თადი გამოძვევითა შიგატოქსინ 2 მაპროდუცირებული შტამი.

კლინიკური მანიფესტაცია კლასიკური ანუ დიარეა(+) ჰუსის დროს მრავალფეროვანია. მას პროდრომულ პერიოდში ახლავს მუცლის ტკივილი, ღებინება და დიარეა. დიარეა და მასთან ასოცირებული გასტროინტესტინალური ჩივილები მსგავსია წყლულოვანი კოლიტისა და აპენდიციტის, რაც ხშირ შემთხვევაში არასწორი დიაგნოზისა და შესაბამისად არასწორი მკურნალობის მიზეზი ხდება. ჩვეულებრივ, დიარეის გამოვლენიდან 5-10 დღის შემდეგ მანიფესტირდება ჰუსი. მას აქვს უეცარი დასაწყისი, რომელიც ვლინდება შემდეგი კლინიკური ნიშნებით: ჰემოლიზური ანემია ფრაგმენტირებული ერითროციტებით(შისტოციტები), თრომბოციტოპენიით და თირკმლის მწვავე უკმარისობით.

დაავადების საწყის ფაზაში ყველა კლასიკური კლინიკური ნიშნები შეიძლება არ იყოს გამოხატული, რაც აძნელებს დიაგნოსტიკას.

სხვა ორგანოებისა და ორგანოთა სისტემების მხრივ დაავადების მიმდინარეობაში ერთეობა:

ცენტრალური ნერვული სისტემა(- კომა, კრუნჩხვა, თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა, ჰემიპარეზი, კორტიკალური სიბრმავე, რომელიც შემთხვევათა 20%-ში გვხვდება რაც ხშირ შემთხვევაში სიკვდილის მიზეზი ხდება).

საჭმლის მომნელებელი სისტემის მხრივ(- ჰემორაგიული კოლიტი, მსხვილი ნაწლავის ნეკროზი და პერფორაცია, პერიტონიტი, პანკრეატიტი შემთხვევათა 10%-ში).

სისხლის მხრივ- ანემიისა და თრომბოციტოპენიის გარდა აღინიშნება ლეიკოციტოზი, რაც პროგნოზულად ცუდი გამოსავლით ხასიათდება, რადგანაც ლეიკოციტოზის შემთხვევაში იზრდება სისხლძარღვის სანათურში პროტეოლიზური ფერმენტების მიგრაცია, რაც კიდევ უფრო აძლიერებს სისხლძრღვთა ენდოთელის დესტრუქციის ხარისხს.

დიარეა(-) ანუ ატიპური ჰუსი შემთხვევათა 10% ში გვხვდება. იგი შედარებით იშვიათია ბავშვთა ასაკში. მას არ ახასიათებს პროდრომულ პერიოდში დიარეა და სხვა გასტროინტესტინალური ჩივილები.

იგი შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვა მიკრობული თუ ვირუსული აგენტებით, მედიკამენტთან ასოცირებული, ოჯახური (უტოსომურ დომინანტური ან აუტოსომურ რეცესიული, რომელსაც საფუძვლად უდევს კომპლემენტის სისტემის რეგულაციის დარღვევა).

ჰემოლიზურ- ურემიული სინდრომის დიაგნოსტიკა ხდება კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე.

სისხლში აღინიშნება: ანემია, ფრანგმეტირებული ერითროციტებით(შისტოციტებით), რეტიკულოციტოზი, ნეიტროფილოზი, კუმბსის ტესტი(-), ჰაპტოგლობინის დაბალი დონე.

ბიოქიმიური მონაცემებიდან ანაღსანიშნავია: შარდოვანასა და კრეატინინის მაღალი დონე, ელექტროლიტებისა და მეტაბოლური ცვლილებების დაზარალება, ჰიპერბილირუბინემია, ლაქტატდეჰიდროგენაზას მაღალი მაჩვენებელი(ჰემოლიზის დასადასტურებლად)

შარდის მხრივ: პროტეინურია, ჰემატურია, ცილინდრურია(გრანულარული, პიგმენტური, ჰიალინური),

სხვა დამატებითი ლაბორატორიული გამოკვლევებიდან:

განაგლის ბაქტერიოლოგიური ანალიზი, რომლის სპეციფიურობა და სენსიტიურობა არ არის 100% იანი, სეროლოგიური და ინფექციის PCR დიაგნოსტიკა, C3 კომპლემენტის და H ფაქტორისა განსაზღვრა ჰუსის გენეტიკური ფორმების დროს.

თირკმლის ბიოფსიით- ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომის ჰისტომორფოლოგიური სუბსტრატი თრომბოზული მიკროანგიოპათიაა, მეზანგიუმის ჰიპერცელულარობა, ტუბულარული და კორტიკალური ნეკროზი.

დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ძალიან რთულია ისეთ დაავადებასთან როგორცაა თრომბოზული თრომბოციტოპენიური პურპურა (ე.წ მაშკოვიცის დაავადება), რადგან ეს დაავადებები ძალიან ჰგავს კლინიკური გამოვლინებებით ერთმანეთს.

ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომის სპეციფიური მკურნალობა არ არსებობს. მოწოდებულია სიმპტომური მკურნალობა, რომელიც გულისხმობს ანემიის წყალ-

დიფერენცირებისატვის მოწოდებულია შემდეგი ცხრილი

	თრომბოზული თრომბოციტოპენიური პურპურა	ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომი
ასაკი	>40	ბავშვები
სქესი	მდედრობითი	ორივე სქესში
ეპიდემია	არ ახასიათებს	ახასიათებს
რეციდივი	ხშირი	იშვიათი
E.Coli(როგორც ეტიოლოგიური ფაქტორი)	არა	ღიას
თირკმლის უკმარისობა	იშვიათად	ხშირად
ცნს-ის დაზიანება	ხშირად	იშვიათად
თრომბოციტოპენია	მძიმე	საშუალოდ გამოსატული
სხვა ორგანოების ჩართვა	ერთვება მრავალი ორგანო	ძირითად თირკმელი

მარილოვანი ცვლის კორექციას, ჩანაცვლებით თერაპიასა და არტერიული წნევის კონტროლს. ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომის დროს ანტიბიოტიკოთერაპია არ არის რეკომენდებული, ვინაიდან ანტიბიოტიკების გამოყენება კიდევ უფრო აძლიერებს ჰემოლიზის პროცესს და ამძიმებს დაავადების მიმდინარეობას.

-ჰუსის დროს ბავშვებს ვითარდება მძიმე ანემია, რომლის დროსას ნაჩვენებია ჰემოტრანსფუზია. ერთროციტალური მასის ინფუზია ნაჩვენებია, როდესაც ჰემოგლობინის დონე <ნგ/დლ ან ჰემატოკრიტი <18 % ზე ნაკლებს, რათა თავიდან ავიცილოთ ისეთი გართულებები როგორცაა სუნთქვისა და გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა. რაც შეეხება თრომბოციტალური მასის გადასხმას რუტინულად მისი გამოყენება არ არის რეკომენდებული, მისი გამოყენება ნაჩვენებია როცა აქტიური სისხლდენაა ან ქირურგიული ჩარევის წინ.

ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომი მოითხოვს არტერიული წნევის მკაცრ კონტროლს. ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტებიდან გამოიყენება კალციუმის არხის ბლოკერები როგორცაა ამლოდიპინი ან ნიფედინი, ასევე აგფ ინჰიბიტორები,

რომლებიც გამოირჩევა ანტიპროტეინული და ნეფროპროტექტორული ეფექტურობით, მაგრამ სიფრთხილით უნდა იქნეს გამოყენებული იმ პაციენტებში, რომლებსაც დაქვეითებული აქვთ გლომერული ფილტრაცია და ჰიპერკალემია.

თირკმლის მწვავე უკმარისობის დროს როცა გვაქვს ოლიგო-ანურიული სტადიის ხანგრძლივობით ჰიპერკალემიის, ჰიპერვოლემიის გათვალისწინებით, ნაჩვენებია თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპია, კერძოდ პერიტონეული ან ჰემოდიალიზი.

- მეტაბოლური აციდოზის დროს ნაჩვენებია სოდის ინფუზია. პლაზმაფერეზისა და კრიოპლაზმის ინფუზია ნაჩვენებია მხოლოდ ატიპიური ჰუსის შემთხვევაში, როდესაც პროდრომულ პერიოდში არ არის დიარეა და არის ოჯახური შემთხვევა. უკანასკნელი მონაცემებით ატიპიური ჰუსის გენეტიკური ფორმების დროს წარმატებით გამოიყენება კომლემენტის ინჰიბიტორი - ეკულიზუმაბი.

კლასიკური ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომი დაახლოებით 90%ში კეთილსამედო გამოსავლით მთავრდება. 5-10%ში სიკვდილიანობა, რომლის მიზეზია ექსტ-

რარეული გართულებები, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც პროცესში ერთვება ცენტრალური ნერვული სისტემა. ქრონიკული ჰიპერტონია, პროტეინურია და თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა პაციენტთა 25-30%-ში ვლინდება. პაციენტებს, რომლებმაც გადაიტანეს ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომი ესაჭიროებათ ხანგრძლივი მეთვალყურეობა პედიატრ ნეფროლოგთან ყოველი ვიზიტის დროს, გაზომილ უნდა იქნეს არტერიული წნევა და უნდა მოხდეს თირკმლის ფუნქციის ლაბორატორიული შეფასება. აღწერილია შემთხვევები თანამედროვე ლიტერატურული მონაცემებით, როცა ტერმინალური თირკმლის უკმარისობა განვითარებულა 25 წლის შემდეგაც ჰუსის გადატანიდან. (დაახლოებით 10-15%-ში). იმ შემთხვევაში თუ გამოჯანმრთელების შემდეგ ერთი წლის განმავლობაში არ აღენიშნება პაციენტს პროტეინურია, არტერიული ჰიპერტონია და თირკმლის გლომერული ფილტრაციის დაქვეითება, გვიანი გართულებები თირკმლის ტერმინალური უკმარისობის სახით არ ვითარდება და ასეთ პაციენტები პედიატრ ნეფროლოგის მეთვალყურეობას საჭიროებენ 5 წლის განმავლობაში.

თირკმლის ტერმინალური უკმარისობის შემთხვევაში ნაჩვენებია თირკმლის ტრანსპლანტაცია, რომლის ეფექტურობა ატიპიური ჰემოლიზური ურემიული სინდრომის გენეტიკური ფორმების დროს არ არის წარმატებული.

ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომის პრევენცია გულისხმობს პირადი ჰიგიენის დაცვას, ხორცეული კერძების სათანადო დამუშევას. არ შეიძლება უმი ხორცის გასისინჯვა, ხმარება, ასევე არა-პასტერიზირებული რძის პროდუქტების გამოყენება.

ამგვარად, ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომი არც ისე იშვიათი დაავადებაა, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში, ამასთანავე გ. შუანიას პედიატრიული კლინიკის ნეფროლოგიურ განყოფილებაში გაზაფხულისა და ზაფხულის პერიოდში, უკანასკნელი რამდენიმე დაახლოებით

5-10 შემთხვევამდე დიაგნოსტირდება ჰუსი, რაც ვფიქრობთ სწორი და დროული დიაგნოსტიკით არის განპირობებული.

სამწუხაროდ საქართველოს მასშტაბით არ გვაქვს სტატისტიკური მონაცემები, რადგან ეპიდემიოლოგიური კვლევა არ ჩატარებულა.

გამომდინარე დაავადების სირთულის და ზოგიერთ შემთხვევაში ცუდი პროგნოზისა, ერთის მხრივ პრაქტიკოსი ექიმი-პედიატრი ინფორმირებული უნდა იყოს ამ დაავადების ეტიოლოგიისა და მიმდინარეობის შესახებ, მეორეს მხრივ გაგრძელდეს მეცნიერული კვლევა და მკურნალობის ახალი მეთოდების დანერგვა.

CONCLUDING REMARKS

HUS is a clinical syndrome characterized by the triad of microangiopathic hemolytic anemia, thrombocytopenia, and renal injury. Although there are many distinct causes of HUS in children, up to 90% of cases are related to GI infection (D+HUS) with Shiga toxin-producing *E. coli* or *Shigella*. Supportive care is essential to good outcome, and the course and outcome is related to the underlying cause. With D+ HUS, mortality is now <5% but a large number of survivors exhibit signs of proteinuria, hypertension, or renal insufficiency and deserve continued follow-up. Children with D-HUS are a more heterogeneous group; management strategies are not well defined and outcome is less favorable in this group.

Improved public health prevention strategies remain the best option to decrease the frequency of D+HUS in children. For children with established STEC colitis, passive immunity to Stx toxins or administration of Stx receptor analogues offer an opportunity to minimize disease severity. Unfortunately such efforts remain to be proven to be effective in affected children and all such efforts are limited by the ability to detect STEC colitis early enough to be able to intervene. HUS continues to be a challenge in terms of prevention; even for severely affected children, appropriate supportive management of acute renal insufficiency and non-renal complications can provide a good outcome.

ბამოყენებული ლიტერატურა:

- Hochberg Z. (Editor) Practical algorithm in pediatric nephrology 2008;
- G. Cameron, Textbook of nephrology. 2005
- Nelson Textbook of Pediatrics, 18 th ed 2007
- ELLIS D. AVNER pediatric nephrology sixth edition 2009
- Brenner and Rector's the kidney 8 th edition 2007
- Denis F. Geary and Franz Schaefer Comprehensive Pediatric Nephrology 2008
- Uptodate 2009.

ხელოვნების ბაზარი საქართველოში

ანა თოფურიძე, ნინო გოზალიფიძე, ლაშა ივანაშვილი, მარიამ ღუღუნიანი, ზურაბ ღუღუნიანი

თბილისის ეკონომიკურ ურთიერთობათა სახელმწიფო უნივერსიტეტი

ხელოვნების ბაზარი სამი სახის ბაზრად იყოფა: I ბაზარი, სადაც მოღვაწეობენ არაორგანიზებული ხელოვნები, რომლებსაც თავი-

ანთი ნამუშევრები გალერეებში და გამოფენებზე გამოაქვთ. ისინი მოქმედებენ ლოკალურად. ასევე მათში შედიან მცირე ვაჭრები და კერძო მყიდველები.

II ბაზარი, სადაც იყიდება დამკვიდრებული მხატვრების ნამუშევრები, რომლებიც გამოიფინება მნიშვნელოვან ქალაქებში.

III ბაზარი არის ინტერნაციონალური ბაზარი (ძალიან) ცნობილი ხელოვნების ნიმუშებით. ამ ბაზარზე მოღვაწეობენ ასევე აღიარებული სააუქციონო სახელები.

ხელოვნების ბაზრის თავისებურებები:

ხელოვნების ბაზარზე არსებულ მოთხოვნაზე მნიშვნელოვანი ზემოქმედების ფაქტორებია: ფასი, ხარისხი, ესთეტიკა, შემოსავალი და ფინანსური ბაზრის დამახასიათებელი ნიშნები.

მიწოდებაზე მნიშვნელოვანი ზემოქმედების ფაქტორებია კი არის: ფასები, პროდუქციის ღირებულება, სიდიდე და ხელოვნების სახეობა. მიწოდება მოკლევადიან პერიოდში არაელასტიურია, ინფორმაცია კი სიმეტრიული.

ბაზარი მხოლოდ ცოტა ადამიანისთვისაა ხელმისაწვდომი, ვაჭრობა შესაძლებელია მხოლოდ შეზღუდულად (განსაკუთრებით მესამე ბაზარზე)

ქცევა ხელოვნების ბაზარზე:

ხელოვნების ბაზარზე ბევრი კერძო კოლექციონერი . ისინი რენტაბელობაზე არ არიან ორიენტირებულნი. მათ ქცევაში გამოიკვეთება მომარაგების ეფექტი, ოპორტუნი- სტული ღირებულების ეფექტი, დაცემული ღირებულების მხედველობაში მიღება და მემკვიდრეობის ასპექტები.

ამ ბაზარს მიეკუთვნებიან ფირმები, როგორც კოლექციონერები, რომელთა მიზანიც არაა მოგების მიღება. სინი ხელოვნების ნიმუშებს ი ენენ მოხმარების მიზნით

საზოგადოებრივი მუზეუმები კი არიან ხელოვნების ნიმუშების მნიშვნელოვანი მყიდველები. მათ შეუძლიათ ხელოვნების ნიმუშები არ გაყიდონ. ისინი სამინისტროსგან იღებენ ფულს, მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში. მუზეუმები იხდიან მაღალ ფასებს და ამით გამყიდველებს აძლევენ შესაძლებლობას ჰქონდეთ მაღალი რენტაბელობა.

არის თუ არა ხელოვნებაში ინვესტიცია რენტაბელური?

ეს კითხვა აწუხებდა მაიკლ მოხეს და ამიტომ დაიწყო არტ-ბაზარზე გაყიდვების ინდექსის დადგენა. მან მრავალი წელი იმუშავი და შედეგად მიიღო ის ერთადერთი ინდექსი, რომელსაც, დღეს მსოფლიოს წამყვანი გალერეები იყენებენ.

ამ კვლევების თანახმად, აშკარად ჩანს ურყევი ტენდენცია-ბოლო 50 წლის მანძილზე. მეი-მოხესის ინდექსის ზრდა 12,6%-ია, S&P-ის-11,7-ი.

დღეს, მხატვრის ნამუშევარი უფრო მომგებიანი რომ გახდეს, მსოფლიო არტ-ბაზრის ტენდენციებისა და ინფრასტრუქტურის კარგი ცოდნაა საჭირო. უპირველეს ყოვლისა, მხატვარი “საჭირო” გალერეებში უნდა გამოიფინოს, რასაც ხშირად Sotheby’s ან Christie’s აუქციონერების დაინტერესება მოჰყვება.

ფინანსური კრიზისის ზემოქმედება ხელოვნების ბაზარზე

ფინანსურმა კრიზისმა, რა თქმა უნდა, დიდი გავლენა მოახდინა ხელოვნების ბაზარზე.

Christie’s და Sotheby’s აუქციონების, გაყიდვებიდან მიღებულმა შემოსავალმა ერთი მესამედით იკლო, ბევრი ნამუშევარი არ გაიყიდა. თვით Andy Warhold-ის ნამუშევარმაც ვერ გამოასწორა გამეფებული განწყობა. ფინანსურმა კრიზისმა მოიცვა ხელოვნების ბაზარი და წინა წლების ბუმი გააჩერა.

ყველაფრის მიუხედავად ფასები სტაბილურია, რადგან აუქციონების ხელმძღვანელები თვლიან, რომ კოლექციონერები ფასების დაწვეას ელიან.

Christie’s და Sotheby’s ბოლო აუქციონების შემოსავალმა, მოსალოდნელი თანხის ნახევარიც კი არ შეადგინა, მაგრამ მათი ხელმძღვანელები იმედს არ კარგავენ, ზოგიერთი მათგანი ძალზე ოპტიმისტურად უყურებს მომავალს და თვლის, რომ ეს კრიზისი, ერთი მხრივ სასარგებლოა, რათა ღვარძლი და იფქლი, ანუ მაღალი და დაბალი დონის ნამუშევრები ერთმანეთისგან გაიმიჯნოს.

ხელოვნების ნიმუშებით ვაჭრობა ერთ-ერთი სერიოზული ბიზნესია და ბოლო ხანს საქართველოშიც იკიდებს ფეხს. ხელოვნების ნიმუშებში ფულის დაბანდება, ანუ ინვესტიცია ყოველთვის ხელსაყრელია, და თუნდაც ფასების ზრდა დროებით შეჩერდეს, ანდა სულაც დაიწიოს, კოლექციონერი წაგებულ არასდროს იქნება. მიზეზი მარტივია - შედეგები მუდამ უფრო ცოტაა, ვიდრე მათი შექენის მსურველები. ამიტომაც ხელოვნების ნიმუშებს ხშირად ყიდულობენ ბანკები, ცნობილი ბიზნესმენები, ხოლო ადლოიანი დილერები ამ საქმით სერიოზულ მოგებას ნახულობენ. მართალია ევროპულ ქვეყნებთან შედარებით, საქართველოში არტ-ბაზარი ჯერ კიდევ მოსაწესრიგებელია, მაგრამ ხელოვნების ნიმუშებში ფულის დაბანდება მაინც ღირს. დღეს შექენილ ნამუშევარს, 5-10 წლის შემდეგ ბევრად მეტად გაყიდო.

უცხოურ არტ-საიტებზე შეგიძლიათ, ნებისმიერი

ცნობილი თუ ნაკლებად ცნობილი მხატვრის რეიტინგი ნახოთ.ეს ინფორმაცია ყველასათვის ღიაა და ხელმისაწვდომი. ამ საიტებზე იმ ქართველ მხატვრებსაც შეხვდებით, რომელთა ნამუშევრებიც უცხოეთში ინახება. უცხოურ ინტერნეტსაიტებზე თითოეულ მხატვარზე მითითებულია ინდექსი და წლების მიხედვითაა შეტანილი ფასები. ასე რომ, კოლექციონერს შეუძლია, თვალი მიადევნოს, როგორია ფასების ზრდის კოეფიციენტი, ანუ მისი საინვესტიციო მასალა სწორად შეისწავლოს. ეს საკმაოდ აზარტული პროცესია და როგორც ნებისმიერ ბიზნესში, ცოდნასთან ერთად ხშირად საქმე გამართლებაზეც ჰკიდია.

პირველი სააუქციონო სახლი საქართველოში 2008 წელს დაარსდა, მის ეკონომიკურ წინსვლას ხელი შეუშალა ეკონომიკურმა კრიზისმა, ასევე ადრე მიღებულმა კანონებმა რომელთა ხელახალი განხილვის და განახლების აუცილებლობა უკვე არსებობს, ამის მიუხედავად ის განაგრძობს ფუნქციონირებას და ძალებს იკრებს. მთელ მსოფლიოში თითოეულ აუქციონს აქვს საკუთარი ინდექსების

კატალოგი, რადგან ხელოვნების ნიმუშებზე ფასების განვითარების ერთადერთი რეალური და უტყუარი სტატისტიკური მაჩვენებელი აუქციონების კატალოგებია, ჯერ-ჯერობით ჩვენთან არ არის კატალოგი შექმნილი, მაგრამ მომავლისთვის იგეგმება.

ამგვარად:

აუცილებელია მაქსიმალურად ხელი შევუწყოთ ხელოვნების ბაზრის განვითარებას;

შეიქმნას თანამედროვე სტანდარტებთან შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზა;

უნდა მოხდეს სააუქციონო სახლისა და გალერეების კოორდინირებული მოქმედება;

შეიქმნას კატალოგი, რაც გამოავლენს მხატვართა რეიტინგს;

დამყარდეს უფრო მჭიდრო კონტაქტები საერთაშორისო აუქციონებთან;

გამოყენებულ იქნას ყველა ხერხი და ღონისძიება ქართული ხელოვნების ნიმუშების პოპულარიზაციისათვის, როგორც ადგილობრივ ისე საერთაშორისო ბაზარზე.

საქართველოს ეკონომიკის პრიორიტეტი

ლაშა დალაძეშვილი

თბილისის ეკონომიკურ ურთიერთობათა სახელმწიფო უნივერსიტეტი

ჩვენი ქვეყნისთვის აუცილებელია ფუნქციის განსაზღვრა მსოფლიო ეკონომიკურ სივრცეში. ჩვენი მომავლისთვის ეს არსებითია... თუ საქართველო ვერ უპასუხებს თანამედროვე ეკონომიკურ მოთხოვნებს და ვერ იქნება კონკურენტული საერთაშორისო სივრცეში, ის ჩაითვლება „მომკვლევებულ“ ქვეყნად და საუბარიც კი ზედმეტი იქნება რაიმე პოლიტიკურ როლზე მსოფლიოს მასშტაბით. საჭიროა, ერმა გაიაზროს თუ რისი კეთება შეუძლია ყველაზე კარგად, რა არის მისი ფუნქცია. ამისათვის აუცილებელია, სწორად დაინახოს პრიორიტეტები.

ისტორიულად საქართველომ თავისი განვითარების მწვერვალს მიაღწია XII-XIII საუკუნეებში. მისი ფუძემდებელი იყო დავით აღმაშენებელი. მაშინ საქართველო მოექცა უდიდესი სავაჭრო არტერიის “დიდი აბრეშუმის გზის” საკვანძო ადგილას. მაშინდელი ევროპის მტერი მუსულმანური სამყარო ჩვენი ქვეყნისთვის, პრველ რიგში, სავაჭრო პარტნიორი იყო. თბილისში ყველაზე დაბალ გადასახადს მუსულმანი იხდიდა 3 დინარის ოდენობით, ქართველისათვის ეს გადასახადი - 5 დინარს შეადგენდა... იმ პერიოდის საქართველომ იკისრა ეკონომიკური ხიდის ფუნქცია დასავლეთს და აღმოსავლეთს შორის. თბილისი გახდა უდიდესი სავაჭრო ცენტრი. მაშინ, როდესაც ევროპაში 5000-იანი დასახლება დიდ ქალაქად ითვლებოდა, თბილისში 100000 კაცზე მეტი ცხოვრობდა...

დავით აღმაშენებელმა დაინახა, ქვეყნის როლი და სწორედ ამ მიმართულებით განავითარა საქართველო. საუკუნეთა მანძილზე იცვლებოდა პოლიტიკური ვითარება და აბრეშუმის გზამ საქართველოს გვერდი აუარა. ზღვაოსნობის განვითარებამ და დაძაბულმა ურთიერთობამ ოსმალეთთან აბრეშუმის გზის ერთი განშტოება სამხრეთით გადაიტანა ხოლო მეორე ინდოეთის და ატლანტის ოკეანეებში. საქართველო ჰაერში გამოკიდებული აღმოჩნდა ეკონომიკური თვალსაზრისით. კონომიკური ფუნქციის მოშლას მოჰყვა სამხედრო და პოლიტიკური კუთხით დასუსტებაც...

მას შემდეგ საქართველო ცდილობს იპოვოს თავისი ადგილი...

საბჭოთა მიმართველობის დასრულების შემდგომ ჩვენი პოლიტიკოსები ცდილობენ, რომ ქვეყანა თანამედროვე აბრეშუმის გზის შემადგენელი ნაწილი გახდეს, თუმცა სატრანზიტო მაგისტრალები საქართველოს სამხრეთით ირანის და ერაყის ტერიტორიებზე გადის. ბევრი პოლიტიკოსი დიდ მიღწევად მიიჩნევს ბაქო-სუფსის და ბაქო-თბილისი-ჯეიჰანის ნავთობ და გაზსადენებს და მართლაც ამ პროექტებით ქვეყანას აღუდგა სატრანზიტო ფუნქცია, თუმცა არა იმ სიდიდით, რომ ამან ქვეყანას საგრძნობი ეკონომიკური განვითარება მოუტანოს. უფრო დიდი მნიშვნელობისაა “ნაბუქოს” პროექტი, რომლის მიზანია შუა აზიური ნავთობი და გაზი შევიდეს ევროპაში კასპიის ზღვის, აზერბაიჯანის, საქართველოს და თურქეთის გავლით. ეს პროექტი უმნიშვნელოვანესია ევროპისთვის, რადგან იგი ელექტროენერჯიას უმეტესად გაზით აწარმოებს და საჭირო

ბუნებრივი აირის დაახლოებით 20% დეფიციტურია მისთვის. ამ დანაკლისს დღემდე რუსული გაზი ავსებს, რომელიც მეტად მძიმე ტვირთია ევროპისთვის. ნაბუქოს პროექტი ის ალტერნატივაა, რამაც ევროპა რუსული პოლიტიკური ზეგავლენისგან უნდა იხსნას. საქართველო ამ პროექტის ერთ-ერთი მონაწილეა და ამიტომ მისი მნიშვნელობა ევროპისთვის ერთიორად გაიზრდება.

მაგრამ რას ნიშნავს ეს საქართველოსთვის? ჩვენი ქვეყანა ხდება უმნიშვნელოვანესი რესურსის გამტარი, რომლის დანიშნულება ელექტროენერჯის წარმოებაა. ამ პროექტის განხორციელებით მიღებული გადასახადი ბევრს შემატებს ქვეყანას, მაგრამ უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ნავთობის და გაზის მარაგები ამოწურვადია და უახლოეს 50 წელიწადში სრულად გამოილევა. საქართველო მეორედ დაკარგავს თავის ფუნქციას, რასაც სატრანზიტო ხიდი ჰქვია. ამიტომ უმნიშვნელოვანესია, არ შევიქმნათ ცრუ ილუზიები და არ გავაკეთოთ აქცენტი მხოლოდ ერთ მიმართულებაზე. მონეტას ორი მხარე აქვს - ნათქვამია.

როგორც ზემოთ აღვნიშნე ევროპას გაზი და ნავთობი ესაჭიროება ელექტროენერჯის საწარმოებლად. ეი არსებობს ევროპის მუდმივად მზარდი ეკონომიკის ძალზე დიდი მოთხოვნა ელ.ენერჯიაზე. შესაბამისად არსებობს ელექტროენერჯის დიდი ბაზარი. საქართველოს აქვს პოტენციური უბრალოდ გამტარიდან იქცეს ენერჯო-ექსპორტიორად ჰიდროენერჯის ხარჯზე. ამჟამად ათვისებულია პოტენციალის 8-10%-მდე. 14%-ით ათვისება აკმაყოფილებს ქვეყნის მოთხოვნას. დარჩენილი 86% შეიძლება გატანილ იქნას ექსპორტზე. ამ პოტენციალის ათვისების შემთხვევაში ბაზარი გარანტირებულია. ახლახან დაიწყო მაღალი გამტარობის ხაზის მშენებლობა თურქეთისკენ. ეს ფაქტი არის პირდაპირი ნაბიჯი მომავალი ბაზრისკენ.

საქართველოში ჰიდროენერჯის ათვისების სტატისტიკა შემდეგნაირია: უმსხვილესი ობიექტია ენგურ ჰესი, რომელიც წელიწადში დაახლოებით 5,46 მლრდ კვტ/სთ ენერჯიას გამოიმუშავებს. საქართველოს წლიური ენერჯო მოხმარება არის 8,55 მლრდ კვტ/სთ. საქართველოში არსებული ყველა ჰესის ჯამური ენერჯია წელიწადში დაახლოებით 9,491 მლრდ კვტ/სთ.-ა. ერთი შეხედვით საქართველოს უნდა ეყოს ეს ენერჯია, მაგრამ პრობლემა ისაა, რომ მდინარეების ჩამონადენი ზამთარში ძალიან მცირეა და ენერჯიის უდიდესი ნაწილი გაზაფხულის და ზაფხულის სეზონებში გვაქვს. ამ დროს აღინიშნება სიჭარბე. ზამთარში კი დეფიციტია. ვერ კმაყოფილდება ქვეყნის მოთხოვნა. ამ პრობლემის გადაჭრაა მასშტაბური კაშხლის მქონე დიდი წყალსაცავიანი ჰესების მშენებლობა.

საქართველოს მთავრობას 2005 წლის თებერვალში გამოეყო მსოფლიო ბანკის 5 მილიონი

დოლარის დახმარება, რომელიც უნდა მოხმარებოდა ხუდონჰესის პროექტის განახლება-დამუშავებას. აღნიშნული პროექტი სავარაუდოდ 500 მილიონი დოლარი დაჯდება და ჰესი წელიწადში გამოიმუშავებს 1,7 მლრდ კილოვატსაათ ენერჯიას. აგრეთვე იგეგმება ტობარი ჰესის მშენებლობა, რომელიც 2,2 მლრდ კვტ/სთ ენერჯიას გამოიმუშავებს. ჯამში ეს ორი პროექტი დაახლოებით 1,2 მლრდ დოლარი ჯდება. ამ ჰესებით სავარაუდოდ გადაიჭრება სეზონურობის პრობლემა და საქართველო ზამთარში აღარ იქნება დამოკიდებული მეზობელი ქვეყნის გაზზე. უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს მდგომარეობა უკეთესი იქნებოდა, რომ არა დაახლოებით 2 მლრდ კვტ/სთ ენერჯია, რომელსაც აფხაზური მხარე ენგურიდან იღებს. ამ პროექტების განხორციელების შემთხვევაში საქართველოში წარმოებული ენერჯია ჰიდროენერჯის მიხედვით იქნება 13,391 მლრდ კვტ/სთ წელიწადში. ზამთარში დეფიციტი აღმოიფხვრება, ხოლო ზაფხულში ექსპორტის წილი დიდად გაიზრდება. საგულისხმოა, რომ ისეთი დიდი ჰესები როგორცაა ენგური, როგორებიც იქნება ხუდონი და ტობარი, სავარაუდოდ სახელმწიფოს ხელში იქნება (სტრატეგიული მნიშვნელობის გამო), ხოლო საშუალო და მცირე ჰესების უდიდესი ნაწილი დღესაც არის და მომავალშიც იქნება კერძო საკუთრებაში.

ძალზე სარფიანია მცირე ჰესების ინვესტირება. მცირე ჰესს აქვს სიმძლავრე 1-დან - 10-მდე მეგავატის საზღვრებში. მისი მშენებლობის ხარჯები შემდეგნაირია: 1კვტ ჯდება დაახლოებით 1000-2500 დოლარი. ეი 10 მეგავატის სიმძლავრის ჰესი ელირება დაახლოებით 10-25 მილიონი აშშ დოლარი. მცირე ჰესებით საქართველოში შეიძლება მოვიპოვოთ დაახლოებით 19 მლრდ კვტ/სთ ენერჯია! ეს არის უდიდესი ათვისებელი რესურსი. ამ სფეროში ჩადებული ინვესტიცია რამდენიმე წელში მოიტანს სტაბილურ მოგებას, ვინაიდან ბაზარზე მოთხოვნა გარანტირებულია. მცირე ჰესებით ენერჯო რესურსის დაახლოებით 80%-ით ათვისებას სჭირდება დაახლოებით 19 მილიარდი დოლარი. ვფიქრობთ, ტენდენცია მცირე და საშუალო ჰესების კერძო საკუთრებაში არსებობისა კიდევ გაგრძელდება და ამ სფეროს სულ მალე ათივსებენ ქართველი და უცხოელი ინვესტორები.

აღნიშნული პროექტების განხორციელების დღეებითი ეფექტია უამრავი სამუშაო ადგილი, რომელიც შეიქმნება იმ მაღალკვალიფიციური სპეციალისტებისთვის, რომლებმაც ააშენეს ენგურე-ჰესი და განახორციელეს სხვა დიდი პროექტები.

უნდა აღინიშნოს, რომ საშენი მასალების უდიდესი ნაწილი საქართველოში მოიპოვება და ასათვისებელი მილიარდების დიდი ნაწილი საქართველოშივე დარჩება. ქვეყნის მოთხოვნა ელექტროენერჯიაზე სრულად დაკმაყოფილდება ადგილობრივი რესურსებით, მეტიც, ქვეყანა იქცევა სერიოზულ ენერჯოექსპორტიორად. გაიზრდება ენერჯოუსაფრ-

თხოვების დონე, რაც პირდაპირ გაზრდის ინვესტიციებს. შედარებით გვიანი ეფექტი იქნება ენერჯის ტარიფების დაცემა, რაც გამოიწვევს საერთო დანახარჯების შემცირებას და საერთო მოთხოვნის ზრდას ელექტროენერჯიაზე. მოხდება საერთო ხარჯების მკვეთრი შემცირება და საერთო შემოსავლების ზრდა, რაც აუცილებლად გაზრდის ქვეყანაში კეთილდღეობის დონეს. საქართველო გახდება ენერგეტიკულად დამოუკიდებელი და ხელიდან გამოაცდის ჩრდილოელ მეზობელს უდიდეს ბერკეტს. ევროპისთვის იქნება არა “მესამე სამყაროს ქვეყანა” არამედ თანასწორი პარტნიორი. საქართველო დაიბრუნებს თავის ისტორიულ როლს.

როს ქვეყანა” არამედ თანასწორი პარტნიორი. საქართველო დაიბრუნებს თავის ისტორიულ როლს.

წყაროები:

”საქართველოს ეკონომიკა” – გურამ ყუფუნია საქართველოს ენერგეტიკის სამინისტროს ოფიციალური მონაცემები
კონფერენცია „ენერგოეფექტიანობის და განახლებადი ენერჯის პოტენციალი - რეკომენდაციები ეფექტიანი პოლიტიკის შემუშავებისათვის” - თბილისი 2009 წელი

ანგენაგალური ჯანმრთელობის იმუნოლოგიური ასპექტები არასამეთავრობო ორგანიზმის „ანგენაგალური ჯანმრთელობა“

ქ. რუხაია, ი. ჯიქია, ი.პოტიმელი

ქალის ორგანიზმში მიმდინარე იმუნურ პროცესებს მნიშვნელოვანი როლი უკავია საშიშროებაში კვერცხუჯრედის იმპლანტაციასა და ორსულობის პროდონგირებაში. ცნობილია რომ ორსულობისას მრავლობითი პათოლოგიური პროცესების განვითარებას როგორებიც გახლავთ: დაუდგენელი ეთიოლოგიის თვითნებითი აბორტი, ჩვეულებრივი აბორტები, ანემბრიონია, ნაყოფის საშიშროების შიდა ზღის შეფერხება, გესტოზი, ნაყოფის ინტრანატალური სიკვდილი (ორსულობის ნებისმიერ ვადაზე), აუტოიმუნური დაავადებები, არტერიული და ვენური თრომბოზი, თრომბოციტოპენია, უშედეგო ხელოვნური განაყოფიერება, ნაადრევი მშობიარობა, საფუძვლად უდევს იმუნური სისტემის სხვადასხვა რგოლებში აღმოცენებული დარღვევები.

ყო, რომ იმუნური პასუხის სუპრესია კი არ არის წამყვანი მექანიზმი იმპლანტაციასა და ორსულობის შენარჩუნებაში, არამედ იმუნური პასუხის მოდიფიკაცია, კერძოდ Th-1 ლიმფოციტებზე დამოკიდებული უჯრედული იმუნიტეტის გარდაქმნა Th-2 ლიმფოციტებზე დამოკიდებულ ჰუმორულ იმუნიტეტში. ასევე მნიშვნელოვანია ის ფაქტიც რომ Th-1 ლიმფოციტებიდან გამოყოფილი ციტოკინები როდესაც აღემატება Th-2 ლიმფოციტებიდან გამოქვეყნებულ ინტერლეიკინებს შეუძლებელია კვერცხუჯრედის იმპლანტაცია ხოლო თუ მოხდა ნიდაცია იზრდება თვითნებითი აბორტების სიხშირე და ნაყოფის საშიშროების შიდა ზღის შეფერხება. ასევე მეორადად უჯრედული იმუნიტეტის გააქტიურების მიზეზები შესაძლოა იყოს ინფექციური დაავადებები, აუტოიმუნური პროცესები, ვირუსული ინფექციები (HIV), სისტემური წითელი მგლურა, მიასტენია და ა.შ.

თანამედროვე შეხედულებებით კვერცხუჯრედის მომწიფების ეტაპები ინპლანტაცია, ემბრიონის განვითარება, ციტოკინდამოკიდებული პროცესებია და კონტროლდება იმუნური სისტემის მიერ.

კვერცხუჯრედის ჩანერგვა საშიშროების დეციდუურ გარსში ხორციელდება ტროფობლასტის მეშვეობით კერძოდ სინციტიოტროფობლასტით, ეს უჯრედები გამოყოფენ მეტალოპროტეაზებს ხოლო დეციდუალური გარსი ინტეგრინებს, უზრუნველყოფენ სპირალურ არტერიების გლუვ კუნთოვან სანათურში ჩაზრდას (რის გამოც სპირალურ არტერიებში წნევა ეცემა პერიფერიული წინააღმდეგობის შემცირების ხარჯზე) შლიან გარშემო მყოფ ქსოვილებს და ექსტრაცელულაულ მატრიქსს, ეს ფერმენტები უზრუნველყოფენ ტროფობლასტის ინვაზიას. ინვაზიის დეფექტის არსებობისას მცირდება პერფუზია კორტილდონებს შიგნით, რასაც თან ახლავს ტერმინალური ბუსუსების არასრულფასოვანი განვითარება, რის გამოც ფერხდება ჟანგბადისა და საკვები ნივთიერებების სისხლის მიმოქცევაში გადასვლა, მაგრამ რა სიღრმით მოხდება ჩანერგვა ეს უკვე რეგულირდება ციტოკინებით; LIF (ლეიკემია მაინიპიბირებელი ფაქტორი, IL-6 ჰეპატოციტების ზრდის ფაქტორი, M-CSF და ა.შ. ციტოკინების რეცეპტორების აქტივაცია მათთან ასოცირებული სპეციფიური მოლეკულების, ე.წ. ჯანუს კინაზების თიროზინფოსფორილირებითაა გაშუალე

ციტოკინები პორმონის მსგავსი მოლეკულებია. რომლებიც მონაწილეობენ ორგანიზმის იმუნური სისტემის ფორმირებაში და უჯრედებზე სამი გზით მოქმედებენ. მათ გააჩნიათ აუტოკრინული, პარაკრინული და ენდოკრინული ეფექტი.

ნაყოფი გამოიმუშავებს ლეიკოციტალურ ანტიგენებს (HLA) (დედისეული და მამისეული წარმოშობის) და ეს ანტიგენები ნახევრად ალოგენურია დედისათვის, მაგრამ ნორმაში ნაყოფი არ აღიქმება დედის ორგანიზმისათვის, როგორც ალოგრაფტი და არ ხდება მისი მოშორება. ერთ-ერთი მიზეზი ამ ფენომენის მდგომარეობს შემდგომში: ფეტოპლაცენტალური საზღვარი გახლავთ იმუნოლოგიურად მნიშვნელოვანი ადგილი, რომელიც ქმნის მექანიკურ ბარიერს და ამცირებს ურთიერთკავშირს ნაყოფის ქსოვილებსა და დედის ლიმფოციტებს შორის, ასევე ახდენს დედის იმუნური პასუხის სუპრესიას.

ბოლო წლებში ჩატარებულმა კვლევებმა ცხად-

ბული STAT3 რომელიც ააქტიურებს LIF ამ ორი უჯრედთაშორისი მოლეკულების ურთიერთქმედება არეგულირებს ტროფობლასტის ინვაზიის ხარისხს და მის სიღრმეს.

უშუალოდ ამ პროცესსა და მთელი ორსულობის მიმდინარებაზე პასუხისმგებელია ციტოკინები რომლებიც სინთეზირდებიან უშუალოდ თქლიმფოციტებიდან.

Th ლიმფოციტები, მათ მიერ სინთეზირებული ციტოკინების მიხედვით, იყოფა ორ ტიპად: Th1, Th2, Th3 ტიპის უჯრედები აპროდუცირებენ IL-2-ს IFN-ს და TNF- \bullet -ს, რომლებიც თავის მხრივ აინდუცირებენ სხვადასხვა ციტოკინების წარმოქმნას, ანთებითი რეაქციის განვითარებას და მონაწილეობენ უჯრედ-დამოკიდებული პასუხის განვითარებაში (Mosmann T.R., Coffman R.I., 1989, Romagnani S., 1994, Mosmann T.R., Sad S., 1996). Th2 ტიპის უჯრედები ახორციელებენ IL-4, IL-5, IL-6, IL-10 და IL-13-ს სეკრეციას და პასუხს აგებენ ჰუმორულ იმუნურ სისტემაზე. ამის გარდა, IFN-აინდუცირებს TNF- \bullet -ს და IL-12-ის პროდუქციას მაკროფაგებში, რომლებიც შემდგომში ასტიმულირებენ Th1 და აინჰიბირებენ Th2 უჯრედების პროლიფერაციას. პირიქით, IL-10 პასუხს აგებს Th-1-ის ციტოკინების ინჰიბიციას. მრავალი კვლევებიდან გამომდინარეობს, რომ ციტოკინების ბალანსი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ასრულებს ორსულობის მიმდინარებაში (Wegmann T.G., et al., 1993)

ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს ფეტოპლაცენტური საზღვრის ზედაპირზე დომინირებენ ანტიანთებითი Th-2 ციტოკინები (ჭეგმანნ თ. ეტ ალ., 1993, სცკენაზი შ., ეტ ალ., 2000), ხოლო ციტოტოქსიური თ უჯრედების რაოდენობა შედარებით მცირდება. პერიფერიული თ უჯრედების რაოდენობა რჩება თითქმის უცვლელი (Rukavina D, et al., 1997). დადგინდა, რომ პერიფერიული თ ლიმფოციტები ექსპრესირებენ პროექტერონის რეცეპტორებს, აინჰიბირებენ IL-10-ის და PIBF-ს მაპროდუცირებელ NK უჯრედების აქტივობას) და თ ლიმფოციტების იმუნურ პასუხს TGF- \bullet -ს სეკრეციის მეშვეობით (Mincheva-Nilsson I., et al., 1992. 2001, Saito S., et al., 1999 Zenclussen A.C., et al., 2004), ადგილი აქვს უჯრედების აქტივაციას პერიფერიაზე და საშვილოსნოში (Coulam C.B. et al., 1995). ითვლება, რომ ტროფობლასტების დაზიანება N უჯრედების და T ლიმფოციტების მიერ ხორციელდება ციტოკინების მეშვეობით. პროანთებითი ციტოკინების ზემოქმედებით NK უჯრედები გარდაიქმნიებიან (ლიმფოკინ-აქტივირებული კილელები) უჯრედებად, რომლებიც იწვევენ ტროფობლასტების ლიზისს. გამოვლენილია კორელაცია მცირეკულორე -მსგავსი უჯრედების რაოდენობას და აბორტების სიხშირეს შორის. სპონტანური აბორტების და გართულებული ორსულობის (pre-eclampsia) დროს იზრდება Th-1 და მცირდება Th2 ტიპის ციტოკინების შემცველობა (Marzi et al., 1996, Hill et al., 1995, Makhseel M., et.,) ტროფობლას-

ტების დაზიანება აგრეთვე შეუძლია დეციდუურ მაკროფაგებს. დეციდუალური უჯრედები აპროდუცირებენ ციტოკინებს, რომლებიც შემდგომში იწვევენ დეციდუურ მაკროფაგებში აზოტის ქანგის და პროანთებითი ციტოკინების ჰიპერსეკრეციას (Baines M.G., et al., 1997). მაკროფაგების მიერ წარმოქმნილი NO-sa და TNF- \bullet -ს ტოქსიური რაოდენობები (Haddad E.K., et al., 1997) იწვევენ განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის დაზიანებას. დეციდუალური მაკროფაგების მიერ ციტოკინების პროდუქციის მატება წინ უსწრებს ადრეული აბორტების განვითარებას.

ფეტოპლაცენტური კომპლექსის ორგანიზაცია იწყება ტროფობლასტების ინვაზიით დედის დეციდუას ქსოვილში. ამ პროცესს ხელს უწყობს დედის ორგანიზმის იმუნური სისტემა.

Th-2-ის ციტოკინები პროდუცირდება არა მხოლოდ იმუნური უჯრედების, არამედ, აგრეთვე პლაცენტის მიერ. ნაწილობრივად, პლაცენტაში პროდუცირებულ IL-4, IL-6 და IL-10 შეუძლია Th-1-ის ლიმფოციტების Th-2-ად დიფერენციაციის პირდაპირი სტიმულაცია.

ტროფობლასტებში და სხვა იმუნურ უჯრედებში სინთეზირებული Th-1 და Th-2 ციტოკინები მონაწილეობენ დედის ორგანიზმის და თვით ტროფობლასტების ენდოკრინული ფუნქციის რეგულაციაში (Nishino E., et al., 1990, De Moraes Pinto M.I., et al., 1996, Roth I., et al., 1996, Saito S., et al., 1997). Th-2-ის ციტოკინები, IL-4, IL-6, IL-10 და LIF (ლეიკემია მანიჰიბირებელი ფაქტორი) ხელს უწყობენ ტროფობლასტებიდან ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინი გამოყოფას. ყვითელ სხეულში ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინი გამოყოფა ზრდის ფოლიკულებში პროგესტერონის პროდუქციას.

პროგესტერონი მონაწილეობს ორსულობის პირველ პერიოდში, მაშინ როცა, ორსულობის მეორე და მესამე პერიოდში გაცილებით დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ესტროგენებს, რომლებიც დიდი რაოდენობით წარმოიქმნიებიან პლაცენტის მიერ.

ფიზიოლოგიურ კონცენტრაციებში პროგესტერონი ასტიმულირებს IL-4-ის (Th-2-ის ციტოკინი) სინთეზს, მაშინ როცა ესტერადიოლი ასტიმულირებს TNF- \bullet -ს (Th-1-ის ციტოკინი) პროდუქციას. ორსულობის მეორე ნახევარში პროგესტერონი ფარმაკოლოგიურ დოზებში აინჰიბირებს TNF- \bullet -ს სეკრეციას და ასტიმულირებს IL-10-ის პროდუქციას თ ლიმფოციტების კლონის მიერ, რაც განაპირობებს ჰუმორული იმუნური პასუხის გაძლიერებას (Piccini M.P., et al.,).

მაშასადამე მოხდება თუ არა იმპლანტაცია, რა სიღრმეში ჩაინერგება ტროფობლასტი და შენარჩუნდება თუ არა ორსულობა ეს დამოკიდებულია Th-1 და Th-2 ლიმფოციტებიდან გამოყოფილი ციტოკინების თანაფარდობაზე და ყველაზე ყურადსაღებია ის გარემოება რომ ისინი უზრუნველყოფენ ფეტოპლაცენტარულ სისხლისმიმოქცევას. და ერთმანეთ შორის ბალანსის დარღვევა

თქ-1-დან პროდუცირებული ციტოკინების გამოყოფა იწვევს არა მარტო ინვაზიის პრობლემების განვითარებას არამედ ფეტოპლაცენტალური უკმარისობის ჩამოყალიბებას და ნაყოფის ზრდის შეფერხებას. TH-2 ინდუცირებული Th-1-ზე დამოკიდებული იმუნური პასუხის სუპრესია როგორც ჩანს მნიშვნელოვანია როგორც ორსულობის პრობლემებისთვის ასევე ნაყოფის გადარჩენისათვის.

ამრიგად, ციტოკინები ანთების, ანთების საწინააღმდეგო, იმუნო სუპრესორული და იმუნომასტიმულირებელი აქტივობით განსაზღვრავენ კვრცხუჯრედის მომწიფებას, ინპლანტაციას, ემბრიონისა და ნაყოფის განვითარებას, ორსულობის ფიზიოლოგიურ მიმდინარეობას და ჯანმრთელი ახალშობილის მიღებას.

საკვანძო სიტყვები: ანტენატალური ჯანმრთელობა, ციტოკინები.

ბამოყენებული ლიტერატურა

Mosmann TR, Coffman RI. Two types of mouse T helper cell clone: implication for immune regulation. Immunol Today 1987, 8:223-9

Wegmann TG, Lin H.Guilbert L. Mosmann TL. Bidirectional cytokine interactions in the matern-fetal relationship is successful pregnancy a TH2 phenomenon?. Immunol Today 1993., 14 : 353-8

Romagnani S. Human TH1 and TH2 subsets: do ubt no more. Immunol Today 1991;12:256-60

Q.Rukhaia, I. Jikia, I. Korinteli

ANTENATAL HEALTH AND IMMUNOLOGICAL ASPECTS NGO ANTENATAL HEALTH

Concentrations of the T-helper (Th) 1 cytokines interleukin (IL)-2, tumour necrosis factor (TNF) -, TNF-~~and~~ interferon-, Th2 cytokines IL-4, IL-5, IL-6, IL-10 as well as those of soluble CD30 in sera have been examined during the three trimesters of gestation, at delivery in normal pregnancy. A decrease in the production of IL-2 and interferon-gamma (IFN-gamma) accompanied by an increase in production of IL-4 and IL-10, was observed in normal pregnancy, with the lowest quantities of IL-2 and IFN-gamma and the highest quantities of IL-4 and IL-10 present in the third trimester of pregnancy. Statistically significant increased production of both IL-2 and IFN-gamma and reduced production of IL-10 characterized pathologic pregnancies and distinguished them from normal pregnancies. These preliminary data suggest that a type 2 cytokine profile may be associated with normal human pregnancy, whereas the lack of a dominant type 2 cytokine profile may be indicative of a pathologic pregnancy. Pregnancy is proposed to be a Th2 phenomenon, where Th2 cytokines inhibit Th1 responses to improve foetal survival.

Key words: Antenatal Health, Cytokine

„B” ჰეპატიტის პროფილაქტიკა და კოსტვაქცინალური ბარტულეზები დღენაკლ ახალშობილებში

ავტორები: ნ. ხვთისიაშვილი, თ. კვიციანიძე, ლ. ჯანელიძე, ლ. ხვადაბიანი, მ.მ.პ. ნ. თოფურიძე, მ.მ.პ. ნ. პიტაგა, შმც. ექიმი ნ. ხაჩიშვილი

„B” ჰეპატიტი მსოფლიოში რჩება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უმნიშვნელოვანეს პრობლემად. ყოველწლიურად მსოფლიოში მწვანე ან ქრონიკული B ჰეპატიტის გამო იღუპება ერთმილიონამდე ადამიანი. მისი გავრცელება განსაკუთრებით მაღალია აზიის, აფრიკის და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, სადაც მოზრდილი მოსახლეობის 70-80% B ჰეპატიტზე სეროპოზიტიურია.

საქართველოში სისხლის დონორობაზე ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა HBsAg მტარებლობის მაღალი მაჩვენებელი (4,4%). ქალებში ეს მაჩვენებელი 1,9%-ია.

HBsAg ქრონიკული მტარებლები ორსულები

ნაყოფზე ვირუსის გადაცემის რისკის ჯგუფს წარმოადგენენ. მწვავე B ჰეპატიტი ორსულებში შედარებით იშვიათობას წარმოადგენს. თუ დედას ორსულობის პირველ ტრიმესტრში დაემართა, ნაყოფის ინფიცირების რისკი მინიმალურია; ორსულობის მეორე ტრიმესტრში ეს მაჩვენებელი 6%-მდე მატულობს, მესამე ტრიმესტრში 67% აღწევს. HBV ნაყოფზე გადაცემის ალბათობა განსაკუთრებით მაღალია, თუ დედა დადებითია როგორც HBsAg, ისე HBeAg-ზე და აღწევს 90%, მაშინ როცა HBsA-ზე დადებით და HBeAg უარყოფით ქალებში ინფიცირებული ნაყოფის დაბადების რისკი მხოლოდ 10-20%-ია.

დედის სისხლში HBeAg-ის არსებობა მიუთითებს ვირუსის აქტიურ გამრავლებაზე და წარმოადგენს ვირუსული დატვირთვის სეროგატულ მარკერს, რომელიც თავის მხრივ B ჰეპატიტის ვირუსის ნაყოფზე გადაცემის რისკის მთავარი დეტერმინანტია.

ვირუსის გადაცემა შეიძლება მოხდეს როგორც ვერტიკალურად – საშვილისნოში, ისე მშობიარობის დროს. საშვილისნოს შიდა გადაცემა შედარებით იშვიათია, საშუალოდ 5% და არ არის ასოცირებული ემბრიოპათიასთან. B ჰეპატიტის გადაცემის პოსტნატალური გზა დედის რძით, სადავო საკითხია. და ბოლომდე არ არის შესწავლილი.

HBsAg მტარებელი ახალშობილების უმრავლესობა ანიქტერულია და მწვავე ჰეპატიტის კლინიკური სიმპტომატიკა არ გააჩნია. ანტიგენემია მათ რჩებათ დიდი ხნის, წლების მანძილზეც კი. HBV ინფექცია დომინანტურ როლს ასრულებს მოზრდილობის ასაკში ჰეპატოციტულარული კარცინომის განვითარებაში.

HBV ინფექციის პროფილაქტიკისათვის B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია ტარდება სქემით: 0-1-2-12 თვეზე, ხოლო იმ ბავშვებს, რომლებიც იბადებიან HBsAg მტარებელი, ამ ორსულობის მესამე ტრიმესტრში მწვავე B ჰეპატიტით დაავადებული დედისგან, B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო აცრასთან ერთად პირველ 12 საათში უკეთდებათ B ჰეპატიტის ვირუსის საწინააღმდეგო იმუნოგლობულინი 0,5 მლ-25 ს. ერთ. (პირველი დოზა), მესამე თვეზე – მეორედ, და მე-6 თვეზე – მესამედ. ვაქცინა კეთდება ერთ-ერთ ქვედა კიდურზე, მეორეზე კი იმუნოგლობულინი.

HBV ინფექციის მტარებელი დედებისაგან დაავადებულ ბავშვებში ვაქცინაცია ტარდება არა ჩვეულებრივი სქემით – 0-1-6 თვე, არამედ „ექსტერნული“ სქემით 0-1-2-12 თვე. მისი ეფექტურობა შეადგენს 85%-95%. ვაქცინა შეჰყავთ კუნთში, რადგან კანქვეშ მოხვედრისას მისი აქტიურობა მცირდება.

B03-ის რეკომენდაციის დღენაკლული ბავშვები, მათ შორის მცირე მასის ახალშობილებიც უნდა აიცრას მოწოდებული სქემის მიხედვით. მათი იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის გათვალისწინებით. მართალია კვლევებით დადგინდა, რომ 1,5 კგ ნაკლები წონის დღენაკლულებში, რომლებიც აცრილი იყვნენ ჩვეულებრივ კალენდარულ ვადებში, პირველი დოზის შეყვანის შემდეგ შეიმჩნეოდა ვაქცინის დაბალი იმუნოგენობა, მაგრამ საბოლოო რეკომენდაციები დღენაკლული ბავშვების ვაქცინაციისათვის ჯერ არ არის შემუშავებული. ვაქცინაცია ტარდება ჩვეულებრივი დოზებით.

ვაქცინის დოზები და უსაფრთხოების მაჩვენებლები აცრის ჩატარებისას დღენაკლული ბავშვებისათვის ისეთივეა, როგორც დროული ბავშვებისათვის. დღენაკლი ბავშვები, 2 კგ < წონის, დაბადებულნი HBsAg მტარებელი დედისაგან, იცრებიან პირველ 12 საათში დაბადებიდან. ამავდროს უკეთდებათ B ჰეპატიტის ვირუსის საწინა-

აღმდეგო სპეციფიური იმუნოგლობულინი, პარალელურად აცრაც „ექსტერნული“ სქემის მიხედვით.

რუსეთში და დსთ ქვეყნებში გამოყენებული B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინების, იმუნოგლობულინების, დოზების და გართულებების სქემა მოცემულია N1 და N2 ცხრილებში.

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენს B ჰეპატიტზე ვაქცინირებულ დღენაკლულ ახალშობილთა მდგომარეობის შესწავლა.

შესწავლილი იქნა თსსუ პედიატრიული კლინიკის დღენაკლულ პათოლოგიის განყოფილებაში სეფსისის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზირებული ერთ თვემდე ასაკის 78 დღენაკლული ახალშობილი, რომელთაც ჩაუტარდათ B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო აცრა, ასევე 30 ახალშობილი საკონტროლო ჯგუფიდან, რომლებიც არ იყვნენ ვაქცინირებულნი. მათი ჰოსპიტალიზაცია მოხდა სიცოცხლის პირველივე დღეებში.

ორივე ჯგუფის ავადმყოფები გამოკვლეული იყვნენ თანდაყოლილ ინფექციებზე (პასუხი უარყოფითი), გამოიხატა ჰემოლიზური დაავადება Rh და ჯგუფობრივი კონფლიქტით განპირობებული.

დაკვირვების შედეგად მივიღეთ, რომ სიყვითლე გამოუვლინდათ ვაქცინირებულ ახალშობილებს სიცოცხლის პირველი 3 დღის განმავლობაში და პიკს მიაღწია მე-7-მე-10 დღეზე. თვითღინებით შემოსულებში ჰიპერბილირუბინემია რჩებოდა 2-3 კვირის ასაკშიც, მაღალ ციფრებზე >200 ან ტოლია მლმოლ/ლ. ვაქცინირებულ ახალშობილთა განაწილება ბილირუბინის მაჩვენებლების და დღენაკლულობის ხარისხების მიხედვით მოცემულია N3 ცხრილში.

საკონტროლო ჯგუფის ბავშვებში სიყვითლის გამოვლინება და ალაგება ხდებოდა ფიზიოლოგიურ ვადებში. ბილირუბინის მაჩვენებლების განაწილება დღენაკლულობის ხარისხის მიხედვით ამ ჯგუფში მოცემულია N4 ცხრილში.

დაკვირვებით დადგინდა, რომ ვაქცინირებულ ახალშობილთა ჯგუფს აღენიშნებოდა ბილირუბინის უფრო მაღალი მაჩვენებელი 300 მკმოლ/ლ და >ძირითადად არაპირდაპირის ხარჯზე და სიყვითლის ალაგება, ბილირუბინის მაჩვენებლების ნორმალიზაცია ვაქცინირებულ ახალშობილებში უფრო გახანგრძლივებული იყო ვიდრე საკონტროლო ჯგუფებში.

ვაქცინირებულ დღენაკლულებში კლინიკურად უფრო ხშირად გვხვდებოდა დათრგუნვის სინდრომი 78, ვიდრე არავაქცინირებულებში 30. ჰიპერტენზიული სინდრომი – 40/52%, კრუნჩხვითი სინდრომი – 8/10%.

ვაქცინირებულ ახალშობილებში ბილირუბინის მაღალი მაჩვენებლის არსებობა და გახანგრძლივებული ჰიპერბილირუბინემია წარმოადგენს რისკ-ფაქტორს, რომელმაც შეიძლება განა-

პირობოს ცნს-ის დაზიანება. ეს რისკ-ფაქტორი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დღენაკლულუებისათვის, რომელთა ჰემატოენცეფალური ბარიერი უფრო განვლადია. აქედან გამომდინარე, სასურველია ყველა ორ-

სული გამოკვლეული იქნას HBsAg მტარებლობაზე. გადაისინჯოს B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ვადები დღენაკლული ახალშობილებისათვის, მათი ანატომო-ფიზიოლოგიური თავისებურებების გათვალისწინებით.

ახალშობილთა რეანიმაციის პროგრამა საქართველოში

გ. ჟვანიას სახ. პედიატრიული კლინიკის მიმღები - გადაუდებელი სამსახურის უფროსი, თსსუ ბავშვთა და მოზარდთა მედიცინის მიმართულების ასისტენტ პროფესორი მაია ჩხაიძე

ახალშობილთა რეანიმაციის პროგრამა, რომელიც უშუალოდ სამშობიარო ბლოკში ტარდება, AAP და AHA მიერ დაახლოებით 25 წლის წინათ იქნა შექმნილი. ეს პროგრამა სასწავლო მოდელად გამოიყენეს 92 ქვეყანაში.

პროგრამის დანერგვის პრინციპი მდგომარეობს ამა თუ იმ ქვეყანაში ამ პროგრამის მცოდნე ტრენერების მომზადებაში, რომლებიც თავიანთ ქვეყანაში პერმანენტულად ამზადებენ კადრებს, რომლებიც ფლობენ ამ პროგრამის პრინციპებს.

2008 წელს თურქეთში, ქალაქ ანკარაში ორგანიზაცია latter-day saints charities დაფინანსებით და მხარდაჭერით ჩატარდა NRP (TOT) ტრენერების ტრენინგი, რომელსაც ესწრებოდნენ პოსტ საბჭოთა კავშირის ქვეყნების ნეონატოლოგები და პედიატრები.

საქართველოდან ამ ტრენინგს ვესწრებოდით 5 წარმომადგენელი. საქართველოში

აღნიშნული პროგრამის პროექტი განხორციელდა ამერიკის მხარისა და საქართველოს მხრიდან პედიატრთა აკადემიის ურთიერთთანამშრომლობით.

2009 წლის ოქტომბერში იგივე ორგანიზაციის დაფინანსებით, მატერიალურ-ტექნიკური მხარდაჭერით, საქართველოს პედიატრთა აკადემიასთან ერთად, თბილისში, ჩაჩავას სახ. მეან-გინეკოლოგიის სამეცნიერო კვლევით ინსტიტუტში ჩატარდა NRP (TOT) ტრენერების მოსამ-

ზადებელი ტრენინგი. ტრენინგს ესწრებოდნენ ნეონატოლოგები, მეანები და ბებია ქალები, როგორც თბილისის სამშობიარო სახლებიდან, ასევე მთელი საქართველოს მასშტაბით რეგიონების სამშობიარო სახლებიდან. ტრენინგი ჩატარეს ამერიკელმა კოლეგებმა ჯორჯ ბენეტმა და რონალდ სტოდარდმა ჩვენთან ერთად (ქართველი ინსტრუქტორებთან). ტრენინგის ორგანიზება გააკეთა church of Jesus Christ of latter-day saints

წირქვადემ, ნინო ჭითანავამ და ნატო გორგაძემ გადავთარგმნეთ ქართულ ენაზე პროგრამის სახელმძღვანელოს მეხუთე გამოცემა, აგრეთვე იგივე პროგრამის გამარტივებული სახელმძღვანელო ბებია ქალებისა და მეანებისათვის. აღნიშნული სახელმძღვანელოები დაიბეჭდა იგივე ორგანიზაციის ფინანსური მხარდაჭერით.

ასევე დაიბეჭდა ქართულ ენაზე თვალსაჩინოებისათვის პროგრამის ალგორითმი.

ტრენინგებზე მომზადდა 120 ტრენერი, რომლებსაც დაურიგდათ სათანადო სერთიფიკატები, სახელმძღვანელოები ქართულ ენაზე, სასწავლო მულაქე-



წევრებმა ჯორჯ ბენეტმა (პროგრამის კოორდინატორი), რონალდ სტოდარდმა, მარსია ბენეტმა (პროგრამის მენეჯერი), გეილ და ჯილ ლარსონებმა.

პროგრამის ჩატარებამდე მე და ჩემმა 3 კოლეგამ ირინა

ბი პრაქტიკული უნარ-ჩვევების სასწავლებლად, ასევე სამშობიარო ბლოკისათვის საჭირო აღჭურვილობა.

ჩატარებული ტრენინგის შემდეგ მსმენელები დაბრუნდნენ სამუშაო ადგილებზე და გააგრ-



ძელეს აღნიშნული პროგრამის სწავლება კოლეგებთან, სტუდენტებთან, რეზიდენტებთან, ექთნებთან. 2010 წლის მარტის თვისთვის საქართველოს მასშტაბით მომზადდა დაახლოებით 1065 სპეციალისტი, რომელიც ფლობს აღნიშნული პროგრამის თეორიულ ნაწილს და აგრეთვე პრაქტიკულ უნარ-ჩვევებს.

მოგესხენებათ, რომ პირადად მე ვარ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიული დეპარტამენტის პროფესორი. მე ვასწავლი მეექვსე ანუ დამამთავრებელი კურსის მედიცინის ფაკულტეტის სტუდენტებს. ყველა ჩემმა სტუდენტმა და რეზიდენტმა იცის ახალშობილთა რეანიმაციის პროგრამა, რომელიც სამშობიარო ბლოკში ტარდება, ფლობს ინტუბაციის, გულის არაპირდაპირი მასაჟის და ფილტვების დადებითი წნევით ვენტილაციის ტექნიკას, რომელიც მათ ისწავლეს მულაქებზე პრაქტიკული მეცადინეობისას.

ჩვენს კლინიკაში რამდენჯერმე ჩატარდა ქართველი ტრენერების მიერ ზემოთ აღნიშნული ტრენინგი.

აღნიშნული პროგრამის გაიდლაინის ქვეყნის მასშტაბით დანერგვა აუცილებლად შეამცირებს ახალშობილთა სიკვდილობას საქართველოში, რადგანაც თუ სამშობიარო ბლოკში

დროულად და ადეკვატურად ჩავატარდებთ ABC რეანიმაციის საფეხურებს ათასობით ახალშობილის სიცოცხლეს გადავარჩენთ. გადარჩენილი ახალშობილების დიდი რაოდენობა კი ქვეყნის დემოგრაფიულ პრობლემებს გამოასწორებს.



ამ პროგრამის ჩატარების შესახებ ანგარიშის პრეზენტაციისათვის 2010 წლის 10-13 აპრილს მიწვეული ვიყავი აშშ, იუტას შტატის, ქალაქ პროვოში, უნივერსიტეტში გამართულ კონფერენციაზე

რენციაზე Global Family Health Conference. კონფერენციას ესწრებოდნენ ევროპის, აფრიკის და ამერიკის კონტინენტიდან სხვადასხვა უნივერსიტეტებისა და კლინიკების წარმომადგენლები. ჩემს პრეზენტაციაში წარმოდგენილი მქონდა ინფორმაცია საქართველოს შესახებ, საქართველოს დემოგრაფიული პრობლემების, ჯანდაცვის სამინისტროს პრიორიტეტების შესახებ და აღნიშნული პროგრამის წარმატებით განხორციელების შესახებ. გამოსვლამ დიდი ინტერესი გამოიწვია და გადაწყდა აღნიშნული პროექტის შემდგომი გაგრძელება 2011 წლისათვის.

აგრეთვე რამდენიმე დღე ვიმყოფებოდი პროვოს რეგიონალური კლინიკის ახალშობილთა რეანიმაციის განყოფილებაში, სადაც გავეცანი განყოფილების მუშაობის თავისებურებებს, მკურნალობის მეთოდებს, ახალი აპარატურის მუშაობის პრინციპებსა და კლინიკაში დანერგილ პროტოკოლებს.

ბოლოს მინდა ჩემი ტექსტი დავასრულო ამერიკის პედიატრიული აკადემიის სლოგანით ვისწავლოთ და ვიცხოვროთ ყველა ბავშვის ჯანმრთელობისათვის.