

# SOCIAL, ECOLOGICAL & CLINICAL PEDIATRICS

# სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური

*ქვეყნის*



თბილისი  
2011  
TBILISI



მთავარი რედაქტორი მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, აკადემიკოსი-მდივანი **გიორგი ჩხუნაშვილი**



რედაქტორის მოადგილე

**ვიქტორ გოროვიჩი**  
(1945-2003)

UDC (უაკ) 616-053.2(051.2) ს 743

მისამართი:  
Tbilisi, Lublianas q. #21; Tel: 47-04-01;  
E-mail: info@sppf.info, euscigeo@yahoo.com  
www.sppf.info www.esgns.org

# სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი



## ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული

დედათა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და მათი სოციალური პირობების დაცვა – კეთილშობილური მისია სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის უმთავრესი მამოძრავებელი ღერძი და უმოკლეს ვადაში დამკვიდრებული ავტორიტეტის წინაპირობა;

ფონდში მოღვაწე მედიცინისა და მეცნიერების სხვადასხვა სფეროს თვალსაჩინო წარმომადგენლები სისტემატურად ატარებენ მოსახლეობის სოციალური უზრუნველყოფისა და სამედიცინო დახმარების საქველმოქმედო აქციებს;

„ჯანსაღი ოჯახი და ჯანმრთელი თაობა“; „მომავალი დედაობისთვის მომზადებული ქალი“ – ამ დევიზით ხელმძღვანელობს ფონდი, რომლის საქმიანობათა ნუსხაშია:

- სამკურნალო პროფილაქტიკური გასინჯვები
- ქალაქის სამ წამყვან კლინიკაში თვეში ერთჯერადი უფასო მომსახურების დაკანონება
- ბავშვთა №3 პოლიკლინიკისა და დედათა და ბავშვთა სადიაგნოსტიკო ცენტრში წამყვან სპეციალისტთა კონსულტაციები;

ფონდი ატარებს საერთაშორისო კონფერენციებს: „ჯანმრთელი ბავშვი – მშვიდობიანი კავკასია“, „ჩანასახიდან ბავშვს აქვს უფლება იყოს დაცული“, „დღევანდელი ეკონომიკური მიმართულებანი პედიატრიაში და მისი პერსპექტივა“, „ბავშვთა მკურნალობა XXI საუკუნეში“, „ბავშვთა კვება XXI საუკუნეში“, „პედიატრიის აქტუალური საკითხები“.

მიმდინარეობს მუშაობა შემდეგ პროგრამებზე ფარმაცევტული პროგრამა „GG“, „ბავშვთა კვება“, ორთოპედული სკოლა „იმუნო-გენეტიკური ცენტრი და დღევანდელი ახალშობილთათვის – უფასო პერინატალური ცენტრი, ეპიდემიოლოგიური პროგრამები და სხვა;

ფონდმა შექმნა პირველი ქართული კვებითი დანამატები აპივიტი აპიკორი, აპიბინი, აპი-პიკნო და ეკოლოგიურად სუფთა მატონიზირებელი სასმელი „ივერიული“;

ფონდის პროგრამებში მონაწილეობის მსურველები დაუკავშირდით სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის გამგეობას.

თქვენ გმინიჭებთ პრიორიტეტში, გავლეთ ფონდის თანადაფუძნებელი და ითანაგმრთელე მასთან ერთად!



## XXI საუკუნის პედიატრია - ინვალიდობის პროფილაქტიკის მედიცინა უნდა იყოს

### THE SOCIAL PEDIATRICS PROTECTION FUND

The child has the right to be safe since the embryo  
Guided by the noble mission, the Social Pediatrics Protection Fund cares for the health and social conditions of mother and child.

The Fund is systematically conducting charity activities providing social and medical services to the population. For example, 3-month Christmas charity action, charge-free medical services once per month in 3 leading clinics of Tbilisi, consultations by the qualified specialists in the polyclinic N3 and diagnostic center N1.

Last year under the aegis of the Fund the conference: “Healthy child - Peaceful Caucasus”, the conference “Perinatal Safety of Child”, with the participants from BISEC and other regions of the World. The following programs on actual problems of pediatry are already prepared: “Pharmaceutical Program”, “Child Nutrition”, “Orthopaedic School”, “Immunogenetic Center”...

Persons, interested in our projects, are always welcome. Please, contact the administration of the Fund any time. You would receive the priority to become co-founder of the Fund.

We are looking forward for the future collaboration!

სახუნი ტაბლეტები

# იმუდონი

ადგილობრივი იმუნომოდულატორი

3-4 თვით იცავს განმეორებითი ინფექციებისაგან  
2-ჯერ ამცირებს ანტიბიოტიკების გამოყენების აუცილებლობას  
3-5 დღით ამცირებს დაავადების ხანგრძლიობას  
სწრაფად ხსნის ყელის ტკივილს  
100%-ით ხსნის უსიამოვნო სუნს პირიდან  
უსაფრთხოა ბავშვებისა და მოზრდილებისათვის  
გააჩნია სასიამოვნო გემო



# სპერექსი

ცეფაკლორი

## II თაობის ცეფალოსპორინი



**მოზრდილებისთვის** სადღეღამისო დოზა შეადგენს სხეულის მასის მიხედვით - 10-15 მგ/კგ გაყოფილი 2-4 მიღებაზე ქაშის დროს ან შემდეგ. საშუალო სიმძიმის ინფექციების დროს პრეპარატი მიიღება 250 მგ 3-ჯერ დღეში (ყოველ 8 სთ-ში), მძიმედ მიმდინარე ინფექციების დროს - 500 მგ 3-ჯერ დღეში (პნევმონია, შუა ყურის მწვავე ანთება).  
 მოზრდილების მინიმალური სადღეღამისო თერაპიული დოზაა 750 მგ, მაქსიმალური რეკომენდებული დოზა - 2 გ, მაქსიმალური დასაშვები დოზა - 4 გ.  
 მკურნალობის კურსი შეადგენს საშუალოდ 7-10 დღეს.  
**6 წლამდე ასაკის პაციენტებში** რეკომენდებულია სპერექსის სუსპენზიის სახით დანიშვნა. ბავშვებში საშუალო სიმძიმის ინფექციების სამკურნალოდ სპერექსი ინიშნება 20-40 მგ/კგ დღეში გაყოფილი 2 ან 3 მიღებაზე. მაქსიმალური დასაშვები სადღეღამისო დოზაა 1 გ.  
 1 თვიდან 1 წლამდე (9 კგ) - 2.5 მლ 3-ჯერ დღეში, 1 წლიდან 5 წლამდე (9-18 კგ) - 5 მლ 3-ჯერ დღეში **სუსპენზიის მომზადების წესი:** ფლაკონის შიგთავსს დაამატეთ გადაღებულ, გაცივებული წყალი ფლაკონზე აღნიშნულ ზოლამდე. მიიღება ნითელი ფერის სუსპენზია ფოლოს არომატით. გამოყენების წინ შენჯღერიეთ!  
 სუსპენზია გამოიყენება მომზადებიდან არა უმეტეს 2 კვირის განმავლობაში. მჭიდროდ დახურული ფლაკონი მზნ სუსპენზიით ინახება მაცივარში 2-8°C ტემპერატურაზე. დაუშვებელია გაყინვა.  
**ბამოშვების ფორმა:**  
 კაფსულები 250 მგ. №10  
 ფხვნილი პერორალური სუსპენზიის მოსამზადებლად 125 მგ/5 მლ. 60მლ ფლაკონი.

# კვადიმაქსი

ცეფპოდოქსიმი

## III თაობის ცეფალოსპორინი



**მიღების წესი და დოზირება:** 5 თვიდან 13 წლამდე ასაკის ბავშვებში კვადიმაქსი ინიშნება 5-10 მგ/კგ-ზე 12 სთ-ში ერთხელ. მაქსიმალური სადღეღამისო დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 400 მგ-ს. მკურნალობის კურსის ხარგრძლივობა - 5-10 დღე.  
**13 წლის ასაკის ზემოთ ბავშვებსა და მოზრდილებში** კვადიმაქსი ინიშნება 100-400 მგ. 12 სთ-ში ერთხელ. მკურნალობის კურსის ხარგრძლივობა - 7-14 დღე.  
 რეკომენდებულია კვადიმაქსის ტაბლეტის მიღება საკვებთან ერთად. სუსპენზიის მიღება კვებასთან დაკავშირებული არ არის.  
**ბამოშვების ფორმა:** ფხვნილი პერორალური სუსპენზიის მოსამზადებლად 50მგ/5მლ. 30 მლ ფლაკონი.  
 ტაბლეტები 100 მგ, 200 მგ. №10.

# როქსიტასი-ავერსი

როქსითრომიცინი



### როქსიტასის დოზირება

სხეულის მასა	რეკომენდებული სადღეღამისო დოზა
40 კგ-ზე მეტი	150 მგ (1 ტაბლეტი) 2-ჯერ დღეში ან 300 მგ (2 ტაბლეტი) ერთხელ დღეში
24-40 კგ	100 მგ (10 მლ სუსპენზია) 2-ჯერ დღეში
12-23 კგ	50 მგ (5 მლ სუსპენზია) 2-ჯერ დღეში
6-11 კგ	25 მგ (2.5 მლ სუსპენზია) 2-ჯერ დღეში

**ტაბლეტები:** მიიღება დაუღეჭავად, საკმარისი რაოდენობის წყალთან ერთად, ჭამამდე დაახლოებით 15 წთ-ით ადრე.  
 სუსპენზია: 2 თვიდან 4 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის რეკომენდებულია როქსითრომიცინის სუსპენზიის სახით მიღება. სუსპენზია მიიღება პერორალურად, ჭამამდე დაახლოებით 15 წთ-ით ადრე. მიღების წინ შენჯღერიეთ!  
**ბამოშვების ფორმა:** როქსიტასი-ავერსი 150 მგ №10 ტაბლეტი; როქსიტასი-ავერსი 50 მგ/5 მლ 30 მლ სუსპენზია.

შპს "ავერსი-რააციონალი", საქართველო.  
 საინფორმაციო სამსახური: 967 227  
[www.aversi.ge](http://www.aversi.ge)



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 (დუპარტამენტი)

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

ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია  
EUROSCIENCE OF GEORGIAN NACIONAL CECTION



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

## სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია

№ 13-8-7

SOCIAL, ECOLOGICAL & CLINICAL PEDIATRICS

გამოდის ექვს თვეში ერთხელ

თბილისი  
2011  
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. მიქელაძე**

რედაქტორის მოადგილე

**პ. იმნაძე**

*დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის დირექტორი*

რედაქტორის მოადგილე

**ლ. კიკნაძე**

*საქართველოს ქალთა კონგრესის თავმჯდომარე*

რედაქტორის მოადგილე

**ბ. დილავა**

*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)

**აუტუბიძე რ.** (თსსუ პროფესორი, მ. მ. დ. აკად.)

**ბიზილაშვილი ი.** (არასამთავრობოების კოალიცია აფხაზეთისთვის)

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

**ბაგაიძე თ.** (მ. მ. კ. მეან-გინეკოლოგი ბათუმი)

**პარანაძე 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)

**დოლონაძე ბ.** (აშშ ოფისის ხელმძღვანელი)

**მარინა როსა** (აშშ)

**მირიანაშვილი მ.** (არასამთავრობო ორგანიზაცია „ჟირაფი“)

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

**პერვალიშვილი 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)

**ჟორჯოლიანი 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.** (გ. ჟვანიას სახ. პედიატრიული  
კლინიკის დირექტორი)

**დოლიძე ი.** (თსსუ პროფესორი)  
**ქარსელაძე რ.** (ივ. ჯავახიშვილის სახ.  
სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფ. მ.მ.დ.)

**ჯაში რ.** (მედიცინის დოქტორი,  
პროფესორი, კლინიკური  
ფარმაკოლოგიის და რაციონალური  
ფარმაკოთერაპიის ასოციაცია)

**ბაგუნია ლ.** (თსსუ)  
**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)

**ხოჯავეამ.** (თსსუ პროფესორი, მმდ)  
**ცინცაძე ნ.** (აჭარის რეგიონის სოციალური  
და ეკოლოგიური პედიატრიის კავშირი)

სარედაქციო კოლეგიის მდივანი

**ნ. თოფურიძე**

მედიცინის დოქტორი

### სარედაქციო საბჭოს წევრები:

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>დ. ტაბუცაძე</b>    | დოცენტი, მედიცინის დოქტორი   |
| <b>თ. კუტუბიძე</b>    | თსსუ ასისტენტ-პროფესორი  |
| <b>ძ. კვაჭაძე</b>     | საქართველოს ეკოლოგიური პედიატრიის კავშირი  |
| <b>დ. კუხიანიძე</b>   | აფხაზეთში ჰუმანიტარულ და სოციალურ<br>პროგრამათა განვითარების საერთაშორისო ფონდის თავმჯდომარე |
| <b>მ. ნანობაშვილი</b> | ექიმი-პედიატრი   |
| <b>ბ. არველაძე</b>    | ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგა  |
| <b>ძ. ნეფარიძე</b>    | ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგა  |
| <b>ე. ჭყონიძე</b>     | ექიმ-პედიატრი  |
| <b>დ. ჩახუნაშვილი</b> | ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის<br>ახალგაზრდული ლიგის თავმჯდომარე               |

სარედაქციო საბჭოს მდივანი

**ნ. გადრიაშვილი**

მედიცინის დოქტორი

Professor S.Kyw Hla (Malaysia)  
e-mail: [mma.org@mpmail.net.mm](mailto:mma.org@mpmail.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](mailto: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](mailto: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@iapindiaa.com](mailto:presidentIAP2007@iapindiaa.com)  
President Indian Academy of Pediatrics(I.A.P.), Deep Children Hospital & Research Centre

Professor Chok-wan Chan(China)  
e-mail: [Chancwhc@netvigator.com](mailto: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](mailto:pediatrc@asiaaccess.net.th)  
President Perdiatric Society of Thailand.

Professor Yoshikatsu Eto M.D.(Japan)  
e-mail: [t.yosh@sepia.acn.ne.jp](mailto:t.yosh@sepia.acn.ne.jp)  
[eto.y@jikei.ac.jp](mailto:eto.y@jikei.ac.jp)  
Chairman Department of Pediatrics, Director Women's and Children's Hospital, Director Institue of DNA Medicine, Professor of Gene Therapy Jikei University School of Maedicine.

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

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

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

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

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

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

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

Manuel Katz M.D.(Israel)  
e-mail: [katzana@hotmail.com](mailto: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 Surceon V.a Savola 72,00/98  
Italy Rora F.Abenavoli 6 sriceteain.II

Claudic gaflone Italy.  
E-mail: [C.gaflone@mac.com](mailto:C.gaflone@mac.com). [www.Claudiogaflone.com](http://www.Claudiogaflone.com)

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

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

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

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

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

Assoc. Professor Jill Sewell (Australia)  
e-mail: [jill.sewell@rch.org.au](mailto: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](mailto:sargsyabs@dolphin.am)  
Institute of Chilad and Adolescent Centre. Head of National Centre of Child Health. Member of Board of Child health Care Association.

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

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

Professor Namazova Leila Seimurovna (Russia)  
e-mail: [Namazova@nczd.ru](mailto: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](mailto: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](mailto:araint_o@pedaitrik.com)

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

Nwandiuto A. Akan (Nigeria)  
e-mail: [diutoph@yahoo.com](mailto: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 Hictory of Medicine University of Coetingen



# 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.)

**DOLIDZE IG.** (T.S.M.U. Professor)  
**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 Association)

## 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 ESGNS  
**E.TCHKOIDZE** Pediatricist  
**G. ARVELADZE** Youth Pediatric Association  
**K. NEPARIDZE** Youth Pediatric Association

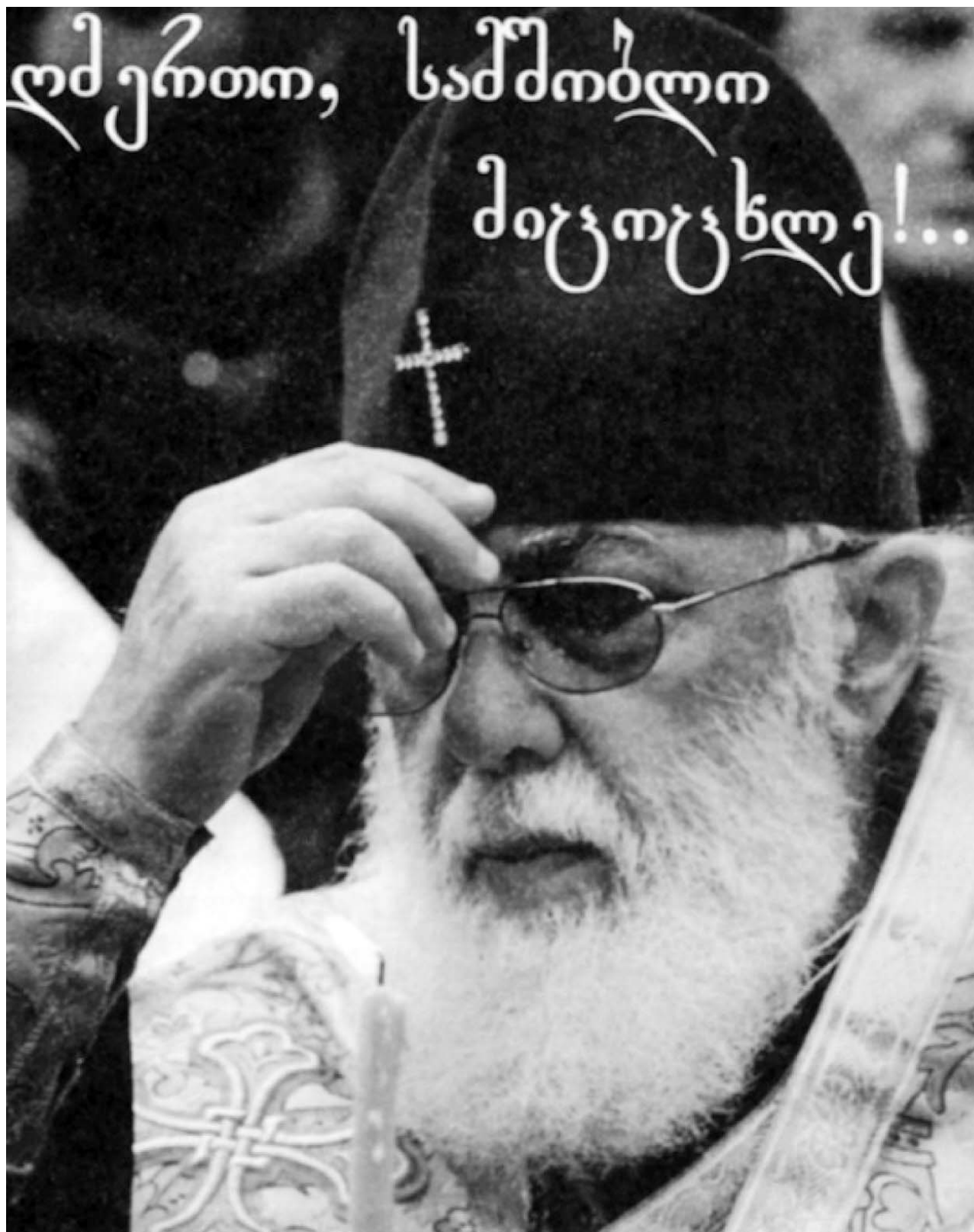
## Editor Committee Secretary:

**N. BADRIASHVILI** – Doctor of Medicine

## სარჩევი

## CONTENTS

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის პრეს-რელიზი .....	8
ქველმოქმედება .....	11
სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XXII და საქართველოს მედდათა II კონფერენციის პრეს-რელიზი .....	18
სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XXII და საქართველოს ექთნების II კონფერენციითა რეზოლუციები:.....	22
„ჯანსაღი სკოლის ქომაგი“.....	21
საექიმო კონტროლის აუცილებლობა სკოლამდელი და ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში.....	21
პროფესორი იოსებ კვაჭაძე.....	22
Life and activity of professor Ioseb Kvachadze .....	22
Жизнь и деятельность профессора Иосифа Квачадзе.....	23
პროფესორი, ბატონი ლევან ავალიანი.....	23
მდგრადი განვითარება და ბავშვთა უსაფრთხოება „ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“ Sustainable development and child security “Child has the right to be defended since embryo” .....	25
ძვლის ტვინის ასპირატის გამოკვლევის როლი პედატოლოგიური და არაპედატოლოგიური პათოლოგიის დროს ბავშვებში The role of bone marrow aspirate tests in hematological and non-hematological conditions in children.....	47
კლინიკური ფარმაკოლოგიის და რაციონალური ფარმაკოთერაპიის თავისებურებები პედიატრიაში The Pediatric Clinical Pharmacology and Rational Pharmacotherapy .....	49
ანტიბაქტერიული თერაპიის ღირებულების და ეფექტურობის შეფასება Cost - Effectiveness of Antimicrobial Therapy .....	55
პოლივიტამინებისა და პოლივიტამინ-მინერალური კომპლექსების პროფილაქტიკურად გამოყენების მიზანშეწონილობა Polyvitamins and polyvitamin-mineral complexes prophylactic utilizations consideration.....	60
ტელეგონია - მეცნიერება ქალწულობის შესახებ .....	63
ბელტომოგრაფიის ეფექტურობა სპორტსმენთა გაწვრთნილობის დიაგნოსტიკაში.....	64
ჯანმრთელობის მართვის პრინციპები სკოლის ასაკის ბავშვებში.....	67
მარფანის სინდრომი ჩვილ ბავშვთა ასაკში Marfan syndrom in children.....	68
მწვავე ბრონქიტის ევოლუცია ჩვილ ბავშვთა ასაკში ძუძუთი და ხელფენური კვების დროს ნარტიუმის ქლორიდის ჰიპერტონული ხსნარით მკურნალობის ფონზე Evolution of Acute Bronchiolitis in Breastfed and Formula Fed Infants and Nebulizer Therapy by Hypertonic Solution .....	72
სისხლის ჯგუფები, საკვები და პარაზიტული დაავადებები Blood groups, food and parasitic diseases .....	74
„სიყვარული არის მთავარი“.....	75
ბატონ ირაკლი ციციშვილს.....	80



ღმერთო, საძმობლო  
ძიგოცხლე!...

ჩემი საცია სამშობლო,  
სასაფე მთლი ძეყანა,  
განათებული მთა-მარტი  
წილნაყარია ღმერთთანა.

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

დიდება თავისუფლებას,  
თავისუფლებას დიდება!

# სოციალური პედიატრიის ღაცვის ფონდის კრეს-რელიზი

აქციებში მონაწილეობენ: გამორჩენილი 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 გაერცეღდა მუნისა და ტილის საწინააღმდეგო შესაბამისი უფასო სამახსოვროები.

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 400ზე 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, დამსვენებელი) ზღვის დონიდან 2050 მ.

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

17.09.99 წ. 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 - ექოსკოპია, 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 ჩაუტარდა რუსთავის აზოტის ქარხნის თანამშრომელთა ბავშვებს.

14-15-16.09.2001 წ. ბაღდადის რ-ნი სოფ. საირმე, წითელხევი, როხი, ობჩა, ხანი, ზეგანი,საქარაულა. 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 ჩაუტარდათ 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 ჩაუტარდა 110 ბავშვს. გამოვლინდნენ სქოლიოზით დაავადებული ბავშვები. გადაეცათ ესპანდერები და მეთოდური რეკომენდაციები სამკურნალო ფიზკულტურის შესახებ.

დუშეთი. კანსულტაცია ჩაუტარდა 280 ბავშვს. ახაშენი. კანსულტაცია ჩაუტარდა 85 ბავშვს

**2008 წელი**

1 ივნისი – ღია კარის დღე (გაისინჯა 200 ბავშვი)

2 ივნისი თედდუ ბეარ (გაისინჯა 300 ბავშვი)

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

27 ივნისი – საქართველოს სექციის აღდგენა

20 აგვისტო – Stop Russia/ იგოეთის აქცია

1 სექტემბერი – Stop Russia/ თბილისი ჯაჭვის აქცია

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

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

**2009 წელი**

13.06 ხაშური გაისინჯა 750 ბავშვი.

26.12 ბარისახო 80 ბავშვი.

დღემდე აქციებში სულ გასინჯულია 92750 ბავშვი და ათასობით ხანშიშესული. საქველმოქმედო აქციები გრძელდება.

**2010 წელი**

4 ივლისი – ღია კარის ომში დაღუპულთა ოჯახის წევრები (გაისინჯა 50 ბავშვი)

10 ივლისი – კარაღეთი. გაისინჯა 200 ბავშვი და დაურიგდათ მედიკამენტები.

4 ნოემბერი – წმინდა კეთილმსახური მეფე თამარის სკოლა პანსიონის ბავშვები. გაისინჯა 50 ბავშვი.

3-4 დეკემბერი – გაისინჯა სპორცმენი 400 ბავშვი.

**სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის  
მომხმარებელია 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 “აღსრულწლოვანი 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

“ორთოპედული 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 ახალგორი. 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 ემდგმობოდა 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 პიიენის 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 მონაწილეებით (თბილისი)

1-2 ივნისი 2009 XX კონფერენცია

18 დეკემბერი 2009 XXI კონფერენცია.

### 2010 წელი

01.06.10 სპდფ-ის XXII და საქართველოს ექთანთა II კონფერენცია.

03.12.10 პროფ. ი. კვაჭაძის 85 წლისადმი მიძღვნილი საიუბილეო კონფერენცია.

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 ასომით 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 ცხინვალის რეგიონში ორგანიზებულ აქციაში თსსუ გ. ფვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკის ექიმების მიერ (კლინიკის დირექტორი დოც. დ. ფრუიძე, პროფ. ი. ციციშვილი, პროფ. გ. ჩახუნაშვილი, 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 რუსთავში 19.II. 2005 წ. – 10.V.2008



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

თსსუ გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკის ექიმების მიერ  
(კლინიკის დირექტორი დოც. დ. ფრუიძე, პროფ. ი. ციციშვილი, პროფ. გ. ჩახუნაშვილი, ექიმები:  
თ. შიქელაძე, ვ. მაღალაშვილი, 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 ქაქუცაძე



13.06.2009 ბარისასო



2010 წლის ღია კარის დღე 04.XII სკოლებში



2011 წელი

# სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XXII და საქართველოს მედიკოსთა II კონფერენციის პრეს-ჩაღიზი

2010 წლის 1-2 ივნისს სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის მიერ ჩატარდა სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია თემაზე: “ბავშვთა უსაფრთხოება მეცნიერების გზით” და “სოციალური პედიატრია და ბავშვთა ჯანმრთელობა”.

კონფერენციის პროგრამაში იყო:

### I პლენარული სხდომა:

ევრომეცნიერების საქართველოს სექციის მედიცინისა და სპორტის დეპარტამენტის სამოქმედო სტრატეგია – “BATUMI SPRING 2010”

საერთაშორისო კონგრესზე მიღებული “მედიცინის და სპორტის მეცნიერული მართვის ეროვნული კონცეფციის მიხედვით” განხილვა-მომხსენებელი: სექციის თავრე პროფ. გ.ჩახუნაშვილი

საქართველოს პედიატრთა აკადემიის ანგარიში – მომხსენებელი აკადემიის გენერალური მდივანი დ. ფრუიძე

### II პლენარული სხდომა:

საქართველოს მედიკოსთა მეორე კონფერენცია.

XXII კონფერენცია ”სპორტის მედიცინისა და განთლების ერთიანი მეცნიერული მართვის აუცილებლობა”.

ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის საბჭოს სხდომა.

კონფერენცია გახსნა პროფესორმა მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორმა გ. ჩახუნაშვილმა მისალმებებით გამოვიდნენ:

პარლამენტის წევრი კომიტეტის თავმჯდომარე პროფესორი ოთარ თოიძე, საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდენტი პროფესორი პ.კერვალიშვილი, საქართველოს პედიატრთა აკადემიის პრეზიდენტი პროფესორი ი. ციციშვილი, პროფესორი რ. სვანიშვილი, სრულიად საქართველოს ქალთა კონგრესის პრეზიდენტი ლ. კიკნაძე, საქართველოს პედი-

ატრთა ასოციაციის პრეზიდენტი პროფესორი ა. კვეზერელი-კობაძე, საქართველოს ჰუმანიტარული და სახელოვნებო აკადემიის სწავლული მდივანი პროფესორი ი. დოლიძე, თსსუ რექტორი პროფესორი ზ. ვადაჭკორია.

აღსანიშნავია რომ პედიატრთა კონფერენციის ისტორიაში პირველად მოხდა რომ საქართველოს პრეზიდენტის მეუღლემ პირველმა ლედიმ მიიღო აქტიური მონაწილეობა, რისთვისაც ქალბატონ სანდრა ე. რულოვსს ვუხდით დიდ მადლობას.

ზრუნვისათვის და საქველმოქმედო მიზნებისთვის. აქვე აღინიშნა რომ პედიატრთა მოღვაწეობის მრავალწლიან ისტორიაში 2010 წლის 1-2 ივნისის კონფერენცია იყო პირველი, რომელსაც დაესწრო საპატიო სტუმარი ქვეყნის პირველი ლედი ქ. სანდრა ე. რულოვსი და მეტიც, მიიღო აქტიური მონაწილეობა კონფერენციის მუშაობაში. კიდევ ერთხელ ვუხდით მადლობას ქ. სანდრა ე. რულოვსს ასეთი მხარდაჭერისთვის.



კონფერენციაზე სახეიმოდ გადაეცა მონაწილის სერტიფიკატი ვახტანგ რატიშვილს, რომელიც ამჟამად აშშ-ში ნიუ იორკში, რეტრენინგ ცენტრში გადის კურსებს და იქნება მედიკოსი ალიანსის აქტიური წევრი, ამჟამად კი ჩვენი წარმომადგენელია აშშ-ში საორგანიზაციო საკითხების მოსაგვარებლად.

### საქართველოს მედიკოსთა II კონფერენცია

თავმჯდომარეები: ქ. გარსევანიშვილი, ნ. ყაველაშვილი

- მომხსენებები**
1. იმუნიტეტის ცვლილებები ბრონქოპნევმონიის დროს ბავშვებში – მ. ლელუაშვილი
  2. პაციენტის უფლებები და ინფორმირებული თანხმობა პედიატრიულ პრაქტიკაში – მ. მონასელიძე.
  3. იშვიათი დაავადებები საქართველოში – სანდრა ე. რულოვსი, ი. ბულია.
  4. H1N1 გავრცელება და პრევენცია – ა. რაზმაძე.
  5. ეკოპათოლოგიები – დ. ზუკაკიშვილი
  6. განვითარების თანდაყოლილი მანკები – დ. ბიჭიკაშვილი
  7. ქლამიდიური ინფექცია და რესპირაციული დაზიანებანი ბავშვებში – ვ. ბინდიაშვილი, მ. ჯავახიშვილი.

8. ლაზოლვანის გამოყენება სასუნთქი სისტემის ზოგიერთი პათოლოგის დროს ბავშვებში – ლ. ლაბაძე.

9. ახალშობილთა თერმული კონტროლი – ქ. ახობაძე.

10. საექთნო განათლება საქართველოში – მ. გოგაშვილი.

11. ახალი საექთნო სტრუქტურა ჰოსპიტალურ სექტორში – ქ. გარსევანიშვილი.

12. სტენდური მოხსენებები წარმოადგინეს ფ. მარშანია, დ. ბიჭიკაშვილი, მ. ჯანანაშვილი, თ. ბერბიჭაშვილი, მ. ფრიდონიშვილი, ქ. შარიქაძე.

**XXII კონფერენცია “სპორტის მედიცინის და განათლების ერთიანი მეცნიერული მართვის აუცილებლობის შესახებ”**

თავმჯდომარეობდნენ პროფესორები: გ. ჩ ხუნაშვილი, ა. კვეზერელი-კოპაძე, ი. დოლიძე, ყ. ფადავა, რ. კუტუბიძე.

**ლექციები და მოხსენებები**

1. სპორტსმენ ბავშვთა და მოზარდთა გულ-სისხლძარღვთა თანამედროვე პრობლემები გ. ჩახუნაშვილი

2. მეკლექელი ორგანიზმების ფორმირების ნეიროქირურგიული საფუძვლები – აკად. ნ. ალექსიძე

3. ბიოტომოგრაფიის როლი სპორტსმენტა ფსიქო-ფიზიკური განვითარების დიაგნოსტიკაში – პროფ. ი. დოლიძე.

4. მოზარდთა შესახებ – შ ვაშაძე.

5. ბავშვთა და მოზარდთა სპორტსმენტა კვების პრობლემები – პროფ. დ. ზარნაძე, ი. ზარნაძე

6. პროდუქტ “ივერიუსი” გამოყენების აუცილებლობა სპორტსმენტებში – მ.დ. კ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა.

7. BNP -ს როლი ათლეტის კარდიოვასკულარული პათოლოგიების ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტიკაში – ი. ნადარეიშვილი, პროფ. გ. ჩახუნაშვილი.

8. ოსგოთ-შლატერის კომპლექსური მკურნალობა ბავშვთა და მოზარდთა ასაკის სპორტსმენტებში – პროფ. პ. კასრაძე.

9. მოსწავლეთა გონებრივი შრომის ჰიგიენა – მ. გურგენიძე

10. სპორტული ტრავმების თანამედროვე მკურნალობა ფეხბურთელებში, პლაზმური ნაკადის გამოყენებით – პროფ. ს. ჯაიანი.



11. კინეზოთერაპიის როლი კისტოფიბროზის მართვაში – მ.დ. ნ. ბადრიაშვილი, მ.დ. ნ. თოფურაძე, ნ. შარიქაძე, თ გოგილაშვილი

III პლენარულ სხდომაზე მიღებულ იქნა რეზოლუცია, ბანინილუს საორბანიზაციო საკითხები.

**ღონისძიებათა საორგანიზაციო კომიტეტი**

1. Georgian National Section of EOROSCIENCE:

2. საქართველოს მეცნიერული და სახელოვნებო აკადემია;

3. International Fund the world security and child;

4. სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი;

5. თსსუ;

6. გ. უვანიას პედიატრიული კლინიკა;

7. გესტოზების შეიღობილი სამედიცინო დახმარების საერთაშორისო ორგანიზაცია (OGASH);

8. სოციალური მეცნიერების ინტერკონტინენტალური აკადემია (IAMSS);

9. საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია;

10. საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემია;

11. საქართველოს ექიმთა ასოციაცია;

12. საქველმოქმედო ჰუმანიტარული ფონდი “SOCO”

13. საქართველოს მედდათა ასოციაცია;

14. ალიანსის პირველი ნაბიჯები;

15. კოალიცია დამოუკიდებელი ცხოვრება “მოდრაობა აფხაზეთისათვის”;

16. საქართველოს ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგა;

17. სრულიად საქართველოს ქალთა კონგრესი;

18. ევროპის მედიკოს სტუდენტთა ასოციაცია (EMSA TBILISI);

19. საქართველოს პედიატრთა აკადემია;

20. საქართველოს სამედიცინო სპეციალისტების ასოციაცია;

21. ექიმთა უფლებების დაცვის ასოციაცია;

22. საქართველოს ბავშვთა ქირურგთა ასოციაცია;

23. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ცენტრი;

24. საქართველოს სპორტის დეპარტამენტი;

25. საქართველოს პედიატრთა ასოციაცია;

26. თსსუ სტუდენტური თვითმართველობა;

27. თსსუ სტუდენტთა სამეცნიერო საბჭო

**კონფერენციის თანამდგომნი**

საქართველოს საპატრიარქო;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;

საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის კომიტეტი;

საქართველოს სპორტის და ახალგაზრდულ საქმეთა დეპარტამენტი;

თბილისის მერიის შრომის, ჯანმრთელობისა, სოციალური დაცვის და განათლების სამსახური;

საქართველოს პედიატრიის კვლევითი ინსტიტუტი;

კავშირი “სპორტი ჯანმრთელობისათვის, სპორტი დოპინგის გარეშე”

შ.პ.ს. “GIC”, შ.პ.ს. “ივერიუსი”, შ.პ.ს “NG”

კონფერენციის ოქროს სპონსორი “ავერსი”

## სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XXII და საქართველოს ექთნების II კონფერენციითა რ ე ზ ო ლ უ ც ი ე ბ ი:

1-01.06.10-ის კონფერენციითა მონაწილენი სრულად იზიარებენ **Batumi – Spring – 2010** საერთაშორისო კონგრესზე, მიღებულ რეზოლუციებს: ა) კონცეფცია შეიმუშავა სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდმა 2009 წელს და ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნულმა ცენტრმა დაამტკიცა იგი **Batumi – Spring – 2010**

საერთაშორისო კონგრესზე, რომელიც ორგანიზებული იყო 7-9 მაისს, 2010წ. **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, and Intercultural Euro Mediterranean Center for UNESCO-ს ორგანიზაციების მიერ, სექციაზე “Science for Children and Yout Security” (Medicine and Sports)** ბ) დაევალა ES GNS-ის მედიცინისა და სპორტის დეპარტამენტს მისი მოქმედების ერთ-ერთ პრიორიტეტად გამოაცხადოს - მედიცინისა და სპორტის მეცნიერული მართვის ეროვნული კონცეფცია- /ჯანმრთელ თაობებზე ზრუნვა/ - “ჯ.თ.ზ.”- და სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან ერთად კონცეფციის შემადგენელი პროგრამების შესრულებაზე ზრუნვა.

ეთხოვოს საქართველოს პარლამენტს, ჯანმრთელობის დაცვის, სპორტის, განათლებისა და მეცნიერების, ეკონომიკის სამინისტროებს, უშუალოდ კი საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა დეპარტამენტს, განახორციელონ სწრაფი რეაგირება, რათა დროულად უზრუნველყოფილი იქნეს საორგანიზაციო ერთეული-“საქართველოს სპორტის მეცნიერებათა ეროვნული ფედერაციის” სახით.

ეთხოვოს საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტს შეიქმნას მედიცინისა და სპორტის სამეცნიერო-საკონსულტაციო საბჭო.

ეთხოვოს საქართველოს პარლამენტს შეიცვალოს ტერმინები „საშუალო მედპერსონალი“, „მედლა“ და ჩანაცვლდეს ტერმინებით „საექთნო პერსონალი“ და „ექთანი“.

ეთხოვოს საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტს და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს განიხილოს და მიიღოს სამოქმედოდ საქართველოს ექთნების ასოციაციის მიერ მომზადებული დოკუმენტი „საქართველოში საექთნო საქმის რეფორმის პოლიტიკა“.

ეთხოვოს ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის მედიცინისა და სპორტის დეპარტამენტს მათი მოქმედების პრიორიტეტებში გამოაცხადოს საქართველოს მედლათა დიპლომური და პოსტდიპლომური პროგრამები.

დაევალოს საქართველოს ექთნების ასოციაციას და სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის მედლათა დეპარტამენტს უზრუნველყონ ექთნების სწავლების პროცესის განხორციელება საექთნო უწყვეტ განათლებასა და სპეციალიზაციაში ასოციაციების მიერ შეიმუშავებული პროგრამებით. პროგრამების შექმნა და განხორციელება, მათზე კონტროლი დაევალოს, მათ შორის, შემდეგ სპეციალისტებს:

**ჩახუნაშვილი გიორგი** – პროფესორი  
**თოფურიძე ნელი** – მედიცინის დოქტორი  
**ბაღრიაშვილი ნელი** – მედიცინის დოქტორი  
**ჭაჭია გრიგოლი** – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი

**მიქაბერიძე მარინა** – გ. ჟვანიას სახ. პედიატრიული კლინიკის ფიზიოთერაპიული განყოფილების გამგე.

**ყაველაშვილი ნანა** – სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის მედლათა დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, გ. ჟვანიას სახ. პედიატრიული კლინიკის მთავარი ექთანი.

**გარსევანიშვილი ქეთევანი** – საქართველოს ექთნების ასოციაციის პრეზიდენტი, აკად. ო. ლუღუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის მთავარი ექთანი.

**ი. დოლიძე** – პროფესორი

ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის მედიცინისა და სპორტის დეპარტამენტის, ბათუმის 2010 წლის მსოფლიო კონგრესზე მიღებული მედიცინისა და სპორტის მეცნიერული მართვის კონფერენციის ფარგლებში, დეპარტამენტს დაევალოს პროგრამების შექმნა და მათ განხორციელებაზე კონტროლი.

დაევალოს საქართველოს ექთნების ასოციაციას და სოციალური პედიატრიის ასოციაციას უზრუნველყონ 2011 წლისათვის ამიერკავკასიის ექთნების კონფერენციის ორგანიზება.

სასურველია გაერთიანდეს საქართველოში ექთანთა საკითხთა მსურველთა სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციები, შეიქმნას ერთიანი ალიანსი, რომელიც იქნება ექთანთა დიპლომამდელი, დიპლომის შემდგომი პროფესიული სწავლებისა და მათი დასაქმების სტრატეგიული საკონსულტაციო და მკოორდინებელი ორგანო.

დაევალოს ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციას:

– უზრუნველყონ ზემოაღნიშნულ რეზოლუციაში საკითხებიდან გამომდინარე ადგილობრივი და საერთაშორისო ღონისძიებების მოწყობა (სიმპოზიუმი, კონფერენცია და ა.შ.).

– დაევალოს სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XXII და საქართველოს ექთანთა II კონფერენციითა რეზოლუციების აღსრულებაზე ზრუნვა და კონტროლი.



SPPF  
ES GNS

გ. ჯენიას სახ. პედიატრულ-ლი კლინიკა  
საქართველოს პედიატრია  
აკადემია

თსუ თეიმურაზოვლობა  
I 1. შეხვედრა „53“ სკოლაში სტრატეგიული გეგმის განსახილველად

ა) ორგანიზაციული საკითხების განხილვა

ბ) I ოთახის გამოყოფა, მოწყობა (სასურველია პულსომეტრი, ეკგ, სასწორი სიმაღლის განსაზღვრა ანტროპომეტრია და ა.შ.)

2. შეხვედრა პედაგოგებთან, მშობლებთან, სკოლის აქტიურ მოსწავლეებთან - გეგმის გაცნობა პროექტის პრეზენტაცია.

**II. პროექტის ამოქმედება**

ა) პირველი ეტაპი  
1. ტრენინგი კლუბის წევრებთან.

2. კითხვარის შედგენა - შევსება

ა) მოსწავლე + მშობელი დიდი კითხვარი

# ახალი პროექტის განხორციელება დაიწყო პროექტი „53“ “ჯანსაღი სკოლის ქომაგი“

ბ) მცირე კითხვარი მოსწავლე  
3. მოსწავლის გამოკვლევა  
ა) ინსპექცია  
ბ) ანთროპომეტრია (წონა, სიმაღლე და ა.შ.)  
გ) პულსი, წნევა, სატურაცია (დატერეთაშე და დატერეთის შემდეგ)

დ) ხერხემალი  
ე) ტერფი  
ვ) გორე ტიპი ეკგ-ის გადაღება  
გ) მესამე ტიპი - საჭიროა ღრმა კვლევებისათვის რეკომენდაციების შემუშავება



**III. პროექტის განხორციელება:**

ა) თბილისის სკოლებში 5-10 და ა.შ.

ბ) რეგიონებში (ქუთაისი, ბათუმი და ა.შ.)

**მიზანი:**

I. პრევენციული პედიატრიის განვითარება  
1) ბავშვთა სკოლაში და სკოლის ასაკში შესაძლო ტრავ-

მების თავიდან აცილება.

2) დაავადებათა რისკის ჯგუფის ბავშვებში შესაბამისი რეკომენდაციების ამუშავება (დიაბეტი, ტუბერკულოზი, სქილიოზი, პრეტელეტერფიანობა, სშირად მთავად ბავშვები და ა.შ.)

3) ბავშვთა და მოზარდთა დატერეთების კონტროლი და სწორი კვებით რეჟიმების რეკომენდაციების გაცნობა პედაგოგებისთვის, მშობლებისთვის და თითო სკოლის მოსწავლეებისთვის (ვიტამინები, მინერალები, ამინომჟავები გამდიდრებული საკვების მიღება ასაკის და დატერეთის შესაბამისად).

3. სკოლაში სამედიცინო კაბინეტის ამუშავებისათვის ხელის შეწყობა.

**შედეგი:** განმრთვნილი თორბების აღზრდაში მედიცინის, სპორტის და განათლების მეცნიერული მართვით ჯანსაღი ცხოვრების წესში ორგანოთა ფუნქციების მნიშვნელების გაუმჯობესება.

## საქართველოს პარლამენტის ახალი კომისიის შექმნის და დასაწყისი სამუშაოები

დღეისათვის, როდესაც სახელმწიფოში ვითარდება ბავშვთა და მოზარდთა ფიზიკური განათლებისა და სპორტის მათი მასობრივი ჩაბმის პროცესი სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა, მთ უფრო მნიშვნელოვანია საქმის კონტროლის ამუშავება სკოლაში და ბავშვთა და მოზარდთა სკოლებში.

თანამედროვე ცივილიზაციის ეპოქაში ადამიანის ჯანმრთელობას ყველაზე დიდ საშიშროებას უქმნის ისეთი რისკ-ფაქტორები როგორცაა: ნერვული და სისტემური დაავადებები, კარდიოვასკულური კვება და კუნთური მუშაობის მნიშვნელოვანდ შეზღუდვა პოკინეზია (პიროდროსი). ბავშვების აღზრდის დროს, სწორედ ეს ფაქტორები მხედველობაში მისაღები, ვინაიდან ისინი ჯერ კიდევ ადრეულ ასაკში, განსაკუთრებით კი სკოლაში დასაწყის პერი-

ოდში, შეიძლება გახდნენ საფრთხის შემდგომი ადამიანის ორგანიზმის მთელი რიგი დაავადებების (გულ-სისხლძარღვო, სასუნთქი და ნერვული სისტემის, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის პათოლოგიის, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის და სხვ.) განვითარებისა.

ისმის კითხვა: შეიძლება თუ არა ვიბრძოლოთ იმისათვის, რომ მთლიანად თუ არა, ნაწილობრივ მაინც შევამციროთ ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზემოთ აღნიშნული ფაქტორების უარყოფითი ზემოქმედება? დიახ, ეს შესაძლებელია, მაგრამ ამისათვის საჭიროა, რომ თითოეული ადამიანი ადრეული ასაკიდან იზრდებოდეს და ვითარდებოდეს ისეთ პირობებში, როდესაც ირგვლივ ყველა პასუხისმგებლობით მოქმედებდა ჯანმრთელი თაობის აღზრდის საქმეს.

საჭიროა ბავშვის სწორი ყოველდღიური აღზრდა, რომელიც უნდა გულისხმობდეს სწავლა-განათლებასთან ერთად მის ფსიქოლოგიურ და ფიზიკურ აღზრდას, ნორმალური ცხოვრების ყველა მოთხოვნების სწორად შესრულებას და ა.შ.

ბავშვებში უნდა გამოიყვანდეს უნარი, რათა მათ შეძლონ გამოავლინონ ნაკლები რეაქციები უარყოფითი ემოციების (სტრესის) ზემოქმედების მართვით. ბავშვი არ უნდა იყვებოდეს გადაჭრებულად და არ უნდა მიეცეს ამ უარყოფითი ჩვევის რაც საფრთხილად ხდება შემდგომში სიმსუქნის და შაქრიანი დიაბეტის განვითარებისა.

ამდენად დღეისათვის უმნიშვნელოვანესი საკითხია საქმის კონტროლის თანამედროვე დონეზე მართვა სკოლაში და მოზარდთა და ბავშვთა სკოლებში.

## საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტთან არსებული მემორიუმის პროექტის განხორციელების საკომისიო

### სკოლებში საქმის კონტროლის სამედიცინო-მეთოდური პრობლემების შემსწავლელი ჯგუფი:

- პროფ. გ. ჩახუნაშვილი - თავმჯდომარე (პედიატრი)
  - პროფ. დ. ზარნაძე - მოადგილე (ჯანმრთელობისდაცვის)
  - პროფ. ივ. დოლიძე - მოადგილე (რეაბილიტოლოგი)
  - პროფ. ა. კასრაძე - წევრი (სპორტის ექსპტი)
  - მ. შიხაშვილი - წევრი (9 პოლიტ. მთქმები)
  - ირქარისანიძე - წევრი (ოჯახის ექსპტი ასოციაცია)
  - პროფ. დ. ტაბუცაძე - წევრი (პედიატრი)
  - მედ.დოქ. დ. ფრუიძე - წევრი
- (საქართველოს პედიატრია აკადემია)
- პროფ. რ. სვანიშვილი - კონსულტანტი

### არასამთავრობო ორგანიზაციები:

- ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის მედიცინისა და სპორტის დეპარტამენტი და ახალგაზრდული კლუბი.
- საქართველოს ექსპტი ასოციაცია
- სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი თურქული განყოფილება
- საქართველოს ბავშვთა და მოზარდთა ახალგაზრდობის სპორტის ეროვნული ფედერაცია.
- თბილისის „53-ე“ საჯარო სკოლა.



**დასრულდა საპარლამენტო კომიტეტის მეთოდური ღონისძიებებით სამთავრობო არასამთავრობო ორგანიზაციებთან ერთად მეთოდური პროექტის „საქართველოში ბავშვთა და მოზარდთა ფიზიკური განათლებისა და სპორტის მართვა მართვით მართვა“**

**აქტიური განხილვა და მისი მიზნები**

- 18 ოქტომბერი თბილისი
- 5 აპრილი თბილისი
- 20 ოქტომბერი თბილისი
- 4 ნოემბერი თბილისი
- 2010 წელი



გახსენება

# პროფესორი იოსებ კვაჭაძე

(ცხოვრება და შემოქმედებითი მოღვაწეობა)

ბ. ჩახუნაშვილი, ი. კორინთელი,  
ნ. ბაღრიაშვილი



2010 წლის 31 ოქტომბერს სრულდება 85 წელი გამოჩენილი ქართველი მამულიშვილის, ექიმ პედიატრის იოსებ მახარობლის-ძე კვაჭაძის დაბადებიდან. ის იყო უდიდესი კლინიკისტი, მეცნიერი, პედაგოგი.

ბატონი იოსებ კვაჭაძე დაიბადა 1925 წელს. 1946 წელს მან წარჩინებით დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი.

1955 წელს ბატონმა იოსებმა დაიცვა საკანდიდატო დისერტაცია, ხოლო 1970 წ. სადოქტორო, რომელიც შეეხებოდა თანდაყოლილი ტოქსოპლაზმოზის პრობლემას. იმავე წელს მას ანიჭებენ პროფესორის ხარისხს.

1972 წლიდან იოსებ კვაჭაძე სიცოცხლის ბოლომდე იყო პოსპიტალური პედიატრიის კათედრის გამგე.

1984 წელს მიენიჭა მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწის წოდება.

პროფესორ იოსებ კვაჭაძის

ხელმძღვანელობით შესრულდა კათედრაზე 18 საკანდიდატო და ერთი სადოქტორო დისერტაცია. იგი იყო ავტორი 300 სამეცნიერო შრომის, რომლებიც გამოქვეყნებულია როგორც საქართველოში ასევე უცხოეთში: ბუენოს-აირესი, მეხიკო, პარიზი, ლონდონი, მონტეკარლო, პრაღა, დუბროვნიკი, ჟენევა, ბუდაპეშტი, ჯაკარტა, მოსკოვი, სანკტ-პეტერბურგი და სხვა.

პროფესორ იოსებ კვაჭაძის სამეცნიერო კვლევები შეეხებოდა იმუნოლოგიის, იმუნოგენეტიკის, სხვადასხვა დაავადებათა კლინიკის, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის საკითხებს.

მის მიერ პირველად საქართველოში შესწავლილია ტოქსოპლაზმოზი, თანდაყოლილი ინფექციები, ნაწლავთა შეწოვის ფუნქციის დარღვევით მიმდინარე დაავადებები: მუკოვისციდოზი, ცულიაკია, ექსუდაციური ენტეროპათია, დისაქარიდული უკმარისობა, იმუნოდეფიციტის სინდრომით მიმდინარე პათოლოგიები, დაუნის სინდრომი, მის მიერ აღწერილია სხვადასხვა თანდაყოლილი და მემკვიდრული დაავადებები.

პროფესორ იოსებ კვაჭაძეს,

უდიდესი ღვაწლი მიუძღვის რეკმატიზმისა და შემაერთი ქსოვილი დიფუზური დაზიანებით მიმდინარე დაავადებათა ეპიდემიოლოგიის, კლინიკის, იმუნური ასპექტებისა და მკურნალობის საკითხების შესწავლაში.

იგი არის 10 მონოგრაფიის ავტორი. მისი სახელმძღვანელო „ბავშვთა დაავადებანი“ ექიმთა და სტუდენტთა სამაგიდო წიგნია.

იოსებ კვაჭაძე იყო ინიციატორი და ხელმძღვანელი საქართველოს პედიატრთა პირველი ყრილობის. იგი მონაწილეობდა მრავალ საერთაშორისო კონგრესში, იყო მსოფლიოს ბავშვთა საზოგადოების საპატიო წევრი, საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის პრეზიდენტი, საქართველოს რევატოლოგთა ასოციაციის ვიცე პრეზიდენტი, საკავშირო სამედიცინო ჟურნალების რედაქციის წევრი.

პროფესორი იოსებ კვაჭაძე გარდაიცვალა 1993 წელს.

თავისი მრავალმხრივი სამეცნიერო, პედაგოგიური, კლინიკური, საზოგადოებრივი, მოქალაქეობრივი მოღვაწეობით უდიდესი წვლილი შეიტანა ქართული პედიატრიის განვითარებაში.

## Life and activity of professor IOSEB KVACHADZE

October 31st, 2010 was the 85th anniversary of the birth of Professor Ioseb Kvachadze. He was one of the most famous scientists and pediatricians in Georgia.

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

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

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

The unique clinical material and profound experience of kongenital perinatal infection were generalized by Ioseb Kvachadze in his scientific work for a degree of a



Doctor of Medical Sciences entitled «Congenital Toxoplasmosis» and defended in 1970.

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

In 1984 He became the Honoured Scientist of Georgia.

Professor Ioseb Kvachadze had a wide experience in the clinical practice. His clinical and scientific interests included: gene-

ral pediatrics, collagen diseases, problems of fetus and neonatal intrauterine infections (chlamydiosis, toxoplasmosis), rheumatic diseases, sepsis, metabolic diseases, malabsorption diseases.

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

He is the author of 10 monographs and textbook of pediatrics – «Children Diseases».

Under his guidance 18 researchers have successfully defended their candidate and 1 doctor dissertation.

Professor Ioseb Kvachadze was: President of Georgian

Association of pediatrics, Vice-President of Georgian Association of rheumatics, Member of Board Association of Pediatrics, - Member of Russian Association of Pediatrics, Member of editorial board of journals.

He died in 1993.

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

## ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА ИОСИФА КВАЧАДЗЕ

31 октября 2010 года исполнилось 85 лет со дня рождения Иосифа Махароблевича Квачадзе, одного из выдающихся представителей грузинской педиатрии, в котором органично сочетались качества опытного клинициста, ученого, руководителя и педагога.

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

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

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

В 1984 г. получил звание заслуженного деятеля науки.

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

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

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

Под руководством И.М. Квачадзе на кафедре защищено 18 кандидатских и 1 докторская диссертация.

Участник многих международных конгрессов, почетный член Всемирного общества детских врачей, президент ассоциации педиатров Грузии, член редколлегий медицинских журналов – вот не полный перечень его регалий и заслуг.

Скончался профессор И.М. Квачадзе в 1993 году.

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



პროფესორ მ. კოკოჩაშვილის გარდაცვალების შემდეგ, 1963 წლიდან ბავშვთა ქირურგიის კათედრას სათავეში ჩაუდგა აკადემიკოს კ. ერისთავის და პროფესორ მ. კოკოჩაშვილის მოწაფე, საქართველოს მედიკო-ბიოლოგიურ მეცნიერებათა აკადემიის წევრი, პროფესორი ლევან ავალიანი (1917-1996). პრაქტიკულ და ორგანიზაციულ მუშაობასთან ერთად იგი ღიდ სამეცნიერო მუშაობას ეწეოდა. არ დარჩენილა ბავშვთა ქირურგიის არც

## პროფესორი, ბატონი ლევან ავალიანი

(1917-1996.წ)

ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემა, რომელზედაც ლევან ავალიანს თავისი სიტყვა არ ეთქვას. მის მიერ გამოქვეყნებულია 160-ზე მეტი ნაშრომი, მათ შორის 12 მონოგრაფია. 1960-1972 წლებში იგი იყო პედიატრიული ფაკულტეტის დეკანი, 1964-1994 წლებში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მთავარი ბავშვთა ქირურგი და ბავშვთა ქირურგიის რესპუბლიკური ცენტრის ხელმძღვანელი. მასთან ერთად კათედრაზე მუშაობდნენ პროფესორები: გ. ჟვანია, გ. მაისაია, დოცენტები: ჯ. ნატრიაშვილი, ნ. მთვარაძე, დ. ხეცურიანი, გ. საყვარელიძე და სხვები.

ამ პერიოდის იწყება ბავშვთა ქირურგიის განვითარების ახალი ეტაპი საქართველოში.

პროფესორ ლევან ავალიანის უშუალო ინიციატივით რესპუბლიკის სხვადასხვა რეგიონში გაიხსნა ბავშვთა ქირურგიული განყოფილებები, რომლებიც დაკომპლექტდა ბავშვთა ქირურგებით, კერძოდ: 1961 წ. ბათუმში (გამგე. მ. გორჯილაძე); 1963 წ. სოხუმში (გამგე. გ. ჟანტურია); 1964 წ. ქუთაისში (გამგე. ო. რუხაძე); 1974 წ. ცხინვალში (გამგე. ა. ჯიოვეი); 1982 წ. ოზურგეთში (გამგე. რ. დონაძე); 1988 წ. (გამგე. რ. ზაქარიაძე); 1994 წ. ახალციხეში (გამგე. ნ. წამალაიძე).

1960 წელს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს პედიატრიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში ჩამოყალიბდა ბავშვთა ქირურგიული განყოფილება (ხელმძღვანელი

### გახსენება



პროფ. შ. ხარბელია), რომელიც განთავსდა ქ. თბილისის ბავშვთა №2 საავადმყოფოს ბაზაზე, ხოლო 1962 წელს გადავიდა ქ. თბილისის ბავშვთა №4 საავადმყოფოში (40 საწოლზე), ახლად გახსნილ ქირურგიულ განყოფილებაში. ამ განყოფილებაში პრაქტიკულ მუშაობასთან ერთად მიმდინარეობდა მნიშვნელოვანი კვლევა. ხანმოკლე პერიოდში აქ შესრულდა 2 სადოქტორო და 3 საკანდიდატო დისერტაცია, 100-ზე მეტი სამეცნიერო შრომა.

1964 წელს აკად. ა. წულუკიძის ინიციატივით და პროფ. დ. მურვანიძის უშუალო ხელმძღვანელობით, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს უროლოგიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში გაიხსნა რესპუბლიკაში პირველი ბავშვთა უროლოგიური განყოფილება, რომელიც თავიდან ფუნქციონირებდა ქ. თბილისის №1 კლინიკურ საავადმყოფოში ბავშვთა ქირურგიულ განყოფილებაში 10 საწოლზე. მოგვიანებით კლინიკა გადავიდა თბილისის ბავშვთა №5 საავადმყოფოში (40 საწოლზე), ხოლო 1978 წლიდან იგი საბოლოოდ დაფუძნდა ბავშვთა რესპუბლიკურ საავადმყოფოში. აღნიშნულ უროლოგიურ კლინიკაში შესრულდა 120-ზე მეტი სამეცნიერო შრომა, გამოიცა 10 მონოგრაფია, დაცულ იქნა 3 სადოქტორო (ჯ. გუჯაბიძე, ნ. გიორგაძე, რ. დვალი) და 7 საკანდიდატო დისერტაცია (ა. თურქია, გ. კაპანაძე და სხვა).



კლინიკაში დამუშავდა და პრაქტიკაში დაინერგა ბავშვთა უროლოგიური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ახალი, თანამედროვე მეთოდები.

1978 წელს პროფესორ ლ. ავალიანის ხელშეწყობით ბავშვთა რესპუბლიკურ საავადმყოფოში გაიხსნა თორაკალური და ნეიროქირურგიული განყოფილებები. ნეიროქირურგიულ განყოფილებას სათავეში ჩაუდგა პროფ. ვ. მაისაია. მას გავლილი ჰქონდა გამოჩენილი ქართველი ნეიროქირურგის პროფ. ბ. ჩიქოვანის სკოლა. ხოლო 1973-1978 წლებში მუშაობდა თსსი ბავშვთა ქირურგიის კათედრის პროფესორის თანამდებობაზე.

თორაკალური განყოფილების ხელმძღვანელად დაინიშნა გ. ბაქრაძე. შემდგომში ბავშვთა განყოფილებები ჩამოყალიბდა ბავშვთა რესპუბლიკურ საავადმყოფოში, ონკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევით და ტრავმატოლოგია-ორთოპედიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტებში, დამწვრობისა და აღდგენითი ქირურგიის რესპუბლიკურ ცენტრში.

რესპუბლიკაში ბავშვთა ქირურგიული საწოლების ზრდა მოითხოვდა ბავშვთა ქირურგთა ახალ კადრებს. ამიტომ პროფ. ლ. ავალიანის ძალისხმევით, თბილისის ექიმთა დახელოვნების სახელმწიფო ინსტიტუტში 1967 წელს გაიხსნა ბავშვთა ქირურგიის კურსი, რომელსაც სათავეში ჩაუდგა თვითონ და 20 წელი საზოგადოებრივ საწყისებზე ხელმძღვანელობდა მას. 1987 წელს კურსის ხელმძღვანელად აირჩიეს მედიკო-ბიოლოგიურ მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი, პროფ. სიმონიშვილი. 1989 წელს კურსი გადაკეთ-

და ბავშვთა ქირურგიის კათედრად და კათედრის გამგედ არჩეულ იქნა პროფესორი პ. შოთაძე. მისი გარდაცვალების შემდეგ (1999) კათედრის გამგედ არჩეულ იქნა დოცენტი პ. გვეტაძე.

რესპუბლიკაში ბავშვთა ქირურგიის სწრაფმა განვითარებამ აუცლებელი გახადა საქართველოს ქირურგიულ საზოგადოებასთან ბავშვთა ქირურგიული სექციის ჩამოყალიბება, რაც განხორციელდა 1976 წელს. სექციის თავმჯდომარედ არჩეულ იქნა პროფ. დ. ავალიანი. შემდგომში იგი გამოეყო ქირურგიულ საზოგადოებას და ჩამოყალიბდა ბავშვთა ქირურგიულ საზოგადოებად. 1995 წელს საზოგადოების თანათავმჯდომარეებად არჩეულ იქნენ პროფ. თ. განჩილაძე და პროფ. ა. სიმონიშვილი. 1996 წელს შეიქმნა ბავშვთა ქირურგთა ასოციაცია, რომელიც 1999 წელს გარდაიქმნა საქართველოს ბავშვთა ქირურგების კავშირად, რომლის თავმჯდომარედ არჩეულ იქნა პროფესორი რ. კუტუბიძე. შემდგომში ბავშვთა ქირურგების კავშირის რეგონალური ცენტრები გაიხსნა იმერეთში, აჭარაში.

საქართველოში ბავშვთა ქირურგიის განვითარებაზე მნიშვნელოვანი გავლენა იქონია რუსეთის ბავშვთა ქირურგიულმა სკოლამ. პროფ. მ. კოკჩაშვილს და ლ. ავალიანს მჭიდრო კავშირი ჰქონდათ ბავშვთა ქირურგიის ისეთ კორიფეებთან, როგორებიც იყვნენ აკად. ს. ტერნოვსკი, აკად. ს. დოლგეცი, აკად. გ. ბაიროვი, აკად. მ. ვოლკოვი და სხვები. თსსუ ბავშვთა ქირურგიის კათედრა აგრძელებს ურთიერთობას მოსკოვისა და სხვადასხვა ქალაქების წამყვან ბავშვთა ქირურგიულ კლინიკებთან, რაც ხელს უწყობს მეცნიერული მიღწევების ურთიერთგაზიარებას და მის პრაქტიკაში დანერგვას.

ბატონი ლევან ავალიანის სახელის გახსენება ყოველთვის მადლიერების გრძნობას იწვევს, როგორც პროფესიონალური, ასევე ადამიანური ღირსებებიდან გამომდინარე.

რედაქცია  
2011 წელი

# ორბინალური სტატიები

## მდგრადი განვითარება და ბავშვთა უსაფრთხოება

(„ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“)

### SUSTAINABLE DEVELOPMENT and CHILD security

“Child has the right to be defended since embryo”

მ.მ.დ. სრული პროფესორი,აკადემიკოსი, ბ. ჩახუნაშვილი  
მ.დ. სრული პროფესორი,აკადემიკოსი, ი.შავჭანიშვილი

XXI საუკუნეს თავისი გამოწვევები აქვს, რაც ყველას გზავალდებულებს თავისი პროფესიული გამოცდილებით პროფესიონალურად შეაფასოს არსებული რეალობა და ჰქონდეს რეპროდუქციის მდგრად განვითარებაში თავისი საქმითარი ხელვა.

ამჟამად გამოცდილებით მოგახსენებთ შემდეგს,

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

მაგრამ, ეს არ ნიშნავს, რომ მეცნიერება ისე ვითარდება, რომ მას და მის განვითარებაზე სხვადასხვა სფეროებში, ყველა ერთნაირად აღიქვამს და ყველა ერთნაირად უყურებს. თუმცა მის განვითარებას რეპროდუქციის მდგრად განვითარებაში, უმნიშვნელოვანესი როლი ენიჭება;

მე, პირადად როგორ აღიქვამ მდგრადი განვითარებას და ბავშვთა უსაფრთხოებას:

I – რიგში მდგრადი განვითარება და ბავშვთა უსაფრთხოება უნდა ეყრდნობოდეს ბიეთიკური ნორმების დაცვას.

II – რიგში მდგრადი განვითარება და ბავშვთა უსაფრთხოება უნდა განისაზღვროდეს სოციალურ-ეკონომიურ და ეკოლოგიურ გარემოსთან ერთად.

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

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე ჩვენი მიზანი გახლდათ აუცილებელი პრევენციული ღონისძიებების გასატარებლად ჯანდაცვის

რამოდენიმე მნიშვნელოვანი საკითხის განხილვა.

პრევენციული ღონისძიებების გატარებისათვის აუცილებელი პირობაა საკითხის ფუნდამენტური ცოდნა და გააზრებული სტრატეგიული მიმართულებისაკენ სწრაფვა, რა თქმა უნდა, რომელიც დაფუძნებულ იქნა

- ა) ზუსტ სამედიცინო სტატისტიკაზე,
- ბ) სამედიცინო უმაღლეს ტექნოლოგიებზე,
- გ) თანამედროვე კომპიუტერულ გადამსაყვებულ ანალიზზე (პროგნოზირებასა და ახალ პროგრამებზე), რასაც, ჩვენს მიერ შესრულებულ შრომაში არსებული დასკვნები ემყარება.

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

- რეგიონის საერთო სიტუაციაზე
- მოსალოდნელ სიცოცხლის ხანგრძლიობასა და სიკვდილიანობაზე
- მოსალოდნელი ჯანმრთელი ცხოვრების ხანგრძლიობაზე

● დაავადებათა კლასებზე როგორცაა კერძოდ:

ა) ინფექციური დაავადებები – სქესობრივი გზით გადამდები (ВИГ/СПИД-ის ჩათვლით) ტუბერკულოზი, მალარია, ვაქცინოპროფილაქტიკით თავიდან ასაშორებელი დაავადებანი (დიფტერია-აპენატიტი პოლიომიელიტი)

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

- გ) ფსიქიური ჯანმრთელობა
- დ) უბედური შემთხვევა და ტრავმები

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

ამ ჯგუფში მნიშვნელოვანია ჩვილ და ხუთწლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა. ნეონატალური სიკვდილიანობა, განსაკუთრებით ადრეულ ეტაპზე, განსაზღვრავს ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის საერთო დონეს. ერთ რამ ცხადია, რომ იმ ქვეყნებში, სადაც ბავშვთა სიკვდილიანობის დონე მაღალია მისი შემცირება შეიძლება

მიღწეული იქნეს ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის დონის შემცირებით, ხოლო ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის დონის შემცირება – ნეონატალური სიკვდილიანობის დონის კლებით. ბავშვთა ჯანმრთელობის შეფასებისას აუცილებლად განხილული უნდა იქნეს ბავშვთა კვების საკითხი, მათ შორის სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში ძუძუთი კვება და ბავშვთა კვებაში მიკროელემენტების ნაკლებობა; ავადმყოფობა ბავშვებში, (მათი მიმდინარეობა). ყოველივე ზემო აღნიშნულთა მანევრებლები დამოკიდებულია ქვეყანაში ბავშვთა საწოლების რაოდენობაზე, რომელიც აუცილებლად განხილული უნდა იყოს რეგიონის სოციალურ-ეკონომიკურ და ეპოლოგიურ პირობებთან ერთად კონტექსტში.

**ამათთან ერთად, დედის სიკვდილიანობა, ბავშვთა იმუნიზაცია, ტუბერკულოზთან და აივ/შიდსთან ბრძოლა განაპირობებს ქვეყანაში ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას.**

Currently our research group (2007-8) conducts the project “Role of viral pathogens among infants with systemic infections” supported by the Georgian Research and Development Foundation (GRDF). Our US partner is the research group at the Department of Microbiology, Virology, Immunology and Molecular Diagnostics of the School of Medicine, University of Pittsburgh at Magee-Women’s Hospital.

Political events of the last ten years adversely affected child health in Georgia. Currently the infant mortality rate in the country is very high and varies from 15 to 25 deaths per 1000 live births. In Georgia one of the most important causes of the infant death is the development of generalized infections. In the majority of such cases the causative agents are not being identified. As a rule, all newborns with a generalized infection with wide range of nonspecific symptoms; including hyperthermia or hypothermia, jaundice, bleeding with associated coagulopathy, respiratory insufficiency, vascular instability, hepatomegalia, splenomegalia; are diagnosed as “neonatal sepsis” (without identification of etiology) and treated with broad-spectrum antibiotics. Despite this “empiric” treatment, the mortality rate for neonates with generalized infections of unknown origin is high, estimated to be over 65%. In addition, the “neonatal sepsis” is frequently associated with infections of central nervous system - meningitis and encephalitis, which makes prognosis even poorer.

Until now testing for viral infections in pediatric patients was ultimately rare, and included only serological testing, leaving physicians to treat patients with limited clinical information. Yet, some patients with generalized infection are likely to have a viral infection, a subset of whom has a treatable viral infection. Early identification of preventable or treatable viral infections is a key to reducing the low survival rate seen in this high-risk population.

Among the viral pathogens, members of the herpes viruses and enteroviruses play the most important role in the development of generalized infections in newborns.

Through our project we have estimated the prevalence of herpes viruses and enteroviruses among neonates with generalized infections, described clinical and immunological status of the infants by infection type; estimated survival, by infection type and clinical/immunological status; piloted the rapid and simple PCR based methods for screening and typing of viruses in neonates, which are based on the ultramodern molecular diagnostic methodology.

In parallel we are implementing the diagnostic and preventive measures for such an important infection as one in-

duced by Human Immunodeficiency Virus (HIV). Until now in Georgia this infection was not seriously considered in paediatric clinical practice. Our activities in this field give us opportunity to perform the early diagnostics of this infection and through this contribute to the prevention of the HIV epidemic in our country.

ამდენად, ყოველივე ზემოთ ჩამოთვლილი მჭიდროდაა დაკავშირებული სოციალურ, ეკონომიკურ და ეპოლოგიურ ფაქტორებზე, რომლებსაც ქვემოთ გვექნება საუბარი. ბავშვთა ჯანმრთელობაზე საუბრისას გვერდს ვერ ავუვლით ბავშვთა უფლებათა დაცვის საკითხებს, თუმცა ზემო ჩამოთვლილი ყველა მანევრებელი ეხება ბავშვთა უფლებათა დაცვის საკითხს.

ბავშვის უფლებათა კონვენციის ძალაში შესვლიდან დღემდე ბავშვების დაცვის საქმეში მიღწეულია პროგრესი. გადაიდგა მნიშვნელოვანი ნაბიჯები. შემუშავდა ახალი კანონმდებლობა, უფრო დახვეწილი საერთაშორისო ნორმებით, როგორც არის ბავშვის უფლებათა კონვენციის დამატებითი ოქმები ბავშვებით ვაჭრობის, ბავშვთა პროსტიტუციისა და პორნოგრაფიის, შეიარაღებულ კონფლიქტებში ბავშვთა გამოყენების შესახებ. უმნიშვნელოვანესია ბავშვთა უფლებები კონფლიქტის ზონებში და არ შემოიძლია არ შევხებოთ მას საქართველოს მაგალითზე.

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

While considering data given in Table 1, it is clear that in 2002 as compared to 2001, sick rate among forced displaced persons decreased by 5,8%, and morbidity degree - by 33,6%. In spite of such a reduction among forced displaced persons sick rate is 1,93-fold greater, while degree of morbidity – 1,6-fold greater. In 2006 these indices were the same.

**Source:** Data of Health Care Ministry of Abkhazian Autonomic Republic

Especially high indices of sick rate and morbidity degree are observed according to the main following classes: in case of infectious and parasitic diseases sick rate is 3,6 fold and morbidity degree - 2,9 fold greater as compared to analogous medium indices of the country; blood and hemopoietic diseases – correspondingly 2,5 and 1,9 fold greater; diseases of nervous system and sense organs – correspondingly 2,4 and 2 fold greater; diseases of respiratory organs – correspondingly 2,4 and 1,3 fold greater; diseases of diges-

**Indices of sick rate and morbidity degree among forced displaced persons from Abkhazia**

	Total		Including 14 years old children	
	Total	New cases	Total	New cases
Infectious and parasitic diseases	5823	2935	14178	8432
Tumors	223	63	-	-
Diseases of endocrine system, nutrition disorders and metabolism	2048	706	946	604
Blood and hemopoietic diseases, separate disorders involving immune mechanism	933	339	1242	592
Psychical and behavioral disorders	1056	170	113	3
Diseases of nervous system	5921	1955	1346	542
Diseases of blood circulation system	10418	1835	318	39
Diseases of respiratory organs	14132	5662	19688	9825
Diseases of digestive organs	5564	1304	2995	1186
Diseases of genitourinary system	4522	1362	1219	505
Skin and subcutaneous cellular tissue diseases	2319	1066	1914	995
Diseases of osteomuscular system and conjunctive tissues	921	340	208	80
Congenital anomalies, deformations and chromosomal diseases	11	3	23	3
Some states induced in perinatal period	35	24	121	80
Symptoms, signs and divergence from the norm	84	74	72	42
Traumas, intoxications	924	790	523	374
In all	54955	18645	44905	23303

tive organs – correspondingly 2,5 and 1,6 fold greater; diseases of genitourinary system – correspondingly 3,4 and 2,4 fold greater; skin and subcutaneous cellular tissue diseases - correspondingly 3,7 and 2,7 fold greater; traumas and intoxications - correspondingly 1,2 and 1,2 fold greater.

As regard the children, in 2002 sick rate of forced displaced children was 1,4 fold and morbidity degree 1,1 fold greater than those of analogous indices in the country, among them: infectious and parasitic diseases – correspondingly was 3,9 and 3,3 fold greater; blood and hemopoietic diseases – correspondingly 1,5 and 1,3 fold greater; diseases of nervous system and sense organs – correspondingly 2,6 and 3,7 fold greater; diseases of respiratory organs – correspondingly 1,4 fold greater; diseases of digestive organs – correspondingly 1,9 and 1,2 fold greater; skin and subcutaneous cellular tissue diseases - correspondingly 19 and 1,3 fold greater.

It is important that problems concerned with health, nutrition, education, as well as to defence and development of children are more acute in the zones of conflicts than in other regions of Georgia. The International Commonwealth had better expand its own role in these zones for solving the problems of defence of children's rights.

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

გსაუბრობთ რა აფხაზეთისა და სამხრეთ ოსეთის ოკუპაციის შესახებ გვერდს ვერ აუფვლით ამ ბოლო 20 წლის განმავლობაში დაღუპულ მემართა ოჯახებს, ომის ვეტერანებსა და მათი ოჯახის წევრებს. ჩემი აზრით, უმნიშვნელოვანესია ამ კონტინგენტზე განსაკუთრებული პროგრამა

**Table 1** მების ამუშავება, რომელშიც მონაწილეებს აუცილებლად მიიღებს, როგორც სამთავრობო ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციები, საქართველოს თუ საზღვარგარეთის ქვეყნიდან კომპლექსში

ამ ჩართვის შემდეგ ვუბრუნდები შემდეგს.

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

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

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

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

ვიხილავთ რა მეცნიერებასა და უსაფრთხოებას უნდა აღინიშნოს ჯანმრთელობის მთავარი დეტერმინატები:

- კერძოდ, სოციალურ-ეკონომიკური ჯანმრთელობა და ქვეყნის განვითარება, სიღარიბე, ფსიქოსოციალური ფაქტორები, მოსახლეობის დასაქმება, განათლება, გენერალური ფაქტორები, ეს ის საკითხებია რომელთა ერთობლიობა ქმნის რეგიონებისა და ცალკეული სახელმწიფოთა ერთ-ერთ მთავარ დეტერმინატს სოციალურ-ეკონომიკურს.

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

With the support of UNICEF(in 2001-2) we have fulfilled a project “Social-psychological, medical-prophylactic





დიატრიაში დახელოვნების პროცესის მხოლოდ ნაწილია. უწყვეტი სამედიცინო განათლება და ინფორმაციული ტექნოლოგიების გამოყენება, განსაკუთრებით მნიშვნელოვან როლს ასრულებს პედიატრის წარმატებულ საქმიანობაში.

ბოლო რამდენიმე ათწლეულის განმავლობაში გაჩნდა ახალი ტენდენციები, რომლებმაც მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინეს პედიატრიის, როგორც სპეციალობის, მომავალზე.

სოციალურ-ეკონომიკური მახასიათებლების შეცვლამ მნიშვნელოვანად იმოქმედა ბავშვთა პოპულაციის ჯანდაცვის მოთხოვნილებებზე. ბოლო ორი ათწლეულის მანძილზე შეინიშნება სიღარიბის ზღვარს დაბლა ოჯახებში მცხოვრებ ბავშვთა რიცხვის ზრდა. საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის 2003 წლის მონაცემების მიხედვით, საერთო პოპულაციის 55% სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ იმყოფება, პოპულაციის 17,5% კი უკიდურეს სიღარიბეში ცხოვრობს. დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახებიდან ფიზიკურად შეზღუდულ, ემოციური აშლილობის და დეპრესიის მქონე ბავშვების ჯანმრთელობას ყველაზე მეტად აზიანებს ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები, კვებისა და მიკროელემენტების დეფიციტი, იოდდეფიციტი, ანემია, აღერგია, ცუდი საცხოვრებელი პირობები, დაბინძურებული გარემო. გარდა ამისა, ეს ბავშვები იშვიათად მიმართავენ ექიმს და ამიტომ ნაკლები შესაძლებლობა აქვთ ჩაიტარონ პროფილაქტიკური ღონისძიებები და იყვნენ მუდმივი სამედიცინო მეთვალყურეობის ქვეშ. ცნობისათვის, 1999-2000 წ.წ. კვლევების მიხედვით საქართველოში ბავშვთა 11,7%-ს აღენიშნებოდა საშუალო, ხოლო 3,7%-ს კი მძიმე ხარისხის კვების დეფიციტი, 31,8%-ს რკინის დეფიციტი, ყოველ 1000 მოსახლეზე 867,2 ბავშვს აღენიშნება ანემია ზრდის ტენდენციით, ენდემიურ კერებში მცხოვრები 5 წლამდე ასაკის ბავშვების 4,3%-ს გამოუვლინდა იოდდეფიციტი.

გარდა ამისა, იუნისეფის ხელშეწყობით ბავშვთა აღზრდის საკითხებზე ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ მშობლებსა და მთლიანად ოჯახებს არა აქვთ საკმარისი ცოდნა და სათანადო პრაქტიკა ადრეული ასაკის ბავშვის აღზრდასთან, ჯანმრთელობასა და განვითარებასთან დაკავშირებით. ოჯახების სულ მცირე 2/3-ში მშობლები ვერ ახერხებენ ბავშვთა ადეკვატურად მოვლას მათი განვითარების ხელშეწყობას. მაღალია (11%) ოჯახის პირობებში უბედური შემთხვევებისა და ბავშვებისთვის ტრამპების მიყენების მაჩვენებლებიც. საყურადღებოა ავტო და სპორტული ტრავმატიზმის და მისგან გამომდინარე შედეგების მკვეთრი მატება. სოფლის რეგიონებში მცხოვრები ბავშვები ასევე საჭიროებენ მეტ და განსაკუთრებულ ყურადღებას სამედიცინო სამსახურების მხრიდან.

მნიშვნელოვანად შეიცვალა ოჯახის მოდელის ხვედრითი წილი. კერძოდ, იმატა ერთმშობლიანმა ოჯახების რიცხვმა. იცვლება ოჯახების სტრუქტურაც: სულ უფრო მეტი ბავშვი ატარებს ბავშვობას არაბიოლოგიურ მშობლებთან და ნახევარ და-ძმასთან ერთად. გლობალიზაციის პროცესი ხელს უწყობს ბავშვთა პოპულაციის კულტურულ და ეთნიკურ მრავალფეროვნებას. არცთუ

ისე შორს არის ერთსქესიანი მშობლებით შექმნილი ოჯახების დამკვიდრებაც. პრობლემაა აგრეთვე უსახლკაროდ დარჩენილი ბავშვების სამედიცინო მეთვალყურეობა.

კატასტროფულად იზრდება ბავშვის მიმართ ძალადობისა და უგულველყოფის ფაქტები. მოზარდთა ჯანდაცვის ისეთი პრობლემები, როგორცაა ქვევა, ჩვეები, სკოლაში სწავლა, მოზარდთა ორსულობა, არასრულწლოვანთა კრიმინალი, აგრესია, სუიციდური აქტივობა, ნარკომანია და ტოქსიკომანია პრაქტიკულად გადაუჭრელია. ნიშნდობილია, რომ ნარკოდამოკიდებულება სულ უფრო “ახალგაზრდავდება” და ხშირად მოზარდობამდე ასაკშიც ვლინდება. საგანგაშოა აგრეთვე ე.წ. “სათამაშო” და “კომპიუტერული” დამოკიდებულებაც, რაც ბოლო დროს ცალკე მიმართულ ბავშვთა განხილვებში ხშირად იხილება. პედიატრებმა თავიანთ თავზე უნდა აიღონ პასუხისმგებლობა პედიატრიული პოპულაციის ამ ნაწილის ჯანდაცვის ადეკვატურობასა და გაუმჯობესებაზე. დაავადებათა დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში მიღწეული პროგრესის მიუხედავად, მნიშვნელოვნად იზრდება ისეთი სახის რისკ-ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ ჭარბწონიანობას, ტრავმატიზმს, ჰომოციდსა და სუიციდს, რაც ბავშვთა კეთილდღეობასა და ჯანმრთელობაზე მზრუნავ პედიატრისთვის უმთავრეს პრობლემად ხდება.

ბიოფსიქოსოციალური და განვითარების პრობლემები, როგორცაა ოჯახთან ადრეული შეუთავსებლობა ან სკოლის გაცდენა უარყოფითად აისახება მრავალი ბავშვისა და მოზარდის ჯანმრთელობაზე. ეს პრობლემები საკმაოდ სერიოზული და ფართოდ გავრცელებულია. ყველა პედიატრს უნდა ჰქონდეს საკმარისი ცოდნა რათა გადაჭრას აღნიშნული პრობლემები.

წარმოდგენილი ფაქტები აუცილებელს ხდის პედიატრის მიერ ბავშვის ჯანმრთელობისა და განვითარების შეფასებაში აღნიშნული ნიუანსების გათვალისწინებას და ამ კუთხით თავისი კომპენეტენციის სრულყოფას.

დღეისთვის მოლექულურმა ბიოლოგიამ და გენეტიკამ ძალიან სწრაფი პროგრესი განიცადა და იმედს იძლევა, რომ მნიშვნელოვან ცვლილებებს შეიტანს მთელი რიგი პედიატრიული პათოლოგიის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში. ადამიანის გენომის ქრომოსომებში დნმ-ის სტრუქტურის, ორგანიზაციისა და ფუნქციის სრულყოფილი შესწავლა საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს და გაანალიზდეს მრავალი გენი, რომელიც პირდაპირ ან არაპირდაპირ დაკავშირებულია დაავადების პათოგენეზთან. გარკვეული დაავადებისადმი წინასწარგანწყობის მქონე პირების გამოვლენა საშუალებას მისცემს პედიატრს ყურადღება გაამახვილოს ამ დაავადების პრევენციაზე ან გენური ინჟინერიის გამოყენებაზე, ააცილოს დაავადების განვითარების ხელშემწყობი გარემო ფაქტორები, შეიმუშაოს ახალი სამკურნალო მეთოდები. მართალია ყოველივე ეს გააუმჯობესებს პედიატრიულ დაავადებათა დიაგნოსტიკასა და მართვის შესაძლებლობებს, მაგრამ ამავე დროს წამოჭრის მრავალ ეთიკურ საკითხსაც, რაც უცილობლად გასათვალისწინებელია. ყურადღებამისაქცევია მიტოქონდრიული ფერ-

მენტების დისფუნქციით და ქსოვილოვანი ჰიპოქსიით გამოწვეული ე.წ. “მიტოქონდრიული დაავადებები”, რომელიც მოიცავს რამდენიმე ათეულ მემკვიდრეობით და მრავალ ქრონიკულ დაავადებებს.

ვინაიდან გენეტიკაში სამედიცინო ტრენინგები ფუნდამენტურ მიმართულებას ამ სფეროში მომხდარ სწრაფ პროგრესს, პედიატრები არ არიან საკმარისად მომზადებულნი, რათა აღიქვან ამ სფეროდან წამოსულ კომპლექსური ინფორმაცია. ახალ ტექნოლოგიებს თავისთავად მოყვება ახალი საგანმანათლებლო მოთხოვნები და პასუხისმგებლობები, რაც საჭიროს ხდის პედიატრის ცოდნის გაღრმავებას ისეთ სფეროებში, როგორცაა გენეტიკური კვლევა, პრენატალური დიაგნოსტიკა, გენური თერაპია. პედიატრს მოუწევს პაციენტთან ერთად განიხილოს და აწონ-დაწონოს გენეტიკური კვლევის ფიზიოლოგიური, ეკონომიკური, ფიზიკური რისკი და დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკის სარგებლობა. ამიტომ, მნიშვნელოვანია სამედიცინო სკოლებისა და რეზიდენტურის პროგრამებში, აგრეთვე უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში ამ სფეროს ტრენინგების მოცულობის გაზრდა.

ბოლო 2 ათწლეულის განმავლობაში კომპიუტერული მეცნიერების წინსვლამ დასავლეთში მრავალი სფეროს განვითარებას შეუწყო ხელი, მათ შორის მედიცინის განვითარებასაც. საინფორმაციო სისტემები ამჟამად უზრუნველყოფს დემოგრაფიული მონაცემების, იმუნიზაციის ჩანაწერების, უახლოეს წარსულში დასმული დიაგნოზების სიის და პაციენტთა შესახებ მნიშვნელოვანი ინფორმაციის ადვილად ხელმისაწვდომობას. გარდა ამისა, მრავალი ექიმი რუტინულად იყენებს ელექტრონულ მედიასა და ინტერნეტს ინფორმაციის მოპოვებისათვის და პაციენტთა ოჯახების ინფორმირებისთვის. კომპიუტერული წინსვლა ასევე დახმარებას უწევს პედიატრს სამედიცინო დახმარების ხარისხზე, ზედამხედველობასა და მის გაუმჯობესებაში, ეფექტურობის გაზრდაში და სამედიცინო დახმარების სისტემების მთელ რიგ დონეებს შორის კომუნიკაციის განმტკიცებაში. ტელემედიცინის ტექნოლოგიების დახვეწა და ფართოდ გავრცელება საშუალებას აძლევს პედიატრს მოემსახუროს პაციენტთა გაზრდილ რიცხვს, შორს მყოფ პაციენტებს და უზრუნველყოს სამედიცინო დახმარება სოფელსა და იმ რეგიონებში, რომლებიც მოკლებულია პედიატრიულ საექიმო პერსონალს.

გარდა სამედიცინო დახმარებისა და მონიტორინგის გაუმჯობესებისა, ტელემედიცინა შესაძლებლობას იძლევა გაძლიერდეს ეფექტურობა და განმტკიცდეს კავშირი პედიატრებსა და პედიატრიული სამსახურის სხვა წევრებს შორის. ახალი ტექნოლოგიები ასევე ზრდის პაციენტებისა და მათი ოჯახებისათვის სამედიცინო ინფორმაციის ხელმისაწვდომობას. ინტერნეტ საიტებზე სამედიცინო ინფორმაციის მოცულობის ზრდასთან ერთად სულ უფრო მეტი ოჯახი მოიპოვებს ინფორმაციას აღნიშნული წყაროებიდან. ეს იმას ნიშნავს, რომ პედიატრს სულ უფრო მეტად ექნება შეხება ისეთ ოჯახებთან, რომლებიც უკეთ არიან ინფორმირებული დაავადებების შესახებ. თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში პედიატრს დაჭირდება

არასწორად აღქმული ინფორმაციის შესწორება ან ოჯახების მიერ მოპოვებული საპირისპირო ინფორმაციის შესახებ მსჯელობა.

და ბოლოს, ტელემედიცინაში მიმდინარე პროგრესი ექიმისგან მოითხოვს ახალი ტექნოლოგიების ათვისებას, რათა პედიატრიული სამსახურის მუშაობა მაქსიმალურად ეფექტური და მომგებიანი იყოს პედიატრიული პაციენტებისა და მათი ოჯახებისთვის.

ჯანმრთელი ბავშვზე მზრუნველობა პედიატრის საქმიანობის უმნიშვნელოვანესი ნაწილია. დაავადებების პროფილაქტიკა ანუ პრევენცია კი ძირითადი ღირებულებაა პედიატრისთვის. ჯანმრთელი ბავშვის მოვლა მოიცავს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვას, ბავშვზე დაკვირვებას ფიზიკური და ქცევითი პათოლოგიის გამოსავლენად და ასაკის შესაფერისი და ინდივიდუალიზებული მართვის უზრუნველყოფას, იმუნიზაციაზე ფოკუსირებას. ამასთან, ბავშვთა ჯანდაცვაში სხვა პროფესიონალთა რიცხვის ზრდა და ასევე ტექნოლოგიური ინოვაციები მნიშვნელოვნად ცვლის ჯანმრთელი ბავშვის მოვლის წესსა და მიდგომებს, მითუმეტეს, რომ ინტერნეტი, მედია და დისტანციური განათლება პაციენტთათვის სულ უფრო ხელმისაწვდომი ხდება.

ახალი ვაქცინების შემუშავება და პრაქტიკაში გამოყენება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მწვავე ინფექციური დაავადებებით გამოწვეულ ავადობასა და მოკვდაობაზე. ბავშვებში სხვადასხვა დაავადებათა განვითარების რისკის შესამცირებლად მაგალითად, *Hemophilus Infa.luenzae*-ს და ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინის დანერგვამ მნიშვნელოვნად შეამცირა გავრცელებული მწვავე ინფექციების სიხშირე. ჩუტყვავილას საწინააღმდეგო აცრა ასევე იმედს იძლევა მკვეთრად შეამციროს ეს ფართოდ გავრცელებული დაავადება და მისგან ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე. კონიუგირებული პნემოკოკური ვაქცინის, რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსის მონოკლონური ანტისხეულების და B სტრეპტოკოკული კონიუგირებული ვაქცინის გამოყენება კი მნიშვნელოვნად შეამცირებს შუა ყურის ანთების, მწვავე ინფექციების ეპიზოდებსა და ჰოსპიტალიზაციის სიხშირეს ჩვილებსა და ბავშვებს შორის.

პედიატრიულ საზოგადოებაში არსებობს მზარდი კონსერვატივი იმის თაობაზე, რომ პედიატრს უფრო მეტი დროის დახარჯვა მოუწევს ქრონიკული დაავადებების მართვაზე რუტინული დაავადებების მკურნალობისა და პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებასთან ერთად. ბოლო ათწლეულების განმავლობაში პედიატრები თავიანთი დროის უმეტეს ნაწილს მწვავე დაავადებების მკურნალობაზე ხარჯავდნენ, დღეისათვის კი სულ უფრო მეტი დრო ეთმობა ქრონიკული პათოლოგიის მკურნალობას, რადგან იზრდება იმ ბავშვთა რიცხვი, რომელთაც აღენიშნებათ საშუალო სიმძიმის ან მძიმე ქრონიკული დაავადებები და რომლებიც მუდმივ მეთვალყურეობას საჭიროებენ. დღეისათვის ქრონიკულ დაავადებებს შორის ბავშვთა ასაკში ყველაზე ხშირია 5 პათოლოგია: ასთმა, მორცვიდივე ოტიტი, მოზარდთა დეპრესია, ყურადღების დეფიციტი /ჰიპერაქტივობის სინდრო-

მი, განვითარების შეფერხება (პირველადი გონებრივი შეზღუდულობა, ცერებრული დამბლა). პედიატრი უნდა მოელოდეს იმას, რომ ყოველი 10 ბავშვიდან 1-ს უვლინდება ქრონიკული პათოლოგია. ამ ჯგუფიდან დაახლოებით ნახევარს ექნება გონებრივი ჩამორჩენილობა, ან მნიშვნელოვანი მენტალური პრობლემები. ჯგუფის მეორე ნახევარი წარმოდგენილი იქნება ისეთი ქრონიკული დაავადებების მქონე ბავშვებით, როგორიცაა ბრონქული ასთმა, დიაბეტი, ნამგლისებურ-უჯრედოვანი ანემია, მუკოვისციდოზი.

ბავშვები, რომელთაც აქვთ განვითარების, ფიზიკური ან გონებრივი ქრონიკული პათოლოგია, საჭიროებენ დარღვეული ფუნქციის საკომპენსაციო სერვისებს. ზომიერი სიმძიმის ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვთა რიცხვი, რომლებისც მუდმივ მოვლას საჭიროებენ, მნიშვნელოვნად გაიზარდა ბოლო 2 ათწლეულის განმავლობაში. ამ რიცხვის ზრდა ასთმისა და შიდს-ის სისშირის მატებას ასახავს. ამასთან, აღსანიშნავია ისიც, რომ სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მედიკამენტური და ქირურგიული ჩარევის გაუმჯობესებამ განაპირობა სიკვდილს გადაარჩენილი, მაგრამ არასრულყოფილად გამოჯანმრთელებული პირების რიცხვის მატება. ტექნოლოგიურმა წინსვლამ გამოიწვია ადრე ფატალურად მიჩნეული დაავადებების მქონე პაციენტების სიცოცხლის გახანგრძლივება, მაგალითად, ორგანოთა უკმარისობები/ტრანსპლანტაცია ან ბავშვთა სიმსივნეები. ამ პაციენტთა ნაწილი საჭიროებს პერმანენტულ კომპლექსურ სამედიცინო ჩარევას, ნაწილს აღენიშნება განვითარების სერიოზული შეფერხება ან ემოციური სტრესი. პედიატრმა ყურადღება უნდა გაამახვილოს ამ დაავადებათა და მათი მკურნალობის შორეულ გართულებებზე და ასევე ავადმყოფი ბავშვების განვითარებისა და ქცევის უნიკალურ მოთხოვნილებებზე.

გარდა ამისა, ბავშვთა სულ უფრო მზარდ რიცხვს უვითარდება მძიმე ქცევითი და განვითარების პათოლოგია, რის გამოც მათ მიზანმიმართული მკურნალობა ესაჭიროებათ. საქართველოში უნარშეზღუდული ბავშვების რეალური რიცხვი უცნობია. იუნისეფის 1999 წლის კვლევის საფუძველზე საქართველოში 5 წლამდე დაახლოებით 9 600 ბავშვია დარეგისტრირებული, რეალურად კი ასეთი ბავშვების რაოდენობა 2-3-ჯერ მეტია. ყოველივე ეს კი, ხაზს უსვამს ქრონიკული დაავადებების შესახებ პედიატრის ცოდნის გაღრმავების აუცილებლობას. დაკვირვებამ დაადასტურა, რომ პრაქტიკოს-პედიატრთა ცოდნა და უნარები განვითარებისა და ფსიქოლოგიური პათოლოგიის გამოვლენასა და მკურნალობაში შედარებით დაბალია, ამიტომ მათ მიმართ ნდობა საკმაოდ მცირეა და ცხადია, საჭიროებს პარტნიორობის გაზრდას მშობლებს, პედიატრებსა და სუბსპეციალისტებს შორის, რათა ეს პრობლემები უფრო ეფექტურად იქნას მოგვარებული. ამ სფეროში დიპლომისშემდგომი განათლება საშუალებას მისცემს პედიატრს უფრო გათვითცნობიერებული იყოს მათ მართვაში.

ამავე დროს შესაძლებელია, რომ მრავალი ქრონიკული ინფექციური დაავადება მომავალში

პრობლემებს შეუქმნის პედიატრიულ სამედიცინო სამსახურს. ბოლო 2 ათწლეულის განმავლობაში გაიზარდა ტუბერკულოზისა და შიდს-ის სისშირე, იმატა სხვადასხვა გამომწვევების მედიკამენტებისადმი რეზისტენტობამ. განსაკუთრებით გამოიკვეთა სტრეპტოკოკული, სტაფილოკოკური და სხვა ინფექციების რეზისტენტობა მედიკამენტების მიმართ. არაა გამორიცხული ახალი პათოგენური მიკროორგანიზმების გამოჩენაც.

ეს ცვლილებები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პედიატრიულ პრაქტიკასა და განათლებაზე. იმისათვის რომ მომავლის პედიატრი მზად იყოს გაუმკლავდეს მზარდ ქრონიკულ დაავადებებს, საჭიროა აღნიშნულ დაავადებებზე ყურადღების გამახვილება სარეზიდენტო პროგრამასა და უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში, რადგან ქრონიკული ინვალიდიზაციის გამომწვევი დაავადებების მქონე ბავშვთა სამედიცინო დახმარება კვლავაც პრობლემურ საკითხად რჩება, მაგრამ სარეზიდენტო პროგრამების დიდი ნაწილი არასათანადო ყურადღებას აქცევს პედიატრიის ამ ასპექტს.

პედიატრიული სამსახურისათვის ასევე მნიშვნელოვანია ისეთი ინსტიტუციების აღიარება და დანერგვა, რომელთაც ყველა ბავშვმა უნდა მიიღოს სრულყოფილი პირველადი სამედიცინო დახმარება 24 საათისა და კვირაში 7 დღის განმავლობაში. ამ მოდელით მშობელი და პედიატრი ურთიერთთანამშრომლობს ბავშვის ჯანმრთელობაზე ზრუნვისათვის და ეს ურთიერთობა მუდმივ ხასიათს ატარებს. საზოგადოებაში საბაზრო ეკონომიკის დამკვიდრება და შრომის ანაზღაურების ფორმისა და ოდენობის შეცვლა ხელს უწყობს პედიატრის შემოქმედებითად გამოყენებას ბავშვთა ჯანდაცვის მოთხოვნების დაკმაყოფილების მიზნით. დღეისათვის პედიატრის კომპეტენციები ფართოვდება და იგი უფრო მოთხოვნადი ხდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სხვადასხვა რგოლში. ბოლო წლებში დაარსდა ისეთი ინსტიტუციები, როგორიცაა კერძო პედიატრიული ოფისები, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და სანიტარიულ-ჰიგიენური ცენტრები, ბავშვთა ფსიქოპედიატრიული, ბავშვთა გაშიფლების, მათთან ცუდად მოპყრობის შემამსუბუქებელი სააგენტოები, მოზარდთა მომსახურების ცენტრები, კლინიკები გონებრივად ჩამორჩენილთათვის და სპეციალური პროგრამები ინვალიდი ბავშვებისათვის, სადაც მთელი დროის ნახევარი იხარჯება პროფილაქტიკური ღონისძიებების, რომელიც მოიცავს იმუნიზაციას, რჩევებს და მითითებებს კვების, ქცევის, ზრდა-განვითარების საკითხებში, ასევე სხვადასხვა მწვავე და ქრონიკულ დაავადებათა მკურნალობაში. აღნიშნულიდან გამომდინარე, პედიატრს სჭირდება თავისი კომპეტენციის გაფართოება და მთელი რიგი ახალი ფუნქციების შეთავსება. კერძოდ,

● **პედიატრი, როგორც სამედიცინო დახმარების აღმომჩენი პირველად რგოლში**

სამედიცინო გადაწყვეტილებების მიღება სულ უფრო და უფროა ორიენტირებული გამოსავალზე და ანაზღაურებაც გამოსავალზე არის დაფუძნე-

ბული. ამიტომაც, მოთხოვნადაა ის პედიატრი, რომელიც აითვისებს და გამოიყენებს ახალ, ფაქტებზე დაფუძნებულ მიდგომას. ამ პირობებში პედიატრს დაჭირდება როგორც კლინიციისტი, ასევე რესურსებისა და ინფორმაციის მენეჯერის როლის შესრულება.

● **პედიატრი, როგორც კონსულტანტი**

პედიატრი ამჟამად ძირითადად სოფლის რეგიონებში არაპედიატრ სპეციალისტთა, ოჯახის ექიმისა და მეან-გინეკოლოგის კონსულტანტია. მომავალში პედიატრი-კონსულტანტი უფრო მოთხოვნადი იქნება აკადემიურ სამედიცინო ცენტრებში.

● **პედიატრი, როგორც საზოგადოებრივი კონსულტანტი**

საზოგადოებრივ დაწესებულებებში, როგორებიცაა დღის მოვლის ცენტრი ან ბავშვთა სახლია, მოთხოვნადაა ის პედიატრი, რომელიც დასახავს სამედიცინო დახმარების სტანდარტებს, რაც ამ კონტიგენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას დაეხმარება. კონსულტანტის ან პირველადი სამედიცინო დახმარების ფუნქციის შესრულება შესაძლებლობას აძლევს პედიატრს აღმოუჩინოს სამედიცინო დახმარება, ჩაატაროს მნიშვნელოვანი პროფილაქტიკური და საგანმანათლებლო ღონისძიებები ბავშვთა ამ თავისებურ კონტიგენტში.

● **სკოლის პედიატრი**

სასკოლო ასაკის და მოზარდი ბავშვები ის კონტიგენტია, რომელიც არასათანადო სამედიცინო დახმარებას იღებს. როგორც ჩანს, პედიატრთა გარკვეულ ნაწილს ისევ მოუწევს თავისი პრაქტიკის დიდი ნაწილი გაატაროს სკოლის პირობებში, რათა უზრუნველყოს ისეთი სამედიცინო დახმარება, როგორიცაა ვაკცინაციის ჩატარება, სქესობრივად გადაამდები ინფექციების პროფილაქტიკა, ორსულობის პრევენცია, სხვადასხვა ქიმიური ნივთიერებების ბოროტად გამოყენებასთან დაკავშირებით კონსულტირება, მოსწავლის განვითარებისა და ფსიქიური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება, მოზარდებში ძალადობის პრევენცია და სხვ.

● **პედიატრი, როგორც სამედიცინო დახმარების აღმომჩენი ბინის პირობებში**

ამჟამად შეინიშნება მწვავე თუ ქრონიკული დაავადებების ბინის პირობებში ე.წ. კომფორტული და ხარჯთეფექტური მკურნალობის ტენდენცია. ამიტომაც, საჭიროა იმ კომპეტენციების ჩამოყალიბება, რომლითაც პედიატრი შეაფასებს, კოორდინაციას მოახდენს და გააადვილებს ამ სახის სამედიცინო დახმარებას. გარდა ამისა, შესაძლებელია, რომ უფრო გაფართოვდეს ბინაზე ჩატარებული პროფილაქტიკური შემოწმების და მწვავე დაავადებათა მკურნალობის არეალი.

● **პედიატრი, როგორც პოპულაციაზე დაფუძნებული, საზოგადოებრივი მედიცინის პრაქტიკოსი**

ახლო მომავალში სავარაუდოა სახელმწიფო და მუნიციპალიტეტები გამოიყენებს ექიმებს, მათ შორის პედიატრებს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პირველადი მოთხოვნილებებისა და შემთხვევათა მართვის საკითხების ინტეგრაციის მიზნით, საზოგადოებ-

რივი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის, სამედიცინო დახმარების ხარისხის შესაფასებლად და სხვ.

● **პედიატრი ადმინისტრაციულ მედიცინაში**

პედიატრები სხვა ექიმების მსგავსად დღესაც საქმდებიან ჯანდაცვის ადმინისტრაციაში, მუშაობენ სადაზღვევო კომპანიებისათვის, ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელი ორგანიზაციებისათვის და სხვა დაწესებულებებისათვის. აღნიშნული კარიერისთვის მოსამზადებლად სულ უფრო მეტი ექიმი ეცდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრის ხარისხის მოპოვებას.

● **პედიატრი, როგორც პედიატრიული სამსახურის ხარისხის მკვლევარი**

ინფორმაციული ტექნოლოგიებისა და პასუხისმგებლობების მიმართ ყურადღების მოსალოდნელ ზრდასთან ერთად პედიატრის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ფუნქცია იქნება პედიატრიული სამსახურის ხელმისაწვდომობის, ხარისხისა და გამოყენების საკითხების შესწავლა. ეს კვლევა წარმართება აკადემიურ სამედიცინო ცენტრებსა და სხვა ჯგუფებში ჩართული მკვლევარების, ასევე კერძო დაწესებულებებში მომუშავე პედიატრების მიერ.

● **სოფელში მომუშავე პედიატრი**

სოფლის რეგიონში პედიატრიული საქმიანობა კვლავაც გარკვეულ სირთულეს წარმოადგენს. სოფელში მომუშავე პედიატრმა ზოგ შემთხვევაში კვლავაც უნდა შეითავსოს თერაპევტის, ნეონატოლოგის, ინტენსიური თერაპიის სპეციალისტის ფუნქციები მატრანსპორტირებელი ჯგუფის მოხელამდგ, როდესაც პაციენტის მდგომარეობა კრიტიკულია. ტელემედიცინა საშუალებას მისცემს სოფელში მომუშავე პედიატრს საჭიროების შემთხვევაში მიიღოს შესაბამისი სუბსპეციალისტის კონსულტაცია და სახით აღმოუჩინოს პაციენტს ოპტიმალური სამედიცინო დახმარება. ქრონიკული დაავადებების მკურნალობა და ქცევის პრობლემების ამოცნობა სოფლის პედიატრის კომპეტენციის ის ასპექტებია, რომელიც აქტუალიზებულია და სასწრაფოდ გადაჭრას მოითხოვს.

ამრიგად, პედიატრიული სამსახურის პროფესიონალთა ჩამოყალიბება და მათი როლის გაფართოება მოითხოვს იმას, რომ პედიატრიულმა სამედიცინო განათლებამ სათანადო ყურადღება მიაქციოს პედიატრიული სამსახურის ინტეგრაციას მონათესავე სამსახურებთან. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ხაზი გაესვას პედიატრების მიერ ურთიერთთანამშრომლობის ჩვევების შექმნას, ვინაიდან მათ სულ უფრო ხშირად მოუწევთ სხვადასხვა გუნდში მუშაობა. სამედიცინო სამსახურის უზრუნველყოფ პროფესიონალთა როლსა და შესაძლებლობებში გარკვევა პედიატრიული განათლების ერთერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია. ვინაიდან ხშირ შემთხვევაში პედიატრიული პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების აღმომჩენაზე პასუხისმგებელი იქნება არაპედიატრი ექიმი, ამიტომ საჭიროა, რომ პედიატრიული განათლების დროს პედიატრებს ჩაუნერგონ ლიდერობის შეგრძობა და გამოუმუშავონ ჩვევები, რომლებიც საჭიროა პედიატრიული სამედიცინო დახმარების სტანდარტების შესამუშავებლად.

და ბოლოს, ვინაიდან პედიატრს მრავალფეროვანი ფუნქციის შეთავსება მოუწევს მომავალში, ამიტომ სამედიცინო განათლების პროცესში უნდა მოხდეს სტუდენტთა გათვითცნობიერება თუ რა და რა მიმართულებითაა შესაძლებელი პედიატრის კარიერის განვითარება.

შეითავსებს რა ახალ ფუნქციებს პედიატრის დასაქმება უკვე შესაძლებელი არის

**არა მარტო როგორც**

- პედიატრი, მომუშავე პოლიკლინიკებში
- პედიატრი, მომუშავე სოფლის რეგიონებში
- პედიატრი, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურებას ბინაზე
- პედიატრი, მომუშავე საავადმყოფოში
- პედიატრი, მომუშავე სკოლაში
- პედიატრი, მომუშავე ბაგა-ბაღში
- პედიატრი, მომუშავე სასწრაფო დახმარების ბრიგადაში

**არამედ, როგორც**

- პედიატრი, მომუშავე მართვადი სამედიცინო დახმარების ცენტრებში
- პედიატრი, მომუშავე საზოგადოებრივ კონსულტანტად
- პედიატრი, პოპულაციაზე დაფუძნებულ საზოგადოებრივ მედიცინაში
- პედიატრი, ადმინისტრაციულ მედიცინაში
- პედიატრი, მომუშავე სააფთიაქო ქსელში
- პედიატრი, მომუშავე ფარმაცევტულ კომპანიაში
- პედიატრი, მომუშავე სადაზღვევო კომპანიაში

პროფესიონალები, რომლებიც ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვისას პედიატრებთან თანამშრომლობენ, არიან ნეიტრიციოლოგები, სოციალური სამსახურის თანამშრომლები, ფსიქოლოგები, “ფიზიკური დატვირთვის” სპეციალისტები და ლოგოპედები. მართალია, მეტალოგი ჯანმრთელობაზე ზრუნვა დიდი ხანია ფართო, მულტიდისციპლინარული გუნდის მუშაობის შემადგენელი ნაწილია, მაგრამ პედიატრიულ პრაქტიკაში ეს პროცესი შენელებული ტემპით მიმდინარეობს. ვინაიდან განვითარების, ქცევისა და მეტალოგი ჯანმრთელობის საკითხები მეტად მნიშვნელოვანია პირველადი სამედიცინო დახმარებისათვის, ამგვარი ალიანსის წარმატება მნიშვნელოვან გავლენას მოახდენს პედიატრიის მომავალზე. გარდა ამისა, უნდა ითქვას, რომ სხვა სპეციალობის ექიმებიც მნიშვნელოვანი როლს ასრულებენ პედიატრიული პაციენტების მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებაში. მაგალითად, ოჯახის ექიმები, გადაუდებელი დახმარების ექიმები, ნევროლოგები, ფსიქიატრები და პედიატრი სუბსპეციალისტები.

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოთხოვნილებები საკმაოდ მნიშვნელოვანია. პედიატრს დამატებითი სჭირდება ტრენინგები, რათა მან სათანადოდ შესძლოს ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასება. გარდა ამისა, პედიატრმა კვლავაც უნდა გააგრძელოს მკიდრო თანამშრომლობა ფსიქიატრებთან, ფსიქოლოგებთან და სოციალური სამსახურის თანამშრომლებთან, რათა დააკმაყოფილოს თავიანთი პაციენტების ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოთხოვნილებები. ფსიქიკური პათოლოგიის უყურადღებოდ

დატოვება ბავშვთა ასაკში, პოპულაციაში მეტალოგი პათოლოგიის განვითარების სიხშირის მატების საფრთხეს შეიცავს.

ოჯახის ექიმისა და პედიატრის ფუნქციების “ხედვება” კონკურენტულ გარემოს ქმნის, განსაკუთრებით ისეთ რეგიონებში, სადაც ექიმთა სიტყარბა. თუმცა ასეთი “ხედვება” კოოპერატიული მოდელების ჩამოყალიბების საშუალებას იძლევა, განსაკუთრებით იმ რეგიონებში, სადაც ექიმთა ნაკლებობაა. მაგალითად, პედიატრს შეუძლია ინფორმაცია მიაწოდოს ოჯახის ექიმს და გააუმჯობესოს ბავშვთა დაავადებების მართვა დაშორებულ რეგიონებში. აგრეთვე, პედიატრმა შეიძლება დამაკავშირებელი როლი შეასრულოს ოჯახის ექიმსა და სუბსპეციალისტს შორის, რითაც დაზოგოს პაციენტის ოჯახი ხედმეტი ხარჯებისა და გადაადგილებისგან.

ზოგადი პედიატრისა და ვიწროსპეციალისტ პედიატრის როლი და მათ შორის ურთიერთობა ის საკითხია, რომელიც განსჯისა და კამათის საგანია. კვლევები, რომელიც ჩატარდა ზოგადი ექიმებისა და ვიწროსპეციალისტების მიერ აღმოჩენილი სამედიცინო დახმარების შედეგისა და ხარისხის შესადარებლად, ხშირად ურთიერთგამომრიცხავია. მოზრდილ პაციენტებზე ჩატარებულმა რამდენიმე კვლევამ აჩვენა, რომ თერაპევტის მიერ აღმოჩენილი სამედიცინო დახმარების გამოსავალი ისეთივეა, როგორც ვიწროსპეციალისტის მიერ ჩატარებული მკურნალობისა, მაგრამ რესურსების ხარჯვა პირველ შემთხვევაში უფრო ნაკლებია. სხვა კვლევებმა გამოავლინა, რომ დაავადების გამოსავალი გაცილებით უკეთესია ვიწროსპეციალისტების მიერ ჩატარებული მკურნალობისას. პედიატრიული პაციენტების შესახებ მსგავსი მონაცემები არ მოიპოვება.

პედიატრი ვიწროსპეციალისტები (ნეონატოლოგი, ბავშვთა პულმონოლოგი, კარდიოლოგი, გასტროენტეროლოგი, აღერგოლოგი, ნეფროლოგი, ნევროლოგი, ონკოპედიატრიოლოგი და სხვ.) უზრუნველყოფენ სამედიცინო დახმარებას, მთელ რიგ სხვადასხვა დაწესებულებაში. ამასთან, პედიატრ სუბსპეციალისტთა უმეტესობა თავის პროფესიულ საქმიანობას, სწავლებასა და კვლევას აკადემიურ სამედიცინო ცენტრებში უნდა ეწეოდეს. პედიატრი ვიწროსპეციალისტი პროფესიული მზადებისა და გამოცდილების საფუძველზე დახელოვნებულია იმაში, რომ აღმოუჩინოს სამედიცინო დახმარება, ასწავლოს და ჩაატაროს კვლევა ვიწროპედიატრიულ სპეციალობაში და იყოს კონსულტანტი მძიმე, კომპლექსურ და იშვიათ დაავადებებთან დაკავშირებით. პედიატრ ვიწროსპეციალისტთან პაციენტის მიმართვიანობას პირველადი რგოლის ექიმები, ძირითადად პედიატრები, ოჯახის ექიმები და უფრო იშვიათად კი ვიწროსპეციალისტი პედიატრები უნდა უზრუნველყოფდნენ.

ურბანულ დასახლებათა უმეტესობაში ვიწროსპეციალისტი პედიატრები ზრუნავენ რთული და პროგრესული დაავადების მქონე ბავშვებზე. ვინაიდან სოფლებში შედარებით ნაკლებია პედიატრ ვიწროსპეციალისტთა რიცხვი, ამიტომაც აუცილებელია ზოგად პედიატრებსა და ვიწროსპეციალისტ პედიატრებს შორის სწრაფი და მიმდინარე კავშირის დამყარება ტელემედიცინისა

და ტელეფონის მეშვეობით ან უშუალოდ ადგილობრივ ზრდასრულთა სუბსპეციალისტის მეშვეობით. პედიატრს შეუძლია ქრონიკული დაავადებების მართვა სხვა ვიწრო პეციალისტებთან ერთად, როგორც ხდება მაგალითად ბავშვთა სიმსივნეების მართვის მრავალ პროგრამაში. თუმცა არსებობს რამდენიმე წინააღმდეგობა, რაც ხელს უშლის პედიატრიული სამედიცინო დახმარების თანამშრომლობითი მოდელის დანერგვას. სხვადასხვა კვლევამ გამოავლინა, რომ მშობლები არ არიან დარწმუნებულნი ზოგადი ექიმის კვალიფიკაციაში კომპლექსური, მძიმე და იშვიათი დაავადებების მკურნალობისას. ამასთან, არ არის სრული კონსენსუსი მიღწეული იმის თაობაზე თუ რა ტიპისა და სიმძიმის პრობლემა უნდა გადაიჭრას პირველადი რგოლის პედიატრის და რომელი ვიწროსპეციალისტის მიერ. გარდა ამისა, თუ სუბსპეციალისტი არ არის მონაწილე სახელმწიფო პროგრამებისა, კონსულტაციის ფასი ხშირად მიუწვდომელია მრავალი ოჯახისათვის.

ამასთან, უნდა ითქვას, რომ პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის მიზანს წარმოადგენს ყველა ბავშვი, რომელიც საჭიროებს სპეციალიზებულ სამედიცინო დახმარებას, იყოს უზრუნველყოფილი საუკეთესოდ დახელოვნებული ვიწრო სპეციალისტების მიერ უახლეს ტექნოლოგიებზე დაფუძნებული სრულყოფილი სამედიცინო დახმარებით.

ზოგად პედიატრთა ამჟამად არსებული რიცხვის შემცირება საჭირო არ იქნება. ბოლო 20 წლის განმავლობაში ექიმთა რიცხვის ზრდამ გააუმჯობესა ექიმთა გეოგრაფიული გადანაწილება, მაგრამ ვერ აღმოფხვრა სოფლის რაიონებში არსებული დეფიციტი. მომავალში საჭირო იქნება პედიატრსა და ბავშვთა პოპულაციას შორის არსებული პროპორციის შენარჩუნება. ამასთან, მნიშვნელოვანია ისეთი სტრატეგიების შემუშავება, რომელიც უზრუნველყოფს ცუდად მომსახურებულ რეგიონებში პედიატრის მომსახურე ბავშვებთან თანაფარდობის ოპტიმიზაციას და ეთნიკური უმცირესობის პედიატრთა რიცხვის გაზრდას. დღეისათვის სამედიცინო სკოლის სტუდენტთა შორის ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელთა სიმცირე დამაფიქრებელია, განსაკუთრებით იმიტომ, რომ სამედიცინო მომსახურების შეღწევალობა ეთნიკური უმცირესობის საზოგადოებაში დაბალია. მეტი სამუშაოა საჭირო ეროვნული უმცირესობის რიცხვის გასაზრდელად პედიატრთა სარეზიდენტო მზადების პროგრამებში. ეროვნული უმცირესობის წარმომადგენელთა რიცხვის გაზრდა პედიატრთა შორის გააუმჯობესებს ეროვნული უმცირესობებით კომპაქტურად დასახლებულ რეგიონებში მათ დასაქმებასა და აქედან გამომდინარე სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

არ შეიძლება ხაზი არ გაესვას ერთ გარემოებასაც. პედიატრიულ სფეროში აღინიშნება მდებარეობითი სქესის წარმომადგენლების მკვეთრად გამოხატული სიჭარბე. ამჟამად სამივე წლის პედიატრ-რეზიდენტთა შორის თითქმის ყველა ქალია. ამასთან, ქალი-პედიატრები უფრო მცირე დროს უთმობენ სამუშაოს თავიანთ მამაკაც კოლეგებთან შედარებით, რაც პირველ რიგში იმით

არის განპირობებული, რომ ისინი სამუშაოს და ოჯახურ საქმიანობას ათავსებენ ერთმანეთთან. შედეგად შეიძლება აღინიშნოს სპეციალისტის "პროდუქტიულობის" თანდათანობითი შემცირება.

და ბოლოს, მიუხედავად იმისა, რომ შეინიშნება მცდელობა პედიატრიის დარგის ვიწროსპეციალიზაციისა, ათვითცნობიერებენ რა, რომ ზოგადი პედიატრები ყველაზე უკეთ არიან დახელოვნებული ბავშვთა კონტიგენტისათვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაში, ხოლო ზრდასრულთა ჯანმრთელობა პრაქტიკულად მთლიანადაა დამოკიდებული ბავშვთა ჯანმრთელობაზე. პედიატრის, როგორც ბავშვთა კონტიგენტისათვის სამედიცინო დახმარების როლი კვლავაც უცვლელი რჩება. ამასთან, მათ წარმატებულ საქმიანობას პედიატრიული სამედიცინო დახმარების ყველა რგოლში მტკიცებით მედიცინაზე დაფუძნებული გაიდლაინები, პროტოკოლები, სამედიცინო დახმარების დონის შესაფასებელი მეთოდების იმპლემენტაცია, უწყვეტი სამედიცინო განათლება და პროფესიული განვითარება უზრუნველყოფს.

**II. პედიატრიული განათლება**

ექიმის პროფესია, უმაღლესი სასწავლებლის პირველი კურსიდან დაწყებული და მისი საქმიანობის ბოლო დღით დამთავრებული, არ მოიაზრება განათლების უწყვეტობის გარეშე. საყოველთაოდ აღიარებულ პროფესიულ და ეთიკურ სტანდარტებზე დაფუძნებულ წარმატებულ საექიმო საქმიანობას საფუძვრეობრივი სამედიცინო განათლება განაპირობებს. ამ "პერმანენტული" განათლების პროცესი ექიმ-სპეციალისტისთვის მოიცავს შემდეგ ეტაპებს:

1. **დიპლომამდელ სამედიცინო განათლებას**
  - უმაღლესი სამედიცინო განათლება.
2. **დიპლომის შემდგომ სამედიცინო განათლებას**
  - რეზიდენტურა
  - გადამზადება მომიჯნავე სპეციალობაში
  - სუბსპეციალიზაცია
3. **უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას**
  - უწყვეტი სამედიცინო განათლება
  - უწყვეტი პრაქტიკული საქმიანობა
  - პროფესიული რეაბილიტაცია

ხემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, პედიატრიაში, როგორც ყველა სხვა საექიმო სპეციალობაში, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მოსაპოვებლად მეტად რთული გზაა გასაფლელი. კერძოდ, საჯარო სკოლის დამთავრებისა და ერთიანი ეროვნული გამოცდის ჩაბარების შემდეგ, აუცილებელია 6-წლიანი უმაღლესი სამედიცინო განათლების საფუძველზე დიპლომირებული მედიკოსის აკადემიური ხარისხის მოპოვება, ხოლო რეზიდენტურაში მზადების გასაგრძელებლად კი – ერთიანი უმაღლესი შემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდის ჩაბარება. ამის შემდეგ, კი პედიატრიაში 3-წლიანი სარეზიდენტო აკრედიტებული პროგრამით პროფესიული მზადების დასრულება

და სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდების ჩაბარება, რაც დამოუკიდებელი საქმიანობის უფლების მინიჭებით მთავრდება.

დღეისათვის, მათ შორის საქართველოშიც, უდავო მიღწევად უნდა ჩაითვალოს ის, რომ სამედიცინო განათლება ამჟამად განისაზღვრება როგორც მრავალგანზომილებიანი პროცესი. ნათლად გათვითცნობიერებული აგრეთვე ეფექტური სამედიცინო განათლების საფეხურებრიობა და უწყვეტობა.

ყოველი საგანმანათლებლო პროგრამის ძირითადი მიზანი წინასწარ განსაზღვრულ სასწავლო ამოცანებზე დაფუძნებული კომპეტენციების ათვისება ან განახლებაა, რადგანაც ეს კომპეტენციები პროფესიული საქმიანობის სტანდარტია და აქედან გამომდინარე, წარმატებულ პროგრამად ჩაითვლება მხოლოდ ის, რომელიც უზრუნველყოფს შესაბამისი კომპეტენციების სრულად და ყოველმხრივ ათვისებას. პედიატრიაში მზადების სხვადასხვაობიდან გამომდინარე, იცვლება როგორც სასწავლო მიდგომა და მასალა, ისე მზადების დონე, რაც თავისთავად განსაზღვრავს სასწავლო პროგრამების დიფერენციაციას სამედიცინო სკოლის სტუდენტებისთვის, პედიატრ-რეზიდენტებისთვის და უწყვეტი პროფესიული განვითარებისთვის. ამასთან, გასათვალისწინებელია ისიც, რომ საგანმანათლებლო პროცესმა საფუძვლიან განათლებასთან და წვრთნასთან ერთად, უნდა უზრუნველყოს მომიჯნავე სპეციალობის, სუბსპეციალობის დაუფლების ან სპეციალობის შეცვლის შესაძლებლობა, აგრეთვე კარიერული ზრდა და კომპეტენტური განმანათლებლის ჩამოყალიბებაც.

შედეგზე ორიენტირებული განათლება, გარდა სასწავლო პროგრამებით გათვალისწინებული კომპეტენციების მიღწევისა, რისთვისაც გამოიყენებულია ლექციები, ფორმალური და არაფორმალური სასწავლო სესიები, კლინიკური გამოცდილება, თვითორიენტირებული სწავლება და სხვ., მოიცავს ისეთ აუცილებელ კომპონენტებს, როგორიცაა: შეფასების, მათ შორის ხარისხის შეფასების სისტემების (შიდა და გარე აუდიტის) გამოყენება და უკუკავშირების დამყარება, კომპეტენციების განხორციელების უნარის დადგენა, პროგრამების პერიოდული განახლება და მათი ადაპტაცია და იმპლემენტაცია.

სტუდენტის სწავლების საფუძველი თეორიულ ცოდნასთან ერთად, უნდა იყოს შემთხვევებზე და პრობლემაზე დაფუძნებული განათლება. ამიტომაც, საჭიროა ისეთი კურიკულუმის გამოყენება, რომელიც საშუალებას მისცემს მომავალ პედიატრს გაეცნოს დაავადების ბუნებრივ მიმდინარეობას, შეხება ჰქონდეს რთულ ფსიქო-სოციალურ საკითხებთან. კურიკულუმში უნდა მოიცავდეს წვრთნას ისეთ საკითხებში, როგორცაა ჯგუფის ლიდერობა, კონსულტაციური კავშირები, კლინიკური პრაქტიკა, გადაწყვეტილებების ფაქტებზე დაყრდნობით მიღება, მოქმედება კრიტიკულ მდგომარეობებში, რესურსების, მათ შორის ფინანსურის რაციონალური გამოყენება, საინფორმაციო სისტემების მენეჯმენტი და სხვ. ბავშვთა კონტინ-

გენტის უნიკალობიდან გამომდინარე, საჭიროა პედიატრიული განათლების გაფართოება იმისათვის, რათა პრაქტიკოსმა ექიმმა შეძლოს ამოცნოს და მართოს მთელი რიგი ქცევითი და სოციალური პრობლემები, რომლებიც ბავშვის ნორმალურ ზრდა-განვითარებას აფერხებს. გარდა ამისა, განსაკუთრებული აქცენტი უნდა გაკეთდეს იმ საგანმანათლებლო მიდგომის მნიშვნელობაზე, რომელიც პედიატრ-რეზიდენტს გააცნობიერებინებს განათლების პროცესის უწყვეტობას მთელი საქმიანობის მანძილზე.

დღეისათვის ევროპაში სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესება მიმართულია:

სამედიცინო განათლების შესაბამისობაზე სოციალურ პასუხისმგებლობასთან

(არსი/შედეგი/კომპეტენცია);

სამედიცინო პროგრამებში პრობლემაზე დაფუძნებული სწავლების და მისი მსგავსი მეთოდების დანერგვაზე;

ფუნდამენტური ბიომედიცინისა და კლინიკური დისციპლინების ინტეგრაციაზე;

კვლევასთან ინტეგრირებული კომუნიკაციები-სა და კლინიკური ჩვევების განვითარებაზე;

ფოკუსირებაზე უწყვეტ სამედიცინო განათლებისადმი.

#### დიპლომამდელი სამედიცინო განათლება

პედიატრიაში, როგორც დისციპლინაში, დიპლომამდელი სამედიცინო განათლების მიზანია ასწავლოს სტუდენტს პაციენტისადმი ემპათიით მოპყრობა და გამოუმუშავოს სამედიცინო აზროვნების უნარი. სტუდენტმა უნდა ისწავლოს ანამნეზის შეგროვება, პედიატრიული პაციენტის ფიზიკური გამოკვლევა, ბავშვის ნორმალური ზრდა-განვითარების პროცესი, გარემოს გავლენა ბავშვის ჯანმრთელობასა და მისი შენარჩუნების პრინციპები, აითვისოს პრაქტიკული უნარ-ჩვევები.

რამდენიმე ათწლეულის განმავლობაში სამედიცინო სკოლაში სწავლება ძირითადად ჯერ დიდაქტიკურ ხასიათს ატარებდა და პაციენტთან ნაკლებ კონტაქტს გულისხმობდა, ხოლო შემდგომ თეორიული და კლინიკური განათლების ასპექტების კომბინირებას მოიცავდა. ბოლო დრომდე სასწავლო კურსი პირველი 2 წლის განმავლობაში განკუთვნილი იყო საბაზისო საგნების ათვისებისათვის, რაც კლინიკური მედიცინის სწავლების წინაპირობაც იყო. ამასთან, სწავლების წამყვან ფორმას ლექცია წარმოადგენდა. შემდგომ კურსებზე კი ლექციებს, კლინიკებში (ძირითადად სტაციონარებში) აკადემიური პერსონალის ზედამხედველობით კლინიკური განათლების მიღება ენაცვლებოდა. სამედიცინო სკოლაში პედიატრიული განათლება 6-8 კვირიანი რიტაციით შემოიფარგლებოდა, რომლის განმავლობაშიც სტუდენტი სალექციო კურსთან ერთად მუშაობის გამოცდილებას ძირითადად სტაციონარის პირობებში იძენდა, ხოლო კლინიკური მუშაობის განმტკიცება კი ხდებოდა სპეციფიკური დიდაქტიკური სესიების საშუალებით.

დღეისათვის სამედიცინო სკოლების კურიკულუმებში სალექციო კურსი კვლავაც წამყვანია. თუმცა, ბოლო პერიოდში შემეცნებით, მხოლოდ

ინფორმაციის მიწოდებაზე დამყარებულ, სტუდენტთა პასიური მონაწილეობით დიდაქტიური ტიპის ლექციებს სულ უფრო ენაცვლება ინტერაქტიური სწავლების ფორმები, რაც ხელს უწყობს თეორიული ცოდნის პრაქტიკული განზოგადების უნარის ჩამოყალიბებას. გარდა ამისა, ყურადღებაა გამახვილებული ისეთი კურიკულიმის გამოყენებაზე, რომელიც უპირატესად მოიცავს მიზნებზე დაფუძნებულ სისტემურ, საბაზისო, კლინიკურ და სოციალური დისციპლინების ინტეგრირებულ მოდულებს. კლინიკური საქმიანობის სწავლება ხორციელდება პირველივე კურსებიდანვე სამეცნიერო კონტექსტში აქცენტებით საბაზისო მექანიზმებზე, ეთიკურ მოსაზრებებსა და მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მულტიდისციპლინურ კლინიკურ პრაქტიკაზე, პაციენტის მკურნალობაში სტუდენტის უშუალო მონაწილეობით. სამედიცინო სკოლის ფარგლებში აუცილებელია ზოგადპედაგოგიკულ დეპარტამენტთან ერთად, მონარდთა მედიცინისა და ნეონატოლოგიის დეპარტამენტებში კლინიკური პრაქტიკის მიღება. მნიშვნელოვანია აგრეთვე, არჩევითი (ელექტიური) მოდულების შეთავაზება, როგორც საბაზისო, ასევე კლინიკური დისციპლინებში.

მეტად აქტუალურია შემთხვევაზე დაფუძნებული განათლების უნიკალური მიდგომა, რომელიც საშუალებას აძლევს სტუდენტს საბაზისო და კლინიკური საგნების ცოდნა გამოიყენოს პაციენტის პრობლემების გადასაწყვეტად. კერძოდ, აკადემიური პერსონალის ხელმძღვანელობით მცირე ჯგუფებში დისკუსიები იმართება საიდუსტრაციო შემთხვევის გარშემო. ამასთან, სტუდენტს ეძლევა დამხმარე ლიტერატურა და მასალები, შემთხვევაზე დაფუძნებული ლექციები, დემონსტრაციები და სხვ. დისკუსიაში აქტიური მონაწილეობისთვის. ამ მეთოდით სწავლება მეტად ეფექტური აღმოჩნდა ისეთი ჩვევების გამოსამუშავებლად, როგორცაა ვარაუდის ჩამოყალიბება, დედუქტიური დასაბუთება და სხვა პროფესიონალებთან თანამშრომლობა. მეტად მნიშვნელოვანია საბაზისო და კლინიკური საგნების სასწავლო პროგრამებში კომპიუტერული ტექნოლოგიების გამოყენება, რომელიც დაავადებათა შემთხვევების სიმულირების, მანიპულაციების ჩატარების, სადიაგნოსტიკო ჩვევების ათვისების და სამედიცინო გადაწყვეტილებების მიღებაში წროთობის საშუალებას იძლევა.

ტრადიციულად, სამედიცინო სკოლის სტუდენტებისთვის კლინიკური განათლების მისაღებად უმთავრესი ადგილი საავადმყოფოა. ავადმყოფის საწოლთან ჩატარებული სწავლება არაჩვეულებრივი შესაძლებლობაა კლინიკური დაკვირვებისა და დისკუსიისთვის. გარდა ამისა, სტუდენტებს შესაძლებლობა ეძლევათ ისწავლონ დიაგნოსტიკური და თერაპიული ტექნიკა აკადემიური პერსონალის და რეზიდენტების ზედამხედველობის ქვეშ. თუმცა, დღეისათვის სტაციონარში ძირითადად თავსდება მძიმე პათოლოგიის მქონე პაციენტები, რომელთაც ინტენსიური მკურნალობა და მეთვალყურეობა ესაჭიროებათ, რაც პირველადი სამედიცინო დახმარების, ავადობის ხასიათის შეცვლისა და სამედიცინო ტექნოლოგიებისა და

მკურნალობაში მიღწეული პროგრესის შედეგია. გარდა ამისა, თანხების დაზოგვის მიზნით მცირდება პაციენტის მიერ საავადმყოფოში გატარებული დრო და ჰოსპიტალიზებულ ავადმყოფთა მხოლოდ მცირე ნაწილი რჩება საავადმყოფოში სრულ გაჯანმრთელებამდე, ხოლო დიაგნოსტიკური პროცედურების დიდი ნაწილი და მკურნალობის გაგრძელება, ავადმყოფის შემდგომი მოვლა ძირითადად ამბულატორიულ პირობებში ხორციელდება. აქედან გამომდინარე, სტუდენტს, რომელიც სწავლებას ძირითადად სტაციონარის პირობებში გადის, შეეხება აქვს კომპლექსური დაავადებების შედარებით ვიწრო სპექტრთან, რომლებიც ბავშვთა პოპულაციის მხოლოდ მცირე ნაწილს უვითარდება.

ამიტომაც, ამბულატორიულ გარემოში სწავლება სამედიცინო სკოლის კლინიკური განათლების კურიკულუმის ნაწილი უნდა გახდეს და მას აკადემიური პერსონალი უნდა ახორციელებდეს, რადგან სტუდენტმა უნდა გაითავისოს ბავშვთა ზრდისა და განვითარების თავისებურებები და ამ პროცესების გავლენა ჯანმრთელობასა და დაავადებებზე. ასევე უნდა გააცნობიეროს ბავშვთა კონტინგენტის ჯანმრთელობის პრობლემების უნიკალობა და შეიძინოს მათთვის დამახასიათებელი სამედიცინო პრობლემების მოგვარების გამოცდილება. ტრენინგი საზოგადოებრივ გარემოში, როგორც კლინიკური სამედიცინო განათლების ერთ-ერთი კომპონენტი, პირველადი სამედიცინო დახმარების სპეციალობების მ.შ. პედიატრიისთვის, მეტად წონადი დამატებაა. იმისათვის კი, რომ სტუდენტი არ ჩამორჩეს პირველადი სამედიცინო დახმარების ახალ ტენდენციებს, უფრო მეტი დრო უნდა დაეთმოს პედიატრიული გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პრაქტიკას.

ზემოაღნიშნული მიდგომით, ერთი მხრივ სტუდენტის სწავლებაში გამოყენებულ იქნებიან პაციენტები, რომელთა პრობლემები და დაავადებათა სპექტრიც ბევრად წარმომადგენლობითია და უფრო მეტადაა გავრცელებული ბავშვთა პოპულაციაში, ხოლო მეორე მხრივ სტუდენტს ეძლევა საშუალება გაითავისოს და დააფასოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრინციპები.

დღეისათვის სამედიცინო სკოლების უმეტესობაში პედიატრიულ განათლებაში აქცენტირებულია ისეთ საკითხებზე, როგორცაა:

- ცოდნა**
- ჯანმრთელობაზე ზედამხედველობა
- ზრდა-განვითარება
- პოპულაციური ჯანმრთელობა
- დაავადებათა და დაზიანებათა მკურნალობა და პრევენცია
- სამედიცინო გენეტიკა და განვითარების თანდაყოლილი ანომალიები
- გავრცელებული პედიატრიული პათოლოგიები
- წყალ-ელექტროლიტური ბალანსის მართვა
- პედიატრიული გადაუდებელი მდგომარეობები
- ქცევა
- კვებ;
- მოზარდთა ჯანდაცვისათვის სპეციფიკური პრობლემები



ახალშობილთა ჯანდაცვისათვის სპეციფიკური პრობლემები

მოწამვლების პრევენცია/მკურნალობა  
ძალადობა ბავშვებში  
ბავშვთა უფლებების დაცვა

**ჩვენები (კლინიკური პრობლემების გადაწყვეტა)**

დეტალური ანამნეზის შეკრება პედაგოგიული პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისგან  
კლინიკური დიაგნოსტიკის ტექნიკა  
ახალშობილთა, ბავშვთა და მოზარდთა ფიზიკური გასინჯვა

პრაქტიკული უნარ-ჩვენები  
კრიტიკული აზროვნება  
ინფორმაციის მენეჯმენტი  
კომუნიკაციური უნარ-ჩვენები

ამრიგად, სამედიცინო სკოლის უპირველესი მიზანია საზოგადოების სამსახურში ჩააყენოს კურსდამთავრებული, რომელიც თავისი კომპეტენციის ფარგლებში იქნება მზად ეფექტური, ჰუმანური და ეთიკური სამედიცინო დახმარების მიწოდებაში, მომზადებული დიპლომის შემდგომი განათლებისთვის და მოტივირებული უწყვეტი პროფესიული განვითარებისთვის მთელი თავისი კარიერის განმავლობაში.

**დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლება**

დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლება (პროფესიული მზადება) ქვეყანაში დამკვიდრებული რეზიდენტურის ინსტიტუციის სახით, რომელიც არის მედიცინაში განსწავლის ის საფეხური, რომლის დროსაც სამედიცინო სკოლის კურსდამთავრებული სახელმწიფოს მიერ აკრედიტებული სარეზიდენტო პროგრამის ფარგლებში იქნენ პრაქტიკულ გამოცდილებას არჩეულ სპეციალობაში.

უნდა ითქვას, რომ სამედიცინო სკოლის კურსდამთავრებულის უმაღლეს პროფესიულ განათლებაზე გადასვლა მეტად რთული პროცესია და იგი შესაძლოა მისთვის კომფორტული ანდა საპირისპიროდ, შიშისმომცველი ან დამთრგუნველიც კი იყოს, რაც არამარტო დიპლომამდელი სამედიცინო განათლების ეტაპზე მიღებული ცოდნის, ათვისებული უნარ-ჩვენების და კლინიკური დისციპლინაში გათვითცნობიერებულობის დონეზეა დამოკიდებული, არამედ განათლების თვისობრივად განსხვავებულ ფორმაზე გადასვლით, პაციენტისადმი გაზრდილი პასუხისმგებლობით და მომავალში დამოუკიდებელი გადაწყვეტილებების უცილობელი მიღებით არის განპირობებული.

ევროდირექტივის (2005/36, მუხლი 35) თანახმად სარეზიდენტო პროგრამა ხორციელდება დასწრებული სწავლების სახით, სრული სამუშაო კვირის განმავლობაში, მოიცავს პრაქტიკულ მზადებას, თეორიული სწავლებასა და კვლევითი საქმიანობას კომპეტენტური ხელმძღვანელის მეთვალყურეობით საუნივერსიტეტო კლინიკაში, სასწავლო მოსაპიტალსა და ამბულატორიაში არანაკლებ 3 წელიწადისა.

სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის (WFME) ხარისხის უზრუნველყოფის სტანდარტების მიხედვით კლინიკური მზადების მატერიალური ბაზები მოიცავს საავადმყოფოებს

(პირველადი, მეორეული და მესამეული დონის), ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ და სადიაგნოსტიკო ცენტრებს, ჯანმრთელობის ცენტრებს, რომლებშიც აუცილებელ ეთიკურ და მორალურ გარემოში ხორციელდება ეფექტური სასწავლო, სამეცნიერო და კლინიკური საქმიანობა, შექმნილია სწავლების ადეკვატური პირობები (სასწავლო სივრცე, სალექციო დარბაზი, სასემინარო დარბაზი, ბიბლიოთეკა, ელექტრონული რესურს-ცენტრი და სხვ.), და რომლის მთლიანი შტატის არანაკლებ 70%-ისა აკადემიური პერსონალია.

რეზიდენტურის პროგრამა პედაგოგიაში განაპირობებს რეზიდენტის კარგად ორგანიზებულ პროფესიულ ზრდას, უქმნის მას პროფესიულ გარემოს და უზრუნველყოფს მზადებით, რომელიც ხელს უწყობს სამედიცინო სკოლაში მიღებული ცოდნის ინტეგრირებას პრაქტიკაში და ითვალისწინებს პედაგოგის სხვადასხვა საკითხებში ფართო თეორიული ცოდნის მიღებას, პროფესიული და გადაუდებელი დახმარების გაწვევას და პრაქტიკული უნარ-ჩვენების გამოუმუშავებას, სხვადასხვა მანიპულაციისა და პროცედურების ტექნიკის ათვისებას და საბოლოო ჯამში ისეთი ექიმის მომზადებას, რომელსაც შეეძლება სრულფასოვანი დახმარება გაუწიოს ბავშვთა მოსახლეობას.

რეზიდენტურაში მზადდება ზოგადი პედაგოგი, რომელსაც შეეძლება დამოუკიდებლად მიიღოს გადაწყვეტილება ექსტრემულ სიტუაციაში, გაუწიოს პაციენტს გადაუდებელი დახმარება, აგრეთვე დაადგინოს სწორი დიაგნოზი, შეიმუშაოს ავადმყოფის გამოკვლევისა და მკურნალობის ტაქტიკა, ჩაატაროს პროფილაქტიკური ღონისძიებები და ხანგრძლივი დაკვირვება ავადმყოფზე. იგი უნდა ერკვეოდეს თერაპიულ და ქირურგიულ პათოლოგიებს შორის მომიჯნავე მდგომარეობებში და იმ დაავადებებში, რომლებიც იშვიათია პედაგოგიულ პრაქტიკაში.

რეზიდენტურაში მზადდება საკმაოდ დაძაბული და ხანგრძლივი პროცესია, რის მიმართაც რეზიდენტს მოუხდება ადაპტაცია. მას ხშირად მოუხდება პაციენტის ოჯახის სოციალურ პრობლემებთან შეჯახება. იგი ხშირად მოწმე გახდება მათი ემოციური, საკმაოდ დაძაბული ქცევისა. მისთვის მტიკინეული იქნება მკურნალობის პროცესის ფაქტალური დასასრული. შესაბამისად, იმისათვის რომ რეზიდენტის ქმედება ეფექტური იყოს სხვადასხვა სახის სტრესის ზემოქმედების ქვეშ, იგი მზად უნდა იყოს მაქსიმალურად შეინარჩუნოს ემოციურად სტაბილური მდგომარეობა ნებისმიერ სიტუაციაში.

ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობების მართვა უფრო მეტად ექიმის პრეროგატივაა. ამიტომაც, რეზიდენტს უნდა გააჩნდეს ისეთი თვისებები, როგორცაა გულისხმიერება, ინტეგრაციის უნარი (მან არ უნდა დაუშვას პიროვნული და პროფესიული კოდექსის დარღვევა), სხვათა პატივისცემის უნარი (პაციენტის, მისი ოჯახის წევრების, კოლეგების, ჯანდაცვის მუშაკთა მთელი გუნდისა და სხვ.). მან უნდა გაითავისოს ეთიკის, სოციალურ-ეკონომიკური და სამედიცინო-სამართლებრივ პრობლემათა გაგების, წვდომის თვალ-

საზრისით მუდმივი ზრდის პროცესი. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, რეზიდენტი უნდა იყოს მზად პაციენტის დასახმარებლად ნებისმიერ დროსა და ვითარებაში. დროულად შეასრულოს სამუშაო, არასოდეს დაამახინჯოს პაციენტთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაცია, იყოს ემპათიური და მგრძობობიარე, როგორც პაციენტის, ასევე მისი ოჯახის მოთხოვნათა და სურვილების მიმართ, თანამშრომლობდეს და ფლობდეს კარგ ურთიერთობებს ჯანდაცვის მუშაკებთან.

რეზიდენტს უნდა ჰქონდეს სურვილი და მზაობა მიიღოს და შეასრულოს უშუალო ხელმძღვანელის ყველა მითითება და ინსტრუქცია, გაითვალისწინოს კრიტიკა. რეალურად შეაფასოს საკუთარი ძალები, ნაკლოვანებები და არაადეკვატურობა. მას უნდა ჰქონდეს აგრეთვე მზაობა გარკვეული ცვლილებებისადმი, საკუთარი თავისადმი კრიტიკული მიდგომა და სათანადო დასკვნების გამოტანის უნარი, ავოს პასუხი საკუთარი შეცდომებისა და მარცხის გამო, რაც თავის მხრივ საკუთარი კომპეტენციის სრულყოფისა და პროფესიული ზრდის ერთ-ერთი უმთავრესი მოტივი.

რეზიდენტურაში მზადება წარმოებს პროფესიულ სტანდარტებზე დაფუძნებული, სახელმწიფოს მიერ აკრედიტებული სარეზიდენტო პროგრამით. სპეციალობის პროფესიული სტანდარტი არის პროფესიული ზოგადი ცოდნის, სპეციალობაში უნარ-ჩვევების და უნარ-მოსილების მოცულობა, რომელსაც უნდა ფლობდეს ექიმი-სპეციალისტი.

### პედიატრიისა და პედიატრის განსაზღვრება (დეფინიცია),

**პედიატრია** არის სპეციალობა და მეცნიერების დარგი, რომელიც სწავლობს ბავშვის ფიზიკური, ემოციური და სოციალური ჯანმრთელობის საკითხებს აგრეთვე ბიოლოგიური, სოციალური და გარემოს ფაქტორების ზეგავლენას ბავშვის განვითარებად ორგანიზმზე, დაავადებებისა და ორგანოთა დისფუნქციის ზემოქმედებას ბავშვის განვითარებაზე.

**პედიატრი** მედიცინის დარგის სპეციალისტია, რომელიც უპირველესად ზრუნავს ბავშვის ჯანმრთელობაზე, კეთილდღეობასა და პარმონიულ განვითარებაზე.

**პედიატრიული სამსახური** მოიცავს დაბადებიდან 18 წლის ასაკამდე მოსახლეობის საკონსულტაციო, ამბულატორიულ, გადაუდებელ და სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებას.

### პედიატრიის, როგორც სპეციალობის პროფესიული სტანდარტი მოიცავს:

პედიატრის ზოგადი ცოდნის აღწერილობას (რა უნდა იცოდეს)

პედიატრის ზოგადი უნარ-ჩვევების აღწერილობას (რა უნდა შეეძლოს)

ჯანმრთელი ბავშვის ზრდა-განვითარების შეფასების კრიტერიუმებს, რომელიც უნდა იცოდეს პედიატრმა

დაავადებებისა და პათოლოგიური მდგომარეობების ჩამონათვალს, რომელთა კლინიკა, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და პრევენცია უნდა შეეძლოს პედიატრს

გადაუდებელი მდგომარეობების ჩამონათვალს, რომელთა პრევენცია, პირველადი დახმარება და მკურნალობა უნდა შეეძლოს პედიატრს

ვიწროსპეციალობებში ზოგადი პედიატრის კომპეტენციის ფარგლებს

ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩამონათვალს, რომლის ინტერპრეტაცია უნდა შეეძლოს პედიატრს

პრაქტიკული უნარ-ჩვევების, მანიპულაცია/პროცედურების და სამედიცინო დახმარების სხვა მე-

თოდების ჩამონათვალს, რომელსაც უნდა ფლობდეს პედიატრი.

**პედიატრმა უნდა შეძლოს** განსაზღვროს ბავშვის ჯანმრთელობის და განვითარების სტატუსი,

გაატაროს პრევენციული ღონისძიებები, მართოს დაავადებები და პათოლოგიური მდგომარეობები.

იმოღვაწეოს როგორც კონსულტანტმა, რადგან ბავშვის კეთილდღეობა დიდწილადაა დამოკიდებული ოჯახსა და საცხოვრებელ პირობებზე.

პედიატრმა მხარი უნდა დაუჭიროს ბავშვის გარშემო აღმზრდელობითი გარემოს შექმნას, რაც მოიცავს საგანმანათლებლო მუშაობას ცხოვრების

ჯანსაღი წესის დასამკვიდრებლად და გარკვეულ სახელმძღვანელო მითითებებს პაციენტისა და მშობლისთვის.

პედიატრი მონაწილეობას ღებულობს საზოგადოებრივ ცხოვრებაში. იგი ჭრის პრობლემებს და ახდენს იმ პრობლემათა პროფილაქტიკას, რომელსაც ადგილი აქვს ბავშვთა

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ბავშვი ზრდასრულისგან განსხვავდება ანატომიით, ფი-

ზიოლოგიით, იმუნოლოგიით, ფსიქოლოგიით, ზრდა-განვითარების უნარით, მეტაბოლური თავი-

სებურებებით და სხვ. პედიატრი მუდმივად უნდა ითვალისწინებდეს აღნიშნულ განსხვავებას, აგრეთვე პაციენტის ფუნქციური სტატუსის ცვლას

ზრდასთან დაკავშირებით. აღნიშნულის მისაღწევად იგი უნდა იყოს მეტად კვალიფიციური, დაინ-

ტერესებული და მიზანსწრაფული. მაღალი კომპეტენტურობის მისაღწევად აუცილებელია მუდ-

მივი ტრენინგი და უწყვეტი განათლება, გამოცდილების დაგროვება. პედიატრი უნდა იყოს ჯანსა-

ღი ეთიკური საფუძვლების დემონსტრატორი და ასრულებდეს ეტალონის როლს საზოგადოებაში.

პედიატრიული სამომავლო განათლების (FOPE) ჯგუფის კვლევები, პედიატრიულ ორგანიზაციათა

ფედერაციის (FOP0) მოხსენებები, ამერიკის პედი-

ატრიული რეზიდენტურის გადახვევის კომიტეტის (ლფ), ამერიკის პედიატრთა საბჭოს (ABP),

ამერიკის პედიატრთა აკადემიის რეზიდენტურის ჯგუფის (AAP-RS) და ამბულატორიული პედიატ-

რიის ასოციაციის (APA) საგანმანათლებლო გა-

იდლაინები და რეკომენდაციები, ევროპის პედიატ-

რიული საბჭოს (EBP) პედიატრიაში ტრენინგის პროგრამა ხაზს უსვამს სარეზიდენტო განათლე-

ბის მიზანს ზოგადი პედიატრის მომზადებაში.

პედიატრიის სარეზიდენტო პროგრამის მთავარი მიზანია კომპეტენტური ზოგადი პედიატრის

მომზადება ანუ ცოდნის, ჩვევების, გამოცდილების და მიდგომების გამოუმუშავება, რომელიც საჭიროა პედიატრისთვის მრავალფეროვანი როლის შესასრულებლად. პედიატრს უნდა შეეძლოს აღმოუჩინოს სრულყოფილი, კოორდინირებული სამედიცი-

ნო დახმარება პედიატრიული პაციენტების ფართო სპექტრს. სარეზიდენტო პროგრამამ უზრუნველყოს იმ ფუნდამენტური ცოდნის ჩამოყალიბება, რაც ამ სფეროს განსაზღვრავს და რაც საჭიროა ბავშვთა ჯანდაცვის მოთხოვნილებათა დასაკმაყოფილებლად.

FOPE-ის მოხსენება განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებდა პედიატრთა მზადებაში შესატან ცვლილებებს. მათ შორის: რეზიდენტთა ამბულატორიულ პირობებში მზადების დროის გაზრდის საჭიროებას, აგრეთვე ქცევისა და განვითარების, მოზარდთა მედიცინაში დახელოვნების გაძლიერებას და პედიატრიული სამსახურის სხვა სპეციალისტ-პროფესიონალების საშუალებით უნარჩვევების გამომუშავებას. RRC-ს მოთხოვნები და APA-ს საგანმანათლებლო გაიდლაინები რეზიდენტის მოსამზადებლად ზოგად პედიატრიაში არის ის, რითაც პედიატრიული რეზიდენტურის პროგრამის დირექტორები ხელმძღვანელობენ სასწავლო პროგრამის შედგენისას.

APA-ს საგანმანათლებლო გაიდლაინები რეზიდენტების მოსამზადებლად ზოგად პედიატრიაში 1996 წელს დასრულდა. მისი მიზანი იყო დახმარებოდა პროგრამებს გაუმჯობესებინათ რეზიდენტთა მომზადების გზები. ამ გაიდლაინებში განსაზღვრულია საგანმანათლებლო მიზნები პედიატრიული რეზიდენტურის პროგრამისათვის და შემოთავაზებულია რეკომენდაციები, თუ როგორ უნდა იქნას გამოყენებული ეს მიზნები საგანმანათლებლო პროგრამის დაგეგმვისა და წარმართვისას.

მართალია, სარეზიდენტო განათლების მიზანი არ შეცვლილა, თუმცა დახელოვნების მეთოდოლოგია და ტექნოლოგია დროთა განმავლობაში დაინვეწა. ამიტომაც RRC-ის მოთხოვნები გადაიხედა 2002 წელს და მასში დეტალურად განისაზღვრა რეზიდენტის მზადების პროგრამის მოცულობა და კლინიკური ჩვევები, როგორც ზოგადი პედიატრებისათვის, ისე ვიწრო სპეციალისტებისთვის.

ბოლო დროს ACGME-მ ჩამოაყალიბა მთელი რიგი ზოგადი კომპეტენციები და დააკონკრეტა, რომ რეზიდენტურადამთავრებული პირი კომპეტენტური უნდა იყოს პაციენტთა მოვლის, კლინიკური მეცნიერების, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის და ხარისხის გაუმჯობესების, თანამშრომლებთან ურთიერთობის, პროფესიონალიზმისა და სისტემაზე დაფუძნებული პრაქტიკის სფეროში.

**პედიატრიული რეზიდენტურის ფუნდამენტურ კომპონენტებად კვლავაც რჩება:**

- სტაციონარული პრაქტიკა
- ამბულატორიული პრაქტიკა
- ახალშობილის მოვლა და გადაუდებელი დახმარება
- ქცევისა და განვითარების პედიატრია
- მოზარდთა მედიცინა
- გადაუდებელი მედიცინა და ინტენსიური თერაპია
- როტაციები ვიწრო სპეციალობებში
- კლინიკური ფარმაკოლოგია
- საზოგადოებრივი პედიატრია და ქრონიკული დაავადებების მართვის პრაქტიკა
- ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და სამედიცინო ეთიკა

არჩევითი პრაქტიკა

**რეზიდენტურის პროგრამამ განსაკუთრებით უნდა უზრუნველყოს ის, რომ რეზიდენტმა:**

შეძლოს ეფექტური და ადეკვატური სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა

ფლობდეს ცოდნას განვითარებად ბიოსამედიცინო და კლინიკურ მეცნიერებაში და იყენებდეს ამ ცოდნას პრაქტიკაში

ქონდეს უნარი გამოიკვლიოს, შეაფასოს და გააუმჯობესოს პაციენტის სამედიცინო დახმარება

შეძლოს შესაფერისი ურთიერთობა დაამყაროს სხვა პროფესიონალებთან და ეფექტურად იურთიერთოს პაციენტთან, მის მშობლებთან და ოჯახთან გამოავლინოს პროფესიონალიზმის ფუნდამენტური თვისებები გააცნობიეროს, რომ სამედიცინო დახმარების მიწოდება ხდება დიდი სისტემის კონტექსტში და ეფექტურად მოიხმაროს რესურსები პაციენტისთვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას.

RRC, ABP და AAP-RS მიიხნევენ, რომ პედიატრიაში რეზიდენტურის ხანგრძლივობა 36 თვე უნდა იყოს. 3-წლიანი პრაქტიკა საკმარისად არის მიჩნეული იმისათვის, რომ რეზიდენტი კარგად გაეცნოს ბავშვთა ჯანდაცვის თავისებურებებს და მიიღოს სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობების მართვის გამოცდილება. სასწავლო დროის დანაწილება ითვალისწინებს პედიატრიის ბიოსამედიცინო და ბიოფსიქოსოციალური ასპექტებს, ახალშობილის, ბავშვის და მოზარდის ჯანდაცვის მოთხოვნილებებს. განათლების პროცესი საკმარისად ლიბერალური უნდა იყოს, რათა რეზიდენტმა ინდივიდუალურად შეძლოს საწყის კომპეტენციათა ფართო სპექტრის შეთავსება მის საბოლოო საკარიერო მიზანთან. ამასთან, რეზიდენტს უნდა მიეცეს დამოუკიდებელი საქმიანობის თანადათანობითი გაფართოების საშუალება უნარ-ჩვევების ათვისების და სამედიცინო აზროვნების მომწიფების პარალელურად.

სამედიცინო და ფსიქოსოციალურ მეცნიერებაში მიმდინარე წინსვლის გამო ზოგი ავტორი თვლის, რომ პოსტდოქტორული სამედიცინო განათლების ხანგრძლივობა პედიატრიაში უნდა გაიზარდოს. ისინი, ვინც პროგრამის ხანგრძლივობის გაზრდას ეწინააღმდეგება ძირითად მიზეზად მიიჩნევენ მზადების საფასურის თანმხლებ გაზრდას და ნაკლები სტუდენტის დაინტერესებას პედიატრიის პროგრამით, ვინაიდან სხვა თერაპიული სახის სპეციალობებში მზადებას ძირითადად 3 წელიწადი ჭირდება. ამჟამად არ არის დასაბუთებული მონაცემები პედიატრიული პროგრამის ხანგრძლივობის შეცვლისა.

სწორედ ზემოაღნიშნულ პოსტულატებზე დაფუძნებული ქვეყანაში დღეისათვის მოქმედი, პროფესიულ სტანდარტზე დაფუძნებული პედიატრიის 3-წლიანი სარეზიდენტო პროგრამა, რომელიც შედგება მოდულებისგან და მოიცავს:

- რეზიდენტის დაბალანსებულ მზადებას ამბულატორიის და სტაციონარის პირობებში – 8 თვე, აგრეთვე ახალშობილის მოვლის და მართვის (2 თვე), განვითარებისა და ქცევის პედიატრიის (2 თვე), მოზარდთა მედიცინის (2 თვე), ბავშვთა გა-

დაუდებელი დახმარების, რეანიმაციისა და ინტენსიური თერაპიის (4 თვე) მოდულებს

პედიატრიული სამსახურის სხვა სპეციალისტ-პროფესიონალების საშუალებით პრაქტიკული უნარ-ჩვევების ასათვისებელ ორ-ორ კვირიან მოდულებს - ბავშვთა და მოზარდთა სტომატოლოგია, ოფთალმოლოგიური უნარ-ჩვევები პედიატრიაში, ოტოლარინგოლოგიური უნარ-ჩვევები პედიატრიაში, პედიატრიული უნარ-ჩვევები პირველად ჯანდაცვაში

ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის სამართლებრივი და ეთიკური საფუძვლების, ფუნდამენტური მედიცინის თანამედროვე ასპექტების, მტკიცებითი მედიცინისა და სამედიცინო სტატისტიკის საფუძვლების, ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და ეპიდემიოლოგიის ორ-ორ კვირიან მოდულებს

თითოთვიან როტაციებს ვიწროპედიატრიულ სპეციალობებში - ბავშვთა პულმონოლოგია, ბავშვთა ნეფროლოგია, ბავშვთა გასტროენტეროლოგია, ბავშვთა კარდიორეჟმატოლოგია, ბავშვთა ინფექციური დაავადებები, ბავშვთა ნევროლოგია, ბავშვთა ონკოპათოლოგია, ბავშვთა ენდოკრინოლოგია, ბავშვთა ქირურგია

თითოთვიან არჩევით მოდულებს - ბავშვთა დერმატოლოგია, ბავშვთა ფსიქიატრია, ბავშვთა ფთიზიატრია, სამედიცინო რადიოლოგია, კლინიკური პათოლოგია პედიატრიაში.

თითოეულ მოდულში გაწერილია მზადების მიზანი, ასათვისებელი საკითხებისა და უნარ-ჩვევების ჩამონათვალი, მზადების ფორმები, მეთოდები და ხანგრძლივობა, მოსალოდნელი შედეგი და შეფასების კრიტერიუმები. პროგრამაში ასახულია ასევე მზადების ორგანიზაციული და მეთოდური უზრუნველყოფის საკითხები.

პედიატრიის პროფესიული სტანდარტები და სახელმწიფო სარეზიდენტო პროგრამა “პედიატრია” შესაძლებელია დაწვრილებით იხილოთ საქართველოს საკანონმდებლო მაცნეში (№116, 16.08.3007) შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 15 აგვისტოს №136/ნ ბრძანების “სარეზიდენტო პროგრამების დამტკიცების შესახებ” სახით.

რეზიდენტების, მათ შორის პედიატრთა კლინიკური მზადება ქვეყანაში დღეისთვის ხორციელდება უმაღლეს სამედიცინო დაწესებულებას დაქვემდებარებულ საუნივერსიტეტო კლინიკებში და უმაღლეს სასწავლებელთან ხელშეკრულებით აფილირებულ სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც საექიმო საქმიანობის პარალელურად ხორციელდება სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამები.

I წლის ბოლოს პედიატრ-რეზიდენტს დამოუკიდებლად უნდა შეეძლოს ჯანმრთელ ბავშვზე დისპანსერული მეთვალყურეობა, პროფილაქტიკური გასინჯვები. სწავლების II წელიწადს რეზიდენტი განაგრძობს პრაქტიკულ საქმიანობას, მაგრამ იზრდება მისი კლინიკური დატვირთვა. II წლის ბოლოს რეზიდენტს დამოუკიდებლად უნდა შეეძლოს ჯანმრთელ ახალშობილის პატრონაჟი, ჯანმრთელ ბავშვზე დისპანსერული მეთვალყურეობა, პროფილაქტიკური გასინჯვები, მსუბუქად მიმდინარე დაავადებების მკურნალობა და

პირველადი დახმარება კრიტიკულ სიტუაციებში. სწავლების III წელიწადს რეზიდენტი განაგრძობს კლინიკური გამოცდილების გაღრმავებას ვიწროპედიატრიულ სპეციალობებში და სრულყოფს დამოუკიდებელ საექიმო საქმიანობას. III წლის ბოლოს რეზიდენტი მზად უნდა იყოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობისათვის და უნდა შეძლოს:

● **თანაგრძნობაზე დაფუძნებული პოზიციის გამოხატვა** – ბავშვის, მოზარდის და მათი ოჯახების მოთხოვნილებების სპეციფიკური ასპექტების გაანალიზება, პასუხისმგებლობასა და ნდობაზე დამყარებული ურთიერთობის ჩამოყალიბება და შენარჩუნება ნაციონალობისა და კონფიდენციალობის გათვალისწინებით.

● **ბავშვების, მოზარდებისა და მათი ოჯახების ნდობის მოპოვება** – ბავშვისთვის გასაგები ენით საუბარი, მხარდაჭერის და მოსმენის უნარი, მღელვარებაზე, მოლოდინზე, გულგატეხილობასა და რწმენის დაკარგვაზე ადეკვატური რეაგირება.

● **ღიალოგის წარმართვა სპეციფიკურ სიტუაციებში** – მალფორმაციების, უნარშეზღუდულობის, ემოციური და მენტალური პრობლემების, განუკურნებელი დაავადებების, სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობების და ავადმყოფობის ტერმინალური სტადიის შემთხვევებში.

● **სხვათა კულტურის პატივისცემა** – განსხვავებული სოციალური და ეთიკური წარმოშობის პაციენტებთან არადისკრიმინაციული პოზიციის წარმოჩენა.

● **ბავშვთა და მოზარდთა უფლებების დაცვა** – სამედიცინო და მასთან დაკავშირებული კანონმდებლობის საფუძვლების და რეგულაციების ცოდნა.

● **ეთიკური პრინციპების და თავაზიანი ურთიერთობის წესების დაცვა** - კრიტიკისთვის თავის არიდება თუ კრიტიკის ობიექტი არ ესწრება საუბარს, რჩევის და დახმარების ძიება, შეცდომის შემთხვევაში სიმართლის მიმდებლობა.

● **სრულფასოვანი კომუნიკაცია** – კოოპერაციული ურთიერთობის დამყარება კოლეგებთან და არასამედიცინო პერსონალთან სერიოზული პრობლემების და არაადეკვატური ქცევის შემთხვევებში, სამედიცინო ჩანაწერების გასაგებად წარმოება, არსებული სამედიცინო პრობლემების ნათლად გადმოცემა, ინტერვიუს და პროფესიული პრეზენტაციების სახით ობიექტური ინფორმაციის მიწოდება.

● **ხარჯეფექტური სამედიცინო მომსახურეობა** – პრობლემების გადაჭრა არსებული რესურსების ფარგლებში, არააუცილებელი გამოკვლევებისა და ჰოსპიტალიზაციის თავიდან აცილება.

სარეზიდენტო პროგრამის განხორციელებაში მეტად მნიშვნელოვანია პროგრამის დირექტორის როლი. გარდა იმისა, რომ იგი სარეზიდენტო პროგრამის შემუშავების მონაწილეა, მან უნდა იმუშაოს პროგრამის განმახორციელებლებთან, რათა მათ უზრუნველყონ ხარისხიანი და ადეკვატური მზადება ცალკეული მოდულების შესაბამისად. პროგრამის დირექტორმა უნდა დაადასტუროს, რომ ნებისმიერი პირი, რომელმაც მზადება გაიარა მისი მეთვალყურეობის ქვეშ, მზად არის ზო-

გად პედიატრად დამოუკიდებელი მუშაობისათვის. გარდა პროფესიული კომპეტენციისა პროგრამის დირექტორმა უნდა შეაფასოს რეზიდენტი პაციენტებთან, მათ ოჯახებთან, კოლეგებთან ურთიერთობის სფეროში, მისი პიროვნული თვისებები, ეთიკური და მორალური ქცევები.

ამგვარად, რეზიდენტურის პროგრამა უზრუნველყოფს იმ ჩვევების, ცოდნისა და დამოკიდებულებების გამოქვეყნებას, რომელიც საჭიროა ზოგად პედიატრიაში მყარად დასამკვიდრებლად. მნიშვნელოვანია პედიატრის ყურადღების გამახვილება იმაზე, რომ სამედიცინო განათლება უწყვეტი პროცესია, რომელიც დაეხმარება მას განათლების გაგრძელებაში, ახალი კომპეტენციების მიღებასა და დასაქმების გაფართოებაში, რაც თავის მხრივ ზრდის კარიერულ პერსპექტივებსა და არჩევანის შესაძლებლობებსაც.

პედიატრთა მაღალი კვალიფიკაცია ძალიან მნიშვნელოვანია, ამიტომაც საჭიროა სარეზიდენტო პროგრამების კურსდამთავრებულთა სასერტიფიკაციო გამოცდების ხელმძღვანელი მონიტორირება. ის სარეზიდენტო დაწესებულება, რომლის კურსდამთავრებულთა დიდი პროცენტი სასერტიფიკაციო გამოცდაზე ცუდ შედეგებს აჩვენებს, უნდა დაექვემდებაროს ხელახალ აკრედიტაციას.

რეზიდენტურის სრული კურსის წარმატებით დამთავრების შემდეგ რეზიდენტი იღებს სახელმწიფო მოწმობას, ხოლო დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მოსაპოვებლად აბარებს სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდას.

რეზიდენტურაში მომზადებულ პედიატრს სერტიფიკირების შემდეგ უფლება აქვს იმუშაოს პედიატრად ყველა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში, მიუხედავად მისი იურიდიული კუთვნილებისა. გარდა ამისა, რეზიდენტურის პროგრამით გათვალისწინებული სწავლება ქმნის საფუძველს შემდგომი სპეციალიზაციისა პედიატრულ ვიწროსპეციალობებში.

**განათლება ვიწროპედიატრულ სპეციალობებში**

აკადემიურ სამედიცინო ცენტრებში არსებობს მოთხოვნილება დახელოვნებულ კლინიცისტებზე, პედაგოგებზე და პროდუქტიულ მკვლევარებზე. პედიატრულ ორგანიზაციათა ფედერაციის კონცეფციით ზოგად პედიატრიაში რეზიდენტურის შემდგომი მინიმუმ 2-წლიანი მზადების მთავარი მიზანია სპეციალისტ პედიატრთა ჩამოყალიბება, რომლებიც შეძლებენ სამედიცინო დახმარების აღმოჩენას პედიატრიის ვიწრო სპეციალობათა (ბავშვთა ალერგოლოგია-იმუნოლოგია, ბავშვთა გასტროენტეროლოგია, ბავშვთა ნევროლოგია, ბავშვთა ენდოკრინოლოგია, ბავშვთა კარდიოლოგია-რევმატოლოგია, ბავშვთა ინფექციური სნეულებები, ბავშვთა ნეფროლოგია ბავშვთა პულმონოლოგია, ბავშვთა კრიტიკული მედიცინა, ბავშვთა პემატოლოგია, ნეონატოლოგია, სამედიცინო გენეტიკა, ბავშვთა ფსიქიატრია და სხვ.) ფარგლებში, ვინაიდან ვერცერთი ზოგადი პედიატრი ვერ იქნება აღჭურვილი უახლესი ინფორმაციით ამ სპეციალისტთა კომპეტენციაში შემავალი დავადებების მთელი სპექტრის შესახებ. დამატები-

თი დახელოვნება აუცილებელია იმ ჩვევებისა და ცოდნის შესაძენად, რაც საჭიროა არცთუ იშვიათი დაავადების მქონე პაციენტებისათვის სრულყოფილი სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად და მაღალი ხარისხის კვლევების საწარმოებლად.

ვიწროპედიატრულ სპეციალისტთა ჩამოყალიბება მაღალი რესურსის მქონე ცენტრებში ხორციელდება და ადეკვატური რაოდენობის პაციენტებთან ურთიერთობასთან ერთად, მოიცავს თეორიის სწავლებასა და კვლევას, რათა მათ ჩამოყალიბდეს კოგნიტიური და ტექნიკური ჩვევების სრული სპექტრი, მძიმე, მათ შორის იშვიათ დაავადებათა მართვის მაღალი ხარისხის კომპეტენცია, დამოუკიდებელი კვლევისა და ახალი პროფესიონალების აღზრდის უნარი.

**უწყვეტი სამედიცინო განათლება/პროფესიული განვითარება.**

უწყვეტი სამედიცინო განათლების/პროფესიული განვითარების (უსვ/უპვ) საფეხური ერთმნიშვნელოვნად განიხილება, როგორც დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების მომდევნო პერიოდი და გრძელდება დამოუკიდებელი პროფესიული საექიმო საქმიანობის პარალელურად, როგორც მისი განუყოფელი ნაწილი. ექიმის უწყვეტი პროფესიული განვითარების მიზანია თანამედროვე მედიცინის მიღწევებთან და ტექნოლოგიებთან თეორიული ცოდნისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების შესაბამისობის უზრუნველყოფა, რაც წარმატებული საექიმო საქმიანობის უმნიშვნელოვანესი წინაპირობაა.

სამედიცინო პრაქტიკაში ყოველწლიურად იხერხება უამრავი ახალი სადიაგნოზო, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო, პრევენციული მეთოდი და ექიმისთვის დამოუკიდებლად, სხვისი დახმარების გარეშე ამ სიახლეების ათვისება შეუძლებელია. ამასთან, ნებისმიერი ექიმისთვის, როგორც კი ის წყვეტს პროფესიული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების სრულყოფაზე ზრუნვას, მაშინვე იწყება „პროფესიული დაღმასვლის“ პროცესი, რადგან ექიმის მიერ ადრე შეძენილი ცოდნა და უნარები „ცვეთადია“ და მუდმივ განახლებას საჭიროებს. ამიტომაც, რომ კლინიცისტებს ესაჭიროებათ სწავლა „მთელი ცხოვრების მანძილზე“.

ევროპის სპეციალისტ-მედიკოსთა კავშირი (UEMS), რომელიც ითვლება ევროპაში უწყვეტი პროფესიული განათლების მარეგულირებელ სტრუქტურად, თავის ქარტიაში ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ „უწყვეტი სამედიცინო განათლება ექიმის მორალური და ეთიკური ვალდებულებაა“. ბერლინის დეკლარაციაში (2003წ.) კი „მინისტრები ხაზს უსვამენ განათლების მნიშვნელობას მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლის უზრუნველსაყოფად. ისინი დებულობენ სათანადო ზომებს, რათა შეასწორონ თავისი ეროვნული პოლიტიკა აღნიშნული მიზნის რეალიზებისთვის და დაარწმუნონ უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებები და ყველა დაინტერესებული პირი გაზარდონ შესაძლებლობები, რათა უმაღლესი განათლების დონეზე უზრუნველყონ სწავლა მთელი სიცოცხლის განმავლობაში, წინა განათლების ადიარების ჩათვლით, და, რომ ამგვარი

მოქმედება უნდა იყოს უმაღლესი განათლების შემადგენელი ნაწილი“. „ბაზელის დეკლარაციის“ (2001წ.) მიხედვით „უწყვეტი პროფესიული განვითარება (უპკ) არის საგანმანათლებლო მეთოდი, რომელიც აკვებს, ავითარებს და აძლიერებს ექიმის უნარს მიუსადაგოს ცოდნა, ჩვევები და დამოკიდებულება მის ყოველდღიურ პროფესიულ საქმიანობას და აუმჯობესებს პრაქტიკოსი ექიმის საქმიანობის ყველა ასპექტს“.

ექიმ სპეციალისტთა ევროპულმა კავშირმა (UEMS) ჩამოაყალიბა უსგ-ს ევროპული სააკრედიტაციო საბჭო, რომლის მიზანია ევროპაში კოორდინირებული სისტემის შექმნა, რომელიც ხელს შეუწყობს ამ საქმიანობის განხორციელებას და ამავ დროს არ ხელყოფს ნაციონალური სისტემების პასუხისმგებლობას, ქვეყნებში სადაც ასეთი არსებობს. დღეისათვის ნაციონალური სისტემების ჩამოყალიბებას დიდი ყურადღება ეთმობა. ამ უკანასკნელისათვის კი აუცილებელია შესაბამისი გარემოს, სისტემის არსებობა, რომლის ჩამოყალიბებასა და განვითარებაში უნდა მონაწილეობდნენ პრაქტიკოსი ექიმები, მათი პროფესიული გაერთიანებები, სამკურნალო, სამედიცინო-საგანმანათლებლო და სამეცნიერო დაწესებულებები, ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივი და ცენტრალური ორგანოები, სხვა სახელმწიფო სტრუქტურები. UEMS-ის ძირითადი საზრუნავია აგრეთვე უსგ/უპკ საქმიანობის სტრუქტურირება და აკრედიტაციის ხელშეწყობა, შესაფერისი რაოდენობის კრედიტების (კრედიტსაათების) მინიჭება კონკრეტული ექიმ-სპეციალისტებისთვის მთელს ევროპაში.

ექიმის უწყვეტი სამედიცინო განათლების და რესერტიფიცირების პროცესში მონაწილეობა სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულად რეგულირდება – იგი ნებაყოფლობითია ან სავალდებულო. იმ ქვეყნებში, სადაც უწყვეტი სამედიცინო განათლება და რესერტიფიცირება სავალდებულო არ არის, ამოქმედებულია უწყვეტი სამედიცინო განათლების მძლავრი სტიმულები, რომლებიც მეტად მიმზიდველს და აუცილებელსაც კი ხდის ექიმისთვის თავისი ცოდნის მუდმივ განახლებას. მაგალითისთვის, ასეთი სტიმულებია: კარიერული ზრდის გარანტია, ხელფასის მატება, პრემირება, სადაზღვევო კომპანიებთან კონტრაქტის აუცილებელი პირობა და სხვა მრავალი პრივილეგია. მოყვანილი მაგალითები ცხადყოფს, რომ მიუხედავად იმისა, სავალდებულოა თუ არა, უწყვეტი სამედიცინო განათლება ექიმს უნდა გააჩნდეს თავისი ცოდნის მუდმივი განახლების ძლიერი მოტივაცია, რაც მიიღწევა უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამების მაღალი ხარისხით და პრაქტიკული ღირებულებით.

მნიშვნელოვანია, რომ ზრდასრულთა სწავლების პროცესი დღესაც კვლევის საგანია, რომლითაც დგინდება ეფექტური მეთოდოლოგია და ღრმავლება ცოდნა ზრდასრული ადამიანების ზოგადად, ხოლო კონკრეტულად ექიმთა ათვისების უნარის შესახებ.

ამრიგად, უწყვეტი პროფესიული განვითარების უპირველესი შედეგია იმისი უზრუნველყოფა, რომ ყოველმა ექიმმა შეინარჩუნოს და განავითაროს

თავისი პროფესიული საქმიანობის დონე, რაც გულისხმობს, როგორც პროფესიული სტანდარტების უსაფრთხო გამოყენებას, ასევე სწრაფვას უმაღლესი ხარისხის სტანდარტების შესწავლა-გამოყენებისაკენ.

უწყვეტი სამედიცინო განათლებას მრავალი ძლიერი მხარე აქვს, მაგრამ ის სიახლეების შეტანასა და გაუმჯობესებას საჭიროებს, რათა დააკმაყოფილოს პედიატრიული სამსახურის მოთხოვნილებები. პედიატრთათვის განკუთვნილმა უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებმა უნდა უზრუნველყოს მნიშვნელოვანი სიახლეების ადვილი და სწრაფი ხელმისაწვდომობა და პედიატრიული პრობლემების მართვის ათვისება ფაქტებზე დაფუძნებული მედიცინის კონტექსტში.

ისევე როგორც ბავშვთა მოთხოვნილებებს საუკეთესოდ აკმაყოფილებს ის ინსტიტუცია, რომელიც ინდივიდუალურ, კოორდინირებულ და მუდმივ სამედიცინო დახმარებას უწევს ბავშვს, ასევე დააკმაყოფილებს თითოეული პედიატრის ცოდნაზე და პროფესიულ განვითარებაზე არსებულ მოთხოვნილებებს მაგალითად, საქართველოს პედიატრთა აკადემია, სადაც ინდივიდუალურად შეფასდება პრაქტიკოსი ექიმის მოთხოვნილებები, გაადვილდება ხელმისაწვდომობა უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებზე და გაეწევა დახმარება პედიატრს მისთვის პროფესიული განვითარების ინდივიდუალური გეგმისა და ახალი საგანმანათლებლო სტრატეგიების შემუშავებაში, რადგან ერთი მნიშვნელოვანი პრინციპი, რაც უწყვეტი სამედიცინო განათლების ანალიზის შედეგად გამოვლინდა არის ის, რომ თვითმართვადი სწავლა უფრო ეფექტურია, ვიდრე გარეგან დავალებული. რაც შეეხება უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამების განხორციელებას, ამ მიმართულებით წამყვანი როლის შესრულება უნდა გააგრძელონ პედიატრთა აკადემიურმა პერსონალმა, პედიატრთა პროფესიულმა ასოციაციებმა და მსხვილმა პედიატრიულმა დაწესებულებებმა.

ამჟამად არსებობს უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიწოდების ფართო სპექტრი. კერძოდ, ისეთი ტრადიციულ მეთოდები, როგორცაა ლექციები, სემინარები, პრაქტიკული მეცადინეოები, სამედიცინო ჟურნალების, სხვა ბეჭდვითი და აუდიო-ვიზუალური მასალების გამოყენება, ავადმყოფის გარეგან და სხვა, რომლებიც მომავალშიც იქნება ხმარებაში. თუმცა, დღეისათვის უკვე გამოიყენება ისეთი მეთოდებიც, რომლებიც ახალ ტექნოლოგიებს ეფუძნება და უფრო შორს მიმავალია, ვიდრე კლასიკური ლექციის ან სემინარის ფორმატი.

დღეისათვის უზარმაზარი ინფორმაცია და გამოცდილება შეიძლება იქნას ჩართული ინტერაქტიულ სწავლებაში, რითაც ხდება კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღების პროცესის გათავისება და სწავლება უფრო უახლოვდება პრაქტიკოსი ექიმის ყოველდღიური პროფესიული საქმიანობის გარემოს. მაგალითად, ტრენინგის ჩატარება ეროვნულ გაიდლაინზე დაფუძნებული კლინიკური პროტოკოლის მოდელირება სამუშაო გარემოში ბევრად ეფექტურია მის დასანერგად, ვიდრე დაბეჭდილი ფორმით ორიგინალური

დოკუმენტების მხოლოდ გავრცელება ან პრეზენტაცია.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს უწყვეტი სამედიცინო განათლების განმტკიცების მიზნით კომპიუტერული ტექნოლოგიების გამოყენებას. აუდიო-, ვიდეო და ინტერაქტიული თვისებებით აღჭურვილი საგანმანათლებლო პაკეტი შეიძლება აღებულ იქნას დიდი ბიბლიოთეკიდან და მიწოდებულ იქნას ელექტრონული მეთოდით. გარდა ამისა, შესაძლებელია სხვადასხვა მეთოდების კომბინირება, რაც უფრო ეფექტურად უნდა ჩაითვალოს ვიდრე ცალკეული მეთოდის გამოყენება. მეტად პერსპექტიულია ე.წ. “დისტანციური სწავლების” მეთოდის გამოყენებაც.

უწყვეტი სამედიცინო განათლების დაგეგმვისას გასათვალისწინებელია რამდენიმე ძირითადი პრინციპი. კერძოდ, პროგრამები უნდა პასუხობდეს პრაქტიკოს ექიმთა სპეციფიკურ და ზოგად მოთხოვნილებებს, რისთვისაც აუცილებლად უნდა დადგინდეს იმ კონკრეტულ პირთა ან ექიმთა ჯგუფების საგანმანათლებლო მოთხოვნილებები და მიზნები, ვისი სწავლებაცაა განსაზღვრული. უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებმა უნდა უზრუნველყონ პედიატრების მიერ პედიატრიული პრობლემების მართვის ათვისება ფაქტებზე დაფუძნებული მედიცინის კონტექსტში და მნიშვნელოვანი სიახლეების ადვილი და სწრაფი ხელმისაწვდომობა. გარდა ამისა, უწყვეტი სამედიცინო განათლების მომწოდებელთა მიზანი უნდა იყოს სწავლებაში მონაწილეობის მისაღებად ინდივიდთა წახალისება. თუ თვითმართვადი უწყვეტი სამედიცინო განათლება აქტუალური, საინტერესო გახდება და ნაჩვენები იქნება მისი ეფექტურობა, ეს კლინიციისთვის დიდ დაინტერესებას გამოიწვევს. ინტერესი კიდევ უფრო დიდი იქნება თუ შემცირდება დროსთან, მანძილთან და ხარჯებთან დაკავშირებული პრობლემები. ამასთან, არსებულ მდგრად სისტემაში უნდა არსებობდეს ცვლილებების შეტანის შესაძლებლობები, რამაც ხელი უნდა შეუწყოს სწავლების სტილისა და გზების მრავალფეროვნებას.

უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა უნდა მოიცავდეს აგრეთვე ამ პროცესის ეფექტურობის დამდგენ მეთოდებს, რაც სამომავლო სტრატეგიის სწორად დაგეგმვის საშუალებასაც იძლევა. იდეალურ შემთხვევაში უწყვეტი სამედიცინო განათლების 4 დონეზე ფასდება:

დასწრება და დამსწრე პირთა მიერ კურსის ათვისება

ექიმის კომპეტენციის ცვლილებები, პროგრამის დასრულებისას

ექიმის საქმიანობისა და უნარ-ჩვევების ცვლილებები მის სამუშაო გარემოში

სამედიცინო დახმარების ხარისხის და პაციენტების მკურნალობის შედეგების ცვლილებები.

უწყვეტი სამედიცინო განათლების განმახორციელებლები საჭიროებენ უკუპასუხს მონაწილეთა მხრიდან, რაც სასწავლო პროცესის დახვეწას ემსახურება. უმეტეს შემთხვევაში ასეთი შეფასება I დონეზე ხდება. კურსის ხარისხისა და სარგებლიანობის შეფასების ყველაზე გავრცელებული კომპონენტებია სუბიექტური შეფასება და პრე-

და პოსტტესტირება.

პრაქტიკულ თუ აკადემიურ გარემოში მომუშავე პედიატრთა გამოკითხვამ უამრავი ინფორმაცია მოგვაწოდა იმის შესახებ, თუ უწყვეტი სამედიცინო განათლების რომელ მეთოდს ანიჭებენ ისინი უპირატესობას. ეს მონაცემები საინტერესო იქნება მათთვის, ვინც უწყვეტი სამედიცინო განათლების მომავალ განვითარებასა და დახვეწაზე ზრუნავს. გამოკითხვამ გამოავლინა, რომ მოკლევადიანი ტრენინგები, ადგილობრივი და საერთაშორისო კონფერენციები, დიდი პოპულარობით სარგებლობს როგორც ზოგად, ისე ვიწროსპეციალობათა პედიატრებს შორის. გავლენიან წყაროდ მიიჩნევა ტრადიციული და მიმოხილვითი პროფესიული ჟურნალების გამოყენება, თუმცა ხშირად მიუწვდომლობის გამო, მათი გამოყენება ვერ ხერხდება. ზოგადი პედიატრები უფრო ინტერესდებიან უწყვეტი სამედიცინო განათლების ადგილობრივი კურსებით, მაშინ როცა ვიწროსპეციალისტები უპირატესობას საერთაშორისო სესიებზე დასწრებას ანიჭებენ.

მეტად მნიშვნელოვანია უწყვეტი სამედიცინო განათლების დაფინანსების საკითხი. დღეისათვის პრაქტიკულად მხოლოდ ექიმი იხდის საფასურს მიმდინარე განათლებისათვის, თუმცა სისტემა არ შეიძლება დაფინანსებული იყოს მხოლოდ ექიმთა შენატანებით. ისევე როგორც ექიმი ფიქრობს, რომ განათლებისათვის გადებული თანხა წარმატებული საექიმო საქმიანობის შედეგად “ათმაგად” დაუბრუნდება, ასევე ჯანდაცვის სექტორის ყველა სემინტმა უნდა გაითავისოს უწყვეტი განათლების ხარჯეფექტურობა სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის გასაუმჯობესებლად.

რაც შეეხება პროფესიული რეაბილიტაციას, რომლის მიზანია ექიმის პროფესიული კომპეტენციის (თეორიული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების) აღდგენა კონკრეტულ საექიმო სპეციალობაში, იგი მიზანშეწონილია კვლავაც დარჩეს როგორც უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რადგან პროფესიული რეაბილიტაცია მნიშვნელოვანი ბერკეტია იმ ექიმების პროფესიული კომპეტენციის აღსადგენად, რომლებიც ამა თუ იმ მიზეზის გამო გარკვეული ხნის განმავლობაში არ ეწეოდნენ პრაქტიკულ საექიმო საქმიანობას, ან მათ მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი დასაშვებზე მნიშვნელოვნად დაბალია, ან მათ ვერ დაძლიეს სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის ზღვარი და სხვ.

დასკვნის სახით უნდა ითქვას, რომ, პედიატრიული განათლება არის სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს ექიმთა სრულყოფილ დახელოვნებას ჩვილების, ბავშვთათვის და მოზარდებისთვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაში. პედიატრიულ განათლების აქამდე არსებული კურსი საკმაოდ ეფექტური და პროდუქტიული იყო, თუმცა მისი ეფექტურობა შეიძლება კიდევ უფრო გაიზარდოს გარკვეული მოდიფიკაციების შეტანის გზით. კერძოდ, საჭიროა პედიატრიული განათლებისა და პრაქტიკაში უფრო კრეატიული, ლიბერალური, სამართლიანი მოდელის დანერგვა ახალგაზრდა პედიატრთა ცვლად ფასეულობებთან მოსარ-

გებად.

შეფასების პროცესის შედეგები მნიშვნელოვანია საგანმანათლებლო სტანდარტების ხელახლა დადგენისათვის. საგანმანათლებლო მოთხოვნების განმეორებითი შესწავლა და უწყვეტი გაუმჯობესება პედაგოგიური საზოგადოების მიერ ორგანიზებული მიმდინარე პროცესი უნდა იყოს, რადგან ბავშვთა დაავადებების, დემოგრაფიის, სამედიცინო დახმარების მიწოდების და ტექნოლოგიების ცვლილება გარდაუვალია. ამიტომაც პროცესი უნდა იყოს ინტერაქტიული და მიმდინარე, უნდა იყენებდეს ახალ ინფორმაციას, გარდაქმნიდეს საგანმანათლებლო პროგრამებს და ასახავდეს ბავშვთა ჯანდაცვის მიმდინარე მოთხოვნებს, სოციალურ და სამედიცინო განათლების ტექნიკას. აქედან გამომდინარე კომპეტენციები, სასწავლო კურსი, ტექნოლოგიები და მეთოდოლოგიებიც პერიოდულ განახლებას საჭიროებენ.

გარდა ამისა, უნდა გააძლიერდეს პედაგოგიური სამედიცინო განათლების მეცნიერული საფუძვლები, რამაც წამყვანი როლი უნდა შეასრულოს იმ პროცესის შემუშავებისას, რომლითაც ხდება პედაგოგის განათლებისათვის საჭირო ძირითადი კომპეტენციების განვითარება, გადახედვა და შეფასება. უნდა განმტკიცდეს აკადემიური პერსონალის ლიდერობა პედაგოგიურ განათლებაში.

სამომავლო სტრატეგიიდან გამომდინარე პედაგოგიური საგანმანათლებლო პროგრამების გასაუმჯობესებლად აუცილებელია:

დაიხვეწოს ორგანიზაციული სტრუქტურა, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება პედაგოგის განათლების ნებისმიერ დონეზე საჭირო კომპეტენციების დადგენაზე.

გადასახალისებელია კოორდინირებული პროცესი, რომელიც უზრუნველყოფს იმას, რომ შემუშავებულმა და აკრედიტებულმა სასწავლო პროგრამებმა უზრუნველყოს შესაბამისი კომპეტენციების ათვისება და განხორციელება, ხოლო პროგრამების აკრედიტაცია და ექიმთა სერტიფიცირება მჭირდოდ იყოს დაკავშირებული ამ კომპეტენციების ათვისების და გამოყენების ადეკვატურ შეფასებასთან.

და ბოლოს, ზემოთმოყვანილი პრინციპები, კონცეფციები და რეკომენდაციები განკუთვნილია იმისთვის, რათა გააძლიეროს მიმდინარე პედაგოგიური საგანმანათლებლო პროცესები, უკეთ მოამზადოს მომავლის პედაგოგი იმ ახალი სირთულეებისათვის, რომელიც მას უცილობლად ელის. გვჯერა, რომ პედაგოგის წარმატებული საექიმო საქმიანობა დიდ სარგებელს მოუტანს მოსახლეობის იმ ყველაზე სასუთ ნაწილს, რომელსაც ემსახურება და იცავს პედაგოგიური სამსახური.

**საუბარი გვექონდა პედაგოგიურ სამსახურსა და პედაგოგიურ განათლებაზე.**

**აქვე გვერდს ვერ ავუვლით საქართველოში საექიმო სამსახურსა და ექიმის თანამედროვე**

**აუცილებლობას.**

**უმნიშვნელოვანესია, მედიცინის, სპორტსა და განათლების მეცნიერულ ერთიან მართვაში პროფესიონალი ექთანი:**

- **სამედიცინო დაწესებულებებში (კლინიკა, ამბულატორია და ა.შ.)**

- **საგანმანათლებლო სისტემაში (სკოლა, ბაგაბაღი)**

- **სპორტულ სისტემაში (ფიზიოთერაპევტის პროფილით) და ა.შ.**

**უბრუნდები ჯანდაცვის უმნიშვნელოვანეს დეტერმინატებს;**

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

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

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

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

ბევრ ქვეყანაში დღეისათვის თანამედროვე მოთხოვნათა გათვალისწინებით დაწესებულია ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უფასოთხო გარემოს განმსაზღვრელი სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმებისა და წესების შემუშავება ან კიდევ უკვე შემუშავებული და სამოქმედოდ შემოღებული ან დასამტკიცებლად მზად არის ამ სახის ყველა



ძირითადი ნორმატიული დოკუმენტი, მათ შორის: რადიაციული უსაფრთხოების ნორმები. ელექტრომაგნიტური გამოსხივების ზემოქმედების ჰიგიენური ნორმატივები, სასმელი და რეკრეაციული წყლების, ატმოსფერული ჰაერის, ნიადაგისა და საკვები პროდუქტების უსაფრთხოების განმსაზღვრელი ჰიგიენური ნორმატივები, გარემოს ობიექტებში პესტიციდების შემცველობის ჰიგიენური ნორმატივები, შრომის პირობებისა და უსაფრთხოების ჰიგიენური მოტხოვნები და ა.შ. ამ დოკუმენტების მოთხოვნათა შესრულებით შესაძლებელი გახდება ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მავნე გარემო ფაქტორების ზემოქმედების თავიდან აცილება.

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

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

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

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

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

გარდა ამისა, გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შემუშავებული და განხორციელებული უნდა იყოს ისეთი პოლიტიკა, რომელიც უზრუნველყოფს ეკოლოგიური თვალსაზრისით

მდგრად განვითარებას, ჯანმრთელობისათვის მავნე გარემო ფაქტორების ეფექტურ პროფილაქტიკასა და მათზე კონტროლს, აგრეთვე სამართლიანობის პრინციპებზე დაფუძნებული ხელმისაწვდომი ჯანსაღი გარემოს შექმნას;

შესწავლილი უნდა იყოს ისეთი მანქანებლები რომლებიც აშუქებენ:

ა) გარემო ფაქტორების გავლენას მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას მანქანებლებზე,

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

აუცილებელია განხილული და შეფასებული იყოს:

ა) გარემოს ჰიგიენის სფეროს მართვის სისტემები;

ბ) რესურსები გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის განსახორციელებლად;

გ) ამასთან ერთად გარემოს კონკრეტული პრიორიტეტული ფაქტორები, **კერძოდ:**

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

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

**მყარი ნარჩენები და ნიადაგის დაბინძურება.**

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

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

**მაიონებელი და არამაიონებელი გამოსხივება.**

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

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

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

**ქალაქები და მსხვილი დასახლებული ადგილები.** ქვეყნის მსხვილ ქალაქებში შექმნილი ჰიგიენური

ნურ-ეკოლოგიური პრობლემები, ეკოპათოლოგია პრევენციული ღონისძიებებით.

გარემოს t<sup>0</sup> – XXI საუკუნეში მნიშვნელოვანი ადგილი უნდა დაეთმოს გლობალური დათბობის მოსალოდნელ სტიქიურ უბედურებებსა და სხვადასხვა დაავადებათა გავრცელებას – მოსალოდნელ ეპიდემიათა მზადყოფნის საკითხებს

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

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

ყოველივე ზემო აღნიშნულიდან გამომდინარე, მეცნიერებათა განვითარება მიმდინარეობს და მათზე მონიტორინგის განხორციელება წარმოადგენს ძირითად ამოცანას, რომელიც ითვალისწინებს ქვეყანაში ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნას, მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ცხოვრების პირობების გაუმჯობესებას, ამასთან ერთად აუცილებელია შესაძლო ეკოპათოლოგიური პრევენციული ღონისძიებების გატარება, რომელიც XXI საუკუნეში ძირითად სტრატეგიად უნდა იქნეს მიჩნეული.

ამდენად, რეგიონის მდგრადი განვითარების საფუძველია ბავშვთა უსაფრთხოება, რომელიც ეფუძნება მედიცინის, სპორტისა და ბანათლო-

გიის ერთიან მმცნიერულ მართვას, ახალი ტექნოლოგიებზე დაფუძნებულს, სოციალურ-ეკონომიკური ბარემოსა და ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი დეპარტამენტების ბათვალისწინებით.

თბილისი  
2011 წ.

**რეზიუმე**

**მდგრადი განვითარება და ბავშვთა უსაფრთხოება „ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“**

*ბ. ჩახუნაშვილი, ი.შავლენიშვილი (spa)*

XXI საუკუნეს თავისი გამოწვევები აქვს, რაც ყველას გვაგააღებულებს თავისი პროფესიონალიზმის განხორციელებაში და განვითარებაში. მდგრადი განვითარებაში თავისი საკუთარი ხედვა. მეცნიერებათა განვითარება მიმდინარეობს და მათზე მონიტორინგის განხორციელება წარმოადგენს ძირითად ამოცანას, რომელიც ითვალისწინებს ქვეყანაში ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნას, მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ცხოვრების პირობების გაუმჯობესებას, ამასთან ერთად აუცილებელია შესაძლო ეკოპათოლოგიური პრევენციული ღონისძიებების გატარება, რომელიც XXI საუკუნეში ძირითად სტრატეგიად უნდა იქნეს მიჩნეული.

ამდენად, რეგიონის მდგრადი განვითარების საფუძველია ბავშვთა უსაფრთხოება, რომელიც ეფუძნება მედიცინის, სპორტისა და ბანათლოგიის ერთიან მმცნიერულ მართვას, ახალი ტექნოლოგიებზე დაფუძნებულს, სოციალურ-ეკონომიკური ბარემოსა და ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი დეპარტამენტების ბათვალისწინებით.

**SUMMARY**

**SUSTAINABLE DEVELOPMENT and CHILD security “Child has the right to be defended since embryo”**

*G. Chakhunashvili , IR.Pavlenishvili ( GPA)*

XXI century has it's challenges , what obliges each of us to professionally assess reality and have our own idea about sustainable development of region.

development of sciences and monitoring on them appear to be a main task, which takes into account creation of safe environment for human health, improvement of life conditions. At the same time it is necessary to carry out possible eco-pathological preventive measures, which should be considered as a principal strategy of the XXI century.

To sum up, the foundation of regions sustainable development is children's security, which is based on united scientific governing of medicine, sports and education which is itself based on new technologies, with consideration of social-economic environment and particles of healthcare.

# ძვლის ტვინის ასპირატის გამოკვლევის როლი ჰემატოლოგიური და არაჰემატოლოგიური პათოლოგიის დროს ბავშვებში

ზ. მთვარელიძე, ა. გვინაშვილი-კოპაძე, მ. გვინაშვილი-კოპაძე  
პედიატრიული კლინიკის ჰემატოლოგიური განყოფილება

## შესავალი

ძვლის ტვინი ჰემოპოეზის ძირითადი ორგანოა. მასში ხდება სისხლის უჯრედების ლიმფოენციტოზი და პროლიფერაცია. კერძოდ ესენია: ერითროციტები, რომელთა ძირითადი ფუნქციაა ორგანიზმის უანგბადო მომარაგება, თრომბოციტები – სისხლის ნორმალური აგრეგაციული მდგომარეობის შენარჩუნების ძირითადი რგოლი და ლეიკოციტები – ორგანიზმის დაცვასა და იმუნიტეტზე პასუხისმგებელი. მთელი რიგი დაავადებები აზიანებს ძვლის ტვინს, ცვლის მის ნორმალურ ფუნქციას და მახასიათებლებს. ეს დაავადებები ბავშვებში შეიძლება იყოს მემკვიდრეობითი და გამომწვევანდეს თანდათანობით ან შექმნილი და გამოვლინდეს მწვავედ. აქედან გამომდინარე, ძვლის ტვინის ასპირაცია უმნიშვნელოვანესი დიაგნოსტიკური პროცედურაა ავთვისებიანი და არავთვისებიანი ჰემატოლოგიური, სისტემური, ზოგიერთი პარაზიტული და სხვა დაავადებების დროს ბავშვებში, რადგან შესაძლებელი ხდება ასპირატის გარდა მორფოლოგიური კვლევისა, ჩატარდეს სპეციფიკური ციტოგენეტიკური, ბიოქიმიური, იმუნოლოგიური და ციტოქიმიური მარკერების, გენური დარღვევების დნმ და რნმ ანალიზები და სხვა (1, 2, 7, 8, 9, 10, 11).

ძვლის ტვინის ასპირაცია პირველად განხორციელდა 1905 წელს, თუმცა მისი ფართოდ გამოყენება ჰემატოლოგიურ პრაქტიკაში დაიწყო მე-20 საუკუნის 40 წლებიდან (4).

პედიატრიის საკოორდინაციო კომიტეტის მიერ შემუშავებულია გაიდლაინი დაკავშირებული ძვლის ტვინის ასპირაციის ყველაზე ხშირ ჩვენებებთან და უკუჩვენებებთან ბავშვთა ასაკში. ეს გამოკვლევა მიზანშეწონილია შემდეგ სიტუაციებში:

ლეიკემიის დიაგნოსტიკა და მისი შემდგომი შეფასება

სხვა სიმსივნეების სტადიუმობის დადგენა და შემდგომი შეფასება

სისხლის უჯრედების აუხსნელი დეფიციტი ან სიჭარბე

ლიმფური ჯირკვლების, ღვიძლის ან ელენთის აუხსნელი გადიდება

აუხსნელი პროლონგირებული ცხელება

მეტაბოლურ დარღვევებზე ეჭვისას

სხვა სიტუაციები, რომელთა დროსაც საჭიროდ ჩაითვლება გამოკვლევის ჩატარება ექიმ-ჰემატოლოგის მიერ.

ძვლის ტვინის ასპირაციის წინააღმდეგჩვენებები შემდეგია:

ჰემოსტაზის დარღვევები, როგორცა აკოაგულაციის ფაქტორების მემკვიდრეობითი დეფიციტი (მაგ. ჰემოფილია), დისემინირებული ინტრავასკულური კოაგულაციის (დიკ) სინდრომი, ანტიკოაგულანტების გამოყენება.

შენიშვნა: თუ ასეთ პაციენტებთან ძვლის ტვინის ასპირაცია აბსოლუტურ ჩვენებას წარმოადგენს, საჭიროა კოაგულაციური ფაქტორებით ჩანაცვლებითი თერაპია ან პროცედურამდე ანტიკოაგულანტების შეწყვეტა.

კანის ინფექცია ან ახლო წარსულში ჩატარებული სხივური თერაპია საპუნქციო ადგილებში.

ძვლოვანი ქსოვილის დაავადებები, როგორცაა ოსტეომიელიტი ან ოსტეოგენეზის დარღვევა.

დაავადებები, რომლებიც დაკავშირებულია ძვლის რეზორბციასთან, მრავლობითი მიელომა.

(Coordinating Committee in Paediatrics 2007 (3, 5,6))

## კვლევის მიზანი და მეთოდი

აღნიშნულ გაიდლაინზე დაყრდნობით, ჩვენ გადავწყვიტეთ შეგვესწავლა ძვლის ტვინის ასპირატის გამოკვლევის კლინიკო-ლაბორატორიული ჩვენებები და გაგვეანალიზებინა ძვლის ტვინის პუნქციის მონაცემები, რომელიც შესრულდა შ.პ.ს. გ. გვინაშვილის სახელობის პედიატრიული კლინიკის ჰემატოლოგიურ განყოფილებაში 2006-2010 წლებში.

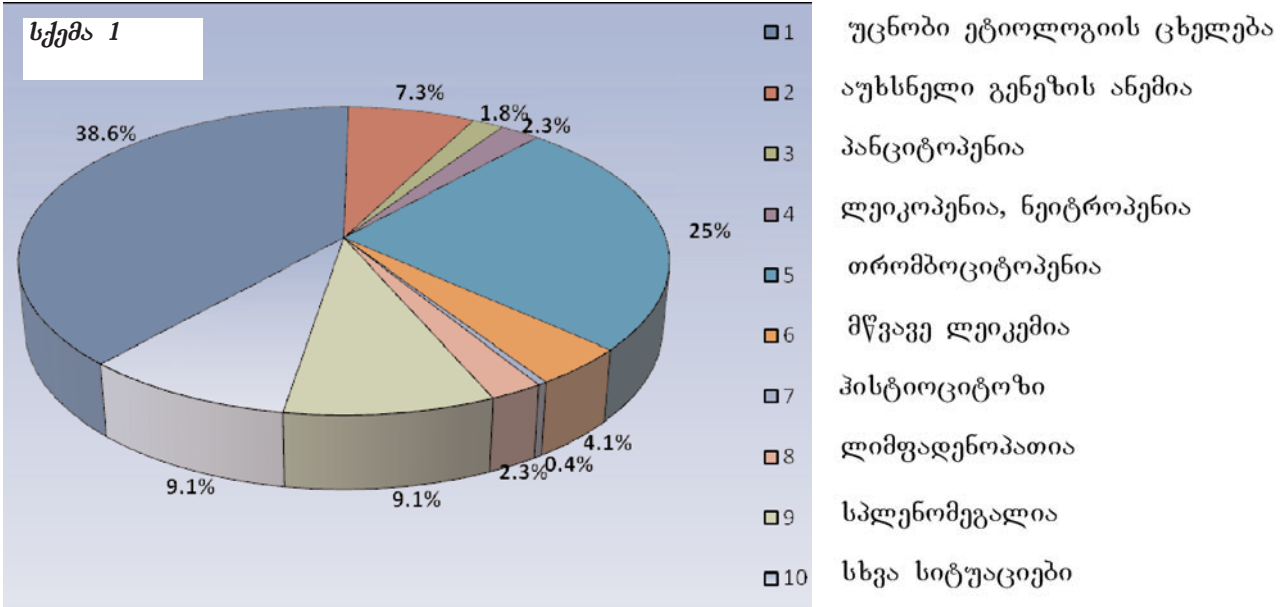
შეკრდის ძვლიდან (სტერნალური პუნქცია) ძვლის ტვინის ასპირაცია სათანადო წესების დაცვით ჩატარდა 4 თვიდან – 15 წლამდე ასაკის 220 პაციენტზე. შედეგები მოცემულია სქემა 1.

## შედეგები და განხილვა

სქემა 1. ძვლის ტვინის პუნქტატის გამოკვლევის კლინიკო-ლაბორატორიული ჩვენებები (საკუთარი მასალა 2006-2010 წ.წ.) ავადმყოფთა კონტიგენტი (n=220, ასაკი 4 თვიდან – 15 წლამდე).

სქემის გაშიფვრით, აუხსნელი გენეზის ანემიის დროს ძვლის ტვინის ასპირატის მორფოლოგიური გამოკვლევის შედეგად დადგინდა: მემკვიდრეობითი პარციალური აპლაზიური ანემია ერთროპოეზის იზოლირებული დაზიანებით (ბლეფენ-დაიემონდის ანემია) – 4 შემთხვევაში. შეძენილი წითელუჯრედოვანი აპლაზიური ანემია – 2. მეგალობლასტური ანემია – 6. იმუნური ჰემოლიზური ანემია (მათ შორის 1 – უცნობი ეტიოლოგიის ჰემოლიზური ანემია) – 3. სიდერობლასტური ანემია – 1. პერიფერიული სისხლის მონაცემებით პანციტოპენიის შემთხვევაში – შეძენილი აპლაზიური ანემია ჰემოპოეზის საერთო დაზიანებით – 4 შემთხვევაში. ქრონიკული იზოლირებული ლეიკოპენიისა და ნეიტროპენიის გამო გამოკვლევა ჩატარდა 5 პაციენტს. 1 შემთხვევაში დადგინდა აუტოიმუნური ნეიტროპენია – ანტიციტროფილური ანტისხეულების აღმოჩენით, 1-ში – ნეიტროპენია, განვითარებული ინფექციის ფონზე, 2 – ქრონიკული კეთილთვისებიანი გრანულოციტოპენია (სპეციფიკური დიაგნოზის დადგენა ვერ მოხერხდა). იზოლირებული თრომბოციტოპენიის

სქემა 1



დროს ძირითადად საქმე გვექონდა იდიოპათიურ თრომბოციტოპენიურ პურპურასთან და სიმპტომურ თრომბოციტოპენიებთან – 53 პაციენტთან. 1 შემთხვევაში დადგინდა ევანს-ფიშერის სინდრომი, ხოლო 1 – ვისკოტ-ოლდრიჩის სინდრომი. სისხლის სისტემური დაავადებებიდან მწვავე ლეიკემიის დიაგნოზი დაუდგინდა 9 ბავშვს, მათ შორის 1-ს ლეიკემიის იშვიათი ფორმა – ერითრომიელოზი (დი-გულელემოს დაავადება), ლანგერჰანს უჯრედოვანი ჰისტოციტოზი – 1 შემთხვევა. აუხსნელი ლიმფადენოპათიის და სპლენომეგალიის გამო ძვლის ტვინის ასპირატის მორფოლოგიური კვლევა ჩატარდა 25 პაციენტს. დადგინდა ლიმფომის, ლეიკემიის, ლეიშმანიოზის დიაგნოზი. უცნობი ეტიოლოგიის პროლიფერირებული ცხელების გამო სტერნალური პუნქცია ჩატარდა 85 პაციენტს, რომელთაგან 55-ს დაუდგინდა ვისკერული ლეიშმანიოზი. დანარჩენ 20 შემთხვევაში (სხვა სიტუაციები) შედის ძვლის ტვინის პუნქტატის განმეორებითი კვლევა, ეჭვი მეტაბოლურ დარღვევებზე, კერძოდ გაუჩერის (გოშეს) დაავადებაზე (რომელიც შემდგომში – არ დადასტურდა), ხშირი მორეციდივე ინფექციები, რომლებიც არ ემორჩილებოდნენ მეურნალობას.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჩვენს მიერ ჩატარებულ პროცედურას (სტერნალური პუნქცია) არცერთ შემთხვევაში რაიმე გართულება ან გვერდითი მოვლენები არ მოჰყოლია.

ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, ძვლის ტვინის პუნქტატის მორფოლოგიური კვლევით დიაგნოსტიკური იყო რიგი ჰემატოლოგიური დაავადებები, მათ შორის ისეთი იშვიათი პათოლოგიები, როგორცაა ბლეკვენ-დაიემონდის ანემია, სიდერობლასტური ანემია, ქრონიკული გრანულოციტოპენია, ევანს-ფიშერის, ვისკოტ-ოლდრიჩის სინდრომები, დი-გულელემოს დაავადება, ლანგერჰანს უჯრედოვანი ჰისტოციტოზი. განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია ვისკერული ლეიშმანიოზის ადრეული დიაგნოსტიკა. გარდა ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელი სპეციფიკური კლინიკო-ლაბორატორიული სიმპტომოკომპლექსისა, ზოგიერთ შემთხვევაში დიაგნოზი დაისვა მხოლოდ პროლიფერირებული ცხელების ან მხოლოდ

სპლენომეგალიის (ცხელების გარეშე) ფონზე ჩატარებული ძვლის ტვინის ასპირატის გამოკვლევით. ამასთან, ეს კვლევა საგრძნობლად ინფორმაციულია ლეიშმანიოზის საწინააღმდეგო ანტისხეულების აღმოჩენის სეროლოგიურ კვლევასთან შედარებით.

ამრიგად, ძვლის ტვინის ასპირაცია უმნიშვნელოვანესი კვლევაა მრავალი ჰემატოლოგიური და არაჰემატოლოგიური დაავადების (მათ შორის – იშვიათი) დიაგნოსტიკისა და მონიტორინგის თვალსაზრისით. ამ პროცედურასთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენები იშვიათია თუ ის სრულდება წესების სრული დაცვით. ჩვენი ანალიზიდან ჩანს, რომ მანიპულაცია აუცილებლად უნდა შესრულდეს ისეთ შემთხვევებში, თუ სახეზეა ძვლის ტვინის დაზიანების სიმპტომები: აუხსნელი გენეზის ცხელება, სიფერმკრთალე, სისუსტე, ლიმფური ჯირკვლების, ღვიძლის, ელენთის გადიდება, სხეულის მასის კლება, ძვლებისა და სახსრების ტკივილი, სისხლდენა და სისხლჩაქცევები, ხშირი ავადობა ინფექციებით. პერიფერიული სისხლის ანალიზში – ატიპური უჯრედები ან ბლასტები, პანციტოპენია ან სისხლის უჯრედების სიჭარბე, აუხსნელი ანემია, ლეიკოპენია ან თრომბოციტოპენია.

**ლიტერატურა**

Алексеев Н.А. Гематология и Иммунология детского возраста. Санкт-Петербург. 2009. ст.82-85  
 Воробьев А.И. Руководство по Гематологии. Том1. Москва-2002. ст.47-60  
 Oussama A., Friedman J., Doyle J., Performing bone marrow aspiration and biopsy in children: Recommended guidelines J. Paediatr Child Health. 2008 July; 13(6); p.499-501  
 Emery J.L. The Technigue of bone marrow aspiration in children. J. Clin.Path. 1957. 10;p.339-341  
 Bone Marrow Aspiration and Biopsy in children. Coordinating Committee in Paediatrics. 2007. Document no:PILICOO76E version1,0  
 Rahim F, Ahmat I, Islam S, Hussain M., et al. Spectrum of hematological disorders in children observed in 424 consecutive bone marrow aspirations/biopsies. Pak J. Med. Sci 2005. 21:433-6  
 Sola MC, Rimsza LM, Christensen RD. A bone marrow biopsy technigue suitable for use in neonates. Br J Haematol. 1999. 107:458-60.

Wickramasinghe S.N, Mc Cullough J. (eds). Blood and Bone Mawwor Pathology. 2003. Elsevier Science Ltd, Edinburgh. Lecture notes. Hematology/N.C. HuGHes-Jones, S.N. Wickramasinghe, CSR. Hatton/-8<sup>th</sup> ed. 2009. p.185 Hoffbrand A.V.,Pettit J.E., Moss P.A. Essential Haematology. 6<sup>th</sup> ed. 2009. p.24-26.

SUMMARY

THE ROLE OF BONE MARROW ASPIRATE TESTS IN HEMATOLOGICAL AND NON-HEMATOLOGICAL CONDITIONS IN CHILDREN

Z.MTVARELIDZE, A.KVEZERELI-KOPADZE, M.KVEZERELI-KOPADZE Pediatric Clinic

რეზიუმე

ძვლის ტვინის ასპირატის გამოკვლევის როლი ჰემატოლოგიური და არაჰემატოლოგიური პათოლოგიის დროს ბავშვებში

ზ. მთვარელიძე, ა. კვეზერელი-კოპაძე, მ. კვეზერელი-კოპაძე პედიატრიული კლინიკის ქემატოლოგიური განყოფილება

ძვლის ტვინის ასპირაცია უმნიშვნელოვანესი კვლევაა მრავალი ჰემატოლოგიური და არაჰემატოლოგიური დაავადების (მათ შორის – იშვიათი) დიაგნოსტიკისა და მონიტორინგის თვალსაზრისით. ამ პროცედურასთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენები იშვიათია თუ ის სრულდება წესების სრული დაცვით. ჩვენი ანალიზიდან ჩანს, რომ მანიპულაცია აუცილებლად უნდა შესრულდეს ისეთ შემთხვევებში, თუ სახეზეა ძვლის ტვინის დაზიანების სიმპტომები: აუხსნელი გენეზის ცხელება, სიფერმკრთალე, სისუსტე, ლიმფური ჯირკვლების, ღვიძლის, ელენთის გადიდება, სხეულის მასის კლება, ძვლებისა და სახსრების ტკივილი, სისხლდენა და სისხლჩაქცევები, ხშირი ავადობა ინფექციებით. პერიფერიული სისხლის ანალიზში – ატიპური უჯრედები ან ბლასტები, პანციტოპენია ან სისხლის უჯრედების სიტარბე, აუხსნელი ანემია, ლეიკოპენია ან თრომბოციტოპენია.

Bone marrow aspiration represents one of the most valuable diagnostic procedures for malignant and non-malignant hematological, systemic, certain parasitic and other diseases in children.

The work aimed at investigation of clinical-lab indications for bone marrow aspirate test and analysis of data obtained as a result of bone marrow puncture.

220 patients from 4 months to 15 years old underwent sternal puncture observing relevant rules in hematological department of G. Zhvania Pediatric Clinic.

Morphological examination of the bone marrow punctate proved diagnosis of such rare conditions as Blackfan - Diamond anemia, sideroblastic anemia, chronic granulocytopenia, Evans', Wiskott-Aldrich Syndromes, Di Guglielmo's disease, Langerhans cell Histiocytosis. Early diagnosis of visceral Leishmaniosis should be specially mentioned.

Research data analysis demonstrates that the manipulation should be done in case of manifested bone marrow disorder symptoms: fever of unexplained origin, pallor, weakness, enlargement of lymph nodes, liver, spleen, weight loss, bone and joint, hemorrhage and hematomas, frequent infections. Peripheral blood count reveals atypical cells or blasts, pancytopenia or excess blood cells, unexplained anemia, leucopenia or thrombocytopenia.

კლინიკური ფარმაკოლოგიისა და კასიონალური ფარმაკოთერაპიის თვისებურებები პედიატრიაში

მედიცინის დოქტორი რუსუდან ჯაში კლინიკური ფარმაკოლოგიისა და რაციონალური ფარმაკოთერაპიის ხელშეწყობის კავშირი რიმში ონ ოცნებ ვეროშენიერების საქართველოს სექციის ფარმაკოლოგიის დეპარტამენტი

პირითადი ცნებები

ფარმაკოთერაპიის ჩატარებისას ბავშვებში გათვალისწინებული უნდა იყოს ბავშვის ორგანიზმის თავისებურებანი, რითაც ის განსხვავდება მოზრდილისგან.

ბავშვისთვის წამლის უსაფრთხო და ეფექტური დოზის შესარჩევად წამლის „მოზრდილის“ დოზის მარტივი პროპორციული შემცირება ყოველთვის არ

არის საკმარისი, პრეპარატის შერჩევისა და მისი დოზირების რეჟიმის განსაზღვრისას აუცილებელია გათვალისწინებული იქნეს წამლის ფარმაკოდინამიკის და ფარმაკოკინეტიკის თავისებურებანი ბავშვებში

ბავშვის მკურნალობისას წამლის ადეკვატური დოზის დასადგენად საჭიროა გათვალისწინებული იქნას ავადმყოფის

ასაკი, წონა და სხეულის ფართობი.

წონა და სხეულის ფართობი ბავშვებში საკმაოდ მოკლე დროში შეიძლება შეიცვალოს.

ბავშვისთვის წამლის შერჩევისას უპირატესობა ენიჭება დოზირების და წამლის შეყვანის მარტივ სქემას: რაც უფრო იოლია წამლის ორგანიზმში შეყვანის სქემა, მით უფრო ზუს-

ტად იქნება ის შესრულებული. საქართველოში ბავშვთა სიკვდილიანობა განსაკუთრებით ახალშობილობის პერიოდში კვლავ მაღალია. ინფექციური დაავადებები, რომელსაც ბავშვთა სიკვდილიანობაში ადრე პირველი ადგილი ეჭირა, რიგ ქვეყნებში უკანა პლანზე გადაიწია, თუმცა შეშფოთების მიზეზს იწვევს ქიმიური საშუალებებით და წამლებით ბავშვების მოწამვლის სიხშირის მატება.

**ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ფარმაკოეპიდემიოლოგიური კვლევების მონაცემებით წამლისმიერი გართულებებით სიკვდილობა განვითარებულ ქვეყნებში V-VI ადგილზეა გულ-სისხლძარღვთა, კბილს, ტრავმების, მოწამვლების და სასუნთქი გზების დაავადებების შემდეგ.**

პრევენციული მეთოდების რაციონალური გამოყენება და ასაკობრივი თავისებურებების გათვალისწინებით მკურნალობა საშუალებას იძლევა მნიშვნელოვნად შევამციროთ ბავშვთა სიკვდილიანობა.

ახალშობილობის პერიოდის დასრულებული ასაკამდე ადგილი აქვს ორგანიზმის ყველა ფიზიოლოგიური ფუნქციების და სისტემების ღრმა ცვლილებებს. ამ ცვლილებების დინამიკა არათანაზომიერია, რის გამოც განსხვავებულ: ახალშობილობის პერიოდს – დაბადებიდან პირველი 4 კვირა, ძუძუთა ასაკი – მეოთხე კვირიდან - მეორე წლის დადგომამდე. პრეწინასასკოლო ასაკი – სამ წლამდე ასაკი, წინასასკოლო ასაკი – 3 დან- 6 წლამდე ასაკი. სასკოლო ასაკი – 6 დან 16 წლამდე.

5 წელზე მეტი ასაკის ბავშვების კლინიკო-ფარმაკოლოგიური პარამეტრები მცირედ განსხვავდება მოზრდილებისგან.

12 წელზე მეტი ასაკის ბავშვები წამლის დოზის განსაზღვრისას განიხილება, როგორც მოზრდილი.

პრეპარატის შერჩევისა და მისი დოზირების რეჟიმის განსაზღვრისათვის აუცილებელია გათვალისწინებული იქნეს კლინიკური ფარმაკოლოგიის ძირითადი ნაწილები - წამლის ფარმაკოდინამიკის და ფარმაკოკინეტიკის თავისებურებანი ბავშვებში.

**ფარმაკოდინამიკა**

ზოგიერთი წამლების მოქმედების მექანიზმს ბავშვთა ასაკში გააჩნია გარკვეული თავისებურებები. 3-5 წელზე მეტი ასაკის ბავშვებში წამალთა უმრავლესობის ფარმაკოდინამიკა არ განსხვავდება მოზრდილებისგან.

წამალთა მოქმედების ფარმაკოდინამიკური განსხვავებები ბავშვებში და მოზრდილებში დეტალურად არ არის შესწავლილი. არ ვფლობთ ინფორმაციას. რომელიც ეხება რეცეპტორული სისტემების სპეციფიურ სამიზნე ქსოვილებს, რომლებიც მწიფდება დაბადებისთანავე ან რამოდენიმე დღეში.

თუმცა ცნობილია, რომ ბრუნქული ასთმით დაავადებულ ბავშვებში გამოვლინდა ბ ტა-ადრენორეცეპტორებით მკურნალობის ნაკლები ეფექტურობა, ხოლო ჩა-ის ანტაგონისტებს ახალშობილებში შეუძლიათ გამოიწვიონ გაცილებით ძლიერი გვერდითი რეაქციები (არტერიული ჰიპოტენია, ასისტოლია), ვიდრე მოზრდილებში.

**ფარმაკოკინეტიკა**

წამლის ფარმაკოკინეტიკური პარამეტრები (აბსორბცია, დისტრიბუცია, ბიოტრანსფორმაცია, ელიმინაციაკლირენსი და სხვა) ბავშვის ორგანიზმი ხასიათდება ზოგიერთი თავისებურებებით. ამ თავისებურებების ცოდნა და მათი პრაქტიკაში გამოყენების უნარი აუცილებელი პირობაა სწორი, ეფექტური და უსაფრთხო ფარმაკოთერაპიის ჩასატარებლად.

**კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში წამლის შეწოვა(აბსორბცია)**

წამლის შეწოვაზე გავლენას ახდენს როგორც პრეპარატის ფიზიკო-ქიმიური თვისებები ასევე ავადმყოფი ბავშვის ორგანიზმის თავისებურებები(კუჭის წვენიის პ, კუჭის დაცლის სიჩქარე, ნაღვლის მუკვების შემცველობა, თანმხლები დაავადებები) დაბადების პირველ საათებში კუჭის წვენიის პ მერყეობს 6 დან - 8-მდე, რამოდენიმე საათის შემდეგ 1, 5-დან-3. 0 მდე მცირდება, ხოლო 6 კვირის ასაკში კუჭის წვენიის პ არ აღემატება 4. 0

საჭმლის-მომწელებელი სისტემის ლორწოვანის განვლადო-

ბა წამლების უმრავლესობისათვის დამოკიდებულია მათ ლიპიდებში ხსნადობასა და იონიზაციაზე. მუკვები უფრო ადვილად შეიწოვება კუჭში, რადგან მუკვე გარემოში იხინი ნაკლებ იონიზირებულ მდგომარეობაში იმყოფებიან ანუ უფრო ცხიმში ხსნადები არიან, ფუძეები კი პირიქით, უფრო კარგად შეიწოვებიან წვრილ ან მსხვილ ნაწლავში.

კუჭის დაცლის სიჩქარე ახალშობილებში უფრო ნაკლებია, ვიდრე მოზრდილებში, თუმცა 1-8 თვის მანძილზე ის მატულობს. კუჭიდან საკვების ევაკუაცია ასევე დამოკიდებულია მის შემადგენლობაზე. წამლები ძირითადად შეიწოვება წვრილ ნაწლავებში, ამიტომ კუჭის დაცლის სიჩქარე გარკვეული ხარისხით მოქმედებს ამ პროცესზე.

ნაღვლის მუკვების მარილების საერთო მოცულობა და სინთეზის სიჩქარე ახალშობილებში მოზრდილებთან შედარებით დაბალია, ამიტომ ცხიმში ხსნადი წამლების და ვიტამინების შეწოვა მნიშვნელოვნად დაბალია.

**კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან წამლის შეწოვაზე გარკვეულ ზეგავლენას ახდენს თანმხლები დაავადებები,** რომლებიც მოქმედებენ კუჭში ქლორწყალბადმუკვის სინთეზზე და მის დაცლაზე (პილოროსტენოზი, გულის შეკუმბებითი უკმარისობა) ნაღვლის მუკვების სეკრეციაზე (ქოლესტაზი), ან დაავადებები რომლებიც ნაწლავის შეწოვით ზედაპირს ამცირებენ (ნაწლავის დამოკლების სინდრომი).

ასე რომ, 6 თვემდე ასაკის ბავშვებში კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან წამლის შეწოვა სისხლში, უფრო შენელებულია, ვიდრე მოზრდილებში.

**შეწოვა კანიდან**

კანიდან წამლის შეწოვა მისი მარცვლოვანი შრის სისქის უკუპროპორციულია და კანის ჰიდროფილურობის პირდაპირპროპორციულია.

დროული ახალშობილის კანი ასრულებს ბარიერულ ფუნქციას, თუმცა მისი მარცვლოვანი შრე მოზრდილთან შედარებით თხელია, ხოლო სხეულის ზედაპირის ფართობის შეფარდება სხეულის მასასთან მეტია, ვიდრე

მოზრდილებში. ამის გამო, თუ სამკურნალო პრეპარატს ერთნაირი დოზით სხეულის ზედაპირზე გავთვლით და ვისმართ ახალშობილის და მოზრდილის კანზე, ახალშობილისათვის ეს დოზა აღმოჩნდება 2-3 ჯერ მეტი, ვიდრე მოზრდილისათვის.

ზოგიერთი ქიმიური ნივთიერება (პენტაქლოროფენოლი რომელსაც შეიცავს სარეცხი ფხვნილი. სადეზინფექციო ხსნარები, რომლებიც შეიცავენ ანილინს) ადვილად გადიან ახალშობილის კანის ბარიერს და შეუძლიათ გამოიწვიონ მძიმე მოწამვლები.

ახალშობილების კანის უნარი შეიწოვოს წამალი შეიძლება გამოყენებული იქნეს სისტემური თერაპიის ჩასატარებლად.

**სწორი ნაწლავიდან წამლის შეწოვა**

ბავშვებში წამლის რექტალურად შეყვანა ხდება მაშინ, როდესაც გაძნელებულია ან შეუძლებელია წამლის პერ ოს მიცემა (გულისრევა, დებიინება, სპაზმი, საყლაპავის გამავლობის დარღვევა).

სწორი ნაწლავი უხვად არის მომარაგებული სისხლძარღვებით, ამიტომ წამლების შეწოვა განსაკუთრებით არაიონიზირებული ცხიმში ხსნადი პრეპარატების (ბარბიტურატები, ბენზიდილიაზეპინები) ხდება ძალზე სწრაფად და მთლიანად. მაგ: დიაზეპამის რექტალური შეყვანისას (0. 25-0. 5 მგ/ ) 2კვირიდან-11 წლამდე ასაკის ბავშვებში მისი კონცენტრაცია სისხლში შეესაბამება მის კონცენტრაციას ინტრავენური შეყვანისას

**წამლის შეწოვა ინტრამუსკულარული შეყვანისას**

კუნთებში წამლის შეყვანა მიზანშეწონილია მისი ენტერალური შეყვანის შეუძლებლობის შემთხვევაში.

წამლის შეწოვა დამოკიდებულია სისხლის ნაკადზე ინექციის ადგილში, კუნთის მასასა და კუნთოვან აქტივობაზე.

დღენაკლულ ახალშობილებში და უმოდრო მდგომარეობაში მყოფ ბავშვებში წამლის შეწოვა კუნთებში შეყვანისას შენელებულია. შეყვანის ადგილზე შესაძლებელია მტკივნეულობის

განვითარება და აბსცესის ჩამოყალიბებაც კი.

წ		
ა	ს	უ
დ	8	5
ღ	7	4
ბ	7	3
მ	5	2

**წამლის შეწოვა ძვალშიდა შეყვანის შემდეგ**

წამლის ძვალშიდა შეყვანას მიმართავენ მისი ინტრავენური შეყვანის შეუძლებლობის დროს, განსაკუთრებით პედიატრიაში კარდიორეპირაციული გაჩერების დროს, როდესაც საჭიროა სწრაფი ეფექტის მიღება. ამ მიზნისთვის შექმნილი სპეციალური ნემსებით წამალი შეყავთ დიდი წვივის ძვალში ძვლის ტვინამდე შესაღწევად. 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში გრძელ ძვლებში ძვლის

ტვინი ძირითადად სისხლძარღვოვანი წითელია, ხოლო 5 წლის ზემოთ ის იცვლება ნაკლებ სისხლძარღვოვან ყვითელ ძვლის ტვინად, ამიტომ 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში წამლის ამ გზით შეყვანისას წამლის დოზა და შეყვანის სიჩქარე უნდა შემცირდეს. სისხლში წამლის შეწოვის სიჩქარის მხრივ პრეპარატის შეყვანის ძვალშიდა გზა პრაქტიკულად არ განსხვავდება ინტრავენური გზისაგან.

**ორგანიზმში წამლის განაწილება**

ორგანიზმში წამლის განაწილებაზე მოქმედებს მისი სითხის მოცულობა, რომელიც განსხვავებულია ბავშვებსა და მოზრდილებში (ცხრ 5. 1)

სითხის შემცველობა ახალშობილების ორგანიზმში უფრო მეტია,

ვიდრე მოზრდილებში, მაგრამ ასაკთან ერთად იგი მცირდება და პუბერტატულ პერიოდში უთანაბრდება მოზრდილების მაჩვენებელს

ბევრი წამალი უპირატესად უჯრედშორის სითხეში ნაწილდება (ამინოგლიკოზიდები და სხვ.), ამიტომ ახალშობილებს და ბავშვებს ეს პრეპარატი უნდა დაენიშნოთ 1 კგ მასაზე უფრო მეტი დოზით, ვიდრე მოზრდილებს. ეს უფრო მნიშვნელოვანია წყალში ხსნადი პრეპარატებისა და ნივთიერებებისთვის.

დღენაკლულ ახალშობილებში ცხიმოვანი შრე შეადგენს სხეულის საერთო მასის 1%-ს, რაც გაცილებით ნაკლებია, ვიდრე დროულ ახალშობილებში (15%), ამიტომ ცხიმში ხსნადი პრეპარატები დღენაკლული ახალშობილის ორგანიზმში უფრო ნაკლები რაოდენობით გროვდება, ვიდრე დროულებსა და მოზრდილებში.

**მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც მოქმედებს წამლის განაწილებაზე, ეს არის მათი უნარი დაუკავშირდნენ პლაზმის ცილებს.**

ახალშობილებში ეს პროცესი დაქვეითებულია, ვინაიდან ცილები გადატვირთულია მეტაბოლიზმის ენდოგენური პროდუქტებით (ბილირუბინი, თავისუფალი ცხიმოვანი მჟავები), აღინიშნება სისხლში ალბუმინის შემცველობის შემცირება და ცილის სტრუქტურების ხარისხობრივი ცვლილებები.

ეს აღინიშნება ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებების, დიაზეპამის, ფენობარბიტალის, ამპიცილინის გამოყენებისას. ამის გამო თავისუფალი წამლის კონცენტრაცია სისხლის პლაზმაში მნიშვნელოვნად იმატებს, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს წამლის მოქმედების გაძლიერება და მისი ტოქსიური თვისებების გამოვლენა.

ბევრ წამალს შეუძლია კონკურენცია გაუწიოს ბილირუბინის ცილასთან შეკავშირების უნარს, ესეუბნა სულფანილამიდები და სალიცილატები, მათმა გამოყენებამ შეიძლება გააძლიერონ სიყვიითელ და პირიქით პლაზმაში ბილირუბინის მატებამ შეიძლება გამოდევნოს წა-

მალი ცილასთან შეკავშირებისგან (მაგ.ფუნგიონი), რაც იწვევს ამ პრეპარატის ფარმაკოლოგიური აქტივობის მატებას.

**ბიოტრანსფორმაცია**

წამლების ბიოტრანსფორმაცია ძირითადად ხორციელდება ღვიძლში, სადაც წარმოიქმნება პოლარული წყალში ხსნადი ნივთიერებები (მეტაბოლიტები), რომლებიც ადვილად გამოიყოფა ნაღველთან და შარდთან ერთად. ბავშვის ორგანიზმში წამალი ხარისხობრივად განიცდის იგივე ბიოქიმიურ გარდაქმნებს, რასაც მოზრდილის ორგანიზმში, თუმცა მისი ბიოტრანსფორმაციის ინტენსივობა ახალშობილებში მნიშვნელოვნად განსხვავდება მოზრდილის ორგანიზმში მიმდინარე ბიოტრანსფორმაციის ინტენსივობისაგან.

კერძოდ, ახალშობილებში ჟანგვითი რეაქციების სინქარე ციტოქრომ კ450 დამოკიდებული ოქსიდაზის და მასთან შეუღლებული ფერმენტების მონაწილეობით 2-ჯერ დაქვეითებულია, ამიტომ იმ წამლების ბიოტრანსფორმაცია, რომელიც ამ გზით ხორციელდება მნიშვნელოვნად შენელებულია და მატულობს მათი უცვლელად გამოყოფა. ახალშობილებში მოზრდილებთან შედარებით დაქვეითებულია გლუკორონილტრანსფერაზის, ალცოპოლ-დეჰიდროგენაზის და ესტერაზის აქტივობა, ხოლო კონიუგაციის რეაქციები გლიცინთან და სულფატებთან იგივეა, რაც მოზრდილებში.

ახალშობილებში წამლის შენელებული მეტაბოლიზმის გამო მრავალი პრეპარატი ელიმინირდება ორგანიზმიდან ნელა და გააჩნიათ ხანგრძლივი ნახევარგამოყოფის (თ<sub>1/2</sub>) პერიოდი (ცხრ. 5. 2)

წ	თ	თ
	2	1

რიოდში უფრო მაღალია, ვიდრე მოზრდილებში. ასე, დაბადებიდან 2-3 დღის შემდეგ ჩვილებში დაქვეითებულია გლუკურონის მქავით აცეტამინოფენის (პარაცეტამოლის) კონიუგაცია, თუმცა პრეპარატი ძალიან

აქტიურად კონიუგირდება სულფატის საშუალებით.

ახალშობილებისთვის წამლის დანიშნისას უნდა გაირკვეს ღებულობდა თუ არა ჩვილის ღელა ორსულობის პერიოდში ისეთ პრეპარატებს, რომლებსაც შეუძლიათ ნაყოფის ღვიძლის ფერმენტების ადრეული მომწიფების (აქტივირების) ინდუცირება, მაგალითად ისეთი პრეპარატი, როგორც არის ფენობარბიტალი.

თუ გაირკვა, რომ ღელა ღებულობდა მსგავს პრეპარატებს, მაშინ არსებობს საფუძველი ვივარაუდოდ, რომ ახალშობილს ამ ფერმენტების აქტივობა მომატებული აქვს და ამიტომ წამლების მეტაბოლიზმი დაჩქარებული იქნება.

**გამოყოფა თირკმელების საშუალებით**

წამლის უმრავლესობა და მათი მეტაბოლიტები გამოიყოფა თირკმელებიდან გოგრგლოვანი ფილტრაციის შედეგად და მილაკოვანი სეკრეციის საშუალებით.

**ახალშობილის თირკმლის ფუნქცია მოზრდილებთან შედარებით დაქვეითებულია, ამიტომ შარდის საშუალებით წამლის გამოყოფა ნაკლებად ინტენსიურია.**

გოგრგლოვანი ფილტრაციის სინქარე დროულ ახალშობილებში შეადგენს 2-4 მლ/წუთში, დაბადებიდან 2-3 დღის შემდეგ ეს მაჩვენებელი იმატებს 8-20 მლ/წუთამდე და თანდათან გოგრგლოვანი ფილტრაციის ხარისხი 2, 5-5 თვისთვის აღწევს მის მაჩვენებელს მოზრდილებში. გოგრგლოვანი ფილტრაციის მომატება განპირობებულია თირკმელებში სისხლის ნაკადის გაზრდით, რომელიც თავის მხრივ დამოკიდებულია გულის წუთმოცულობის მომატებასთან, სისხლძარღვთა პერიფერიული წინააღმდეგობის შემცირებასთან და ასევე თირკმლის ფილტრაციული ზედაპირის მოცულობის მომატებასთან.

ახალშობილების თირკმლის მილაკების ფუნქცია მოზრდი-

ლებთან შედარებით დაქვეითებულია, რაც განპირობებულია რიგი მიზეზებით: მილაკების სიგრძის სიმცირე და ფუნქციონირებადი უჯრედების სიმცირე, ენერჯის უზრუნველყოფის პროცესების უმწიფრობა. მილაკოვანი აპარატის მომწიფება გოგრგლოვანთან შედარებით მოგვიანებით ხდება. მილაკოვანი და გოგრგლოვანი აპარატის სრული მომწიფება ხდება 6-დან 8-თვემდე ასაკში. დაბადებიდან 8 თვის შემდეგ წამლის გამოყოფა თირკმელების საშუალებით ესადაგება მსგავს პროცესებს მოზრდილებში.

პედიატრიაში თირკმლის ფუნქციის შესაფასებლად სარგებლობენ ტრობა-ჯონსონის ფორმულით, რომელიც უზრუნველყოფს კრეატინინის კლირენსის შეფასების მარტივ ხერხს, იმ ავადმყოფებში რომელთა ასაკი მერყეობს 1 დან 18 წლამდე:

კრეატინინის კლირენსი = 42 X სიმაღლე (სმ)

(მლ/წუთში/1, 73მ<sup>2</sup>) პლაზმის კრეატინინი (მმოლ/ლ )

წამლებს, რომლებიც ელიმინირდება თირკმელების საშუალებით მიეკუთვნება ანტიბიოტიკები (ამინოგლიკოზიდები, პენიცილინები, ცეფალოსპორინები), დიგოქსინი, ფუროსემიდი. ახალშობილებში ამ წამლების დანიშნისას გვერდითი რეაქციების თავიდან აცილების მიზნით ისინი უნდა დაინიშნოს ნაკლები დოზით და დიდი ინტერვალით.

ცხრილში 5. 3 მოცემულია წამლის ფარმაკოკინეტიკური ცვლილებები ახალშობილებში მოზრდილებთან შედარებით.

	ა	წ
შ	ღ	კ
ბ	მ	ღ
ც	ღ	კ
მ	ღ	ქ
ბ	ღ	ბ



**დღიურება**

ახალშობილებში, ბავშვებსა და მოზრდილებში არსებული ფარმაკოკინეტიკური განსხვავებები საშუალებას არ იძლევა, რომ მოზრდილებზე გათვლილი დოზა მარტივად პროპორციულად შემცირებული სახით დაენიშნოს ჩვილებსა და ბავშვებს.

იმის გამო, რომ მკურნალობა უფრო ეფექტური და უსაფრთხო იყოს ექიმებმა უნდა ისარგებლონ წამლის უკვე დადგენილი ასაკის შესაბამისი დოზებით, რომელიც მოცემულია სპეციალურ ცნობარებსა და წამალთა ოფიციალურ ანოტაციებში.

წამლების უმრავლესობას, რომელიც ნებადართულია ბავშვებში გამოსაყენებლად, გააჩნია სპეციალური რეკომენდაციები მილიგრამებში სხეულის მასაზე გათვლით.

თუ პრეპარატს დოზის მსგავსი რეკომენდაცია არ ახლავს, მაშინ მისი დოზის გათვლა შეიძლება ყველა იმ მეთოდით, რომელიც ითვალისწინებს ასაკს, სხეულის მასასა და სხეულის ზედაპირის ფართობს.

ნებისმიერი გათვლისას პედიატრიული დოზის სიდიდე არ უნდა აღემატებოდეს შესაბამისი წამლის მოზრდილის დოზის სიდიდეს. დოზის გამოთვლის მეთოდებს მიეკუთვნება იანგის და კლარკის მეთოდები.

იანგის წესი:

დოზა = მოზრდილების დოზა x ასაკზე(წლებში)

ასაკი + 12

კლარკის წესი:

დოზა = მოზრდილების დოზა x მასა (კგ)

70

უფრო ზუსტი და ადეკვატურია დოზის გათვლა ბავშვის სხეულის ფართობის მიხედვით (ცხ. 5. 4) რომლის დროსაც ხშირად ნანოგრამებით სარგებლობენ, მათი დახმარებით სხეულის ფართობის გათვლა უფრო ადეკვატურია.

**დოზის გამოთვლის მეთოდის არჩევისას აუცილებელია მხედველობაში მივიღოთ წამლის თერაპიული ინდექსი.**

ვიწრო თერაპიული ინდექსის მქონე წამლებისათვის (მაგ. ციტოსტატიკები, ეუფილინი, გენტამიცინი, ლითიუმი, დიგოქსინი)

ერთჯერადი დოზა შეიძლება გამოთვლილი იქნეს ყველა ასაკობრივი ჯგუფებისთვის: ამ ორ ზღვარს შორის დოზის გამოთვლა ხდება მილიგრამებში კილოგრამზე.

წამლის დოზის განსაზღვრის ნებისმიერი მეთოდი საბოლოო დაზუსტებას საჭიროებს წამლის მოქმედების მონიტორინგის დროს მიღებული მონაცემების საფუძველზე, ხოლო ვიწრო თერაპიული ინდექსის მქონე პრეპარატებისათვის აუცილებელი სისხლის შრატში მათი დოზის მონიტორინგი.

სხეულის ზედაპირის ფართობი (სზფ) შეიძლება შემდეგი ფორმულით გამოითვალოს:

$$სზფ = სიმაღლე(სმ) x მასა(კგ) / 3600$$

ს	ა	ს	მ
3	ა	0	1
6	3	0	1
1	1	0	2
2	5	0	4
3	9	1	6
4	1	1	7
5	1	1	9
6	მ	1	1
7	მ	1	1

**წამლების გვერდითი რეაქცია**

გვერდითი ეფექტების განვითარების სისწორე მატულობს ასაკთან ერთად, თუმცა მათი განვითარების ალბათობა ასევე მაღალია ბავშვთა ასაკში, რიგი თავისებურებების გამო (რეცეპტორული მგრძობელობის თავისებურებანი, ჰემატოენცეფალიური ბარიერის მაღალი განვლადობა, თირკმლისმიერი ელიმინაცია და სხვა) გვერდითი ეფექტების სისწორე განსაკუთრებით მაღალია ახალშობილების პერიოდში და გააჩნია რიგი თავისებურებები. ეს გვერდითი ეფექტები შეიძლება განვითარ-

დეს წამლის უფრო მცირე დოზებით, ვიდრე მოზრდილებში, ხოლო მათი გამოხატულება ხშირად სპეციფიურია, მაგალითად ტეტრაციკლინით- კბილების შეღებვა, კორტიკოსტეროიდებით ხანგრძლივი მკურნალობისას პრეპუბერტალურ პერიოდში ზრდის დათრგუნვა, ფენობარბიტალის მიღებით გამოწვეული პაროდონტალური ჰიპერპლასტიურობა ბავშვების 25% -ში (მიზეზი უცნობია და არ ეხება ფარმაკოკინეტიკის ცვლილებას)

ჩატარებულ მედიკამენტურ თერაპიაში შეცდომებს ხშირად მიეყვანართ წამლების გვერდითი ეფექტების განვითარებასთან.

ამ გართულებებს მიეკუთვნება, პირველ რიგში ავადმყოფი ბავშვის სამკურნალოდ განკუთვნილი წამლის იდივიდუალური დოზის არასწორი განსაზღვრა. ამ დროს გათვალისწინებული უნდა იქნეს, რომ ორგანიზმის სწრაფი ზრდისა და სხეულის მასის ცვლილებების გამო წამლების სტანდარტული დოზები ბავშვებისათვის არ არსებობს.

**წამლის ფორმები, მათი შეყვანის გზები და რეჟიმი**

წამალი გამოდის სხვადასხვა ფორმით და ასევე განსხვავებულია ორგანიზმში მათი შეყვანის გზები (ენტერალური და პარენტერალური)

**ორგანიზმში წამლის შეყვანის ენტერალური გზა**

წამლის შეყვანა ორგანიზმში ძირითადად კუჭ-ნაწლავის გავლის გზით ხდება (პირიდან ან ნაწლავიდან). ამ გზის უპირატესობა მისი განპირობებულია მიღების მოხერხებულობით, სიმარტივით, შედარებითი უსაფრთხოებით და ნაკლები გართულებებით, რაც თან ახლავს წამლის შეყვანის პარენტერალურ გზას.

თუმცა პერ ოს წამლის მიღება შეუძლებელია შეუპოვარი ღებინების და ბავშვის უგონო მდგომარეობების დროს.

წამლის პერ ოს მიღება ხდება ხსნარების, აბების, კაფსულების, ფხვნილების და დრაჟეების ფორმით. ზოგიერთი პრეპარატი ბავშვისთვის გამოდის ელექსირების და სუსპენზიების სახით. სუსპენზიები შეიცავენ უხსნად ნაწილაკებს რომლებიც მთელს მოცულობაში თანაბრად ნაწილ-

დება მხოლოდ მისი კარგად შენჯღრევის შემდეგ, ამიტომ ასეთი ფორმის პრეპარატი უნდა შეინჯღრეს ყოველი მიღების წინ.

სუსპენზიაში წამლის არათანაბარი განაწილება შეიძლება იყოს არაეფექტური მკურნალობის ან წამლის ტოქსიურობის მიზეზი. მაგალითად ცნობილია ფენიტონინის სუსპენზიით ინტოქსიკაცია, რომელიც მიღებამდე არ შეანჯღრეს. ამიტომ ექიმმა კარგად უნდა იცოდეს წამლების ყველა ფორმა და მშობელს მისცეს ინსტრუქცია მისი გამოყენების შესახებ.

მეორე პრობლემაა პედიატრიაში დანიშნულების შესრულების სიზუსტე, რომელიც დამოკიდებულია არა მარტო მშობლის მცდელობაზე ზუსტად შეასრულოს დანიშნულება, არამედ წამლის გაზომვის სისწორეზე, წამლის გადმოფურთხებაზე და სხვა.

მაგ. სხვადასხვა ჩაის კოვზის მოცულობა ვარირებს 2,5 დან 7, 8 მლ. ამიტომ მშობელმა წამალი საზომი ჭიქით ან კოვზით უნდა მისცეს ბავშვს, რომელიც ახლავს წამალს ან მისი შექმნა შესაძლებელია ავთიაქში.

წამლის თხევადი ფორმები უფრო მოსახერხებელია 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში.

ტაბლეტები – ეს არის წამლის მეორე ფორმა, რომელშიც მოქმედი საწყისი დაპრესილია ფარმაკოლოგიურად ინერტულნივითიერებასთან.

არსებობს წამლის ფორმები (მრავალწრიანი გარსის მქონე აბები), რომლებიც ნელნელა ათავისუფლებენ მოქმედ ნივთიერებას, რაც უზრუნველყოფს თერაპიული მოქმედების პროლონგირებას, ასევე აბები რომელთა აუცი მდგრადია კუჭის წველის მოქმედების მიმართ და რომელიც იხსნება ტუტე გარემოში ანუ ნაწლავებში.

ზოგიერთი კომერციული პროდუქტის შემადგენლობაში შეიძლება იყოს ალკოჰოლი, პროპილენგლიკოლი, საღებავები, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიონ არასასურველი რეაქციები, ამიტომ მსგავსი წამლები არ უნდა იყოს გამოყენებული განსაზღვრული დაავადებების მქონე ბავშვებში.

პრეპარატები, რომლებიც არ შეიცავენ შაქარს შეიძლება გამოყენებული იქნეს შაქრიანი დიაბეტის მქონე ბავშვებში ან კარიესის პროფილაქტიკის მიზნით. მაგრამ უნდა გაითვალისწინოთ, რომ ზოგიერთი შაქრის შემცველი, მაგალითად სინთეზური ნივთიერება ასპარტამი, რომელსაც შეიცავს ზოგიერთი პრეპარატი არ შეიძლება მიეცეს ბავშვს ფენილკეტონურიით, რადგან შეიცავს ფენილალანინს. სხვა კარბოჰიდრატები, ისეთები როგორც არის სორბიტოლი და გლიცერინი არ იწვევენ კარიესს, მაგრამ დიდ დოზებში. შეიძლება გამოიწვიონ დიარეა.

ფხვნილები ასევე შეიძლება დამზადდეს და გამოვიყენოთ როგორც ალტერნატივა, მაგრამ უნდა გაითვალისწინოთ, რომ ისინი ხშირად შემავსებლის სახით შეიცავენ ლაქტოზას, ხოლო ზოგიერთ ბავშვს გააჩნია ლაქტოზის თანდაყოლილი აუტანლობა.

**რექტალური შეყვანის** დადებითი მხარეა ის, რომ ამ დროს არ ხდება კუჭის გაღიზიანება, ამ გზით წამლის შეყვანა უმჯობესია დებინების, ყლაპვის არარსებობის და ავადმყოფის უკონო მდგომარეობაში ყოფნის დროს. რექტალურად წამალი შეყვანის სანთლების (სუპოზიტიორების) ან სითხეების (წამლის ოფის) სახით. ამ გზას იყენებენ როგორც ადგილობრივი შედეგის (მაგ. წყლულოვანი კოლიტების) ასევე სისტემური ეფექტის მისაღებად. რექტალურად შეყვანილი წამლის დოზა პერორალური დოზის შესაბამისია ან მცირედ აღემატება მას.

რექტალური გზის უკუჩვენების მიზეზებია წამლის ამ გზით შეყვანისას ფსიქოლოგიური გაღიზიანება, ასევე სწორი ნაწლავის გაღიზიანება და ზოგჯერ ანთებაც კი წამლების განმეორებითი შეყვანის შემდეგ ან წამლების არასაკმარისი შეწოვა სწორ ნაწლავში ფეკალური მასების არსებობისას.

#### **წამლის შეყვანის პარენტერალური გზა**

წამლის შეყვანის პარენტერალური გზას მიეკუთვნება სხვადასხვა ინექციები, ინჰალაციები, კანის და ლორწოვანის გზით წამლის შეყვანის მეთოდები.

მცირე ასაკის ბავშვებში წამლის შეყვანის პარენტერალური გზა უპირატესია. ყველაზე ხშირად სარგებლობენ ინტრამუსკულარული და ინტრავენური გზებით.

ხოლო პემოდინამიკის, მიკროცირკულაციის და რღვევის დროს ინტრავენური. ამ დროს წამლის ინტრავენური შეყვანა უნდა ხორციელდებოდეს ნელა. წამლის ამ გზით შეყვანის დროს ეფექტი ვლინდება ძალიან სწრაფად და წამლის დოზირება უფრო ზუსტია.

ჩვეულებრივ, ინტრავენურად შეყავთ ის პრეპარატები, რომლებიც არ შეიწოვებიან კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან ან ზედმეტად გამაღიზიანებელი მოქმედება აქვთ.

პედიატრიულ პრაქტიკაში პარენტერალურ შეყვანას ხშირად თან სდევს სირთულეები. ასე მაგალითად პარენტერალურად შესაყვანი წამლის გახსნა იწვევს ორგანიზმში შესაყვანი სითხის მოცულობის არასასურველ გაზრდას.

გათვალისწინებული უნდა იყოს ის, რომ ზოგიერთი პარენტერალური წამალი შეიცავს სხვადასხვა კომპონენტებს, რომლებსაც შეუძლიათ არასასურველი რეაქციების გამოწვევა, მეტაბოლური აციდოზის, დეპრესიის, გულის არითმიების ჩათვლით. ამიტომ წამლის შერჩევას გასათვალისწინებელია მასში შემავალი სხვა ინგრედიენტების თანარსებობაც.

#### **წამლის მიღების რეჟიმის დაცვა პედიატრიაში**

ბავშვებისთვის დანიშნული წამლების რეჟიმის დაცვაში აქტიური მონაწილეობა უნდა მიიღოს მშობელმა.

კვლევებით დადგინდა, რომ მშობლების უმრავლესობა საჭიროდ მიიჩნევს 8-10 წლიდან ბავშვები აქტიურად ჩაერთონ კონსულტაციის პროცესში. ნებისმიერ შემთხვევაში ექიმმა მშობელს უნდა მიუთითოს, რომ აქტიურად ჩაერთოს ბავშვის სამკურნალოდ მიცემული დანიშნულების შესრულების პროცესში და აუხსნას, რომ ფარმაკოთერაპიის ეფექტურობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული მასზე.

პრეპარატის შერჩევაზე შეიძლება გავლენა იქონიოს ფორმამ, გარეგნულმა სახემ, სუნმა და გემომ.

ასევე გასათვალისწინებელია, რომ მიღების რეჟიმი უნდა ემთხვეოდეს ბავშვის ფიზიოლოგიის პერიოდს.

ასევე უნდა ავსოსნათ მშობელს დანიშნულების ზუსტად შესრულების აუცილებლობა. დაუშვებელია წამლის შეწყვეტა ვადაზე ადრე, მიუხედავად ბავშვის გარეგნული გამოჯანმრთელებისა, რასაც ხშირად ვხვდებით მშობლების მხრიდან.

უნდა მოხდეს მშობლების ინფორმირება წამლის შესაძლო გვერდითი ეფექტების, სხვა წამლებთან ურთიერთქმედების და საკვებთან მათი ურთიერთქმედების, განსაკუთრებით წამლისა და რძის ურთიერთქმედების შესახებ.

ბავშვთა ასაკში წამლის დანიშნისას პრიორიტეტი ენიჭება, (რა თქმა უნდა შესაძლებლობის ფარგლებში), მარტივ მოსახერხებელ წამლის ფორმებს, დოზირებას და შეყვანის გზებს.

რეზიუმე

კლინიკური ფარმაცოლოგიის და რაციონალური ფარმაცოლოგიის თავისებურებები პედიატრიაში

მელიციანის დოქტორი რუსუდან ჯაში კლინიკური ფარმაცოლოგიისა და რაციონალური ფარმაცოლოგიის ხელშეწყობის კავშირი რიმში ონ ოცნრე ევრომეცნიერების საქართველოს სექციის ფარმაცოლოგიის დეპარტამენტი

ბავშვისთვის დანიშნული წამლების რეჟიმის დაცვაში აქტიური მონაწილეობა უნდა მიიღოს მშობელმა.

კვლევებით დადგინდა, რომ მშობლების უმრავლესობა საჭიროდ მიიჩნევს 8-10 წლიდან ბავშვები აქტიურად ჩაერთონ კონსულტაციის პროცესში. ნებისმიერ შემთხვევაში ექიმმა მშობელს უნ-

და მიუთითოს, რომ აქტიურად ჩაერთოს ბავშვის სამკურნალოდ მიცემული დანიშნულების შესრულების პროცესში და აუხსნას, რომ ფარმაცოლოგიის ეფექტურობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული მასზე.

ბავშვთა ასაკში წამლის დანიშნისას პრიორიტეტი ენიჭება, (რა თქმა უნდა შესაძლებლობის ფარგლებში), მარტივ მოსახერხებელ წამლის ფორმებს, დოზირებას და შეყვანის გზებს.

SUMMARY

THE PEDITRIC CLINICAL PHARMACOLOGY AND RATIONAL PHARMACOTHERAPY

RUSUDAN JASHI MD. PHD Georgian Society of Clinical Pharmacology and Rational Pharmacotherapy PRIMUM NON NOCERE (PNN) Department of Pharmacology Georgian National section of EuroScience

The pediatric populacion is a dynamic group, with maior changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics taking place throughout infancy and childhood. Therefore, the need for the evolution and establishment of medication dosing regimens in children of different ages is great.

Special consideration must be taken into account when dosing medications in pediatric patients.

This review was developed with intent to serve as a compilation of recomended pediatric doses found in the literature and to provide relevant clinical information regarding the use of drugs in children.

ანტიბაქტერიული თერაპიის ღირებულების და ეფექტურობის შეფასება

მელიციანის დოქტორი რუსუდან ჯაში კლინიკური ფარმაცოლოგიისა და რაციონალური ფარმაცოლოგიის ხელშეწყობის კავშირი რიმში ონ ოცნრე ევრომეცნიერების საქართველოს სექციის ფარმაცოლოგიის დეპარტამენტი

ანტიბიოტიკის შერჩევის პრობლემა ყოველთვის იარსებებს, სანამ იქმნება ახალი ანტიბაქტერიული პრეპარატები და მათ მიმართ ბაქტერიების მგრძობილობის ცვლილებები გვექნება

რაციონალური ფარმაცოლოგიის პრინციპების გათვალისწინებით, ანტიბიოტიკის შერჩევისას გადაწყვეტილების მიღების დროს, როგორც წესი, ექიმი თანმიმდევრლად აფასებს შემდეგ ფაქტორებს:

- აქტივობის სპექტრი
● ფარმაცოკინეტიკური დანახიათება
● უსაფრთხოება
● ანტიბიოტიკის ფასი

ანტიბიოტიკი ეფექტურია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა მიკრობი მისადმი მგრძობიარეა.

მკურნალობის დასაბუთებისას უნდა ვიცოდეთ ანტიბიოტიკების ფარმაცოკინეტიკური პარამეტრები; ბიოშედწევადობა, შედწევადობა დაზიანებულ ორგანოებსა და ქსოვილებში, შეწოვის სიჩქარე და სისრულე, განაწილების მოცულობა, ბიოტრასფორმაცია, ელიმინაციის გზები, ნახევარგამოყოფის პერიოდი, კლირენსი და ა.შ. რითაც განისაზღვრება პრეპარატის სამკურნალო დოზა და შეყვანის გზა და უზრუნველყოფილი იქნება მკურნალობის ეფექტურობა.

მედიკამენტების უსაფრთხოება ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში განისაზღვრება წამლის გვერდითი მოვლენების, უკუჩვენებების და სხვა წამლებთან ურთიერთქმედებების დეტალური ანალიზით, პაციენტის ორგანიზმის ინდივიდუალური თავისებურებების, დაავადების კლინიკური გამოვლენის, სხვა დაავადების თანაარსებობის გათვალისწინებით, რისთვისაც საჭიროა კლინიკური ფარმაკოლოგის კონსულტაცია. რათა პერსონალურად შევარჩიოთ წამალი კონკრეტული პაციენტისთვის.

**აშშ-ში დათვალეს, რომ ავადმყოფთა ფარმაკოთერაპიის დასაბუთება შესაძლებელს გახდის ბიუჯეტის დანახარჯების 320 მილიონი დოლარით შემცირებას.**

ბოლო ხანებში მატულობს ანტიბაქტერიული პრეპარატების გამოყენების ფარმაკოეკონომიკური კვლევები. კლინიკური კვლევებისაგან ისინი განსხვავდებიან იმით, რომ პრეპარატების ეფექტურობის და უსაფრთხოების შეფასების გარდა ხდება ყველა ხარჯების შეფასება, რაც დაკავშირებულია მოცემული ინფექციის მკურნალობასთან, ამასთან ანტიბიოტიკოთერაპიის ოპტიმალური რეჟიმის შერჩევისას ეს მაჩვენებლები განიხილება ერთმანეთისაგან განუყოფელად.

ფარმაკოეკონომიკური კვლევის ჩატარებისას ხდება სამი ძირითადი შემადგენელი ნაწილის აღრიცხვა. პირდაპირი (სამედიცინო), არაპირდაპირი (შრომისუნარიანობის მუდმივად ან დროებით დაკარგვასთან დაკავშირებული დანახარჯები) და ე.წ. არამატერიალური (ცხოვრების ხარისხის დაქვეითებასთან დაკავშირებული ხარჯები)

**საჭიროა განვასხვაოთ ანტიბიოტიკის ღირებულება და ანტიბიოტიკოთერაპიის ღირებულება.** ანტიბიოტიკის ღირებულებას ქვეშ იგულისხმება მისი შესყიდვის ფასი (ანტიბაქტერიული პრეპარატების ფასი ორგანიზაციებისთვის, სამკურნალო პრეპარატების საბითუმო გაყიდვის ფასი აფთიაქებში.)

**ანტიბაქტერიული თერაპიის ფასი** კი გაცილებით ფართო ცნებაა. იგი მოიცავს რამდენიმე ღირებულებას: თვით ანტიბიოტიკის, მისი შეყვანას, დამატებით ანტიბიოტიკოთერაპიას მისი კლინიკური არაეფექტურობის შემთხვევაში ან არასასურველი რეაქციების განვითარების შემთხვევაში პაციენტის დაყოვნებას სტაციონარში და ა. შ.

ფარმაკოეკონომიკური კვლევები მოიცავს მოქმედების ფართო არეალს, რადგან სტაციონარების დანახარჯები სამკურნალო საშუალებებზე საშუალოდ შეადგენს მათი ბიუჯეტის 15-20% , აქედან ინფექციის საწინააღმდეგო პრეპარატებზე მოდის 50-60%, არსებობს რიგი გადაწყვეტილებები, რომელიც საშუალებას იძლევა შევამციროთ ხარჯები ანტიბაქტერიული პრეპარატების გამოყენებაზე სტაციონარში მაღალი კლინიკური ეფექტურობის შენარჩუნებით.

**სტაციონარში ანტიბაქტერიული თერაპიის ღირებულების ძირითადი კომპონენტები;**

**ანტიბიოტიკის ღირებულებას ქვეშ იგულისხმება მისი**

- 1. შესყიდვის ფასი
- 2. შეყვანის ფასი

3. სპეციალურ სამედიცინო კუთვნილებათა (შპრიცები, ნემსები, საიფუზიო ხსნარების სისტემები, ხელთათმანები და სხვა) ღირებულება

4. სტერილიზაციის ფასი

5. საშუალო სამედიცინო პერსონალის დროის დანახარჯის ღირებულება

6. შპრიცების, ნემსების და სხვა გამოყენებული საშუალებების უტილიზაციის ის ღირებულება.

7. პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების ღირებულება ინფექციური დაავადებების და მათი გართულებების შემთხვევაში.

8. სპეციალისტების კონსულტაციების ღირებულება (ქირურგი, თერაპევტი და ა. შ.) . 9. დამატებითი მკურნალობის ღირებულება კლინიკური არაეფექტურობის შემთხვევაში

10. დამატებითი მკურნალობის ღირებულება არასასურველი რეაქციების განვითარების შემთხვევაში

11. ლაბორატორიული და დიაგნოსტიკური კვლევების ღირებულება

12. მიკრობიოლოგიური კვლევების (გამომწვევის გამოყოფა და იდენტიფიცირება, ანტიბიოტიკებისადმი მგრძობელობის განსაზღვრა) ღირებულება.

13. წამლის თერაპიული მონიტორინგის (ამინოგლიკოზიდების, ვანკომიცინის, ქლორამფენიკოლის გამოყენებისას) ღირებულება.

14. კლინიკური და ბიოქიმიური ანალიზების ღირებულება.

15. ინსტრუმენტული კვლევის მეთოდების ღირებულება.

16. ამბულატორიულ პირობებში პაციენტის მკურნალობის (დასრულების) ღირებულება.

**სტაციონარში ანტიბაქტერიული თერაპიის დანახარჯების შემცირების გზები**

**ექიმთა კვალიფიკაციის დონის ამაღლება ანტიმიკრობული ქიმიოთერაპიის დარგში**

**ანტიბიოტიკების ჩვენების გარეშე დანიშნვა შეიძლება აიხსნას 3 მიზეზით:**

○ ფარმაცევტული ფირმების სარეკლამო კომპანიების ზეგავლენით

○ ექიმის არასაკმარისი მომზადებით ქიმიოთერაპიის საკითხებში

○ პაციენტის მოთხოვნებით მკურნალობის ჩატარების დროს

აქ პირველ ადგილზე უნდა დავაყენოთ მე-2 ფაქტორი, რადგან ექიმს რომელსაც აქვს საკმარისი ცოდნა თანამედროვე ანტიმიკრობული ქიმიოთერაპიის დარგში, იცის კლინიკური ფარმაკოლოგია და კლინიკური მიკრობიოლოგია, მისთვის ბევრად ადვილია წინ აღუდგას როგორც რეკლამის, ისე პაციენტის ზეწოლას.

**ანტიბიოტიკორეზისტენტობის ლოკალური სტრუქტურის გათვალისწინება.**

**კლინიკური მიკრობიოლოგიის ლაბორატორიის მუშაობის ხარისხის გაუმჯობესება.**

სტაციონარის ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ცოდნა ხელს უწყობს გააზრებულად მივუღვეთ

ანტიბიოტიკოთერაპიის გამოყენებას, რაც საშუალებას მოგვცემს შევამციროთ რეზისტენტური შტამების სელექცია, ანტიბიოტიკების გაუმართლებელი დანიშნის შემთხვევათა რიცხვი და მათზე დანახარჯები, გავზარდოთ ანტიბიოტიკების გამოყენებაზე კონტროლი.

კლინიკური მიკრობიოლოგიის ლაბორატორიის ხარისხიანი მუშაობის გარეშე შეუძლებელია სტაციონარის ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ცოდნა. იმისთვის, რომ მიკრობიოლოგიური ანალიზის შედეგები იყოს სანდო, აუცილებელია მაღალი ხარისხის მიკრობიოლოგიური მასალების გამოყენება, ანალიზის მეთოდების სტანდარტიზაცია თანამედროვე მეთოდების შესაბამისად, შიდა და გარე ხარისხის კონტროლის ჩატარება.

**პერორალური ანტიბიოტიკოთერაპია, საფეხურებრივი თერაპია,**

**ანტიბიოტიკოთერაპიის მოკლე კურსები, ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა ქირურგიაში,**

**სტაციონარისგარეთ პარენტერალური ანტიბიოტიკოთერაპია, დოზირების ხანგრძლივი ინტერვალის მქონე ანტიბიოტიკების შერჩევა, მონოთერაპია, გენერული მედიკამენტების გამოყენება, ანტიბიოტიკების ფორმულარი,**

**ანტიბიოტიკების შეზღუდვის სისტემა**

**პერორალური ანტიბიოტიკოთერაპია**

თანამედროვე პერორალური ანტიბიოტიკების უმრავლესობა ხასიათდება მოქმედების ფართო სპექტრით, მაღალი ბიოშეწვეადობით, აგრეთვე მიღების იშვიათი ჯერადობით, რაც საშუალებას იძლევა ისინი თავიდანვე დაინიშნოს ზოგიერთი ინფექციური დაავადების სამკურნალოდ.

ამ შემთხვევაში ხარჯების შემცირება განპირობებულია პერორალური და პარენტერალური ანტიბიოტიკების ფასების სხვაობით, ანტიბიოტიკების შეყვანის ხარჯების მნიშვნელოვანი შემცირებით, პაციენტის სტაციონარიდან ადრეული გაწერის შესაძლებლობით, ნოზოკომიალური ინფექციის განვითარების რისკის შემცირებით. გარდა ამისა, პაციენტისათვის მკურნალობა ხდება უფრო კომფორტული

მოცემული მიდგომის მაგალითები შეიძლება იყოს კოამოქსიკლავის, ცეფუროქსიმიქსეტილის გამოყენება სასუნთქი გზების ინფექციის დროს, მაკროლიდების, ცეფუროქსიმიქსეტილის, კოამოქსიკლავის-ლორ ინფექციების დროს.

**საფეხურებრივი თერაპია**

საფეხურებრივი თერაპია არის ანტიმიკრობული პრეპარატების ორეტაპიანი გამოყენება, პარენტერალურიდან – პერორალურზე გადასვლა თერაპიის მაღალი კლინიკური ეფექტურობისას შესაძლო მოკლე ვადებში, რაც განისაზღვრება პაციენტის კლინიკური მდგომარეობით

ამან შეიძლება მნიშვნელოვნად შეამციროს მკურნალობის ღირებულება, აგრეთვე პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების ვადა.

დაგროვილია გამოცდილება საფეხურებრივი თერაპიისა ჰოსპიტალური პნევმონიის, უროგნიტალური ტრაქტის ინფექციების, სეპტიცემიის, კანისა და რბილი ქსოვილების, ინტრააბდომინალური ინფექციების მკურნალობის დროს.

საფეხურებრივი თერაპიას აქვს კლინიკური და ეკონომიური უპირატესობა როგორც პაციენტისათვის, ისე სამკურნალო დაწესებულებისათვის, პაციენტისათვის იგი პირველ რიგში ინფექციების რაოდენობის შემცირებაში მდგომარეობს, რაც მკურნალობას ხდის უფრო კომფორტულს და ამცირებს პოსტინექციური გართულებების (ფლებიტები, პოსტინექციური აბსცესები, კათეტერასოცირებული ინფექციები) განვითარების რისკს,

მეორეს მხრივ, დაავადების დადებითი დინამიკის დროს პაციენტის სტაციონარში ყოფნის ჩვენების არარსებობისას იგი შეიძლება გაწერილი იქნეს უფრო ადრე და გააგრძელოს მკურნალობა ბინის პირობებში, რაც კეთილსასურველ ზეგავლენას მოახდენს მის ფსიქოემოციურ მდგომარეობაზე (რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბავშვებში), აგრეთვე ხელს შეუწყობს ნოზოკომიალური ინფექციის რისკის შემცირებას.

**სტაციონარისთვის საფეხურებრივი თერაპიის უპირატესობა შედგება შემდეგი ფაქტორებისაგან:**

დანახარჯების შემცირება ორალური ანტიბიოტიკების ნაკლები ღირებულების გამო.

დანახარჯების შემცირება, რაც გამოწვეულია პარენტერალური ანტიბიოტიკური პრეპარატების გამოყენებასთან დაკავშირებული დამატებითი ხარჯებით.

ავადმყოფის უფრო ადრე გაწერის შესაძლებლობა, რადგან ორალური ანტიბიოტიკების მიღება, როგორც წესი არ მოითხოვს სტაციონარში პაციენტის ყოფნას.

ნოზოკომიალური ინფექციის განვითარების რისკის შემცირება, პოსტინექციური გართულებების ჩათვლით.

**ანტიბიოტიკოთერაპიის მოკლე კურსი**

ანტიბიოტიკური თერაპიის სტანდარტული სქემები, პერიოდულად გადახედება გამოწვევის რეზისტენტობის ზრდასთან დაკავშირებით და ახალი პრეპარატების შექმნასთან ერთად, რომელთაც აქვთ გაუმჯობესებული ფარმაკოკინეტიკური მაჩვენებლები. პირველ რიგში, უფრო ხანგრძლივი ნახევარდ დაშლის პერიოდი და უკეთესი ბიოშეწვეადობა.

ქიმიოთერაპიისათვის ახალი მიდგომის მაგალითები: ანტიბიოტიკების გამოყენების მოკლე კურსი. როგორც პროსპექტული კლინიკური კვლევის შედეგებმა აჩვენა, იგი წარმატებულად შეიძლება გამოყენებული იქნეს ზედა და ქვედა სასუნთქი გზების ინფექციების (შუა ყურის მწვავე ანთება, მწვავე სინუსიტი, ტონზილოფარინგიტი, ქრ. ბრონქიტის გამწვავება, ამბულიატორული პნევმონიები) და შარდსასქესო სისტემის ინფექციების დროს.

მაგალითის სახით განვიხილოთ ანტიბიოტიკოთერაპიის მოკლე კურსი სტაფილოკოკური

ტონზილოფარინგიტის დროს. პენცილინის ათ დღიანი კურსი სტრეპტოკოკური ტონზილოფარინგიტის სამკურნალოდ იყო ოქროს სტანდარტი, მიუხედავად იმისა, რომ ამ ანტიბიოტიკმა გაუძლო გამოცდებს და რჩება ეფექტური პაციენტების უმრავლესობაში, A ჯგუფის B ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის მტარებლობა შენარჩუნებულია პაციენტების 5-35% შემთხვევაში, რაც მიუთითებს პენიცილინის ბაქტერიოლოგიურ არაეფექტურობაზე.

პენცილინის სტანდარტული ათ დღიანი კურსის კლინიკური არაეფექტურობის შესაძლო მიზეზები შეიძლება იყოს: **პაციენტების მიერ მკურნალობის რეჟიმის დარღვევა**, კოპათოგენების კოლონიზაცია, ცხვირ-ხახის არაპათოგენური “დამცველი” მიკროფლორის ერადიკაცია, **იმუნური პასუხის შესუსტება ანტიბიოტიკოთერაპიის ადრეული დაწყებისას და მტარებლობაზე გადასვლა**.

პენიცილინის ტრადიციული ათ დღიანი კურსის კლინიკურად დამტკიცებული ალტერნატივა სტრეპტოკოკური ტონზილოფარინგიტის დროს არის მავ: მეორე თაობის ცეფალოსპორინების მოკლე კურსი-ცეფუროქსიმიასეტილი (5 დღე), აგრეთვე ანტიბიოტიკები მაკროლიდებიდან -აზიტრომიცინი, სპირამიცილი.

ანტიბიოტიკოთერაპიის მოკლე კურსს მაღალი კლინიკური ეფექტურობის დროს აქვს შემდეგი უპირატესობა:

**უმჯობესდება** პაციენტების მიერ რეჟიმის დაცვა **მცირდება** მკურნალობის ღირებულება ანტიბიოტიკის შეყვანაზე და შექენაზე ხარჯების შემცირებით და აგრეთვე პოსპიტალიზაციის ვადის შესაძლო შემცირებით.

**მცირდება** ნოზოკომიალური ინფექციის განვითარების შესაძლებლობა, პოსტინექციური გართულებების ჩათვლით.

**ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა ქირურგიაში**  
სახლგარეარეთული მონაცემებით, ჭრილობისმიერი ინფექცია ხელს უწყობს ავადმყოფის სტაციონარში ყოფნის ხანგრძლივობის ერთი კვირით გაგრძელებას, რასაც მიყვავართ მკურნალობის ხარჯების გაზრდასთან 10-20%-ით, დღეისათვის არავისთვისაა საეჭვო პერიოპერაციული ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის უპირატესობა

ლიტერატურაში დისკუსია არ არის იმის შესახებ, გვჭირდება თუ არა ანტიბიოტიკი საერთოდ, არამედ იმაზე, რომელი ანტიბიოტიკი უნდა შევარჩიოთ, რომ მივიღოთ **მაქსიმალური კლინიკური და ფარმაკოკონომიური ეფექტურობა**. თუმცა ზოგიერთი ქირურგი თვლის, რომ ვერ იგრძნო ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის უპირატესობა. ეს გამოწვეულია იმით, რომ ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა იწყება ოპერაციის დამთავრების შემდეგ, როცა ავადმყოფი შედის პალატაში, მისი ჩვეულებრივი კურსი შეადგენს 5-7 დღეს და მოიცავს ყველაზე ადვილად მისაწვდომ ანტიბიოტიკებს. ისეთებს როგორცაა: ბენზილპენცილინი, ნახევრად სინთეზური პენიცილინები, ამინოგლიკოზიდები,

სტაციონარებში, სადაც გამოიყენება პერიოპერაციული პროფილაქტიკის პროტოკოლები პრეპარატის პირველი დოზის ოპერაციის დაწყების წინ შეყვანით, რანდომიზირებული, კონტროლირებული, პოსტპეტური კლინიკური კვლევების შედეგებით დამტკიცებულია ამ მიდგომის ეფექტურობა.

**პარენტერალური ანტიბიოტიკოთერაპია სტაციონარის ბარში**

პარენტერალური ანტიბიოტიკოთერაპია სტაციონარის გარეთ უკვე დამკვიდრებულია ბევრი განვითარებული ქვეყანის ყოველდღიურ სამედიცინო პრაქტიკაში. მისი პრინციპი მდგომარეობს იმაში, რომ უკუჩვენებების არ არსებობის დროს, პაციენტს შეუძლია პარენტერალური ანტიბიოტიკოთერაპია ჩაიტაროს ამბულატორიულად ან სახლის პირობებში.

სტაციონარის გარეთ პარენტერალური ანტიბიოტიკოთერაპიის რამდენიმე მოდელი არსებობს: „ინფუზიური“ ექთნის დახმარებით, ანტიბიოტიკის დამოუკიდებლად შეყვანა, პროცედურული კაბინეტი.

მოცემული მიდგომის მიხედვით ხარჯების შემცირება ხდება პაციენტის სტაციონარში ყოფნის დროის შემცირებით.

ამავე დროს ხდება პაციენტის შრომისუნარიანობის უფრო სწრაფი აღდგენა

მისი ფსიქოლოგიური და სოციალური ადაპტაციის გაუმჯობესების და მკურნალობის კომფორტულობის გამო.

**პარენტერალური ანტიბიოტიკოთერაპიის ბინაზე ჩატარების კრიტერიუმები**

- პაციენტი
- პაციენტის თანხმობა
- ოჯახში კეთილგანწყობილი ატმოსფერო გადაადგილების შესაძლებლობა
- დაავადება
- კლინიკური მდგომარეობის სტაბილურობა
- თანხმლები დაავადებები არ საჭიროებს სტაციონარულ მკურნალობას
- ინფექცია ბინაზე მკურნალობას ექვემდებარება თერაპია
- მედიკამენტის ინტრავენური შეყვანის სისტემის დადგმა შესაძლებელია
- ანტიბიოტიკის ბინაზე დანიშვნა შესაძლებელია რისკის გარეშე
- შესაძლებელია ჩატარებული თერაპიის ადეკვატური კონტროლი

**დოზირების ხანგრძლივობა ინტერვალის მქონე ანტიბიოტიკების არჩევა**

დოზირების ხანგრძლივი ინტერვალის მქონე ანტიბიოტიკების გამოყენება საშუალებას გვაძლევს დანახარჯების შემცირების ანუ იმ საგნებზე დანახარჯების შემცირების გამოიყენება ამ დროს,სამედიცინო პერსონალის სამუშაო დრო, კლინიკური ანალიზები, თერაპიული მონიტორინგის და სხვა.

შეიძლება გამოიყოს შემდეგი ფარმაკოკონომიური უპირატესობანი დოზირების ხანგრძლივი ინტერვალის მქონე ანტიბიოტიკების შერჩევისას პაციენტის მკურნალობის კომფორტის გაზრდა(ინექციების რაოდენობის შემცირება)

პოსტინექციური გართულებების განვითარების რისკის შემცირება

ანტიბიოტიკოთერაპიის ფარული დანახარჯების შემცირება

ანტიბაქტერიულ პრეპარატებთან დაკავშირებული ხარჯების შემცირება(არა ყოველთვის)

### მონოთერაპია

იმ დანახარჯების გათვალისწინებით, რომელიც დაკავშირებულია ანტიბაქტერიული პრეპარატის შეყვანასთან, მონოთერაპიის უპირატესობა ანტიბიოტიკების კომბინაციასთან შედარებით თვალნათლივია.

ანტიბიოტიკოთერაპიაზე ფარული დანახარჯების შემცირება

ანტიბაქტერიულ პრეპარატებთან დაკავშირებული ხარჯების შემცირება(არაყოველთვით)

პაციენტის მკურნალობის კომფორტის გაზრდა(ინექციების რაოდენობის შემცირება)

პოსტინექციური გართულებების განვითარების რისკის შემცირება

### ბენეფიკური ანტიბიოტიკების გამოყენება

გენერული ანტიბიოტიკების გამოყენება შესაძლებლობას გვაძლევს დანახარჯი შემცირდეს გენერული და ინოვაციური ანტიბიოტიკების ფასების სხვაობის ხარჯზე. ერთი შეხედვით გენერული გამოყენება ფარმაკეკვლულ ბაზარზე არსებული ანტიბიოტიკების სიმრავლის ფონზე მარტივ ამოცანას ჰგავს, მაგრამ ყველა გენერული არ არის ერთნაირი ხარისხის, პირველ რიგში ეს ეხება პერორალურ პრეპარატებს, რადგანაც გენერული უნდა იყვნენ ორიგინალური პრეპარატების ბიოეკვივალენტულები. ყურადღება უნდა მიექცეს პრეპარატის ხარისხს პარენტერალური შეყვანის დროსაც.

გენერული ანტიბიოტიკების არჩევისას ჩვენ დარწმუნებული უნდა ვიყოთ მის შესაბამისობაში საყოველთაოდ მიღებულ სტანდარტებთან აქტიური ნივთიერების შემცველობის მხრივ, ხოლო ორიგინალური პრეპარატებისთვის ბიოშეღწევადობის მაჩვენებელში და ყველა ფარმაკოკინეტიკურ პარამეტრებში.

### ანტიბიოტიკების ფორმულარი

ფორმულარში იგულისხმება პრეპარატების ნუსხა, რომელიც რეკომენდირებულია სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის, სამედიცინო დაზღვევის ან მოცემული ჯანდაცვის დაწესებულების მიერ. ერთი კლინიკის ფორმულარი შეიძლება განსხვავდებოდეს სხვა კლინიკისაგან.

ანტიბაქტერიული პრეპარატების ფორმულარის შედგენაში, მონაწილეობას იღებდნენ შემდეგი სპეციალობის ექიმები კლინიკური ფარმაკოლოგები, ფარმაცევტები, ინფექციონისტი, კლინიკური მიკრობიოლოგი, ქირურგები და სხვა კლინიკისტიები, ფორმულარი სისტემატურად (1-2-ჯერ წელიწად-

ში) უნდა იყოს გადახედული ეპიდემიოლოგიური მონაცემების გათვალისწინებით, ბაზარზე ახალი ანტიბიოტიკების შემოსვლის, მკურნალობის და პროფილაქტიკის მიდგომის შეცვლის გამო.

ანტიბიოტიკის ფორმულარისათვის შერჩევის განსაზღვრული პრინციპები არსებობს, მაგ: გენტამიცინი, ტობრამიცინი, ნეთილმიცილინი, ამიკაცინი. ირჩევენ მხოლოდ 1-2 წარმომადგენელს. ანტიბაქტერიული პრეპარატების ფორმულარულ სქემას აქვს შემდეგი ფარმაკოკონომიური უპირატესობები:

კლინიკაში გამოყენებულია ანტიბიოტიკების შეზღუდული რაოდენობა

შეზღუდული რაოდენობის პრეპარატების გამოყენებაზე უფრო ღია ცოდნა ექიმების მხრიდან.

ანტიბაქტერიული პრეპარატების გამოყენებაზე მომატებული კონტროლი

რეზისტენტული შტამების წარმოქმნის რისკის შემცირება, კლინიკაში ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გაუმჯობესება.

ანტიბაქტერიული პრეპარატების შესყიდვის შემცირებისას დანახარჯების შემცირება,

ანტიბიოტიკების ჩამონათვალის შემცირება, ერთი და იგივე კლასის პრეპარატების დიდი რაოდენობით ყიდვისას მომწოდებლის მიერ ფასდაკლების გაკეთება.

### ანტიბიოტიკების შეზღუდვის სისტემა

ამ სისტემის ორი ვარიანტი შეიძლება არსებობდეს: პირველი მდგომარეობს იმაში, რომ კლინიკაში იქმნება სარეზერვო სია გამოსაყენებლად შეზღუდული ანტიბიოტიკებისა, ამ სიიდან პრეპარატის დანიშნისას ექიმი აფთიაქიდან იღებს პრეპარატს მხოლოდ მკურნალობის დასაწყისისათვის (1-2 დღე) კურსის გაგრძელებისათვის იგი ავსებს წერილობით მოთხოვნას, რასაც თან უნდა დაერთოს ანტიბიოტიკის შერჩევის კრიტერიუმები,

იმ შემთხვევაში თუ კლინიკური ფარმაკოლოგი ამ დანიშნულებას დააკმაყოფილებს, პაციენტი გააგრძელებს მკურნალობის კურსს ამ პრეპარატით. სხვა შემთხვევაში კლინიკური ფარმაკოლოგი განიხილავს მკურნალ ექიმთან ერთად ანტიბიოტიკის შერჩევის კრიტერიუმებს.

მეორე მდგომარეობს იმაში, რომ წინასწარ სარეზერვო სიის პრეპარატის დანიშვნამდე მკურნალი ექიმის კონსულტაცია უნდა მოხდეს კლინიკურ ფარმაკოლოგთან,

ფარმაკოკონომიური უპირატესობა, რომელიც აქვს ანტიბიოტიკების შეზღუდვის სისტემას იგივეა, რაც ფორმულარული სისტემის გამოყენება, ამავე დროს იგი განაპირობებს ანტიბიოტიკების გამოყენების უფრო მკაცრ კონტროლს. რაც განსაზღვრავს მაქსიმალურ კლინიკურ და ფარმაკოკონომიურ ეფექტურობას.

გამოკვლევების შედეგად დადგენილია, რომ ანტიბაქტერიული თერაპიის ღირებულების და ეფექტურობის შეფასება 30-40%-ით ამცირებს კლინიკის ხარჯებს და ხელს უწყობს მკურნალობის ეფექტურობის და უსაფრთხოების გაზრდას.

რეზიუმე

SUMMARY

ანტიბაქტერიული თერაპიის ღირებულების და ეფექტურობის შეფასება

COST - EFFECTIVENESS OF ANTIMICROBIAL THERAPY

მედიცინის დოქტორი რუსუდან ჯაში კლინიკური ფარმაკოლოგიისა და რაციონალური ფარმაკოთერაპიის ხელშეწყობის კავშირი რიგში ონ ოცემი ევრომეცნიერების საქართველოს სექციის ფარმაკოლოგიის დეპარტამენტი

RUSUDAN JASHI MD. PHD Georgian Society of Clinical Pharmacology and Rational Pharmacotherapy PRIMUM NON NOCERE (PNN) Department of Pharmacology Georgian National section of EuroScience

ანტიბიოტიკის შერჩევის პრობლემა ყოველთვის იარსებებს, სანამ იქმნება ახალი ანტიბაქტერიული პრეპარატები და მათ მიმართ ბაქტერიების მგრამობელობის ცვლილებები გვექნება ფარმაკოკონომიური უპირატესობა, რომელიც აქვს ანტიბიოტიკების შეზღუდვის სისტემას იგივეა, რაც ფორმულარული სისტემის გამოყენება, ამავე დროს იგი განაპირობებს ანტიბიოტიკების გამოყენების უფრო მკაცრ კონტროლს. რაც განსაზღვრავს მაქსიმალურ კლინიკურ და ფარმაკოკონომიურ ეფექტურობას.

Switching early from IV to PO antibiotics is the single most important cost saving strategy in hospitalized patients, as the institutional cost of IV administration may exceed the cost of the antibiotic itself.

Antibiotic costs can also be minimized by using antibiotics with long half-lives and by choosing monotherapy over combination therapy. Other factors adding to the cost of antimicrobial therapy include the need for an obligatory second antimicrobial agent, antibiotic Side effects( e.g. diarrhea, cutaneous reactions, seizures ,phlebitis),and outbreaks of resistant organisms, which require cohorting and prolonged hospitalization.

გამოკვლევების შედეგად დადგინდა, რომ ანტიბაქტერიული თერაპიის ღირებულების და ეფექტურობის შეფასება 30-40%-ით ამცირებს კლინიკის ხარჯებს და ხელს უწყობს მკურნალობის ეფექტურობის და უსაფრთხოების გაზრდას.

პოლივიზამინებისა და პოლივიზამინ-მინერალური კომპლექსების პოლიფარმაკოლოგიური გამოყენების მიზანშეწონილობა

მედიცინის დოქტორი მ. ბერიძე ჯანმრთელობის ცენტრი

ვიტამინები ორგანიზმების სიცოცხლისა და ნორმალური ცხოველმყოფელობისათვის აუცილებელი დაბალმოლეკულური ორგანული ნივთიერებებია რომელთა სინთეზი მოცემული სახეობის ორგანიზმში ან არ იწარმოება ან წარმოება შეზღუდულია.

გარემოს სხვა მანე ფაქტორების მიმართ ორგანიზმის მდგრადობის გაძლიერებაში.

ორანიზმში ვიტამინების დეფიციტი ვითარდება: საკვებით მათი არასაკმარისი რაოდენობით მიღების გამო;

ვიტამინების შეწოვისა და ცვლის პროცესების დარღვევისას;

ვიტამინებზე მომეტებული მოთხოვნის შემთხვევაში.

ვიტამინების ძირითად წყაროს ადამიანისათვის წრმოადგენს სკვები. ვიტამინების ბიოლოგიურ აქტიურობას საფუძვლად უდევს მათი მონაწილეობა ფერმენტული სისტემის შენებაში კოფერმენტების სახით და უჯრედისა და ორგანულების მემბრანის შენებასა და ფუნქციონირებაში.

მსოფლიოში ეკოლოგიური პირობების გაუარესებამ, სოციალურ-ეკონომიკური პირობების ცვლამ გაზარდა ვიტამინებზე ადამიანის ორგანიზმის ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები. მნიშვნელოვანად შეიცვალა კვების ნაციონალური ტრადიციები, ზოგადად რაციონი. ბაზარზე გამოჩნდა ახალი ტიპის პროდუქტები განსხვავებული ორგანოლექტიკური, ბიოქიმიური და სხვა მახასიათებლებით. (აღსანიშნავია, რომ მათი დიდი უმრავლესობა გამდიდრებულია ვიტამინებით). ამასთან, რიგი ავტორების მოსაზრებით, საკვებ პროდუქტებში ვიტამინების შემცველობა შემცირდა; გამოფიტული და ქიმიურად დაბინძურებული ნიადაგები და წყლები ვერ უზრუნველყოფენ მცენარეებში ვიტამინების შემცველობას, ვიტამინებით ღარიბია პირუტყვისა და

პირველი ფუნქცია ახასიათებს ყველა წყალში ხსნად ვიტამინს და ცხიმში ხსნად ვიტამინ K-ს, მეორე ფუნქცია- ყველა ცხიმში ხსნად ვიტამინს. საზოგადოდ ვიტამინები აუცილებელია ზრდის პროცესების, ნორმალური სისხლწარმოქმნისა და სასქესო ფუნქციისათვის, ნერვული, გულ-სისხლძარღვთა და საჭმლის მომნელებელი სისტემის, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების ფუნქციონირებისათვის, მხედველობისა და კანის ფუნქციების შენარჩუნებისათვის; ვიტამინები მონაწილეობენ იმუნურ რეაქციებში, მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ინფექციების, ტოქსიური ნივთიერებების,



ფრინველის საკვები, რაც განაპირობებს ვიტამინების დეფიციტის სხვადასხვა ფორმის განვითარებას. უნდა აღინიშნოს, რომ თანამედროვე კვების მრეწველობა ახდენს საკვები პროდუქტების გამდიდრებას ვიტამინებითა და მიკროელემენტებით, ხოლო ფერმერულ მეურნეობებში გამოყენებული პირუტყვისა და ფრინველის საკვები საკმაოდ გაჯერებულია ვიტამინებით, რაც სრულფასოვანი კვების პირობებში, სრულად უნდა უზრუნველყოფდეს ადამიანის მოთხოვნილებებს ამ ნივთიერებებზე.

ვიტამინების შეწოვისა და ცვლის პროცესები ირღვევა საჭმლის მომწელებელი სისტემის პათოლოგიების შემთხვევაში. ნაწლავთა სხვადასხვა დაავადებების დროს ვითარდება ფოლის მჟავას, ვიტამინ B-12-ის დეფიციტი. დვიძლისა და ნაღველგამომტანი სისტემის დაზიანების დროს ჰიპოვიტამინოზი ვითარდება ნაღველის მჟავების გამოყოფისა და დვიძლში E, D, K ვიტამინების ცვლის დარღვევის გამო. კვებითი ალერგიები, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ანთებითი დაავადებები, ანტიბიოტიკები, ქიმიოთერაპია და სხვ. არღვევენ ვიტამინების ცვლასა და შეწოვას. რგანიზმის მოთხოვნილებები ვიტამინებზე იზრდება ორსულობის, მეძუძურობის პერიოდში, ნერვული და საჭმლის მომწელებელი სისტემის პათოლოგიების, მაღალი ფიზიკური აქტივობის დროს, პოსტოპერაციულ პერიოდში. ჰიპოვიტამინოზის განვითარების რისკ-ჯგუფს მიეკუთვნებიან პათოლოგიური ორსულობისა და მშობიარობის შედეგად დაბადებული ბავშვები, დღენაკლებები.

ვიტამინების ნაკლებობა პათოლოგიური მდგომარეობაა, რომელიც განაპირობებულია ორგანიზმის ვიტამინებით არასრულყოფილი უზრუნველყოფით და/ან მათი ფუნქციონირების დარღვევით. ვიტამინების უკმარისობის ხარისხის მიხედვით გამოყოფენ 3 ფორმას: ავიტამინოზი, ჰიპოვიტამინოზი და სუბნორმალური უკმარისობა ანუ ვიტამინური უკმარისობის მარგინალური ანუ ბიოქიმიური ფორმა.

ავიტამინოზი ორგანიზმში ვიტამინური რესურსების პრაქტიკული არარსებობაა, რომელსაც თან ახლავს ამა თუ იმ ვიტამინის დეფიციტისათვის დამახასიათებელი სიმპტომატიკა.

ჰიპოვიტამინოზი – ოპგანიზმში ვიტამინების მკვეთრი მაგრამ არასრული დეფიციტია, რომელიც იწვევს ნაკლებად სპეციფიურ და სუსტად გამოხატულ კლინიკურ სიმპტომებს (მადისა და შრომისუნარიანობის დაქვეითება, სერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა და სხვა) და /ან სპეციფიურ მიკროსიმპტომატიკას.

სუბნორმალური უზრუნველყოფა – ვიტამინების დეფიციტის წინაკლინიკური მდგომარეობაა, რომელიც ვლინდება იმ მეტაბოლური და ფიზიოლოგიური პროცესების დარღვევით რომლებშიც მონაწილეობს ესა თუ ის ვიტამინი და კლინიკური მიკროსიმპტომატიკით. მართალია სუბნორმალური უზრუნველყოფა არ ხასიათდება მკვეთრი კლინიკური გამოვლინებებით, მაგრამ მნიშვნელოვნად აქვეითებს ორგანიზმის რეზისტენტობას ინფექციების, მავნე ფაქტორების ზემოქმედების მიმართ, ფიზიკურ და გონებრივ შრომისუნარიანობას, აფერხებს გამოჯანმრთელების პროცესებს სხვადასხვა პათოლოგიების დროს, ხელს უწყობს ზემო სასუნთქი გზების, საჭმლის მომწელებელი და ნაღველგამომტანი სისტემების ქრონიკული დაავადებების გამწვავებას.

ბის, საჭმლის მომწელებელი და ნაღველგამომტანი სისტემების ქრონიკული დაავადებების გამწვავებას.

თანამედროვე შეხედულებებით ვიტამინების დეფიციტის კორექციის სწრაფ, ეფექტურ და მიღებულ საშუალებებად ითვლება ვიტამინური პრეპარატების გამოყენება.

აღსანიშნავია, რომ ვიტამინებს ახასიათებთ როგორც სინერგისტული ისე ანტაგონისტური მოქმედება. ამასთან წლის სეზონურობის მიხედვით განსხვავებულია სხვადასხვა ვიტამინზე ასაკობრივი მოთხოვნილება, ისევე როგორც გეოგრაფიული სარტყელის მიხედვით. პათოლოგიური მდგომარეობების დროს იზრდება ან მცირდება ორგანიზმის მოთხოვნა ამა თუ იმ ვიტამინზე და არა ყველაზე ერთდროულად. აღნიშნულ ფაქტორთა გათვალისწინება პოლივიტამინურ პრეპარატებში პრაქტიკულად შეუძლებელია.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იქცევს პოლივიტამინური კომპლექსი მინერალების შემცველობით. ითვლება, რომ რიგი ეკოლოგიური და სოციალური ფაქტორების მოქმედების შედეგად გახშირდა მიკროელემენტების დეფიციტის შემთხვევები. მიკროელემენტები, ისე როგორც ვიტამინები, ორგანიზმში ძირითადად ხვდებიან საკვებთან ერთად და მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ორგანიზმის ყველა სისტემის ნორმალურ ფუნქციონირებაში, რის გამოც, ხშირ შემთხვევაში, ვიტამინებს უმატებენ მიკროელემენტებს.

ვიტამინები ურთიერთქმედებან მინერალებთან, რაც ამცირებს თითოეული მათგანის ათვისებას; მაგალითად: ვიტამინი E არაშეთავსებადია რკინასთან და მისი მაღალი კონცენტრაციით არსებობის შემთხვევაში ქვეითდება რკინის შეწოვა. ვიტამინი C ჭარბი რაოდენობით ამცირებს სპილენძის ათვისებას. ზოგიერთი მიკროელემენტის ერთდროული გამოყენება საერთოდ არა არის მიზანშეწონილი.

ასე მაგალითად: კალციუმი და თუთია კონკურირებენ რკინასთან და ახელს უშლიან მის შეწოვას. რკინადეფიციტური ანემიების დროს დაუშვებელია მანგანუმის გამოყენება, რადგან იგი ამცირებს რკინის თუთიისა და სპილენძის შეწოვას რითაც აღრმავებს ანემიას. დკინა, მანგანუმი, თუთია და კალციუმი თრგუნავენ ქრომის შეწოვას მანგანუმი კონკურირებს კალციუმთან და მაღალი კონცენტრაციის შემთხვევაში იწვევს მანგანუმისმიერი რაქიტის განვითარებას. ხშირად პოლივიტამინური და მინერალური კომპლექსები ინიშნება სხვა პრეპარატებთან ერთად. ზოგიერთი მიკროელემენტი ცუდად ან პრაქტიკულად ვერ ეხამება რიგ მედიკამენტებს. მაგალითად, კალციუმის მაღალი დონე ამცირებს ანტიკოაგულანტების ეფექტს; კალციუმი, რკინა და თუთია წარმოქმნიან მეტალორგანულ ნაერთებს ზოგიერთ ანტიბიოტიკთან და არღვევენ მათ შეწოვას.

რიგი დაავადებების დროს აღინიშნება ზოგიერთი მიკროელემენტის სიჭარბე. საშვილოსნოს, სარტყვე ჯირკვლის, შარდის ბუშტის სიმსივნეების დროს მომატებულია სპილენძის შემცველობა; შაკიკის მქონე პაციენტებში დაუშვებელია სპილენძის დამატებით მიღება, რადგან იგი მონაწილეობს კატექოლამინის სინთეზში რომელიც ახდენს შაკიკის პროვოცირებას. არტორიტის დროს შესაძლებელია

მომატებული იყოს ნიკელის შემცველობა, ფსორია-  
ზისა და წითელი მკლურას დროს – სპილენძის  
შემცველობა

მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ საქართვე-  
ლოს ნიადაგები და წყლები მდიდარია ზოგიერთი  
მიკროელემენტით და მცირე რაოდენობით შეიცავს  
სხვას. ასე მაგალითად, ბორჯომის მინერალური  
წყალი მდიდარია ფტორით (მისი შემცველობა მრავალჯერ აღემატება ევროსტანდარტით დაშვებულ  
ნორმას), ნიადაგი მდიდარია მაგნიუმით და ღარიბია  
იოდით. ორგანიზმი საკვებიდან ითვისებს ფთორის  
მხოლოდ 30-35%-ს (ძირითადად შეიცავს ოკეანის  
პროდუქტები) ხოლო წყლიდან 60-65%-ს. ასევე მან-  
განუმის ათვისების ხარისხი, რომლითაც მდიდარია  
როგორც საქართველოს ზოგიერთ რეგიონში წარ-  
მოებული საკვები პროდუქტი ისე წყალი.

კიდევ ერთი საყურადღებო გარემოება: ვიტამინე-  
ბის უმეტესობა ინიშნება დღეში 1-ჯერ, რაც იმას  
ნიშნავს, რომ სადღეღამისო დოზის ერთჯერადად  
მიღების შემთხვევაში, პრეპარატის სრული ათვისე-  
ბის მომენტისათვის სისხლში მათი შემცველობა  
მაღალია და წყალში ხსნადი ვიტამინები გამოიყო-  
ვა შარდთან ერთად, რის გამოც დღიური მოთხო-  
ვნილება ამ ვიტამინებზე დარჩება დეფიციტური. ამ  
მომენტისათვის რიგი ვიტამინების სიჭარბე, რო-  
გორც უკვე აღვნიშნეთ, ხელს შეუშლის სხვა ვიტა-  
მინების, მიკროელემენტებისა და ზოგიერთი კვებითი  
ინგრედიენტის შეწოვა-ცვლის პროცესებს.

აქედან გამომდინარე, ვიტამინების, განსაკუთრე-  
ბით კი პოლივიტამინურ-მინერალური კომპლექსის  
დანიშვნისას, ჯანმრთელობის უსაფრთხოების მიზ-  
ნით, აუცილებელია გათვალისწინებული იყოს ყვე-  
ლა ზემოთხაზოვნილი ფაქტორი, განსაკუთრებუ-  
ლი სიფრთხილეა საჭირო ჰიპოვიტამინოზების  
სუბკლინიკური ფორმების დროს პოლივიტამინური  
პრეპარატების დანიშვნისას. ვფიქრობთ არ უნდა  
ხდებოდეს აღნიშნული პრეპარატების პროფილაქ-  
ტიკური მიზნით დანიშვნა. მიზანშეწონილად მიგ-  
ვაჩნია, ვიტამინოთერაპიის დაწყებამდე პაციენტებს  
ჩაუტარდეთ კლინიკურ-ლაბორატორიული კვლევებ-  
ი და ინდივიდუალური დღიური კვებითი ქრონო-  
მეტრაჟის გაანალიზების შემდეგ განისაზღვროს  
პოლივიტამინური და ვიტამინ-მინერალური კომპ-  
ლექსების დანიშვნის აუცილებლობა, მოხდეს მათი  
ინდივიდუალური შერჩევა ორგანიზმში ფიზიოლო-  
გიური პროცესების მიმდინარეობის დარღვევის თა-  
ვიდან აცილების მიზნით.

ლიტერატურა:

1. Бахарева. Н.С. Коррелция недостаточности  
микроЭлементов и витаминов М. МЖ Лечфший  
врач № 1 2007.
2. ბერიძე ქ. კახაბრიშვილი ზ. სპორტული შრო-  
მისუნარიანობის აღდგენის თანამედროვე საშუა-  
ლებები. თბილისი 2006.
3. ვიტამინები შაქრიანი დიაბეტისა და გულ-სის-  
ხლძარღვთა დაავადებების მკურნალობის დროს. ქ.  
დიაბეტი და ჯანმრთელობა 2007.№14
4. Codex alimentarius food hygiene. Third edition 2003
5. Giovannucci.E. et al. Multivitamin us in women in the  
Nurses' Health study // Ann.Intern.Med.1999. Vol. 129

## პოლივიტამინებისა და პოლივიტამინ- მინერალური კომპლექსების პროფილაქტიკურად გამოყენების მიზანშეწონილობა

ძ. ბერიძე, მედიცინის დოქტორი  
(ჯანმრთელობის ცენტრი)

ვიტამინები და მიკროელემენტები ორგანიზმის  
სიცოცხლისა და ცხოველყოფილობისათვის აუცი-  
ლებელი ნივთიერებებია რომელთა სინთეზი ორგა-  
ნიზმში არ წარმოებს, ხოლო ზოგიერთი ვიტამინის  
წარმოება მეტად უმნიშვნელოა. ორგანიზმისათვის  
ამ ნივთიერებების ძირითად წყაროს წარმოადგენენ  
საკვები პროდუქტები. ბოლო პერიოდში გავრცელე-  
ბული მოსაზრებით, საკვები პროდუქტები სრულად  
ვერ უზრუნველყოფენ ორგანიზმის მოთხოვნილებას  
ვიტამინებსა და მიკროელემენტებზე, რის გამოც მი-  
ზანშეწონილად მიიჩნევენ მათ შევსებას პოლივიტა-  
მინ-მიკროელემენტების კომპლექსების გამოყენებით.

ბაზარზე არსებული პოლივიტამინ-მიკროელემენ-  
ტების კომპლექსების მაღალტექნოლოგიური ხარის-  
ხის მიუხედავად, მოცემული პრეპარატები არ ითვა-  
ლისწინებენ სინერგისტულ-ანტაგონისტურ დამოკი-  
დებულებას, ვიტამინებისა და მიკროელემენტების  
ურთიერთგავლენას, პოპულაციების განსხვავებულ  
მოთხოვნილებებს ცალკეულ ვიტამინებსა და მიკრო-  
ელემენტებზე და სხვ. რის გამოც მიზანშეწონილად  
მიგვაჩნია, ჰიპოვიტამინოზების პროფილაქტიკის და  
ვიტამინოთერაპიის დაწყებამდე პაციენტებს ჩაუტარ-  
დეთ კლინიკურ-ლაბორატორიული კვლევები და ინ-  
დივიდუალური დღიური კვებითი ქრონომეტრაჟის  
გაანალიზების შემდეგ განისაზღვროს პოლივიტამინ-  
ური და ვიტამინ-მინერალური კომპლექსების და-  
ნიშვნის აუცილებლობა, მოხდეს მათი ინდივიდუა-  
ლური შერჩევა ორგანიზმში ფიზიოლოგიური პრო-  
ცესების მიმდინარეობის დარღვევის თავიდან აცი-  
ლების მიზნით.

## POLYVITAMINS AND POLYVITAMIN- MINERAL COMPLEXES PROPHYLACTIC UTILIZATIONS CONSIDERATION

MDr BERIDZE KETEVAN  
Health Center

Vitamins and microelements are of vital importance for orga-  
nism which synthesis is not produced in organism, but some vi-  
tamin's productions is less significant. Food products are the ma-  
in source for organism. According to spread idea, food products  
cannot fully satisfy organism's demands on vitamins and micro-  
elements, that's the reason why it is considered advisable to sup-  
plement with polyvitamin-microelements. It is necessary to po-  
int out that, contemporary food industry enriches food products  
with vitamins and microelements, farm industry uses cattle and  
bird that are full of vitamins that, in case of valuable nourish  
conditions must fully ensure human's demands for these substances.

Despite of polyvitamin -microelement complexes's high tech-  
nological quality that exist in the market, given preparations do not  
foresee synergistic-antagonist dependency, vitamins and micro-  
elements mutual influence, population's different necessities on se-  
parate vitamins and microelements and etcetera. That's why it is  
considered to conduct laboratorial and clinical researches before  
conducting hypovitaminosis prophylaxis and vitamin therapy After  
analyzing individual daily nutrition chronometrage it is necessary  
to define the inevitability to prescribe polivitamin and vitamin-mi-  
neral complexes, select them individually in order to prevent the  
contravention of physiological processes in organism.

## ტელეგონია - მეცნიერება ქალწულობის შესახებ

მ. ზიკაშვილი, მ. იმნაძე, ც. ბიბინიშვილი –  
ოსსუ, მოლეკულური და სამედიცინო გენეტიკის დეპარტამენტი

„ტელეგონია“ – ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს შორს დაბადებულს. ის ოდისეის ვაჟის ტელეგონის სახელს უკავშირდება, რომელიც მამისგან შორს დაიბადა.

ადამიანები, რომლებსაც სურთ დაქორწინება და უნდათ, რომ ჰყავდეთ ჯანმრთელი შვილები, უნდა იყონ ინფორმირებულნი, რა ზეგავლენას ახდენს შთამომავლობაზე ქალწულებრივი სიწმინდე. ჩვენი წინაპრები ტყუილად არ თვლიდნენ, რომ ზნედაცემული ქალი კარგ და ჯანმრთელ შვილებს ვერ გააჩენს. ისინი წინააღმდეგნი უყვანენ ისეთ ქალებთან დაქორწინებისა, რადგანაც ამის უფლებას მათ დაკვირვება და გამოცდილება აძლევდა. ცნობილია, რომ, ხშირად ასეთ ქალებს უჩნდებოდათ ფიზიკურად ან ფსიქიკურად არასრულყოფილი შვილები, ტოქსიკომანები, ჰომოსექსუალისტები და სხვა.

ტელეგონია – მეცნიერებაა, რომელიც ამტკიცებს, რომ ქალის შთამომავლებზე ზეგავლენას ახდენენ ყველა მისი სექსუალური პარტნიორები. განსაკუთრებით კი – მისი პირველი მამაკაცი. ის მოქმედებს ქალის მომავალი შვილების გენოფონდზე. იგი ხდება ყველა მისი შვილის „გენური“ მამა.

ტელეგონიის მოვლენა ცხოველებში დიდი ხანია ცნობილია. ჯერ კიდევ 150 წლის წინ ცხენების და ძაღლების „სუფთა“ ჯიშების გამოყვანის დროს აღმოჩნდა, რომ თუ ერთხელ მაინც მდედრს ჰქონდა სქესობრივი კავშირი სხვა უჯიშო მამრთან და მისგან არ გაუჩნდა შთამომავალი, შემდგომში სხვა მამრთან შეჭვარებისას უჩნდება შვილები, რომლებსაც გააჩნიათ წინა მამრის თვისებები. ეს დამტკიცებულია დარვინის, ფლინტის, ლადანტეის და სხვა მეცნიერების მიერ. ეს იციან დღესაც ძაღლების, ცხენების, მტრედების და სხვა ცხოველების ჯიშების სელექციონერებმა.

მეორე მსოფლიო ომის დროს ერთერთმა გერმანელმა ექიმმა, რომელმაც გერმანიაში რუსი ტყვე ქალები გასინჯა, აღმოაჩინა, რომ 16-20 წლის გოგონების 90% ქალწული იყო. მან, გაკვირვებულმა, მიმართა ჰიტლერს, რომ ასეთი უმაღლესი ზნეობის ადამიანების დამარცხება ძალიან ძნელი იქნებოდა. როგორ დამთავრდა მისი წინასწარმეტყველება, ცნობილია!

სამჭოთა კავშირში არ ხმაურდებოდა ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ საერთაშორისო ფესტივალების შემდეგ წლებში რუსის ქალებს, რომლებსაც პირველი სქესობრივი კავშირი შავკანიანებთან ჰქონდათ, და მერე გათხოვდნენ რუს მამაკაცებზე, ზოგჯერ უჩნდებოდათ ძალიან განსხვავებული შვილები – „не в мать, не в отца, а в проезжего молодца“.

ამის მიზეზი აღმოჩნდა გენეტიკური მუტაცია ქრომოსომებში. პირველი მამაკაცის გენების გადაცემა შესაძლებელია მომდევნო თაობებშიც. ამიტომ, თუ მამაკაცი იყო ზნედაცემული, ლოთი, ნარ-

კომანი და სხვა, მისი გენები აზიანებს ქალის შემდგომი ქორწინების შთამომავლებს. კაცობრიობის ძალა სულიერ და გენეტიკურ სიწმინდეშია. ცნობილია, რომ ბილ კლინტონი ყოველწლიურად აშშ-ის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფდა 50 მლნ დოლარს, რათა სკოლებში ქალწულობის და ქორწინებამდე სექსიდან შეკავების იდეების პროპაგანდა განხორციელებულიყო.

ჯერ კიდევ წინა საუკუნის 70-იან წლებში დამტკიცებული იქნა „უცხო“ დნმ-ის შეღწევა მდედრების საკვერცხების უჯრედებში, მათ შორის ოციტებში. სწორედ ეს იწვევს შემდგომში მათ გენეტიკურ ტრანსფორმაციას. რა თქმა უნდა, ეს მოვლენა ხშირი არ არის, მაგრამ შედეგი თვალსაჩინო და რეალურია.

დღეს ცნობილია ამ მოვლენის მიზეზი – დნმ-ის ტელეპორტაცია, როდესაც დნმ-ს შეუძლია გადასცეს გენეტიკური მასალა დაშორებულ მანძილზე.

ნობელის ლაურეატის ლიუკ მონტანინი, ჩინელი მეცნიერის ცზიან კანჩუენის ცდებით დამტკიცებულია დნმ-ის კვანტური ტელეპორტაცია. სინჯარიდან დნმ-ის ამოღების შემდეგ სინჯარაში რჩება დნმ-ის მოლეკულების ფანტომი. დნმ-ი ახდენს რადიოაქტიული და ლაზერული სხივების გენერირებას, რომლებსაც შემდგომში შეუძლიათ ინფორმაციული ჰოლოგრამების შექმნა. დნმ-ის ფანტომს ცარიელ სინჯარაში შეუძლია არსებობა 40 დღის განმავლობაში, რაც ამტკიცებს რელიგიურ წარმოდგენას, რომ სული სხეულს სწორედ 40 დღის შემდეგ ტოვებს. დღევანდელი წარმოდგენით გენეტიკური მასალა არსებობს 2 ფორმით: პასიური – დნმ-ის და აქტიური – მისი ელექტრომაგნიტური ველის სახით. სწორედ ამ ველის დამსახურებაა ტელეგონია.

დღეს გინეკოლოგიურ კაბინეტებში აბორტების შედეგად იღუპება იმაზე მეტი მომავალი სიცოცხლე ვიდრე ეს ომების შედეგად ხდებოდა და ხდება. აბორტების მასალა გამოიყენება მედიცინაში, პარფიუმერიაში, კვების მრეწველობაში. ახალგაზრდებში ხდება „თავისუფალი სექსის“ პროპაგანდა. გოგონების 60-65%-ს აქვთ სქესობრივი კავშირი 16 წლამდე. ვრცელდება და რეკლამირდება ბავშვთა პორნოგრაფია და პროსტიტუცია. ადამიანი კი ცოდვისათვის არ შექმნილა! ცნობილია ისტორიაში, რომ განადგურდა და აღიკვეთა პირისაგან მიწისა მთელი ადამიანთა ეთნოსები, რომლებიც ჩაძირულები იყვნენ სიბილწესა და გარყვნილებაში.

ნებისმიერი რელიგია ქადაგებს სულიერ სიწმინდეზე. დღეს საზოგადოების და კაცობრიობის ჯანმრთელობა პირდაპირ კავშირშია ქალწულობასთან, რადგანაც ის განაპირობებს შთამომავლობის ხარისხს და სრულფასოვნებას. დიდი მადლობა იმ გენეტიკოსებს, რომლებსაც ეს მოვლენა ახსნეს.

შვილები – ღვთის წყალობაა და კურთხევა. ისინი უნდა ჩნდებოდნენ მაღალი ზნეობის და სულიერების პირობებში. თუ გვინდა გვყავდეს ჯანმრთელი

შთამომავლობა, უნდა დაფიქრდეთ და ვიმოქმედოთ ჩვენი რელიგიისა და სარწმუნოების შესატყვისად.

**ლიტერატურა:**

- ფლინტ ლადანტეკი – “ტელეგონია ანუ პირველი მამრის ზეგავლენა”. 1889
- ლ. მონტანიე – დნმ-ის ტელეპორტაცია. ჟურნალი New Scientist. 2008
- პ. გარიავეი - დნმ-ის კვანტური გამოსხივება და ახალი ჰოლოგრამული სისტემების აგება, “Комсомольская правда”, 2010, 2011.

რეზიუმე

**ტელეგონია – მენეიერება ქალწულობის შესახებ**

**მ. ზიპაშვილი, ე. იმნაიძე, ც. ბიბინეიშვილი – თსსუ, მოლეკულური და სამედიცინო გენეტიკის დეპარტამენტი**

– ტელეგონიის მოვლენის აღმოჩენამ დაამტკიცა სულიერი და ქალწულებრივი სიწმინდის და შთამომავლობის ჯანმრთელობის და სრულფასოვნების ურთიერთკავშირი. ტელეგონიას საფუძვლად უდევს დნმ-ის კიდევ ერთი უნიკალური

თვისება – ტელეპორტაცია, რაც შესაძლებელ ხდის მექვიდრული ინფორმაციის დროსა და სივრცეში გადატანას დნმ-ის ელექტრომაგნიტური ველის საშუალებით. ეს შესაძლოა, გამოყენებული იქნას მედიცინაში, როგორც საშიში დაავადებების მკურნალობის ახალი მიმართულება, როდესაც დნმ-ის ტელეპორტირებით შეძლებენ შიდა სის, სომსივინების, ფსიქიკური და გენეტიკური დეფექტების განკურნებას.

**RESUME**

**TELEGONY**

**M. CHIPASHVILI, E. IMNAIDZE, C. GIGINEISHVILI**

– The first description of the telegony, as a concept, explained the correlation and interdependency between the spiritual purity/virginity and the ability of having healthy future generation. The telegony is based on the one unique feature of DNA called teleportation which explains the transit of information through the electromagnetic fields. This can be used in the modern medicine as an innovative direction in treating the patients with various dangerous diseases, like HIV/AIDS, cancer, mental and genetic disorders.

**ბიოლოგიის ევოლუციური სპირიტუალური განვითარების დიაგნოსტიკური**

*პროფესორი ივანე ლომიძე*

დღეს, სპორტულ მედიცინაში გამოყენებული რჩება სპორტსმენის ორგანიზმში მიმდინარე ადაპტაციური ცვლილებების ექსპრეს-შეფასების მეთოდები, ე.ი. ორგანიზმის პომოსტაზის დარღვევის შემთხვევაში ზოგადსისტემური რეაქციების დაფიქსირების მეთოდი. ამასთან, დღემდე არ შემუშავებულა კონკრეტული სპორტსმენის “სუსტი ფუნქციონალური რგოლების” ექსპრეს-დიაგნოსტიკის საიმედო ინსტრუმენტული მეთოდები, რაც მოითხოვს სპორტული მედიცინის სამეცნიერო-კვლევით არსენალში სპორტსმენის მთლიანი ორგანიზმისა და მისი ფსიქო-ფიზიკური მდგომარეობის მონიტორინგის შეფასების კრიტერიუმების დანერგვას.

მოსადგენია, რომ რომელიმე ერთ მეთოდს შეუძლია გადაწყვიტოს ორგანიზმში არსებული ყველა ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციონირების ხარისხის დადგენა ინტეგრირებული მიდგომით; დროის მოკლე მონაკვეთში გადასვლას მრავალმხრივი ინფორმაცია სპორტსმენის ორგანიზმზე და ისიც, ავტომატიზებულ რეჟიმში. ამას ასრულებს ორგანიზმში მოქმედი ტალღური ფუნქციური სისტემის დაფიქსირების თანამედროვე შესაძლებლობები.

ემისიასა და ოპტიკურ გამოსხივებას) მეთოდი, რომელიც დამუშავებულია ქართველი მეცნიერების მ. შადურისა და გ. ჭიჭინაძის მიერ და დაფუძნებულია აირგანმუხტვითი ვიზუალიზაციის კამერის შესაძლებლობებზე, სადაც ფიქსირდება გამოსაკვლევი ადამიანის ხელის თითების ინდუცირებული (მაღალსიხშირიან ელექტრომაგნიტურ ველში) ემისია.

დღეს გამოყენებულ ინსტრუმენტულ მეთოდებს არა აქვს შესაძლებლობები პოლინსტიკური მიდგომით გამოიკვლიოს ორგანიზმი, რომლებიც შეძლებდა ამ მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებას. მართლაც, ძნელი წარ-

დღეს, ჩვენ უნდა შევეგუოთ იმ აზრს, რომ მოლეკულების, უჯრედების და ორგანოების გარდა, ცოცხალ ორგანიზმში ფუნქციონირებს მისი ტალღური ორეული ბიოჰოლოგრამა, რომელიც გვაწვდის რეალურ ინფორმაციას ორგანიზმში მიმდინარე ნებისმიერი პათოლოგიური პროცესის შესახებ.

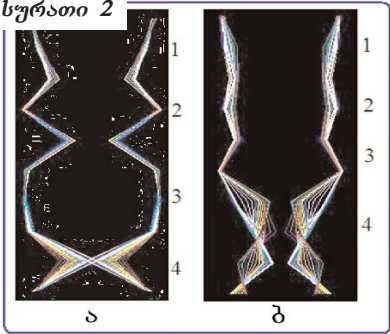
**სურათზე 1** მოცემულია აირგანმუხტვითი ვიზუალიზაციის კომპაქტ-ხელსაწყო მონივრებული ვარიანტი, რომელიც გამოიყენება მხოლოდ ადამიანის ორგანიზმის მდგომარეობის ექსპრეს-დიაგნოსტიკის მიზნით.

დღეს, ამ მიზნით შესაძლებელია გამოვიყენოთ ბეოტომოგრაფიის (ბეო- შემოკლებული ინტერპრეტაციით ნიშნავს ბიოლოგიურ

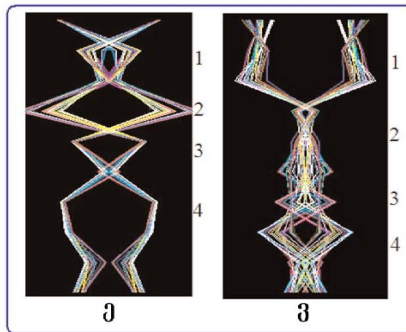
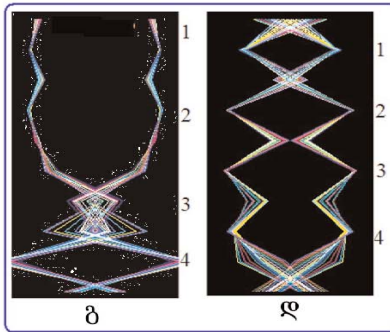
*სურათი 1*



სურათი 2



სურათ 2-ხედიების თითების ბეო-ტომოგრაფიის მეთოდის საში სხვადასხვა ინდივიდის ტალღური მოდელის მაგალითი ნორმალური მდგომარეობა  
 ბ იგივე ადამიანი ჩაბუქების შემდეგ  
 გ სპორტსმენი "ალ" ფიზიკურ დატვირთვამდე  
 დ იგივე სპორტსმენი ინტენსიური დატვირთვის შემდეგ  
 ე სპორტსმენი "გენ" ფიზიკურ დატვირთვამდე  
 ე იგივე სპორტსმენი ინტენსიური დატვირთვის შემდეგ ციფრებით აღნიშნულია სექტორები, რომლებიც შესაბამისა ფიზიკური სხეულის კონკრეტულ ნაწილებს (ზემოდან ქვემოთ გულმკერდს, მუცლის ღრუს, მენჯს და ქვედა კიდურებს)



სურათზე 2 – წარმოდგენილია ე.წ. „ტალღური მოდელები“, რომელიც მიღებულია ხელის თითების ბეო-ტომოგრაფიების საშუალებით, სადაც წარმოდგენილია ტალღური ნაკადების განაწილებისა და ფიზიკური სხეულის გამოსახულების სქემები, მათ შორის აღინიშნება გარკვეული მსგავსების სურათი (ზემოდან ქვემოთ წარმოდგენილია გულმკერდის, მუცლის, მენჯისა და ქვემოთ კიდურების ნაწილები). სახელდობრ, ჯანმრთელი ორგანიზმის მოდელის სურათი მოცემულია სურათ 2 ა-ზე). 2 ბ სურათიდან ჩანს, ფეხის კუნთების დაჭიმვისას (1 წუთიანი ჩაბუქების შემდეგ) გადიდებულია ზომაში, ტალღოვანი ხაზები ერთმანეთისაგან დაშორებული და დამახინჯებულია, შეცვლილია სექტორის მოდელის ფორმა, რაც სხეულის კონკრეტულ უბანში მიუთითებს ფუნქციურ დაძაბულობაზე ან სტრუქტურულ ცვლილებებზე. ცალკეული სექტორის შეკუმშვა მიუთითებს ენერჯის დეფიციტზე, ხოლო გაფართოება-გარეთა გარემოში ზედმეტი ენერჯის გამოტყორცნას (თერმული ენერჯის გამოსხივებას, პერსპირაციას და ა.შ.)

ექსპერიმენტალურად დადგინდა, რომ მრავალი ტალღოვანი ხაზების გადაკვეთა სექტორის შიდა „სივრცეში“, მოწმობდა შესაბამის უბნებში სინქრონული და ფუნქციური პროცესების

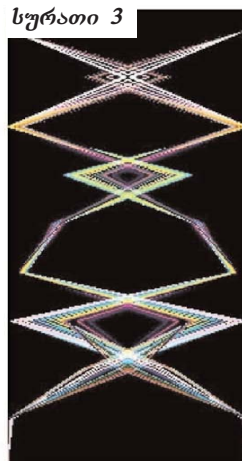
ურთიერთშერწყმულ დარღვევაზე. ამასთან, დისბალანსის ხარისხი განიცდიდა კორელაციას მოცემული ზონის გადაკვეთილი ხაზების სიმკვრივესთან (რაოდენობასთან) მიმართებაში. ასე მაგალითად, სურათზე 2 გ, წარმოდგენილია მაღალი კლასის სპორტსმენის ორგანიზმის ტალღური პროფილი, რომელსაც კვლევის მომენტში მცირე მენჯისა და ტრავმირებული მუხლის სახსარში აღენიშნა დისკომფორტი, რაც აისახა მოდუ-

ლის ფორმაზე, შესაბამისი სექტორის შევიწროებითა და „სიმკვრივის“ მომატებით.

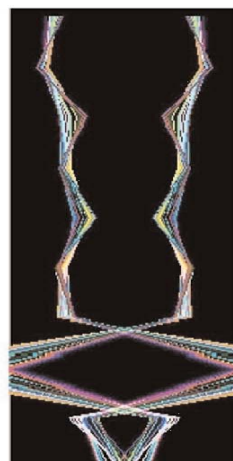
ინტენსიურმა ფიზიკურმა დატვირთვებმა ორგანიზმში გამოიწვია ენერჯის გადახანაწილება (სურათი 2 დ), რომლის კონცენტრირება უპირატესად განხორციელდა გულმკერდის სექტორის ზონაში (კარდიო-რესპირატორული სისტემის მუშაობის ინტენსიფიკაციის შედეგად), მაშინ როცა ქვედა კიდურების სექტორში აღინიშნა ტალღური ცალკეული ხაზების დაშორება, როგორც გვექონდა ჩაბუქებისას. ტალღური პროფილის ასეთი ცვლილებები მიუთითებდა ორგანიზმის ადეკვატურ რეაქციაზე ფიზიკურ დატვირთვებთან და დაცვით-კომპენსატორული მექანიზმების კარგ მდგომარეობაზე.

მეორე სპორტსმენის ორგანიზმის ტალღური პროფილი, რომელიც მოცემულია სურათზე 2 ე მნიშვნელოვან ცვლილებებს განიცდის მოდელის ზემო სექტორებში. ამ სპორტსმენმა ბეო-ტომოგრაფიის გადაღებამდე 4 თვის წინ მიიღო სახის ძვლოვანი სისტემის დაზიანება და სისხლჩაქცევები თვალების მიდამოში. სპორტსმენი ბეო-ტომოგრაფიის გადაღების მომენტში უჩიოდა თავის ტკივილსა და დისკომფორტს გულმკერდის ზემო ნახევარში, რაც კარგად აისახა მოდელის შესაბამის სექტორში.

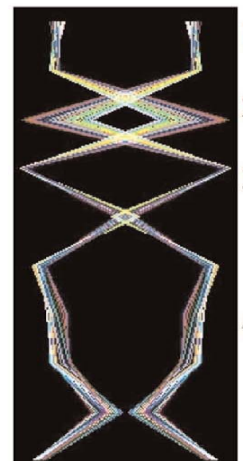
სურათი 3



ილ (რეჟიმი კ)



ილ (რეჟიმი ფ)



ილ (რეჟიმი ც)

სურათი 3 ერთი სპორტსმენის ტალღური მოდელების სამი რეჟიმის შედარება

გადაღება ჩატარებულია სირბილის დამთავრებისთანავე (15 წუთის განმავლობაში)

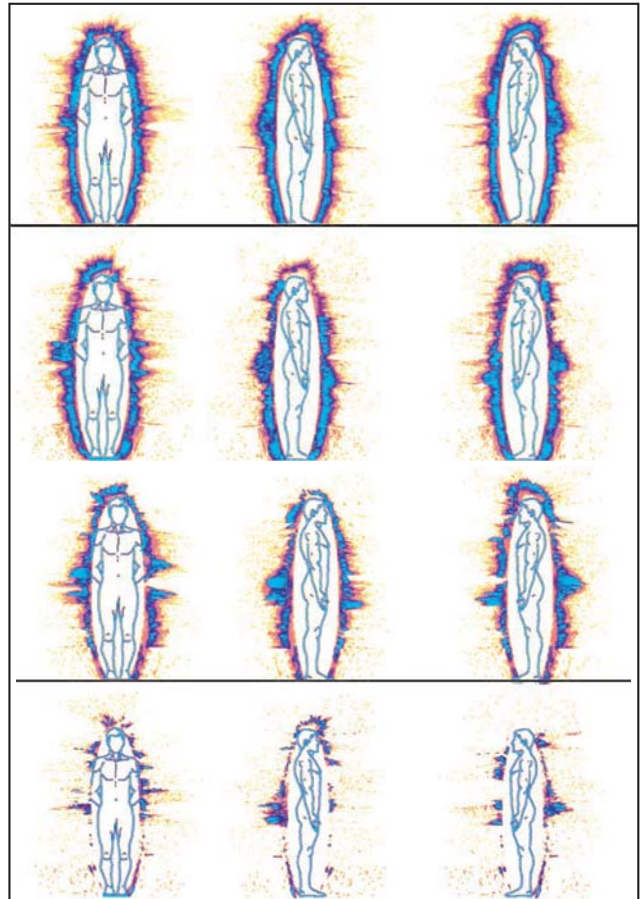
ციფრებით აღნიშნულია შესაბამისი სექტორები (ზემოდან ქვემოთ: აულმ, იკრდი, მუჯლის მიდამო მენჯი, ჩიკადა კიდურები.)

მეორე სპორტსმენს, განსხვავებით მეორესაგან, ინტენსიურმა ფიზიკურმა დატვირთვებმა ( სურათი 2 ვ) დაამძიმა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები, რადგან ფიზიკურ სხეულში განვითარებულ ენერგეტიკულ დეფიციტს შეეძლო გამოეწვია ენერჯის გაღივება ტრავმირებულ ზონაში.

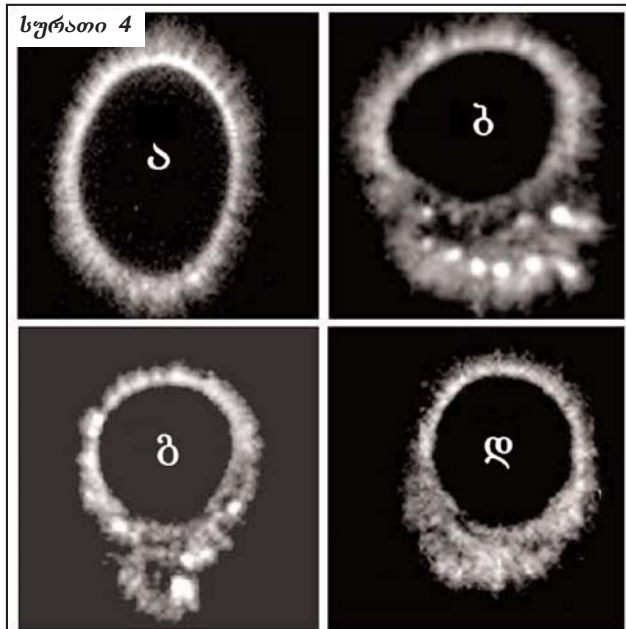
სურათი 3 ერთი სპორტსმენის ტალღური მოდელის სამი რეჟიმის ურთიერთშედარება

პირველი სურათი გადაღებულია მაშინვე, 15 წუთიანი სირბილის დამთავრებისას და წარმოდგენილია ბეო-ტომოგრაფიის პ ფ და ც- რეჟიმების მოდელებით, რაც წარმოიშვა ინტენსიური დატვირთვების შემდეგ და გამოიხატა ფუნქციურად და სტრუქტურულად შესუსტებული ზონებით. ასე მაგალითად, ფ-რეჟიმში დომინირებს ცვლილებები ქვედა კიდურების სექტორში (სირბილის შემდეგ), პ-რეჟიმში ცვლილებები წარმოიშვა მუცლის სექტორში, რომელიც უშუალოდ კოორდინირებულია ნერვული სისტემის მდგომარეობასთან. ც-მოდელში (იერარქიის უჯრედულ-ქსოვილოვან დონეზე) ყველაზე მეტად გამოიხატა გულმკერდის სექტორი. აღნიშნულ სპორტსმენს ტრავმირებული ჰქონდა ხერხემლის წელის მიდამო, რაც გამოიხატა პ-რეჟიმის მოდელში, ფუნქციური დაძაბულობა კი კარდიო-რესპირატორულ სისტემაში, რამაც ცვლილებები გამოიწვია ც-რეჟიმის მოდელში.

ამგვარად, ბეო-ტომოგრაფიის სამი რეჟიმის შედარებითი ანალიზი გვაძლევს საშუალებას უფრო ზუსტად შევაფასოთ ორგანიზმის ჰომეოსტაზიდან სხვადასხვა გადახრები და მივიღოთ დიაგნოსტიკურად მნიშვნელოვანი ინფორმაცია.



სხვადასხვა სპორტსმენის ორგანიზმის ფსიქო-ფიზიკური პროლოგრამა (ანუ ტალღების ორგანიზებული სტრუქტურა) ნორმაში და პათოლოგიის დროს.



ორგანიზმში სხვადასხვა ორგანოების ფუნქციურ-ორგანული დარღვევების შედეგად ხელის თითების ნათებისას განვითარებული აირგანმუხტვითი ვიზუალიზაციით მიღებული სურათების გეომეტრიული ფორმები.

ა - პრაქტიკული ჯანმრთელი ადამიანის ბეოტომოგრამა; ბ (ჰემოროიდული კვანძების გაღივება), გ(ასე ვლინდება ფლიუსი), დ (მარცხენა კოჭ-წვივის სახსრის იოგების დაჭიმვა) ორგანიზმში სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობისას ბეოტომოგრამების გეომეტრიული გამოსახულებები.

ჩვენს მიერ წინასწარ მიღებული მონაცემები იმაზე მოწმობს, რომ აირგანმუხტვითი ვიზუალიზაციის ინოვაციური მეთოდი, რომელიც დამუშავებულია საქართველოს ბიოპოლოგრაფიის ცენტრში (ხელმძღვანელი ბიოლოგიის დოქტორი მ.შადური), განსაკუთრებით პერსპექტიულად გამოიყურება ჰომეოსტაზის ავტომატიზირებული დიაგნოსტიკის განხორციელების მხრივ და მისი სპორტულ მედიცინაში დანერგვა შესაძლებლობას მოგვცემს პოლისტიკური მიდგომით, ოპერატიულ რეჟიმში დავდგინოთ, როგორც ორგანული დაზიანების ლოკალიზაცია, ასევე დროულად გამოვავლინოთ ნორმიდან პათოლოგიური გადახრები.

პოლოგრამის საშუალებით შესაძლებელია მივიღოთ რეალური ობიექტის ზუსტი სამგანზომილებიანი ასლი (ტალღური ფანტომი). ჩვეულებრივ ფოტოსურათზე ჩვენ ვერ დავინახავთ ორგანიზმის შიგნით მიმდინარე პროცესებს.

დასკვნა - საქართველოს ბიოპოლოგრაფიის ცენტრის მიერ მოწოდებული ინოვაციური მეთოდის აპრობაციის მსვლელობის დროს მიღებული წინასწარი მონაცემები საკმარისი ჭეშმარიტებით ასახავს სპორტსმენის "ჯანმრთელობის ხარისხს", ავლენს მისი სუსტი ფუნქციური რგოლები მდგომარეობას შემდგომი რეაბილიტაციის მიზნით.

16გლ-ბატ 2010-12სპპვ

## ჯანმრთელობის მართვის პრინციპები სკოლის ასაკის ბავშვებში

ი. ღოლიძე, ბ. ჩახუნაშვილი

თანამედროვე ტექნოცივილიზაციის ეპოქაში ადამიანის ჯანმრთელობას ყველაზე დიდ საშიშროებას უქმნის ისეთი რისკ-ფაქტორები, როგორცაა: ნერვულ-ფსიქიური დაძაბულობა, არარაციონალური ზეჭარბი კვება და კუნთური მუშაობის მნიშვნელოვანი შეზღუდვა-ჰიპოკინეზია (ჰიპოდინამია). ბავშვების ფსიქო-ფიზიკური აღზრდის დროს, სწორედ ეს ფაქტორებია მხედველობაში მისაღები, ვინაიდან ისინი ჯერ კიდევ ადრეულ ასაკში, განსაკუთრებით კი სკოლამდელი ასაკის პერიოდში, შეიძლება გახდეს საფუძველი ადამიანის ორგანიზმის მთელი რიგი დაავადებების (გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქი და ნერვული სისტემის, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის პათოლოგიის, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევისა და სხვა.) განვითარებისა.

თითოეული ადამიანის ჯანმრთელობაზე ფიქრი უნდა იწყებოდეს ადრეული ასაკის ბავშვობიდან, რადგან ყოველი პიროვნების ასაკობრივი ზრდის ჯანმრთელობა სათავეს იღებს ჩვილობის პერიოდიდან. ის უნდა იზრდებოდეს და ვითარდებოდეს ისეთ პირობებში, სადაც ყველა ირგვლივ მყოფი პასუხისმგებლობით მოეკიდება ჯანმრთელი თაობის აღზრდის საქმეს. ბავშვის ყოველმხრივი აღზრდა სწავლა-განათლებასთან ერთად უნდა გულისხმობდეს მის ფსიქოლოგიურ და აგრეთვე ფიზიკურ აღზრდას, ჯანსაღი ცხოვრების ყველა მოთხოვნების სწორად შესრულებას და ა.შ.

ბავშვებს უნდა გამოუმუშავდეს უნარი, რათა მათ შეძლონ ნაკლები რეაქციები გამოავლინონ უარყოფითი ემოციების (სტრესის) ზემოქმედების პირობებში. ბავშვი არ უნდა იკვებებოდეს გადაჭარბებულად და არ უნდა მიეჩვიოს ამ უარყოფით ჩვევას, რაც შემდგომში საფუძველი ხდება სიმსუქნის და შაქრიანი დიაბეტის განვითარებისა. როგორც გიორგი ნიკოლაძე სამართლიანად აღნიშნავდა „ბავშვთა აღზრდა დიდი ტვირთია, რაც შეიძლება შევადაროთ ურემს, რომელსაც ეხიდება ორი ხარი – სულიერი და ფიზიკური აღზრდისა და ერთ-ერთი მათგანის გამოკლება სრულიად დაუშვებელია.“ ჯანსაღი გონების განვითარება შერწყმული უნდა იყოს ჯანმრთელი ფიზიკური სხეულის ფიზიკურ პარამეტრებთან, რომლის სრულყოფილობას უნდა აკონტროლებდეს სასკოლო სამედიცინო მომსახურება (პედაგოგისა და მედიცინის დის პროფესიული მიდგომების ჩართვით), რომლის საშტატო ერთეულები სკოლებში მოითხოვს ადღგენას და შესაბამისად საექიმო კონტროლის თანამედროვე დონეზე მართვას.

დღეს, სკოლებში დაინერგა სპორტის სხვადასხვა სახეობაში (ეს იქნება ფეხბურთი, კალათბურთი, ჭიდაობის მრავალსახეობები, ცურვა და ა.შ.)

ფიზიკური აღზრდის მეცადინეობები, რაც მოითხოვს მოზარდის ჯანმრთელობის მდგომარეობის პერიოდულ შემოწმებას (კვარტალში ერთხელ, თუ არადა წელიწადში ერთხელ მაინც), რათა თავიდან ავიცილოთ მოსალოდნელი ორგანული გართულებები, ზოგჯერ სიკვდილიც კი. სპორტის სხვადასხვა სახეობაში არარაციონალურ ფიზიკურ დატვირთვას შეუძლია შექმნას მისთვის დამახასიათებელი რისკ-ფაქტორები, რომლებიც მნიშვნელოვნად შეარყევს მოზარდის ჯანმრთელობას. ჯანმრთელი თაობის აღზრდაში კი აქტიურ მონაწილეობას უნდა დებულობდეს ერთიანი მეცნიერული მიდგომით სახელმწიფო სტრუქტურები, როგორცაა სპორტის, ჯანდაცვისა და განათლების სისტემები. ეს საშუალებას მოგვცემს ვალეოლოგიური პრინციპების დაცვით შევინარჩუნოთ მოზარდი თაობის ჯანმრთელობა და ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური ძლიერება. ამასთან, მეცნიერების მიერ დადგენილია, რომ ჯანმრთელობის რეზერვები უსაზღვრო არ არის, მაგრამ უმეტეს ადამიანებს ის არასაკმარისად აქვს მობილიზებული ბავშვობაში, “თვლემს” მოწიფებულ ასაკში, რის შედეგად ადვილად ქრება სიბერეში.

დღეს არ უნდა დაგვავიწყდეს ისიც, რომ საჯარო სკოლებში ქმედითუნარიან ბავშვებთან ერთად პარალელურად სწავლობს არაქმედითუნარიანი მოზარდები. ეს ჯგუფი მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას, მიზანმიმართული სამედიცინო რეაბილიტაციისა და ადაპტიური ფიზიკური აღზრდის პედაგოგიური პრინციპების კრიტიკური შემოწმების კომპლექსურ შემუშავებას ფიზიკური მედიცინის სპეციალიტებთან ერთად.

დღეს ადაპტიური ფიზიკური აღზრდა და სპორტი წარმოადგენს სამედიცინო-პედაგოგიური ცოდნის ახალ მიმართულებას და მიზნად ისახავს არაქმედითუნარიანების ორგანიზმის ფუნქციური შესაძლებლობების მაქსიმალურ დონემდე განვითარება-სრულყოფას ფიზიკური ვარჯიშების, ბუნებრივი ფაქტორებისა და ჰიგიენური საშუალებების გამოყენებით. იგი წარმოადგენს ფიზიკური რეაბილიტაციის და სოციალური ინტეგრაციის ერთ-ერთ საშუალებას, რომელიც ხორციელდება პედაგოგიური მეთოდებით, ასტიმულირებს ორგანიზმის ნარჩენი ფუნქციების განვითარების გზით ყოფა-ცხოვრებისათვის საჭირო უნარ-ჩვევების გამომუშავებას და დამოუკიდებლობის მაქსიმალური დონის მიღწევას. თუ მედიცინის ამოცანაა დაავადების მკურნალობა, ადაპტიური ფიზიკური აღზრდისა და სპორტის ამოცანაა შეამციროს ფიზიკური უნარ-შეზღუდულობის დონე, რომელიც თვით დაავადების მხრიდან

არის წარმოშობილი (გამოწვეული). უნარშეზღუდულ ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს უნარ-შესაძლებლობების მთელი სპექტრი, რომელიც რეალურად არასდროს გამოუვლენია. მის განვითარებასა და ზრდასთან ერთად არ მომხდარა უნარ-ჩვევების განვითარება, მათი გადატანა რეალურ ქცევაში, ფიზიკურ მოქმედებასა და მოძრაობითი გამოცდილების შექმნაში, ადაპტიური ფიზიკური აღზრდისა და სპორტული წვრთნის პროცესში ხდება იმ მოძრაობითი უნარ-ჩვევების შექმნა, აღდგენა და განვითარება, რომლებიც უმნიშვნელოვანესია მათი დამოუკიდებელი ფუნქციონირებისათვის. ის საშუალებას აძლევს, ისწავლოს და გამოიყენოს თავისი ფიზიკური, ემოციური, ფუნქციური და სოციალური პოტენციალი; ესმარება იმ სფეროში, სადაც მისი განვითარება შეჩერებულია და არ განიცდის პროგრესს; აძლევს იმ ბაზისური უნარ-ჩვევების შექმნის შესაძლებლობას, რომლებზედაც დააშენებს უფრო რთულ და კომპლექსურ უნარ-ჩვევებს. უნარშეზღუდულ ბავშვებს ფიზიკურ განვითარებასთან ერთად აუმაღლდებათ ადამიანებთან ურთიერთობისა და საზოგადოებაში ქცევის კულტურა.

ამრიგად, ჯანმრთელობის მართვა სკოლის მოსწავლეებში დაფუძნებული უნდა იყოს სპორტის, ჯანდაცვისა და განათლების სისტემების ვალეოლოგიის პრინციპებით დაფუძნებულ რეორგანიზაციაზე, საზოგადოებრივი აზროვნების კულტურასა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის განხორციელების მოტივაციაზე.

### რეზიუმე

## ჯანმრთელობის მართვის პრინციპები სკოლის ასაკის ბავშვებში

ივ. დოლიძე, ბ.ჩახუნაშვილი

თითოეული ადამიანის ჯანმრთელობა სათავეს იღებს ჩვილობის პერიოდიდან და მისი ყოველმხრივი აღზრდა სწავლა განათლებასთან ერთად მოითხოვს ჯანსაღი ცხოვრების ყველა მოთხოვნების სწორად შესრულებას. სკოლებში სპორტის სხვადასხვა სახეობის დანერგვამ მოითხოვა მოზარდის ჯანმრთელობის მდგომარეობის პერიოდული შემოწმებები და მიზანმიმართული ჯანმრთელობის მართვა სპორტის, ჯანდაცვისა და განათლების სისტემების ვალეოლოგიური პრინციპების გათვალისწინებითა და დაცვით.

### РЕЗЮМЕ

## ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

ДОЛИДЗЕ И. И ЧАХУНАШВИЛИ Г.

Здоровье любого человека начинается с периода младенческого возраста. Всестороннее психо-физическое развитие ребенка помимо школьного образования требует соблюдения всех принципов здорового образа жизни. С внедрением в общеобразовательных школах спортивных дисциплин с целью сохранения здоровья учащихся создавалась необходимость целенаправленного врачебного контроля. Сохранение здоровья детей на оптимальном уровне возможно только при интегральном соблюдении валеологических принципов управления со стороны министерств спорта, здравоохранения и образования.

# მარფანის სინდრომი ჩვილ ბავშვთა ასაკში უემთხვევის აღწერა

თ. დონღაძე, მ. ლეკიაშვილი, თ. გოგატიშვილი  
მ. შვანიას სახ. პედიატრიული კლინიკა

მარფანის სინდრომი შემაერთებული ქსოვილის აუტოსომურ-დომინანტური დაავადებაა, რომელსაც საფუძვლად უდევს ცილა ფიბრილინ-1-ის (FBN1) მაკოდირებული გენის მუტაცია [1,8,9,11].

ცილა ფიბრილინი შედის შემაერთებული ქსოვილის შემადგენლობაში და უზრუნველყოფს მის დრეკადობას, ელასტიურობას და სიმტკიცეს. იდენტიფიცირებულია ფიბრილინ-1-ის 600-მდე მუტაცია, რომელიც მარფანის სინდრომის განვითარებას განაპირობებს [2,5,6].

მარფანის სინდრომი პირველად აღწერა ფრანგმა პედიატრმა Antoni Marfan 1886 წელს. გენი პირველად იდენტიფიცირებული იქნა Francesko Ramirez მიერ 1991 წელს, გენი FBN1 ლოკალიზებულია მე-15 ქრომოსომის გრძელ მხარეში (15 q21).

**ეპიდემიოლოგია.** მარფანის სინდრომი გვხვდება თანაბარი სიხშირით მდედრობით და მამრობითი სქესში, 1/3000 ან 1/5000 ახალშობილში, დამოუკიდებლად ეთნიკური ფაქტორებისა.

**კლინიკური ნიშნები.** აღწერილია მარფანის სინდრომის 30-ზე მეტი კლინიკური მახასიათებელი, რომელიც მოიცავს გულ-სისხლძარღვთა, საყრდენ-მამოძრავებელ სისტემებს, მხედველობისა და კანის დაზიანებებს. მარფანის სინდრომის ძირითადი ნიშნებია:

ვლინდება მცირეწლოვან ბავშვებში გავა-წელის დურალური ექსტენზია.

უჩვეულო სიმაღლე სხეულის პროპორციების დარღვევა ჩონჩხის ანომალიები

ბროლის ექტოპია

მიტრალური სარქველის პროლაფსი

აორტის გაგანიერება და გარღვევა

სპონტანური პნევმოთორაქსი

**ძვლოვანი სისტემა** – ყველაზე შესამჩნევი ცვლილებები აღინიშნება ძვლოვან სისტემაში. მარფანის სინდრომით დაავადებულები იზრდებიან ჩვეულებრივზე მაღლები. აქვთ გრძელი გრაციოზული კიდურები (დოლიქოსტენომეღია), გრძელი ხელის და



ფეხის თითები (არაქნოდაქტილია), თორაკოლუმბალური სქოლიოზი, გულმკერდის დეფორმაცია (ძაბრისებრი და ქათმისებრი გულმკერდი), სახსრების ჰიპერმობილურობა, მაღალი სასა, ბრტყელი ტერფი, ჩაქუჩისებრი თითები, მოხრილი მხრები.

**კარდიო-ვასკულარულ სისტემა** – ყველაზე ხშირად აღინიშნება აორტის დილატაცია, აორტის რეგურგიტაცია, აორტის ანევრიზმა, მიტრალური სარქველის პროლაფსი, რომელიც მოთხოვს ოპერაციულ ჩარევას.

**მხედველობის სისტემა** – დამახასიათებელია ახლომხედველობა და ასტიგმატიზმი, შორსმხედველობა, თვალის ბროლის დისლოკაცია ერთ ან ორივე თვალში, ბროლის ექტოპია (პაციენტების 80%-ში), მიოპია, კატარაქტა, ბადურას აშრევება.

**სასუნთქი სისტემა** – მარფანის სინდრომის მქონე პაციენტები სპონტანური პნევმოთორაქსის განვითარების რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან. ასევე მაღალია იდიოპათიური ობსტრუქციული ფილტვის დაავადებების განვითარების რისკი.

**ცენტრალური ნერვული სისტემა** – დამახასიათებელია ზურგის ტვინის მაგარი გარსის დილატაცია, რომელიც შეიძლება ხანგრძლივად არსებობდეს თვალსაჩინო სიმპტომატიკის გარეშე. სიმპტომები: ზურგის ტკივილი, მუცლის ტკივილი, სხვა ნევროლოგიური სიმპტომები ქვედა კიდურებში ან თავის ტკივილი, რომლებიც როგორც წესი მცირდება ბრტყელ ზედაპირზე წოდის შემთხვევაში. მისი დიაგნოსტიკა ხდება მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევის საფუძველზე(10).

**მარფანის სინდრომის დიაგნოზი** დაფუძნებულია ჩონჩხის, გულ-სისხლძარღვთა და/ან თვალის დამახასიათებელი დაზიანებების არსებობაზე ოჯახში ან სპორადულ შემთხვევებში. თუმცა გენეტიკური კვლევით შესაძლებელია FBN1 და TGFBR2 გენის მუტაციის იდენტიფიკაცია. გენეტიკური ტესტები არ არის აუცილებელი რუტინული კლინიკური დიაგნოსტიკისთვის(7,8,9).

2010 წელს შესწორებული (**Ghent nosology**) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმით აორტის ფეხის ანევრიზმა და ბროლის ექტოპია კარდინალური მახასიათებლებია. ოჯახური ისტორიის არქონა და ამ 2 გამოვლინების არსებობა საკმარისია დიაგნოსტიკისთვის. ამ ორიდან რომელიმეს არ არსებობისას, FBN1 მუტაციის არსებობა ან სისტემური მახასიათებლების კომბინაციაა სავალდებულო. თანამედროვე მონაცემებით FBN1 გენის მუტაციის იდენტიფიცირება არ არის სავალდებულო, მაგრამ თუ ხელმისაწვდომია გამოიყენება (16). 2010 წლის შესწორებული **Ghent nosology უფრო მეტად ეყრდნობა დაავადების კარდიოვასკულარულ გამოვლინებებს (11).**

მარფანის სინდრომის **პრენატალური დიაგნოსტიკა** შესაძლებელია მხოლოდ ადრეული სკრინინგის, ოჯახური ანამნეზის საფუძველზე.

**დიფერენციული დიაგნოზი** – ტარდება თანდაყოლილი კონტრაქტურულ არაქნოდაქტილიასთან, ელერს-დანლოს სინდრომთან, ჰომოცისტინურიასთან, MASS(Mitral vavle, Aorta, Skeleton and Skin) ფენოტიპთან, ოჯახური გენეტიკურ დაავადებასთან, რომელიც კლინიკურად ძალიან ჰგავს მარფანის სინდრომს, თუმცა აორტის დაზიანების ხარისხი ნაკლებია და არ პროგრესირებს (17).

**მკურნალობა** – არ არსებობს მარფანის სინდრომის მკურნალობის მეთოდი. მკურნალობის მიზანია აორტის დილატაციის და გულის სარქველების დაზიანების პროგრესირების შეწყობა (13, 14, 15). რადგან მარფანის სინდრომის დროს ორგანიზმის დაზიანება პოლისისტემურია, პაციენტი უნდა ექვემდებარებოდეს სხადასხვა პროფილის ექიმების მონიტორინგს (პედიატრი, კარდიოლოგი, ორთოპედი, ოფთალმოლოგი, ნევროლოგი, ზოგი პაციენტი მიმართავს გენეტიკოსსაც).

**განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კარდიოლოგის მეთვალყურეობა და რეგულარული ექოკარდიოსკოპია** – ბავშვებში რეკომენდირებულია სერიული ექოკარდიოგრაფია 6-დან 12 თვიანი ინტერვალებით, სინშირე დამოკიდებულია აორტის დიამეტრზე (კავშირში სხეულის ზედაპირის ფართობთან) და მატების ხარისხზე, რადგან არსებობს აორტის დილატაციის და რუპტურის რისკი.

ბეტა ბლოკერები – გამოიყენება არითმიების კონტროლისათვის და გულისცემის სინშირის დაქვეითებისთვის.

აცე ინჰიბიტორები და ანგიოტენზინ II რეცეპტორის ანტაგონისტები – აქვეითებს სისხლის წნევას, გულისცემის სინშირის შეწყობის გარეშე. თუ აორტის დილატაცია პროგრესირებს, საყურადღებოა ანევრიზმის დიამეტრი. აორტის ფეხის ქირურგია უნდა იყოს განხილული, როცა აორტის დიამეტრი ვალსალვას სინუსზე არის 5 სმ-ზე მეტი. მკურნალობის სხვა მეთოდებიდან მოწოდებულია: ანტიკოაგულანტები (ვარფარინი) გულის ხელოვნური სარქველის პროთეზირების შემდეგ;

ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია - ბაქტერიული ენდოკარიტის პრევენციისათვის;

პროგესტერონით და ესტროგენით თერაპია სქესობრივი მომწიფების სტიმულირებისა და პაციენტის მაქსიმალური სიმაღლის შესამცირებლად;

კონსერვატიული მკურნალობა: მოპია განკურნებადია რეფრაქციით;

პაციენტები ბრტყელი ტერფით უნდა ატარებდნენ ადექვატურ თალიან მაგარ ფეხსაცმელს;

ასევე რეკომენდებულია საჭიროებისამებრ: ფსიქოლოგიური კონსულტაცია, მიორელაქსანტები, ფიზიოთერაპია, ულტრაბერა, გულმკერდის დეფორმაციის გასწორება ქირურგიული ჩარევით.

**კლინიკური შემთხვევის აღწერა**

პაციენტი ბ. გ. 2 თვის, მკურნალობდა გ. ჟვანიას სახელობის კლინიკაში 2011 წლის აპრილის თვეში.

კლინიკური დიაგნოზი: პნევმონია მწვავე, მძიმე, გამომწვევის დაზუსტების გარეშე; სუნთქვის მწვავე უკმარისობა; ჰიპოვოლემიური შოკი;

თანარსებული: მარფანის სინდრომი, მარჯვენამხრივი საზარდულის თიაქარი.

პაციენტს აღენიშნებოდა მარფანის სინდრომისთვის დამახასიათებელი ფენოტიპური ნიშნები: უჩვეულო სიგრძე - 72 სმ (2 თვის ასაკში), ასთენიური აგებულება, ჰიპოტონია, დოლიქოსტენომეღია - გრძელი კიდურები, არაქნოდაქტილია – გრძელი და თხელი ხელის და ფეხის თითები, სახსრების ჰიპერმობილურობა, ყურების დაბლა დგომა, მაღალი სასა, დოლიქოცეფალური თავის ქალა.

პაციენტს ჩაუტარდა კვლევები:

**გულმკერდის რადიოგრაფია:** მარჯვნივ ქვემო არეში კონსოლიდაცია, გულის გარდიგარდმო საზღვრების გადიდება;

**ექოკარდიოსკოპია** - ღია ოვალური ხერელი-4 მმ. ტრიკუსპიდური სარქველის პროლაფსი (მცირე ნაკლოვანებით), მიტრალური სარქველის პროლაფსი, ზომიერი (ნაკლოვანების გარეშე).

**რენტგენოგრაფია სხივ-მაჯის:** სხივ-მაჯის სახსრის ძვლოვანი ასაკი 3 თვეზე ნაკლები;

**ოფთალმოსკოპია** - გუგები გაფართოება მიდრიატიკის ჩაწვეთების ფონზე მცირედ და ძალიან ძნელად. ოპტიკური შრეები გამჭვირვალე. მხედველობის ნერვის დვრილი მკაფიო საზღვრებით, მოვარდისფრო ელფერის, არტერია-ვენის თანაფარდობა და ფსკერის პერიფერია ცვლილებების გარეშე.

ოჯახური ისტორიიდან საყურადღებო იყო მაღალი აღნაგობის მშობლები, მამას აღნიშნებოდა გრძელი თითები და კიდურები, მოხრილი მხრები და ჰიპერმობილური სახსრები, სქოლიოზი.

პაციენტის დიაგნოზი – მარფანის სინდრომი დაისვა ფნოტიპური გამოვლინებების საფუძველზე. ადრეული ასაკის ბავშვებში აღნიშნული სინდრომის კლინიკური ნიშნების მანიფესტაცია ყოველთვის არ არის სრულყოფილად გამოვლენილი, აქედან გამომდინარე სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმების შეფასება, მოწოდებული 2010 წლის რეკომენდაციების (11) მიხედვით, სრულყოფილად ვერ მოხერხდა ჩვენი პაციენტის შემთხვევაში. არ იყო ხელმოსაწვდომი გენეტიკური კვლევა. პაციენტის მშობლებს მიეცათ რეკომენდაციები კარდიოვასკულარული მონიტორინგის აუცილებლობის შესახებ.

მართალია, რუტინულად არ ხდება მარფანის სინდრომის პრენატალური დიაგნოსტიკა, მაგრამ რაციონალური თერაპიისა და სისტემების მონიტორინგის საფუძველზე შესაძლებელია დაავადების პროგრესირების ხარისხის მნიშვნელოვანი შემცირება. აღსანიშნავია, რომ Ghent nosology-ის არშეუძლია მარფანის სინდრომის გამორიცხვა ბავშვებში, რადგან ბევრი მახასიათებელი ასაკზეა დამოკიდებული. 18 წლამდე ასაკში არ ხდება დიაგნოსტიკა 2010 წლის კრიტერიუმით. ამიტომ მნიშვნელოვანია მცირე ასაკის პაციენტების მონიტორინგი და პრევენციული ღონისძიებების გატარება დაავადების პროგრესირების შეფერხების მიზნით.

## REFERENCES

1. Ammash NM, Sundt TM, Connolly HM. Marfan syndrome-diagnosis and management. *Curr Probl Cardiol.* Jan 2008;33(1):7-39
2. Dietz HC, Cutting GR, Pyeritz RE, et al. Marfan syndrome caused by a recurrent de novo missense mutation in the fibrillin gene. *Nature.* Jul 25 1991;352(6333):337-9.
3. Tachdjian MO. Marfan's syndrome. In: Herring JA, ed. *Tachdjian's Pediatric Orthopaedics.* 3rd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1990:829-37.
4. McKusick VA. The cardiovascular aspects of Marfan's syndrome: a heritable disorder of connective tissue. *Circulation.* Mar 1955;11(3):321-42.
5. Matt P, Habashi J, Carrel T, et al. Recent advances in understanding Marfan syndrome: should we now treat surgical patients with losartan?. *J Thorac Cardiovasc Surg.* Feb 2008;135(2):389-94. [Medline].
6. Demetracopoulos CA, Sponseller PD. Spinal deformity ^ Brown P (July 27, 1991). "Marfan syndrome linked to gene". *New Scientist.* Retrieved on August 11, 2008.
7. Brown P (July 27, 1991). "Marfan syndrome linked to gene". *New Scientist.* Retrieved on August 11, 2008
8. Kainulainen K, Karttunen L, Puhakka L, Sakai L, Peltonen L (January 1994). "Mutations in the fibrillin gene responsible for dominant ectopia lentis and neonatal Marfan syndrome". *Nat. Genet.* 6 (1): 64–9. doi:10.1038/ng0194-64. PMID 8136837.
9. Dietz HC, Loeys B, Carta L, Ramirez F (2005). "Recent progress towards a molecular understanding of Marfan syndrome". *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 139: 4–9.
10. a b "Marfan Syndrome". Mayo Clinic. Retrieved January 12, 2007.
11. "2010 Revised Ghent Nosology". National Marfan Foundation. Retrieved 2011-01-31.
12. De Paepe A, Devereux RB, Dietz HC, Hennekam RC, Pyeritz RE (April 1996). "Revised diagnostic criteria for the Marfan syndrome". *Am. J. Med. Genet.* 62 (4): 417–26. doi:10.1002/(SICI)1096-8628(19960424)62:4<417::AID-AJMG15>3.0.CO;2-R. PMID 8723076.
13. Murdoch JL, Walker BA, Halpern BL, Kuzma JW, McKusick VA. Life expectancy and causes of death in the Marfan syndrome. *N Engl J Med.* Apr 13 1972;286(15):804-8.
14. Iams HD. Diagnosis and management of Marfan syndrome. *Curr Sports Med Rep.* Mar-Apr 2010;9(2):93-8.
15. Cañadas V, Vilacosta I, Bruna I, Fuster V. Marfan syndrome. Part 2: treatment and management of patients. *Nat Rev Cardiol.* Mar 30 2010



სურათი 1,2,3,4. diagnozi: marfanis sindromi (პაციენტი 2 თვის)

16. Hiratzka, LF, Bakris, GL, Beckman, JA, et al. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SV M Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients With Thoracic Aortic Disease: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine. *Circulation* 2010; 121:e266.

17. Marfan's syndrome. AU Judge DP; Dietz HC *SO Lancet*. 2005 Dec 3;366(9501):1965-76.

რეზიუმე

**მარფანის სინდრომი ჩვილ ბავშვთა ასაკში (შემთხვევის აღწერა)**

**თ. ღონღაძე, მ. ლეკიაშვილი, თ. გოგატიშვილი (პედიატრიული კლინიკა)**

მარფანის სინდრომი შემაერთებული ქსოვილის აუტოსომურ-დომინანტური დაავადებაა, რომელსაც საფუძვლად უდევს ცილა ფიბრილინ-1-ის (FBN1) მაკოდირებული გენის მუტაცია. ცილა ფიბრილინი შედის შემაერთებული ქსოვილის შემადგენლობაში და უზრუნველყოფს მის დრეკადობას, ელასტიურობას და სიმტკიცეს. იდენტიფიცირებულია ფიბრილინ-1-ის 600-მდე მუტაცია, რომელიც მარფანის სინდრომის განვითარებას განაპირობებს.

მარფანის სინდრომი პირველად აღწერა ფრანგმა პედიატრმა Antoni Marfan 1886 წელს. გენი პირველად იდენტიფიცირებული იქნა Francesko Ramirez მიერ 1991 წელს, გენი FBN1 ლოკალიზებულია მე-15 ქრომოსომის გრძელ მხარში (15 q21).

მარფანის სინდრომი გვხვდება თანაბარი სიხშირით მდედრობით და მამრობითი სქესში, 1/3000 ან 1/5000 ახალშობილში, დამოუკიდებლად ეთნიკური ფაქტორებისა. აღწერილია მარფანის სინდრომის 30-ზე მეტი კლინიკური მახასიათებელი, რომელიც მოიცავს გულ-სისხლძარღვთა, საყრდენ-მამოძრავებელ სისტემებს, მხედველობისა და კანის დაზიანებებს.

თბილისის გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიულ კლინიკაში 2011 წლის აპრილში ჰოსპიტალიზებულ იქნა პაციენტი ბ.გ. 2 თვის, კლინიკური დიაგნოზით – პნევმონია, სუნთქვის მწვავე უკმარისობა. საყურადღებო იყო პაციენტის ასთენიური აგებულება, ჰიპოდინამია, სხეულის უჩვეულო სიგრძე – 72 სმ, გრძელი და თხელი კიდურები და თითები, სახსრების ჰიპერმობილურობა, დოლოქო-კეფალური თავის ქალა, ყურების დაბლა დგომა, საზარდულის თიაქარი; ექოკარდიოსკოპიული კვლევით ტრიკუსპიდული სარქველის პროლაფსი

(მცირე ნაკლოვანებით), მიტრალური სარქველის პროლაფსი (ნაკლოვანების გარეშე), გუგები გაფართოება მიდრიატიკის ჩაწვეთების ფონზე მცირედ და ძალიან ძნელად.

ოჯახური ისტორია – მალალი მშობლები, მამას გრძელი კიდურები, ჰიპერმობილური სახსრები, სკოლიოზი. პაციენტის დიაგნოზი მარფანის სინდრომი დაისვა ფენოტიპური მახასიათებლების საფუძველზე. თანამედროვე მონაცემებით FBN1 გენის მუტაციის იდენტიფიცირება არ არის სავალდებულო, მაგრამ თუ ხელმისაწვდომია გამოიყენება. ჰენტი ნოსოლოგიის არმუქდია მარფანის სინდრომის გამორიცხვა ბავშვებში, რადგან ბევრი მახასიათებელი ასაკზე დამოკიდებულია. 18 წლამდე ასაკში არ ხდება დიაგნოსტიკა 2010 წლის კრიტერიუმით. ამიტომ მნიშვნელოვანია მცირე ასაკის პაციენტების მონიტორინგი და პრევენციული ღონისძიებების გატარება დაავადების პროგრესირების შეფერხების მიზნით, მშობლების ინფორმირებულობა კარდიოვასკულური სისტემის მონიტორინგის აუცილებლობის შესახებ.

SUMMARY

**MARFAN SYNDROM IN CHILDREN (CASE REPORT)**

**T.GHONGHADZE\*, M.LEKIASHVILI\*, T.GOGATISHVILI (Pediatric Clinic\*)**

Marfan syndrome (MFS) is a spectrum disorder caused by a heritable genetic defect of connective tissue that has an autosomal dominant mode of transmission. The defect itself has been isolated to the FBN1 gene on chromosome 15, which codes for the connective tissue protein fibrilli. Abnormalities in this protein cause a myriad of distinct clinical problems, of which the musculoskeletal Although there are some unique signs or symptoms of Marfan syndrome, the constellation of long limbs, the dislocated lenses and the aortic root dilation are generally sufficient to make the diagnosis with reasonable confidence. There are more than 30 other clinical features that are variably associated with the syndrome, most involving the skeleton, skin, and joints. There may be considerable cardiac, and ocular system problems predominate. We document a case of a patient age 2 months. The patient was under treatment in the infant therapeutic department of G. Zhvania pediatric clinic in Tbilisi in April 2011 and was diagnosed with pneumonia. As the co-existing illnesses, there were symptoms of Marfan syndrome. The body length of the patient was 72 sm; long, slender limbs and fingers; Joint hypermobility; hypermobility of finger joints; lower shoulders; pectus deformities; Highly arched palate; Hypoplastic ciliary muscle in ocular system. In cardiovascular system mitral valve prolapse, without regurgitation, Tricuspidal valve prolapse, with regurgitation. Family history – tall parents, Father with long slender limbs and joint hypermobility, thoracolumbar scoliosis. Our diagnosis was based on phenotypical features of the patient. The Ghent nosology cannot exclude Marfan syndrome in children, because of the age-dependent penetrance of many features.

# მწვავე ბრონქიტის ეპოლოგია ჩვილ ბავშვთა ასაკში ქუჩითი და ხელოვნური კვების დროს ნატრიუმის ქლორიდის ჰიპერტონული ხსნარით მკურნალობის ფონზე

თ.დონლაძე, ე.კუცია, თ.ქორქოლიანი, ე.შერაძე  
(პედიატრიული კლინიკა, თსსუ)

## შეჯამება

მწვავე ბრონქოლიტი ჩვილ ბავშვთა ასაკში ქვედა სასუნთქი გზების უხშირესი ვირუსული ინფექციაა. მისი გამომწვევე 90%-ში რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსია (რსე). ქვედა სასუნთქი გზების ობსტრუქცია და/ან ასთმური სუნთქვა ან პნევმონია, შესაძლოა გამოვლინდეს მწვავე ბრონქოლიტით დაავადებულ პაციენტთა ნახევარში. ბაქტერიულ ინფექციებთან ასოციაცია და განმეორებითი ეპიზოდები ხშირია 2 წლამდე ასაკში. ატოპური ანამნეზი და მწვავე ბრონქოლიტის რეციდივების სისშირე ასთმის განვითარების რისკ-ფაქტორად განიხილება (1, 2, 3, 4).

ძუძუთი კვების პროტექტორული ეფექტი დაკავშირებულია დედიდან ბავშვზე ანტისეპულეზის პასიურად გადაცემასთან, რაც განაპირობებს ბრონქოლიტის სარწმუნოდ იშვიათ განვითარებას. პრაქტიკულად ჯანმრთელ ბავშვებში ქვედა სასუნთქი გზების დაავადებების შემცირება და ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლების დაქვეითება კავშირშია ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებასთან პირველი 4 თვის განმავლობაში (2, 5, 6). ექსკლუზიური ძუძუთი კვება ამცირებს ანტიბაქტერიული თერაპიის საჭიროებას და ხანგრძლივობას და უკუკავშირშია ოტიტის, პნევმონიის განვითარებასთან (9, 10).

წლების მანძილზე არსებობდა განსხვავებული შეხედულება ბრონქოლიტის მართვის საკითხში. ბრონქოლიტატორების და კორტიკოსტეროიდების რუტინულ გამოყენებას მრავალი ავტორი უარყოფს. უკანასკნელ წლებში მედიკოსების ყურადღების საგანია ნატრიუმის ქლორიდის ჰიპერტონული (3% ხსნარის) აღმინისტრირება მწვავე ბრონქოლიტის მენეჯმენტში (7, 8, 11, 12, 13).

## მიზანი

მწვავე ბრონქოლიტით დაავადებული 1-12 თვემდე ბავშვებში ძუძუთი კვების გავლენა დაავადების მიმდინარეობაზე. ნატრიუმის ჰიპერტონული ხსნარით ნებულაიზეროთერაპიის შედეგების შეფასება. ბრონქოლიზური საშუალებების და საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდები აღმინისტრირების აუცილებლობის განსაზღვრა.

მასალა და მეთოდები

ჩატარდა პედიატრიული კლინიკის სამედიცინო დოკუმენტაციის რეტროსპექტული ანალიზი. სტატისტიკურად დამუშავდა პროგრამული პაკეტის SPSS 16.0-ის მეშვეობით. გამოყენებულ იქნა: Mann Whitney არაპარამეტრული ტესტი 2 დამოუკიდებელი შერჩევისთვის. Chi-Square ტესტი, Kurskal Walli არაპარამეტრული ტესტი რამდენიმე შერჩევისათვის, სტიუდენტის t ტესტი ((t-test) ორი დამოუკიდებელი შერჩევისთვის. კვლევაში ჩართული იყო ნომინალური ცვლადები: მკურნალობის ტიპი (ჯგუფი), კვება (ბუნებრივი და ხელოვნური); შკალური ცვლადები: გაუმჯობესების დღე, კლინიკაში დაყოვნების ხანგრძლივობა (დღე).

ჩართვის კრიტერიუმები იყო:  
I-დან 12 თვემდე ბავშვთა ასაკი  
კლინიკურად დიაგნოსტირებული ბრონქოლიტი

ექსკლუზიური ძუძუთი კვება 4-6 თვემდე ხელოვნური კვება (ფორმულა ან სხვა) დაბადებიდან ან სიცოცხლის პირველი თვიდან.

სხვა დაავადებების (გულ-სისხლძარღვთა, ნერვული სისტემა) არ არსებობს.

შესწავლილ იქნა 1-12 თვის ასაკის ბრონქოლიტით დაავადებული 77 პაციენტის ისტორია. 36 (27,7%) მათგანი იყო ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებაზე პირველი 4 თვის მანძილზე, 32 (24,6%) კი ხელოვნურ კვებაზე. ვიზინგი, ბრონქოლიტის სხვა ნიშნებთან ერთად აღინიშნა პაციენტების 64,9%-ში (50 პაციენტი). მათ შორის ძუძუთი კვებაზე იყო 36% ხოლო ხელოვნურ კვებაზე - 78%.

მონაცემებისგან შედგა 3 ჯგუფი მკურნალობის ტიპის მიხედვით:

I ჯგუფი – ნატრიუმის ჰიპერტონული (3%) და იზოტონური ხსნარი.

II ჯგუფი – NaCl ჰიპერტონული (3%) და იზოტონური ხსნარი და ბრონქოლიზური საშუალებები.

III ჯგუფი – NaCl იზოტონური ხსნარი და ბრონქოლიზური საშუალებები.

დაავადების დაწყება ხდებოდა ჰოსპიტალიზაციამდე 2-3 დღით ადრე რინიტით, ცხვირის ობსტრუქციით, ტემპერატურის მომატებით და ხველით. რასაც თან ერთვის სუნთქვის გაძნელება. ექსპირაციული ქოშინი, გულმკერდის ქვედა ნაწილზე

ბის რეტრაქცია ჩასუნთქვის ფაზაში, მკენესარე სუნთქვა.

კლინიკაში შემოსვლისას აღენიშნებოდათ: ტაქიპნოე (60-90), მკენესარე სუნთქვა (65%), აუსკულტაციით – დიფუზური წვრილბუშტუკოვანი სველი ხიხინი (ძირითადად), ნაზი მსტვინავი სუნთქვა, ვიზინგი (64,9%), პულსოქსიმეტრია - 93-96%, კაპილარული ავსება >4', კვების გაძნელება, არა-აქტიური ძუძუთი კვება, სადღეღამისო საკვები ულუფის შემცირება – 1/3-მდე.

ჩატარებული კვლევებიდან ყურადღებას იპყრობდა: სისხლის საერთო ანალიზი – მსუბუქი ანემია, მონოციტოზი, გულმკერდის რენტგენოგრაფია: სისხლძარღვოვანი სურათის გაძლიერება, არათანაბარი პნევმატიზაცია, ატელექტაზური უბნები, პერიბრონქული ინფილტრაცია, წვრილკეროვანი ინფილტრაცია.

ბაქტერიულ ინფექციასთან ასოცირება გამოვლინდა 67%-ში (52), რაც გამოიხატა მაღალი ცხელების (>38,5), შუა ყურის ანთებით, პერიფერიულ სისხლში პოლინუკლეარული ნეიტროფილების მომატებით, C-რეაქტიული ცილის მატებით (20-54 მგ/მ), რაც ძირითადად ვლინდებოდა დაავადების მე-4-5 დღეს.

მკურნალობის ძირითადი პრინციპი იყო სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა, ვიბრაცია, სანაცია სასუნთქი გზების, ჰიდრატაცია (ძირითადად ორალური), ნებულაიზეროთერაპია: NaCl-ის 0,9%-იანი ხსნარით, NaCl-ის 3%-იანი ხსნარით.

ისტორიების ანალიზით გამოვლინდა, რომ საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდებით, სწრაფადმოქმედი ბრონქოლიზური საშუალებების ან ანტიბიოტიკებით კორექცია ხდებოდა კლინიკური და პარაკლინიკური მონაცემების ყოველდღიური მონიტორინგის საფუძველზე.

ჩატარდა შედარება ძუძუთი კვების კონტიგენტსა და ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებს შორის განიხილებოდა გაუმჯობესების დღე და კლინიკაში დაყოვნების დღე.

აღმოჩნდა, რომ ექსკლუზიური ძუძუთი კვების დროს გაუმჯობესება ხდებოდა მე-2-3 დღეს (საშუალო მაჩვენებელი 3,42 სტანდარტული გადახრა 1.317), ხოლო ხელოვნური კვების დროს – მე-3-4 დღეს (საშუალო მაჩვენებელი 3.69, სტანდარტული გადახრა 1.271). კლინიკაში დაყოვნება ორივე შემთხვევაში საშუალოდ შეადგენდა 6-6.5). დღეს, ბუნებრივი კვების ჯგუფში - 6.14 (სტანდარტული გადახრაა 2.206), ხელოვნური კვების ჯგუფში დაყოვნების დღეების საშუალო სიდიდე 6.44 (სტანდარტული გადახრა 2,198).

მწვავე ბრონქიოლიტის დროს ბუნებრივ კვებაზე მყოფ ჩვილებში კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებას ადგილი აქვს უფრო სწრაფად, ვიდრე ხელოვნური კვების დროს. გაუმჯობესების

დღეები დამოკიდებულია კვების ტიპზე არის სტატისტიკურად ძლიერ სარწმუნო Mann-Whitney Test მიხედვით ( $p<0,01$ ); კლინიკაში დაყოვნების დამოკიდებულება კვების ტიპზე არ აღმოჩნდა სტატისტიკურად სარწმუნო ( $p>0,05$ ).

ნებულაიზეროთერაპია N NaCl 3%-იანი და იზოტონური ხსნარით დღეში 2-ჯერ და შედარებულ იქნა ჯგუფთან, რომელსაც აღნიშნულ თერაპიასთან ერთად უტარდებოდა ბრონქოლიზური საშუალებებით ნებულაიზეროთერაპია. მიღებული შედეგები Mann-Whitney ტესტის მიხედვით არ არის სტატისტიკურად სარწმუნო ( $p>0,05$ ).

შედარებულ იქნა ჰიპერტონული NaCl (3%) და იზოტონური ხსნარით ნამკურნალევი კონტიგენტის მონაცემები პაციენტების ჯგუფთან, რომელთაც უტარდებოდათ მკურნალობა მხოლოდ იზოტონური ხსნარით და ბრონქოლიტატორებით. Mann-Whitney ტესტის მიხედვით მიღებულ იქნა სტატისტიკურად მაქსიმალური სარწმუნოება ( $p<0,001$ ) კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების დღეებს შორის.

კლინიკაში დაყოვნების დღე I-II ჯგუფებს შორის არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო ( $p>0,05$ ).

### დასკვნა

ექსკლუზიური ბუნებრივი კვება მწვავე ბრონქიოლიტით ავადობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრევენციული საშუალებაა, ასევე დაავადების შემთხვევაში მცირდება ვიზინგის გამოვლინების რისკი. ბუნებრივ კვებაზე მყოფ კონტიგენტში კლინიკური გაუმჯობესება ხდება უფრო სწრაფად ხელოვნურ კვებაზე მყოფ პაციენტებთან შედარებით.

მწვავე ბრონქიოლიტის დროს ნებულაიზეროთერაპია ჰიპერტონული NaCl (3%)-ით აუმჯობესებს პაციენტის კლინიკურ მდგომარეობას და ახდენს სწრაფ გამოჯანმრთელებას ბრონქიოლების ლორწოვანის შეშუპების შემცირების გზით. პაციენტებში ვიზინგის გამოვლინებით სწრაფადმოქმედი ბრონქოლიზური საშუალებების გამოყენება ჰიპერტონული NaCl (3%) ნებულაიზეროთერაპიასთან ერთად იძლევა იდენტურ შედეგს. ჰიპერტონული NaCl (3%)-ით ნებულაიზეროთერაპიასთან სწრაფადმოქმედი ბრონქოლიზური საშუალებების რეკომენდაცია არ იძლევა სარწმუნო დადებით შედეგს. აღნიშნული გვაძლევს საფუძველს გავიზიაროთ ავტორების აზრი ამ პრეპარატების რუტინული აღმინისტრირების თავშეკავების შესახებ. კლინიკაში დაყოვნების დღეების შედარებით მატება (მაგრამ არა სარწმუნო) ბუნებრივი კვებისა და 3% NaCl-ის მკურნალობის დროს, შეადგენს 5-7 დღეს. ეს განპირობებულია გაწერის კრიტერიუმების არასრულყოფილებით და ბინაზე მონიტორინგის ხარვეზებზე.

შეჯამება

**მწვავე ბრონქიტის ევოლუცია ჩვილ ბავშვთა ასაკში ძუძუთი და ხელოვნური კვების დროს ნარტიუმის ქლორიდის ჰიპერტონული ხსნარით მკურნალობის ფონზე**

თ. ღონღაძე, ე. კუცია,  
თ. შორჯოლიანი, ე. ფერაძე  
(პედიატრიული კლინიკა, თსსუ)

მწვავე ბრონქოლიტი ჩვილ ბავშვთა ასაკში ქვედა სასუნთქი გზების უხშირესი ვირუსული ინფექციაა. მისი გამომწვევი 90%-ში რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსია (რსვ).

მნიშვნელოვანია ძუძუთი კვების გავლენა მწვავე ბრონქოლიტის მიმდინარეობაზე. ჰიპერტონული ნარტიუმის ქლორიდით ნებულაიზეროთერაპია 1-12 თვის ბავშვებში არის უსაფრთხო და ეფექტური საშუალება კორტიკოსტეროიდებთან და ბრონქოდილატორებთან შედარებით. ძუძუთი კვება გავლენას ახდენს პაციენტების სწრაფ გამოჯანმრთელებაზე და ამცირებს პოს-

პიტალში დაყოვნების დღეებს მწვავე ბრონქოლიტით დაავადებულ ჩვილებში.

SUMMARY

**EVOLUTION OF ACUTE BRONCHIOLITIS IN BREASTFED AND FORMULA FED INFANTS AND NEBULIZER THERAPY BY HYPERTONIC SOLUTION**

GHONGHADZE T, KUTSIA E,  
ZHORZHOLIANI T. PHERADZE E  
(Pediatric Clinic, Infants' department;  
Tbilisi State Medical University)

Acute bronchiolitis is the most common cause of lower respiratory tract infection in infants. In 90% it is caused by respiratory syncytial virus (RSV).

Impact of breastfeeding on evolution of acute bronchiolitis in infants aged 1-12 month(s). Assessment of results of treatment by nebulized therapy with hypertonic (3%) saline and necessity of administration of bronchodilators and corticosteroids.

Exclusive breastfeeding improves health condition sooner than in formula-fed babies and hospital stay day is lower in breastfed babies.

**სისხლის ჯგუფები, საკვები და პარაზიტული დაავადებები**

დ. ცხომელიძე  
თსსუ-ს სამედიცინო ბიოლოგიის დეპარტამენტი

ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა დაგვედგინა თუ როგორი დამოკიდებულება გააჩნიათ სხვადასხვა სისხლის ჯგუფის მქონე ადამიანებს ხორცისა და ხორციანი საკვების მოხმარების

მიმართ. ამ მიზნით ჩავატარეთ გამოკითხვა, რომელშიც პირველ ეტაპზე მონაწილეობა მიიღო ქ. თბილისში მცხოვრებმა 100 პირებმა იხ. ცხრილი N1

ცხრილი N1

სისხლის ჯგუფები	პროცენტული განაწილება	ხორცის ან ხორციანი საკვების მოყვარული	არ უყვარს ხორცი და არც ხორციანი საკვებზე აქვს მთხოვნილება
0 <sup>+</sup>	37	31	6
0 <sup>-</sup>	5	2	3
A <sup>+</sup>	35	21	14
A <sup>-</sup>	3	1	2
B <sup>+</sup>	15	12	3
B <sup>-</sup>	2	1	1
AB <sup>+</sup>	2	1	1
AB <sup>-</sup>	1	1	0

მომდევნო კვლევებში დაახლოებით ანალოგიური შედეგები განმეორდა, ოღონდ (A) სისხლის ჯგუფის მქონე ადამიანებში შედარებით იკლო იმ რესპოდენტთა რაოდენობამ, რომლებსაც არ ჰქონდათ დიდი მთხოვნილება ხორცზე და ხორციან საკვებზე, თუმცა განსხვავება მაინც იგრძნობოდა. (A) ჯგუფში შემავალი ინდივიდების გარკვეული ნაწილი უფრო აშკარად გამოხატავდა თავის უარყოფით დამოკიდებულებას ხორცისა და ხორციანი საკვების მიმართ, ვიდრე სხვა ჯგუფების მქონე ანალოგიური კატეგორიის ადამიანები. იგივე შეიძლება ითქვას სისხლის (0<sup>-</sup>) ჯგუფის მქონე ინდივიდების შესახებაც, რომელთა შორისაც უფრო მეტი ხორცის “მოძულე” ვიპოვეთ, ვიდრე ჩვენ ამას მოველოდით. საბოლოო ჯამში ჩვენ არ გამოვირიცხავთ იმის შესაძლებლობას რომ სისხლის (A) და

(0<sup>-</sup>) ჯგუფის მქონე ადამიანები პროცენტულად ნაკლებად იყვნენ დაავადებული იმ პარაზიტული დაავადებებით რომელთა გამომწვევებიც ხორცის საშუალებით ხვდებიან ადამიანის ორგანიზმში.

ლიტერატურა

1. ნ. ხვიტია, ე. მჭედლიშვილი — სამედიცინო ბიოლოგია II ნაწილი  
ნ. ყურაშვილი 2011 წ. გვ 174-177
2. მ. ჭიპაშვილი, ნ. მოროშკინა – სამედიცინო გენეტიკა, 2010 წ. გვ. 137-138
3. Burton J. Bogitsh and et all — Human Parasitology . Third edition-2005 P. 265-277
4. Patrick R. Muurray and et all — Medical Microbiology , 5th edition- 2005 p. 915-925

რეზიუმე

სისხლის ჯგუფები, საკვები და პარაზიტული დაავადებები

დ. ცხომელიძე

თსუ-ს სამედიცინო ბიოლოგიის დეპარტამენტი(A)

სისხლის ჯგუფის მქონე ადამიანებში შედარებით იკვლია იმ რესპოდენტთა რაოდენობამ, რომლებსაც არ ჰქონდათ დიდი მოთხოვნილება ხორცზე და ხორციან საკვებზე, თუმცა განსხვავება მაინც იგრძნობოდა. (A) ჯგუფში შემავალი ინდივიდების გარკვეული ნაწილი უფრო აშკარად გამოხატავდა თავის უარყოფით დამოკიდებულებას ხორცისა და ხორციანი საკვების მიმართ, ვიდრე სხვა ჯგუფების მქონე ანოლოგიური კატეგორიის

ადამიანები. იგივე შეიძლება ითქვას სისხლის (0<sup>-</sup>) ჯგუფის მქონე ინდივიდების შესახებაც, რომელთა შორისაც უფრო მეტი ხორცის “მოძულე“ ვიპოვეთ, ვიდრე ჩვენ ამას მოველოდით. საბოლოო ჯამში ჩვენ არ გამოვრიცხავთ იმის შესაძლებლობას რომ სისხლის (A) და (0<sup>-</sup>) ჯგუფის მქონე ადამიანები პროცენტულად ნაკლებად იყვნენ დაავადებული იმ პარაზიტული დაავადებებით რომელთა გამომწვევებიც ხორცის საშუალებით ხვდებიან ადამიანის ორგანიზმში.

RESUME

BLOOD GROUPS, FOOD AND PARASITIC DISEASES

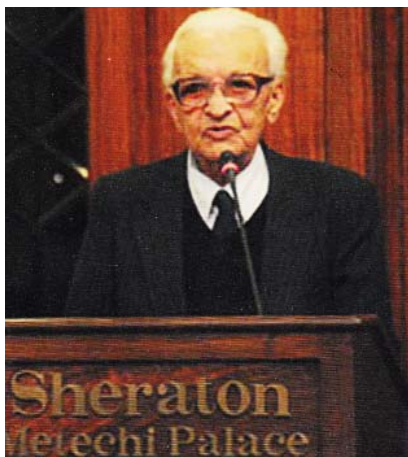
DAVIT TSCHOMELIDZE

(tsmu-department of medical biology and parasitology)

It is known that Taenia solium, Taenia Saginata, Trichinella spiralis, Diphyllbothrium latum and some other parasites are correlated with eating undercooked or raw meat (pork, beef, fish) . We studied the relationship between different blood groups of human beings with eating meat and meaty food. You can see that relationship in the table N1. As a result of our research it was revealed that human beings who have blood group(A) or (0<sup>-</sup>) are less predisposed for eating meat and meaty food, then people with the other groups of blood. Taking into account this reason we consider the above mentioned category of human beings might be less chance to catch infections like Taeniasis , Trichinosis and so on. In the next research we will try to prove the above mentioned.

რედაქცია გულითადად ულოცავს ბატონ ირაკლი ციციშვილს სამედიცინო 65 და პედაგოგიური მოღვაწეობის 60 წელს.

„სიყვარული არის მთავარი“ ...



ირაკლი ციციშვილი

მე რომ მაჩენდა, უკან დასდევდნენ მარიამ ბოკერია – შემდგომში პედიატრი, პროფესორი, კათედრის გამგე, თამარ რობაქიძე – პირველი ვენეროლოგი ქალი საქართველოში, თამარ პარკაძე – ნევროპათოლოგი, დოცენტი და ცაგურიას ქალი – ინფექციონისტი, დოცენტი. და ასე, 5 ქალის დევნაში დაიბადა ირაკლი ციციშვილი. მამა სამხედრო ოფიცერი იყო, დედა თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტზე სწავლობდა. ლაპარაკი ძალიან გვიან დავიწყე და პირველად წინადადება ვთქვი და არა სიტყვა: „მე შენ გცემ“ – ვუთხარი ბიძაჩემს.

ესწავლობდი მე-18 სკოლაში. ვიყავი კარგი მოწაფე, მაგრამ 1936-37 წლებში, როცა მამაჩემი, ბიძაჩემი და დეიდაჩემი პოლიტიკურზე დაიჭირეს, პროტესტის ნიშნად შევქმენი ანტისაბჭოური ორგანიზაცია, რომელიც დახალღობით 1 წელი ფუნქციონირებდა. ვეცნობოდით საქართველოს დამოუკიდებლობასთან დაკავშირებულ ლიტერატურას, როგორ შემოვიდა XI არმია, რა გააკეთეს, ვინ დახვრიტეს, მაგრამ ვიდაცამ გაგვცა და VIII კლასში ვიყავი როცა დაგვიჭირეს: მე, კაკი (ირაკლი) ნიშნინიძე, ირაკლი (თუშო) აბაშიძე, ბადრიაშვილი, პეცოვი გენადი, რომელსაც მე

არ ვიცნობდი და სხვები. ციხეში თითქმის წელიწადი და 5 თვე ვიჯექი. საკანი დაახლოებით 3X5 ფართის იყო. საკანში რომ შევედი, ალბათ, ქართული ფსიქოლოგიის ბრალია, 14-15 წლის ბიჭს არავენ დამითმო დასაწოლი ადგილი. მითხრეს, მაგიდის ქვეშ იყავიო და მეც 4 თვე მაგიდის ქვეშ ვიწექი. მახსოვს, თითებს შორის ტყვიებს ან ფანქრებს მიდებდნენ და ხელს მიჭერდნენ, რომ რამე მეთქვა. ერთხელ იარაღიც დამიტოვეს, ალბათ, აინტერესებდათ რას ვიზამდი. ციხიდან შემდეგი წლის სექტემბერში გამოვედი. ისიც იმიტომ, რომ დედაჩემი მოსკოვში ჩავიდა, გენერალური პროკურორის – ვიშინსკის მანქანას წინ გადაუდგა და დახმარება სთხოვა. მან IV სამმართველოს უფროსს – რუხაძეს დაავალა ჩვენი გათავისუფლება.

ციხიდან გამოსული ისევ მე-18 სკოლაში მივედი. მაგრამ დირექტორმა – პარმენ ქაჯაიამ რომ დამინახა: შენ აქ რა გინდაო! მერე პაშა მჭედლიძემ – პარტიის რაიკომის მდივანმა დამიბარა, დამამშვიდა, მომეფერა და 25-ე სკოლაში გამაგრძელებინეს სწავლა. ჩემმა დამრიგებელმა – თამარ ყაზახაშვილმა, რადგან კარგად ვსწავლობდი, 3 მეთოხედი შემიჯამა და IX კლასში გადამიყვანა. ეს მაშინ დიდი რისკი იყო, ვინმეს რომ გაეგო, შეიძლება დაეჭირათ და დაეხვრიტათ კიდევც.

იცით, როგორი განსხვავება იყო ამ ორ სკოლას შორის, 25-ე სკოლაში ძალიან ცელქი ბავშვები სწავლობდნენ. ჯგუფში რაღაცეებს აფეთქებდნენ, მოყავდათ ჩიტები, ძაღლები, დაფას სანთელს უსვამდნენ, რომ ცარცს არ დაეწერა? და გადავირიე. ახსოვს, წუწუნავას 90 წლისთავზე ანა კაღანდაძეს გაოცებულმა ვუთხარი: მე გამიკვირდა, ისეთი დიდი განსხვავებაა მე-18 და 25-ე სკოლებს შორის, როგორც ცასა და დედაშიწას შორის-თქო.

IX-X კლასებში კარგად ვსწავლობდი. მართალია, ბაბო მჭედლიძე თავიდან მლანძღავდა – მოგვივიდა კიდევ ერთი დოვლა-

თიო, მაგარამ მერე ნახა, რომ წესიერი ყმაწვილი ვიყავი. მიტომ, მალე თვითონვე ამირჩია ჯგუფის ხელმძღვანელად, მერე მოსწავლეთა კომიტეტის თავმჯდომარედ, ბოლოს კი – რუხაძემ მითხრა – კომკავშირში რომ არ შეხვიდე, თავს წაგაჭრიო.

და აი, კურიოზიც, კაცს, რომელიც 2 წელი საბჭოთა წყობი-



ლებას ებრძოდა, ანტისაბჭოურ ორანიზაციას ქმნიდა, მერე ამის გამო ციხეში იჯდა, ახლა კომკავშირის კომიტეტის მდივანად ირჩევდნენ. მაგრამ ვიღცა მოვიდა კომკავშირის რაიკომიდან. ეს ციხეში იჯდა პოლიტიკურზეო, – უთქვამს და სკოლის კრებაზე ატყდა ბუნტი. საბოლოოდ, მე თვითონ ვთქვი უარი მდივნობაზე. დავავლე ჩემს საბუთებს ხელი და რუხაძეს მაგიდაზე დავუყარე. ერე, მალე სკოლაც დავამთავრე.

ერთ დღესაც შეგვხვდათ მე, რეზო ლაბაძე, ვახტანგ დოლიძე, დათო სიძონიძე, ლასარეიშვილი, დათო ხუციანიძე, შერმაზან კაპანაძე და დავიწყეთ ბუკობა, სად ჩავვებარებინა, რადგანაც არ ვიცოდით სად წაგვედო საბუთები. მე ელექტროსაინჟინროზე მინდოდა საბუთების შეტანა, მაგრამ ბოლოს მოვილაპარაკეთ, რომ სამედიცინოზე ჩავვებარებინა. მაშინ დედები ჩვენ არ დაგვდევენ და მამები. არავინ იცოდა სად ვსწავლობდი, დედაჩემი ერთ კრებაზე არ ყოფილა, სად ეცვალა?! ინსტიტუტში ძალიან კარგი ჯგუფი მყავდა. გამოცდებისთვის ერთად ვსწავლობდით, ერთად ვმეცადინეობდით ჩემს ბინაში. მართალია დედაჩემი მარტო იყო, თან ომის დროს დიდი გაჭირვებაც იყო, მაგრამ მაინც გვასადი-

ლებდა რაღაცით, შავ პურს გვაჭმევდა „პავიდოლოთი“, უშაქრო ჩაის გვასმევდა და ყოველ საღამოს ჩემი ბელინსკის 19 ნომრიდან ვერის ბაზრამდე სიმღერ-სიმღერით ჩავდიოდით. კარგი ძმაკაცობა გვქონდა. ერთმანეთი გაგვქონდა მეცადინეობაში, სატმელშიც, სადაც რას ვიშოვიდით, ერთმანეთს ვუყოფდით, ერთმანეთს გვერდში ვედექით და ამ ომის დროს გავეიტანეთ თავი როგორღაც. ინსტიტუტი წარჩინებით დავამთავრე. სახელობითი სტიპენდიაც მქონდა. გამოცდა პროფესორ თოხაძეს რატომღაც ორჯერ ჩავაბარე. ისეთი რაღაცეები ვუთხარი, თვითონვე განცვიფრებული იყო. მე პედიატრობა არ მინდოდა, ქირურგია უფრო მიზიდავდა. ფიფასთან კათედრაზე საღამოობით დავდიო-

დი, ვმორიდებოდი, ოპერაციებში ვეხმარებოდი. მაგრამ ბოლოს მე-ლიქიშვილის ქუჩაზე საფაკულტეტო პედიატრიის კათედრაზე პროფესორმა ვლადიმერ თოხაძემ 1946 წელს კლინიკურ ორდინატურაში გამაფორმა. 3 თვის შემდეგ ჩემი ნახევარი რეზო ლაბაძეს გაუყვავი, 12 წლის შემდეგ თამაზ ბოკერიაც მოვიყვანეთ. 3-4 წელიწადში პროფესორი სრულიად მენდობოდა. იმდენად, რომ 1950 წლიდან გამოცდილ ხალხთან რაიონებში კონსულტაციებზე მე მგზავნიდა. მახსოვს, ერთხელ 1950 წ. გენერალთან გამაგზავნა ვახიანში. ცოლმა ქმარს ერთი ამბავი აუტყვა, მე შენ პროფესორი გთხოვე, შენ კიდევ პატარა „ბიჭუშკა“ მომიყვანეო. გავსინჯე პატარა გალოჩკა (მათი შვილი) და ვუთხარი, ერთ კვირაში გაყვითლდება და კლინიკაში გადავიყვან-თქო. სასწაული ხომ გინახიათ, ადრე მზის დაბნელება რომ ეგონათ, ასეთი რაღაც მოხდა, როცა მართლა გაყვითლდა და შემატყობინეს. ამის მერე თოხაძეს აღარ ეძახდნენ, სულ მე ვეჯექი იქ.

მერე და მერე წავიდა ცხოვრება წინ. ჯერ ასპირანტურა, დისერტაცია... დოცენტი გავხდი, შემდეგ პროფესორი და ამ წლების მანძილზე სულ მედინსტიტუტში ვმუშაობ, ზუსტად 53 წელია“.



ბატონ ირაკლის აღარ ახსოვს რამდენმა სტუდენტურმა ჯგუფმა გაიარა მის ხელში, მაგრამ ერთი...

„1949 წელს მოვიდა ჯგუფი, სადაც ჩემი ყოფილი კლასელები სწავლობდნენ. წარმოგიდგენიათ რა მდგომარეობაში ვიყავი? ავთო და კოტე ზარნაძეები, გივი ციციშვილი, ზეინაზ იოსელიანი, ვახტანგ ხავთასი და მე სკოლაში ერთ მერსზე ვისხედით და ახლა მათი პედაგოგი გახვდით. პოდა, ყოველ საღამოს ვიჯექი და მეორე დღისთვის გამზადდებდი კარგად. ვახტანგ ხავთასს ცოლ-შვილი ჰყავდა და ოჯახის სარჩენად თურმე აკორდეონზე უკრავდა საღამოობით, თანაც ცოტას სვამდა. მეორე დილას ღვინის სუნი ამოსდიოდა და ამიტომ ყოველთვის უკან ჯდებოდა. საგანი რომ ჩააბარეს, მერე ვუთხარი – აბა, წავიდეთ საღვინოში-თქო და წავედით საჩქიფოდ, თან პროფესორი სიმა აბუღაძე წავიყვანეთ ძალიან მოქიფვე იყო. მათ იმდენი ფული არ ჰქონდათ, რომ ზემოთ დავმსხდარიყავით.

მიტომ, სარდაფში ჩავედით საღვინოში, შეროხიას ქუჩაზე. მე კარგად ვუკრავდი (ბავშვობაში მუსიკაზე დავდიოდი), ხავთასი ზევით უკრავდა, ისიც ჩამოვიყვანეთ. მაგილები შევაერთეთ, აბუღაძემ აიღო და გაშლილი მაგიდა კბილებით ასწია, დაიწყო სიმღერა, მე დაკვრა, მოკლედ, ატყდა ერთი ამბავი, ფულების შეგროვება. მახსოვს, 220 მანეთი შეგუროვეთ ორკესტრანტებს. კარგი დრო გავატარეთ, დღის 4-5 საათამდე ვიქვიფეთ. აი, ასეთ დროს ვატარებდი.

კერძო პრაქტიკაც მქონდა, თავდაუზოგავად ვმუშაობდი, მანქანაც მყავდა ყოველთვის, ვსეირნობდი კიდეც, შაბათ-კვირას ქაღალტარეთაც დავდიოდი, სასტუმროებშიც ვათენებდი, რესტორნებშიც ვქეიფობდი, ასე ვატარებდი დროს. თან მედიცინა ისეთი რამეა, თუ არ მიაბატე სულ ახალ-ახალი, ეგერი რამე იცვლება – დაწყებული დაავადებებიდან, მათი მკურნალობით დამთავრებული. მთელი ჩემი სიცოცხლე სულ ახალ სამედიცინო და სხვა სამეცნიერო ლიტერატურას ვიღებდი. მერე ყველაფერი მოვიტა-

ნე და კლინიკის ბიბლიოთეკას ვაჩუქე 643 წიგნი. სახალშიც მაქვს არაჩვეულებრივი ბიბლიოთეკა, უახლესიც, ძველიც, ტომეულებიც, უძველესი წიგნები.

სიმართლე გითხრათ, არასდროს მიღვენია დიდი მეცნიერებისათვის, მე უფრო პრაქტიკული მედიცინა მინდოდა. ერთხელ რცხილაძემ თქვა, მე სულ ფიქტრობი, რომ ირაკლი ციციშვილი დიდ მეცნიერებას გაყვებოდა და იქნებოდა ერთ-ერთი უძლიერესი მეცნიერებაშიო. მან, ჯობს დღეში გასინჯოს 3 და არა 8 ავადმყოფი და მიხედოს მეცნიერებასო, მაგრამ მე ვსინჯავდი 8-ს და 3 ავადმყოფს. სამაგიეროდ, დიდი პრაქტიკული გამოცდილება მივიღე. ინტუიცია ხელს მიწყობს და მკონი, არც უცოდინარი ვარ“ – ხითხითით დააყოლა ბატონმა ირაკლიმ.

საქართველოში ძნელად მოიძებნება ოჯახი, რომლის ერთი წევრი მაინც ირაკლი ციციშვილის პაციენტი არ ყოფილიყოს, თბილისზე ხომ საუბარიც აღარ არის“. „თუ თბილისში ვინმე იყო დიდი კაცი, საშუალო, ღარიბი კცავი, ყველას ვსინჯავდი მე. ნახევარი თბილისი მყავს ნამკურნალევი, თუ არა ორი მესამედი.



თანაც, 10 მოსულიდან 3-4 აუცილებლად ახლობელი იყო. მარტო თბილისი კი არა, არ დამიტოვებია აჭარა და აფხაზეთი, ოსეთი და დუშეთი და რა ვიცი... აქაური და იქაური რაიკომის მდივნები, ეს დიდწი ხალხი თვითმფრინავში მსვამდნენ და აქეთ-იქით მატარებდნენ. ახლაც, უფასოდ მოდიან, მიდიან, მიხვეულები არიან და იმიტომ. ანდა გამომეცნაურება ისეთი, რომელიც არ მახსოვს და... დიდი მადლობა ბატონო ირაკლი. ჩემი

ცხოვრება ძალიან პატიოსნად გაატარე, ძალიან წესიერად.

მე ძალიან გამიხარდა სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი რომ დაარსდა. მართლა 90 000-ზე მეტი ბავშვია უსასყიდლოდ გასინჯული საქართველოში და თითო გასვლაზე 70-80 ავადმყოფს ვსინჯავდი დღეში. ადრე, სვანეთში რომ დავდიოდი, დღის ბოლოს აღარაფრის თავი აღარ მქონდა და დასაძინებლად სასწრაფო მანქანის საკაცეზე მივწვებოდი ხოლმე. ასე იყო უშგულშიც, კალაშიც... კალაში რომ ჩავედით, დავინახე ჩემი გაუბედურებული ამბულატორია, ჩავარდნილი ფიცრებით, საშინელი საწოლი, სიბინძურე. გვერდით კი რესტორანი იყო წამოჭიმული. შევედი რესტორანში, შევაერთე მაგილები, ამბულატორიიდან გამოვაცანინე დასაფენები, თეთრი ზეწრები, დავაღაგე ყველაფერი და მთელ სოფელს დავუძახე გასასინჯად. დახლიკაცი კინაღამ გავიყოდა.

**– ბატონო ირაკლი, სახლში როგორ ხართ?**

– „სახლში არაფრის კეთება არ შემიძლია. ელნათურას ვერ გამოვცვლი – დენი დამარტყამს, ჩაქუნს ვერ ავიღებ – ხელში ჩავირტყამ, თუ რამე მოსატყურია – აუხილებლად ხელს ვავისვრეტავ. ამიტომ ყველაფერს ჩემი შვილი და მეუღლე აკეთებენ. სამაგიეროდ, სახლში რომ მივალ, არაფერს არ დავაგებ, ყველაფერს დავაწყო და თავის დავილას ვინახავ. მიყვარს სიზუსტე, ვიცი, სად რა წიგნი მაქვს, სიმართლე გითხრათ, მე მკაცრი არა ვარ, მაგრამ ვარ სამართლიანი და პუნქტუალური. სამსახურში, არასოდეს დამიგვიანია, არც უმიზეზოდ გამიცდენია. ავადმყოფობის გამო კი, არც დავწოლილვარ და არც სამსახური მიმიტოვებია. მე კიდევ ერთი თვისება მახასიათებს, ძალიან სწრაფი და კარგი მახსოვრობის უნარი მქავს. სულ ზეპირად მახსოვს ციფრები, ტელეფონები, სამედიცინო ნორმები და სხვა. თუ გინდა, იმასაც გეტყვი პურ-მარილში, ვთქვათ 50 ან 100 კაცზე რამდენი რამ არის საჭირო. ზუსტად მოგიტან პროდუქტებს ისე,

რომ იქ წვეთი არაფერს დააკლდება. ეს ვიცი, ნამდვილად ვიცი. ვიცი მშენებლობის რადაცეებიც, მაგრამ მე თვითონ არაფრის გამკეთებელი არ ვარ. მანქანა რომ გამოიფუჭდება, ხელს არ ვახლებ, ვდგავარ, სანამ ვინმე არ მოვა და არ გამოიკეთებს. ისე, ჯაჯღანა ვარ. სახლშიც და სამსახურშიც ენუხობ ხოლმე. არა, გულით კი არ ენუხობ, ისევე მათ სასარგებლოდ, თორემ მე რა?!



– ბატონო ირაკლი, აზარტუღლი ხართ?

– „არ მიყვარს თამაშები, მაგრამ წაგებაზე ზოგი რომ გიჟდება, ეგეთი რაღაც არ მომდის. ჩემთვის სულერთია, გინდა მოვიგო, გინდა წავაგო. ნარდი, კარტი, ეს ჩემთვის მეორე ხარისხოვანია“.

– რისკიანი?

– ძალიან. არც სიკვდილის მეშინია. მანქანას, ჩემ სისცოცხლეში სულ ჩქარა ვატარებდი. ახლაც ასე ვარ. გინდაც ავარი-აში მოვეყვ, არ მეშინია. სიკვდილის არ მეშინია“.

– რა არის ბედნიერება?

– „ჯანმრთელობა. პირველი და ყველაზე მთავარი არის ჯანმრთელობა. თუ ჯანმრთელი ხარ, ცხოვრებაში ყველაფერს მიაღწევ. და უნდა გქონდეს ჯანმრთელი სული, უნდა იყო მართალი და თანამდგომი. ვისაც უჭირს, უნდა დაეხმარო, მთელი ცხოვრება ჩემ ოჯახში თუ რამე მიმიტანია, ყველაფერი იყოფოდა. ისე არა, რმო ერთი კასრი ყველი გქონდეს, სხვას უჭირდეს, შენ ჭამდე და მას არ აჭმევდე. არ უნდა იღორო. არ უნდა იყო წუწუკი. რაც მეტს დახარჯავ, მით უფრო მეტი მოგივა – ეს იცოდეთ, მე ჩემზე გამოვცადე, გულუხვი და ხელგაშლილი უნდა იყო“.

– რას ვერ აპატიებთ ადამიანს?

– „სიცრუეს, ტყუილს, ცუდღუტობას და მაიმუნობას. სიტყვის კაცი უნდა იყო და არ უნდა გაუკეთო სხვა სცუდი, არ უნდა მოატყუო. ცუდს რომ გაიკეთებს, მიანც კარგით უპასუხე და თვითონვე წინ დახვდება ის ცუდი. ბევრჯერ გაუკეთებიათ ჩემთვის ცუდი, მაგრამ ხმა არ ამომიღია. ცუდ კაცს თავის დროზე მოუ-

წევს ცოდვა, ის ისეთი ძალაა, რაღაც განგება, რომელიც წინ დახვდება. ასე ხდება ხოლმე“.

– რომელი შეცდომა გაქვთ დღესაც ხინჯად?

– „ერთი ის, რომ ინსტიტუტი უნდა ამეშენებინა ოქროვანში და უარი ვთქვი. მეორე, რომ სახლი უნდა გადამეცვალა და მესამე... შეიძლება გამეგრძელებინა ჩემი ანტისაბჭოური მოძრაობა“.

– ოცნება, რომელიც ვერ აისრულეთ.

– (დუმილი) „მე მგონი, მე ეგეთი რაღაც არა მქავს. ეტყობა ძალიან დალაგებული ცხოვრება მაქვს, ყოველგვარი ამბიციების გარეშე“ – მიპასუხა ბატონმა ირაკლიმ მისთვის ჩვეული ხითხითით.

– რომელ თავადურ თვისებას ამხნევთ საკუთარ თავს?

– „იცი რა, ეტყობა, თავადების საქმე ძალიან ცუდად იყო. იმიტომ, რომ არის გვარები, რომელიც გადაგვარდნენ: ჭავჭავაძეები, ამილახვრები, მაჩაბლები, დადიანები, სადღა არიან? ციციშვილებმა, ასე თუ ისე, წამოიწვიეს. უფრო გამძლე გამოდგა ფიზიკური თუ გონებრივი განვითარების მხრივ.“

მე არაჩვეულებრივი, ფენომენალური მესხიერება მაქვს, ყველაფერი დეტალურად მახსოვს. თუმცა, ეს თვისება დედისგანაც მომდგამს. ჩვენ სამნი ვაგიზარდეთ, ფუფუნებაში არასოდეს ვყოფილვართ, მაგრამ რაც თანადგომა, სიყვარული და ურთიერთგაგება გვაქვს, ეს, მე მგონი, ჩვენი გვარისგან მოდის.

არც სინანული ვიცი, რამდენი რამე დაგვარგე, ანაკლია, გულრიფში, რამდენჯერ გამქურდეს იკდევ, მაგრამ, არაფერზე ვზანოხ. ალბათ იმიტომ, რომ რაც მე დაგვარგე, ციციშვილებისათვის ზღვაში წვეთია“.

– თქვენი საყვარელი კერძი?

– „ეჰ... მე ძალიან ალერგიული ვარ. ძალიან ცუდი ავადმყოფობა მჭირდა, ჩემს შემდეგ აღწერეს კიდევ. ამიტომ, ფაქტიურად დიეტაზე ვარ და წონას ერთ დონეზე ვიცივა – 75-76 კგ. ხილიდან მიყვარს ბანანი, მსხალი – ალექსანდრა, კარალიოკი, ნესვი, საზამთრო – ისე რა, მაგრამ ხორცი ძალიან მიყვარს. მთელი ჩემი სიცოცხლე, დღეში 200-300 გრ. ხორცი თუ არ ვჭამე, არ შემიძლია. ხორცი უნდა იყოს ძროხის, ხბოს, ციკნის ან ქათმის. არ ვჭამ ღორისა და ცხვრის ხორცს, ცხარეს, წიწაკიანს. სუფრაზე ვჭამ: ყველს, ქათმის ხორცს, საერთოდ ხორცს, კარგ თევზს და მორჩა. ძალიან მიყვარს ხაში, ხინკალი და ლუდი. სასმელებიდან – 100-125 გ. არაყი ან კარგი ძველებური კონიაკი. თუ ძალიან კარგი ქვიფო იქნება, შეიძლება ნახევარ ლიტრამდე მაგარი სასმეელი დაველიო. დვინოს არ ვსვამ.“

სახლში არაჩვეულებრივი სასმელების კოლექცია მაქვს, 200 ბოთლამდეა. მაგრამ სულ გამიზიდეს! ჯერ იყო ვერცხლეზიო, მერე თუ რამე კარგი ჭიქა იყო, ყანწებიო... სულ დაბადების დღეებზე მიაქვიათ“.

საუბრობს ირაკლი ციციშვილი და მისი ყოველი წინადადება, გამოთქმა, კილო, გამოხედვა ნაღდი თბილისურია. იმ თბილისის, რომელსაც ურფოსი თაობა სიყვარულით, სითბოთი და დიდი მონატრებით იხსენებს. იმ თბილისის, სადაც ბელინსკის ქუჩაზე ბევრჯერ საქმე „კაცურად“ გარჩეულა, უბნელები ერთმანეთს დარევიან და ერთი-ორი მუშტი, ალბათ. ირაკლი ციციშვილსაც მოხვდებოდა.

„ჩვენ სხვანაირი მძაკცაობა გვქონდა, თან ვერაზე გაზრდილებს. მაგრამ რამდენჯერ ვარ ნაცემი! ყოველ შემთხვევაში, სამ დღეში ერთხელ მცემდნენ. დამრტყმელიც ვიყავი, არ ვითესებოდი. მცემდნენ, მაგრამ არ ვითესებოდი. არ ვიყავი ძლიერი ფიზიკური განვითარების, მაგრამ... წავიღოდით 8-10 ბიჭი სადღაც, რაღაცა ომხდებოდა, 3-4 დაიმალებოდა, ჩვენ რომ კარგად გვცემდნენ, მერე გამონ-

დებოდნენ. ისიც იყო, რომ უფროსი თაობის ბიჭები მიგვეყავდა ანგარიშის გასასწორებლად უცხო უბნელებთან, თუ გოგონებში გავლის ნებას არ გვაძლევდნენ.

ჩვენი „ბირუა“ ლალიძესთან იყო. დოდო აბაშიძეს ძალიან უყვარდა იქ დგომა. თუ დაინახავდა ჩამოსულ ბიჭს გოგოსთან ერთად და რაღაცა ისეთს ეტყობდა! ვინ მოუთმენდა იმას ჩემ დროს?! მოკიდებდა ორ ბიჭს და ერთმანეთს ურახუნებდა. ასე იყო ფაღავას ბიჭიც. მე კიდევ, ძმაკაცი მყავდა ვერის ატამანი. ნიძლაგზე წყლის მიღს მუშტით ბოლომდე მიჭექავდა, რომ წყალს არ გაველო.

მაგრამ ყველაზე მწარედ, აგური რომ ჩამარტყეს და ცხვირი გამოიტყუეს, ვე მხასოვს, თანაც ფეხბურთის გულისთვის. ნული გუნდზე წავიდა საჩხუბრად. მე, ეტყობა ცუდი პიროვნება შემხვდა. პოდა, რომ მივარტყი და მოვარტყი, მერე თავიც რომ დავარტყი, გამწარდა. აიღო აგური, ჩუმიად მოვიდა, ჩამარტყა ცხვირში და გამობრტყელა მთელი სახე. სახლში სულ სისხლჩაქცევებით მივედი“.

ბატონ ირაკლის ისიც ახსოვს, მამამისის ბუკლეს გადაკეთებულ ლაბადას როგორ ხდიდნენ საკუთარ ქუჩაზე, თანაც საკუთარ სახლთან, მაგრამ არ დანებებია, ორივე „ბაცაცა“ ერთმანეთზე მიუწვევია და სულ ჭიტლაყები უთავაზებია. სანაცვლოდ კი 7 ტყვია მიუღია, საბედნიეროდ, შვიდივე აცდენია. ბოლოს კი ატამან „მურწიკას“ და მისი დამქაშების წართმეული და გაყიდული იარაღის 300 მანეთით კარგად უქეიფიათ.

სიცლით და სიამოვნებით იხსენებს ბატონი ირაკლი თავის წარსულს. მას წარსულის არ ეშინია. იმიტომ, რომ კაცურად იცხოვრა, თბილისურად იცხოვრა, ათ გოგოსთან ერთადაც გაუვლია და ამდენ ქალში, ის ერთი უპოვნია, ვინც უყვარს და ვისაც თავად უყვარს იგი დღემდე.

„ვე არის ჩემი პირველი და უკანასკნელი სიყვარულიც. რაც ცოლი შევირთე, მას მერე დოლოსთვის ერთგული ქმარი ვარ, იმიტომ, რომ ყველაფრით არაჩვეულებრივი ქალია.

პირველად რომ ვნახე, 13 წლის იყო. მე მის დას ვემკურნალობდი, მიძიმე ფილტვების ანთება ჰქონდა. მერე ნათესავებს ვემკურნალე და ნახეს, რომ კარგი ექიმო ვიყავი. დაახლოებით 5 წელი დავდიოდი მათთან ოჯახში, მაგრამ ხელცარიელი არასდროს მივსულვარ. მერე, რომ გაიზარდა და 18 წლის გახდა, ცეკვის დროს ვუთხარი ჩემი ცოლი უნდა გახდეთქო და გამომყვა. მე მასზე თითქმის 13 წლით უფროსი ვარ, ნახევრად ჭადარა ვიყავი, 32 წლისამ რომ შევირთე 19 წლის გოგო.

მე მყავდა არაჩვეულებრივი სიდედრი და სიმამრი. მე ხომ მამა არ მყავდა და თუ შეიძლება ვინმემ მამობა გაგიწიოს, უკეთესი არ არსებობს. სიდედრი ცოტა თავისებური ქალი იყო, რაღაც მოსწონდა, რაღაც არა, ისე კი... დიდებული. მაგათ ოჯახში სულ პურმარილი იშლებოდა, სულ სტუმრიანობა იყო, თანაც არაჩვეულებრივად მღეროდნენ.

ცოლი დამსახურებული პედაგოგია, პოლიტექნიკურში მუშაობდა. ძალიან ღამაზი ქალი იყო და ამიტომ პრაქტიკულებზე

როგორც საჭიროა. პირიქით... აბა, ერთი მისი ძმაკაცი მოვიდეს და არ გავყვე, ან არ მივეხმარო... დათო პლასტიკური და ადღეუნითი ქირურგიის განყოფილებაში ქირურგია. მისი მეუღლე ტატიანა ციციშვილი სტომატოლოგია. მ ათგანმ ყავს შვილიშვილი – ანა ციციშვილი, რომელიც ძალიან ჭკვიანი და ღამაზია. დაღის სპორტზე, სამი ენა იცის „ბორჯომის“ სარეკლამო კლიპშიც კია გადაღებული.

ნინო, ჩემი ქალიშვილი, უსაშველოდ მშრომელია: ძალიან კარგი და ნიჭიერი კერამიკოსია, ერთ-ერთი პიერელია. ახლახან ესპანეთშიც ჰქონდა გამოფენა. თანაც საშინლად კეთილია, რომ სთხოვონ ლაბადას გაიხდის და აჩუქებს. ნინოს მეუღლე ინჟინერია – თენგიზ საღაყაია, არაჩვეულებრივი სპეციალისტი და პიროვნება. მათ ორი გოგო ჰყავთ. უფროსი სამხატვროზე სწავლობს, მეორე ჯერ პატარაა, 9 წლისა.

ქეთის ამხანაგები უყვარს. სულ მეგობრები, ყავა, სეირნობა, საუბრები. ქეთი დიზაინერია და ახლახან 4 სტუდენტის ნაშუშევრების გამოფენა მოაწყო. როგორც პედაგოგს, ძალიან აქებენ დაუყვართ. ორივე მორიდებულია, არც მეტინრები არიან, ხასიათით მე მგვანან. ქეთის მეუღლე – იოსებ ჩხიკვიშვილი, ეკონომისტი, კანდიდატი, გერმანიაში სწავლობდა. მათ ორი ბიჭი ჰყავთ, 16 და 9 წლისანი.

ნეტავი ყველას ისეთი კარგი ოჯახი ჰქონდეს, ისეთი ცოლი, შვილები, რძლები, სძიებები და შვილიშვილები ჰყავდეს, როგორც მე მყავს“.

ირაკლი ციციშვილს ტრადიციული ქართული ოჯახი აქვს. მის სახლში ბევრი ისეთი ნივთი ინახება, რომელიც უკვე ოჯახის რელიქვიად ითვლება. „ბებიანე ვახტანგი იყო კოსმონავტიკის გენერალური დირექტორი (კურჩატოვის მერე). მან მანუქა უნიკალური ნივთი, რომელიც ერთი პომპიდუსს აქვს, ერთი ბრეუნეგს, ერთი კოსმონავტიკის მუზეუმში ინახება, ერთი ვენერაზე გადაღებული და ერთიც მე მაქვს. ეს არის ძალიან ძვირი მეტალისგან



მანქანით მიმყავდა და მომყავდა. მერე სახლში მივაბი. რეზო ლაბაძე ეუბნებოდა, შენ ეს სამზარეულო გიხდება და აქ იყავიო.

სამი შვილი გამიჩინა: ნინო, ქეთი და დათო. არაჩვეულებრივად გაზარდა, 5 შვილიშვილიც მისი გაზრდილია. შესანიშნავი კულინარია, ჭკვიანია, ნაკითხი, განათლებული, იცის ენები, მართლა კრავი ქალია, იმიტომ კი არა, რომ ჩემი ცოლია. ყველაფრით კარგი ქალია, გაწონასწორებული, ცუდიც იცის და კარგიც.

დათო 18 წელია მოსკოვშია წასული, მაგრამ ერთხელ არ მახსოვს ან დამთვრალიყოს, ან რაღაცა დაეშავებინოს, ან ძმაკაცებში ისე არ მოქცეულიყოს,



დამზადებული სფერო, რომელსაც ახატია დედაემიწა. რომ გახსნი, შიგნით ებონიტის ფირფიტის ერთ მხარეს საბჭოთა კავშირის გერბი და დედაემიწისა და ვენერას გამოსახულებაა, ხოლო მეორეზე – იეროგლიფები. კიდევ მაქვს ციციშვილების საგვარეულო გერბი რამდენიმე საუკუნის წინანდელი ხელნაწერი სახარება, ბებიანემის ოქროს სათვალე და მამანემის მუნდშტუკი? როცა მომენატრებიან ჩემები, გავხსნი და ვნახულობ ხოლმე“.

ხოლო რაც შეეხება ტრადიციებს...

„სიყვარული ხალხისა, პურ-მარილი, დროსტარება, სტუმრობა და ქეიფი. დაბადებიდან ეს არის ჩვენი ტრადიცია. ერთადერთი -

41 წწ. ჩვენთან ნათესავეები აღარ მოდიოდნენ, ემინოდან. მაგრამ მერე, ჩემმა მეგობრებმა ისევ აღადგინეს“.

თავი შევაწყინეთ ბატონ ირაკლის, მაგრამ წამოსვლა აღარ გვინდოდა. ასე ხდებოდა ჩემი სტუდენტობის დროსაც, როცა პრაქტიკულის დამთავრება სულაც არ გვეხალისებოდა, მაგრამ ყველაფერს აქვს დასასრული. ბატონმა ირაკლიმ ისე მაინც არ გამოგვიშვა, რომ ახალგაზრდობას, მომავალ თაობას არ მოგვეფერებოდა.

„52 წელია ვუყურებ ჩვენს ახალგაზრდობას და ვხედავ, როგორ ყოველდღიურად იზრდება ყოველმხრივ. ენებიც იციან, ისტორიაც, ხელოვნებაც, კულტურაც, განათლებულები არიან, მედიცინაში ხომ ძალიან ძლიერად არიან წასულები წინ, სულ რაღაცა ახლის ძიებაში არიან. მართლა ნიჭიერი ახალგაზრდობა გვეყავს ჩვენ, მაგრამ ერთია, დიდი ყურადღება უნდა მივუცხოთ მათ, რათა გზას არ აცდენ და ჯანმრთელი შთამომავლობა მოგვცენ. ამაზე ბედნიერება, დღეს არაფერია და კიდევ ერთი... შენი სამშობლო და შენი ხალხი უნდა

გიყვარდეს. ეს აუცილებელია! თუ შენი ხალხი და მეგობრები არ გიყვარს, შენ არაფერი არ გეყვარება. სიყვარული და თანადგომა მთავარი ადამიანებს შორის. ცუდი არადსროს გააკეთო, კეთილი საქმე ყოველთვის წინ დაგხედება. სიკეთე ყველგან გაიმარჯვებს, ყველგან და რაც უფრო მეტს შეიძენ, მეტი დაგიფასდება“.

– ბატონო ირაკლი, ცხოვრებაში ერთხელ მაინც თუ გინახიათ ექიმობა?

– „არასოდეს. მართალია, ბევრი უძილო დამე, შრომა, განცდა, ემოცია და ტკივილი მქონდა, მაგრამ რამდენი ბავშვიც გადარჩებოდა, იმდენი უსაზღვრო სიხარული იყო“.

P.S. ცუდი არასდროს გააკეთო, კეთილი საქმე ყოველთვის წინ დაგხედება, სიკეთე ყველგან გაიმარჯვებს, ყველგან“.

– მართალი ბრძანეთ, ბატონო ირაკლი და ამის პასუხად მხოლოდღა შეგახსენებთ, რომ თქვენი სამუშაო ოთახის კარი შემოვადეთ არა შიშით, არა ანგარებით, არა მოვალეობის გრძნობით, არამედ მოკრძალებით და თქვენდამი უსაზღვრო სიყვარულით.

### სახელოვანი იუბილარები

## ბერძენობის იუბილას გილოცავთ!

# ბატონ ირაკლი ციციშვილს

ნანა ბომბაძის მშობლები: ეპა და ბოჩა ბომბაძეები

ბატონო ირაკლი, თქვენ იმ ადამიანთა რიცხვს განეკუთვნებით, რომელთა ცხოვრება და მოღვაწეობა ოქროს ასოებით ეწერება საქართველოს ისტორიის მატრიანში; ქართული მედიცინის ისტორიაც ხომ ერის ჟამთააღმშენებლის შემადგენელი ნაწილია! სადაც თქვენზე აუცილებლად დაიწერება, რომ თქვენ ჩვენი საუკუნის საოცრება ხართ, რომ თქვენი პროფესიული ცოდნა და გამოცდილება საამაყოდ ექნება ჩვენს ქვეყანას.

რომ არა თქვენ, ბატონო ირაკლი, რომ არა ღმერთის მფარველობა და ბაღდათის რაიონის დეპუტატის, ბატონ ვაჟა ლორთქიფანიძის მცდელობა, თქვენამდე მოვსულიყავი, დღეს ჩვენი შვილის, ნანა გოგსაძის სიცოცხლე ჩაიღვენებოდა, მისი პატარა და მგრძობიარე პორტული ჰიპერტენზიით დაავადებული გული ვერ გაუძლებდა... აღარ გვინდა იმის წარმოდგენა, რა იქნებოდა.

თქვენ ხელმეორედ გვაჩუქეთ მისი სიცოცხლე, თქვენმა ოქროს ხელებმა დაგვიბრუნა შვილი და მას-

თან ერთად მთელი ჩვენი ოჯახის კეთილდღეობა. დღეს ოთხმოცი წელი გისრულდებათ, გილოცავთ, ირაკლი ექიმო, ბერძენობის იუბილეს. გილოცავთ მთელი ჩვენი ოჯახი, სანათესაო თუ სამეზობლო, თითოეული ბაღდათელი, ვინც კი ჩვენთან ერთად გაიზიარა ჩვენი შვილის გადარჩენის სიხარული.

გილოცავთ, მუხლმოყრილი ვლოცულობთ და ვევედრებით უფალს, რომ თქვენ დიდხანს, ძალიან დიდხანს იცოცხლოთ, რათა თქვენმა მადლიანმა ხელმა კვლავ მრავალი პატარა იხსნას განსაცდელისგან, რათა დედას კვლავ დაუბრუნოს სიცოცხლის ხალისი და რწმენა, რომ თქვენი სახით დედაემიწაზე სიკეთე, კაცთმოყვარეობა, უანგარობა და იმედი დააბიჯებს.

მჯერა, რომ თქვენთვის აღვლენილი ლოცვა განივთდება თქვენს სისხლსა და ხორცში, თქვენს შვილებსა და შვილიშვილებში და ციციშვილთა შთამომავლობას შეუქურვარსკვლავად დაეფინება. გამადლობთ ყველაფრისთვის.