

**SOCIAL,
ECOLOGICAL
& CLINICAL
PEDIATRICS**

**სოციალური,
ეკოლოგიური
და კლინიკური**

ქვეყნის



**თბილისი
2012
TBILISI**



მთავარი რედაქტორი მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, აკადემიკოსი-მდივანი **პიოტრი ჩახუნავილი**



რედაქტორის მოადგილე

ვიქტორ გოროჟინი
(1945-2003)

UDC (ჟაკ) 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 უზღუდა აქვს იყოს დაცული

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

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 დედობისთვის 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“, „დედადღეი 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“, ორთოპედიული სკოლა „იმუნო-გენეტიკური ცენტრი და დღენაკლ ახალშობილთათვის – უფასო პერინატალური ცენტრი, ეპიდემიოლოგიური პროგრამები და სხვა;

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

ფონდის პროგრამებში მონაწილეობის მსურველები დაუკავშირდით სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის გამგეობას.

თქვენ გინიჭებთ პრიორიტეტი, გახდეთ ფონდის თანადამფუძნებელი და ითანამშრომლეთ მასთან ერთად!



XXI საუკუნის პედიატრია - ინვლიდობის პროფილაქტიკის მედიცინა უნდა იქცეს

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 pediatrics 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!

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 საქცია (დაპარტამენტი)

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

ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული საქცია
EUROSCIENCE OF GEORGIAN NACIONAL CECTION



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

სოციალური, ეკოლოგიური და
კლინიკური პედიატრია

№ 14-9-8

SOCIAL, ECOLOGICAL & CLINICAL PEDIATRICS

გამოდის ექვს თვეში ერთხელ

თბილისი
2012
Tbilisi

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

მთავარი რედაქტორი

გ. ჩახუნავილი

მ. მ. დ. პროფესორი, აკადემიკოს-მდივანი

საპატიო რედაქტორი

პროფესორი ი. ციციშვილი

რედაქტორის მოადგილე

თ. მიქაელაძე

რედაქტორის მოადგილე

პ. იმნაძე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის დირექტორი

რედაქტორის მოადგილე

ლ. კიკნაძე

საქართველოს ქალთა კონგრესის თავმჯდომარე

რედაქტორის მოადგილე

ბ. დიდავა

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

რედაქტორის მოადგილე

ნ. ჯობავა

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა კავშირი, მ.მ.კ.

რედაქტორის მოადგილე

გ. ჩახუნავილი

საერთაშორისო ფონდ „უსაფრთხოება და ბავშვი“ დირექტორი

სარედაქციო კოლეგიის წევრები

ასათიანი ნ. (არასამთავრობოების კოალიცია აფხაზეთისთვის)

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

გიგილაშვილი ი. (არასამთავრობოების კოალიცია აფხაზეთისთვის)

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

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

კარანაძე თ. (ივანეჯავახიშვილი სსახ. სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი)

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

მამაო ლევანი (საქართველოს საპატრიარქო)

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

მანჯავიძე ნ. (თსსუ პროფესორი, მმდ)

ზურაბაშვილი დ. (ფსიქიატრიის ინსტიტუტის დირექტორი, პროფესორი)

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

ზარნაძე დ. (თსსუ პროფესორი)

მირიანაშვილი მ. (არასამთავრობო ორგანიზაცია „ჟირაფი“)

დოღონაძე ბ. (აშშ ოფისის ხელმძღვანელი)

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

მარინა როსა (აშშ)

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

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. (მედიცინის დოქტორი)
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)
გაბუნია 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)
სოფავამ. (თსსუ პროფესორი, მმდ)
ცინცაძე ნ. (აჭარის რეგიონის სოციალური
და ეკოლოგიური პედიატრიის კავშირი)

სარედაქციო კოლეგიის მდივანი **ნ. თოფურიძე**
მედიცინის დოქტორი

სარედაქციო საბჭოს წევრები:

დ. ტაბუცაძე დოცენტი, მედიცინის დოქტორი
თ. კუტუბიძე თსსუ ასისტენტი-პროფესორი
ძ. კვაჭაძე საქართველოს ეკოლოგიური პედიატრიის კავშირი
დ. კუხიანიძე აფხაზეთში ჰუმანიტარულ და სოციალურ
პროგრამათა განვითარების საერთაშორისო ფონდის თავმჯდომარე
მ. ნანოგაშვილი ექიმი-პედიატრი
ბ. არველაძე ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგა
ძ. ნუფარიძე ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგა
ე. ჭყონიძე ექიმ-პედიატრი
დ. ჩახუნაშვილი ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის
ახალგაზრდული ლიგის თავმჯდომარე
კ. ჩახუნაშვილი ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის
ახალგაზრდული ლიგა

სარედაქციო საბჭოს მდივანი **ნ. გაღრიაშვილი**
მედიცინის დოქტორი

Professor S.Kyw Hla (Malaysia)
e-mail: 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
President of Malaysian Association for Adolescent Health.
Chairperson Adolescent Health Committee Malaysian Medical Association(M.M.A.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Ashak Gupta (Turkey)

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

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

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

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

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

Editorial Board:

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

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. (M.D)
KARSELADZE R. (Professor of Ivane Javakhishvili Tbilisi State University. M.S.D.)
KIFIANI G. (T.S.M.U. Professor . M.S.D. Academician)
RATIANI KH. (Chief of Abasha Labour, Health and Social department)
CHAKHUNASHVILI K. (Georgian Pediatric Cardiology Association's vice-president)
SHENGELIA R. (T.S.M.U. Professor. M.S.D. Academician)
SHAKARASHVILI Z. (M.D)
CHKHAIDZE M. (M.D)
CHKHAIDZE AV. (Academician)
KHOTCHAVA M. (T.S.M.U. Professor. M.S.D.)
CINCADZE N. (Adjara Social, Ecological & Pediatrics Asociacion)

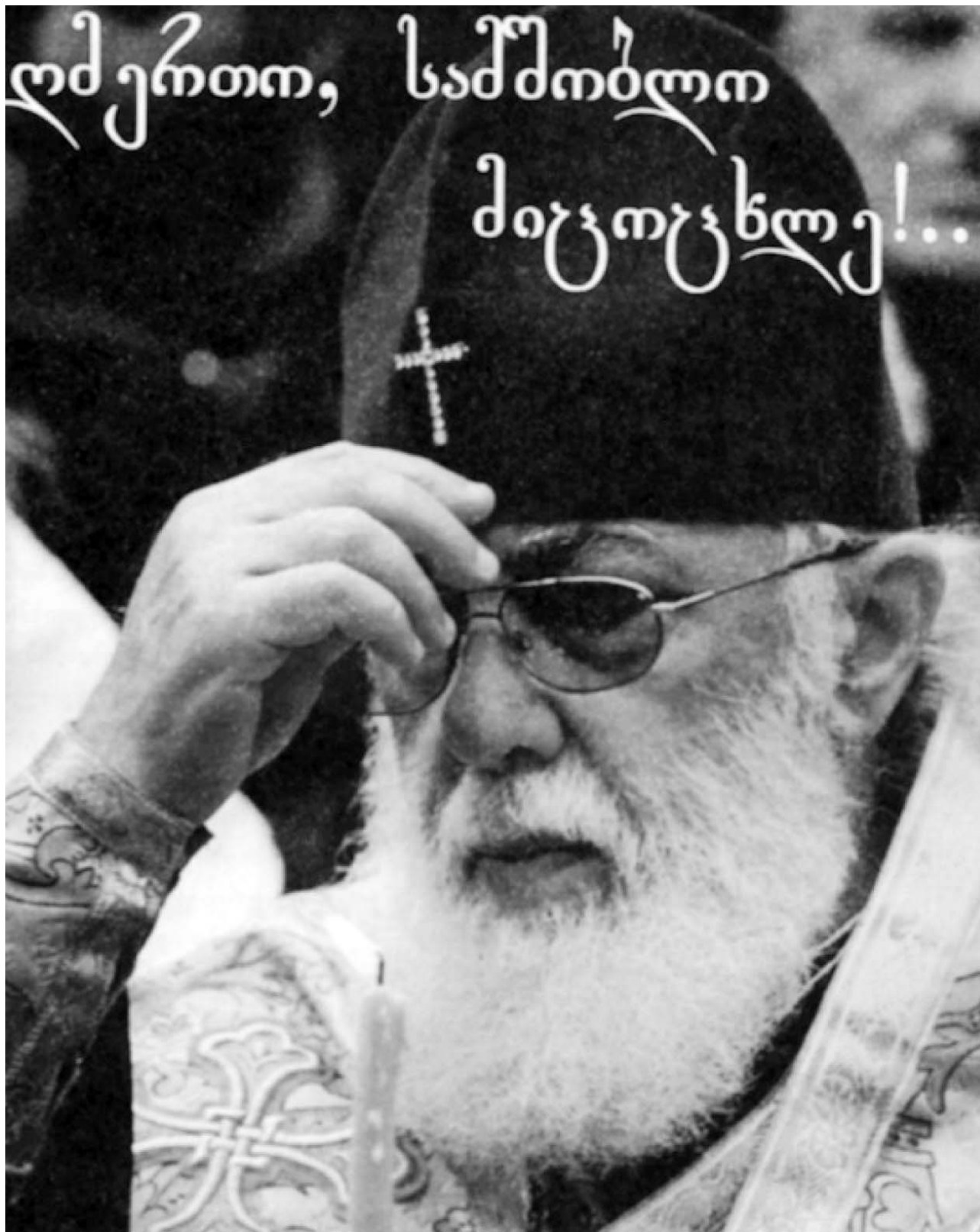
Editorial Board:

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

სარჩევი

CONTENTS

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის პრეს-რელიზი.....	8
ქველმოქმედება.....	11
პირველი ვარსკვლავი მედიცინაში პროფესორ ირაკლი ციციშვილს.....	18
სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XXVII კონფერენციის რეზოლუციები.....	21
ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის ძირითადი სტრატეგია ახალგაზრდობაზე გადის.....	22
იური მუჩაიძე.....	24
პროფესორი ალექსი ხოჭავაძე.....	25
დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა.....	26
ხშირად მოავადე ბავშვები.....	26
იმუნური სიმეოსტაზი და მისი კორექცია აპიპულმთი მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციების დროს ბავშვებში Dynamics of changes in the immune system during acute viral respiratory infections in children treated with Apipu	27
„აპიპეპატის“ ეფექტურობა ბრონქოპნემონიების კომპლექსურ მკურნალობაში Immunological testimonies among the children with bronchopneumonia diseases associated with thymomegalia disease treated with apihepati.....	30
გენომური იმპრინტინგის საიდუმლო და რეალობა Secret of Genomic Imprinting and Reality.....	32
წყალი-ბავშვის ჯანმრთელი სიცოცხლის აკვანი Water the cradle of a child's health	34
ბათუმში სუბკლინიკური ჰიპოთირეოზის გავრცელება პუბერტულ ასაკში Spreading of subclinical hypothyreosis in pubertal age in Batumi.....	37
„ბავშვთა პარაზიტული დაავადებები და ასაკი“ “Parasitic diseases of children and ages”.....	39
ნოსოკომიური ინფექციები – თანამედროვე მედიცინის მნიშვნელოვანი პრობლემა Nosocomial Infections – The one of the Main Problems in Modern Medicine.....	41
წამლის მიერიპათოლოგიური სინდრომები Pathologic Syndromes Cause by Medicine.....	43
ბატონ ვაჟას რედაქცია ულოცავს 80 წელს.....	53
ქალბატონი მანანას ღირსეული 60 წელი.....	54
60 წელზე მეტი მისაბადი საექიმო მოღვაწეობით.....	54
რკინადეფიციტური ანემიის ეროვნული გაიდლაინი National Guideline for Iron Deficiency Anemia in Children	55
ტკივილის მართვა ახალშობილებში.....	58



ღმერთო, საძიებლო
ძიებოცხლე!...

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 კრემ-რელიზი

აქციებში მონაწილეობენ: გამონეწილი 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 ვენსნეულეობათა ინსტიტუტი
2. პარაზიტოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი და სხვ.

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

დაიბეჭდა და გაერცვლდა 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, ობზა, ხანი, ზეგანი,საქრაულა. გაისინჯა 2500 ბავშვი.

2002 წელი

10.03.2002 წ. ახალგორი გაისინჯა 250 ბავშვი.
20.04.2002 წ. სიღნაღის რ-ნი გაისინჯა 450 ბავშვი.
23-24-25-26.2002 წ. ხულო (აჭარა) საპატრიარქოსთან ერთად გაისინჯა 600 ბავშვი და 100 მოზრდილი.
27-28-29.06.2002 წ. ქ. თბილისი 20 - მოზრდილთა პოლიკლინიკა, 10 -ბავშვთა პოლიკლინიკა, 11 -ბავშვთა პოლიკლინიკა გაისინჯა 400 ბავშვი.
16-17-18-19.07.2002 წ. კოდორის ხეობა (აფხაზეთი) გაისინჯა 250 ბავშვი. 3-4-5-6.2002 წ. მთა-თუშეთი. დიკლო, ომალო, შენაქო. გაისინჯა 200 ბავშვი.

2003 წელი

5.03.2003 წ. სამცხე-ჯავახეთი გაისინჯა 1250 ბავშვი.
17.04.2003 წ. წეროვანი გაისინჯა 450 ბავშვი.
20.05.2003 წ. ბორჯომი გაისინჯა 870 ბავშვი.
25.06.2003 წ. მთა-თუშეთი გაისინჯა 320 ბავშვი.
30.07.2003 წ. ბახმარო გაისინჯა 630 ბავშვი.
20.08.2003 წ. ზესტაფონი გაისინჯა 210 ბავშვი.
2008 წელი I სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია 7.09.2003 წ. ზუგდიდი გაისინჯა 290 ბავშვი. 15.10.2003 წ. რაჭა გაისინჯა 170 ბავშვი. 18.10.2003 წ. დმანისი გაისინჯა 180 ბავშვი.

2004 წელი

მარტი-აპრილი-მაისი: კასპი, გურჯაანი, თელავი, ახმეტა, ლაგოდეხი, სიღნაღი, ბოდბე, ასპინძა, ახალციხე, ბორჯომი, თბილისი, ზესტაფონი, ხარაგაული, ჭიათურა გაისინჯა 1728 ბავშვი.
10.05.2008 მარნეული გაისინჯა 300 ბავშვი.
17.05.2008 დუშეთი გაისინჯა 450 ბავშვი.
18.05.2008 ახაშენი გაისინჯა 250 ბავშვი.

2005 წელი

მარნეულის რეგიონში, გაისინჯა 700 ბავშვი და 800 მოზრდილი.
18 ივლისი კასპი 450 ბავშვი.
8 ოქტომბერი მცხეთის რაიონი 300 ბავშვი.
14-15-16 ოქტომბერი ლენტეხი 850 ბავშვი და 200 მოზარდი.

2006 წელი

2006 წლის 18 თებერვალს კლინიკაში ჩატარდა ღია კარის დღე. გაისინჯა მხატვართა კავშირის 20 ოჯახი.
მარტში ღია კარის დღე. გაისინჯა ლტოლვილთა 100-ზე მეტი ბავშვი.
აპრილში საგურამოში ელჩების მონაწილეობით ჩატარდა აქცია.
31 მაისს ქ. რუსთავში გაისინჯა 450 ბავშვი.
1-2 ივნისს თსსუ-ში ჩატარდა ღია კარის დღე. გაისინჯა 400 ბავშვი.

მათ 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 მეტოლური რეკომენდაციები სამკურნალო ფიზიკულტურის შესახებ.

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

2008 წელი

1 ივნისი – ღია კარის დღე (გაისინჯა 200 ბავშვი)

2 ივნისი თედლე ბეარ (გაისინჯა 300 ბავშვი)

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

27 ივნისი – საქართველოს სექციის აღდგენა

20 აგვისტო – Stop Russia/ ივოეთის აქცია

1 სექტემბერი – Stop Russia/ თბილისი ჯაჭვის აქცია

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

6 დეკემბერი ბერგმანის კლინიკაში უფასოდ გაისინჯა 110 ბავშვი, რომელთაც ჩაუტარდათ შემდეგი გამოკვლევები მუცლის ღრუს ექოსკოპია, 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 სპორტმენი 400 ბავშვი.

2011 წელი

1 ივნისი – გაისინჯა 200 ბავშვი

24 დეკემბერი – გაისინჯა 200 ბავშვი

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის მიერ ჩატარებული 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 “ასრულწლოვანი 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 ემდგნებოდა სოციალური პედიატრიის პრეზიდენტის, გენეტიკოსის ვიქტორ მოროშკინის ნათელ სსონას.

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 პიეიენის საკითხების მოგვარება

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

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

23.12.08 ESMNS ჰუმანიტარული დეპარტამენტის კონფერენცია (თბილისი)

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

1-2 ივნისი 2009 XX კონფერენცია

18 დეკემბერი 2009 XXI კონფერენცია.

2010 წელი

01.06.10 სპდფ-ის XXII და საქართველოს ექთანთა II კონფერენცია.

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

2011 წელი

01.06.10 სპდფ-ის XXVI კონფერენცია.

23.12.10 სპდფ-ის XXVII 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.I. 2005 წ. – 10.V.2008



საქველმოქმედო აქცია ლენტეხში 10.V.2008



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





2006 წლის 1 ივლისს საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის კომიტეტის მიერ ცნონგალის რეგიონში ორგანიზებულ აქციაში თსსუ გ. ფვანიათ 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 რუსთაველი 19.11. 2005 წ. – 10.V.2008



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

თსსუ გ. უგანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკის ექიმების მიერ
(კლინიკის დირექტორი დოც. დ. ფრუიძე, პროფ. ი. ციციშვილი, პროფ. გ. ჩახუნაშვილი, ექიმები:
თ. მიქელაძე, ვ. 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



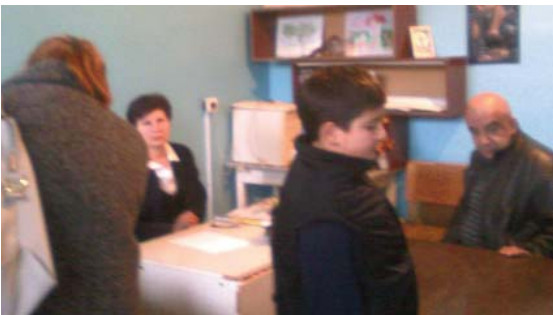
13.06.2009 ქაქუცხეთა



13.06.2009 ბარისასო



2010 წლის დია კარის დღე 04.XII სკოტცმენებთან



საქველმოქმედლო აქცია ჩატარდა 2011 წლის 24 დეკემბერს ბავშვთა ახალ კლინიკაში (ბაისინჯა 200-ზე მდებარეობს). აქციაში აქტიურად მონაწილეობდნენ პროფესორი ბ. ჩახუნაშვილი და ვ. ცხომელიძე.

CHARITY EVENT WHICH WAS HELD ON 24.12.2011 IN CHILDREN S NEW CLINIC (MORE THAN 200 CHILDREN WERE EXAMINED FREE OF ANY CHARGE). PROF. G. CHAKHUNASHVILI(CHAIRMAN OF SPPF) AND V. TSKHOMELIDZE(PROJECT DIRECTOR OF SPPF) WERE ONE OF THE MOST ACTIVE PARTICIPANT DURING THE EVENT.





პირველი პარსკვლავი მედიცინაში პროფესორ ირაკლი ციციშვილს

პროფესორ ირაკლი ციციშვილის სამედიცინო ღვაწლის 65 და პედაგოგიური მოღვაწეობის 60 წლისთავისადმი მიძღვნილი კონფერენცია

„ჩანასახიდან გაზრდა უფლება აქვს იყოს დაცული“ „გაზრდა უსაფრთხოება მცნიერების გზით“ „სოციალური პედიატრია და გაზრდა უსაფრთხოება“

(პრეს რელიზი)

2011 წლის 1 ივნისს ჩვენი ქვეყნის პედიატრები, სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის წარმომადგენლები, დედაქალაქის კლინიკის წარმომადგენლები, მეცნიერები, საზოგადო მოღვაწეები, სპორტული სკოლების ხელმძღვანელები და სპორტსმენები შეიკრიბნენ კონფერენციაზე, რომელიც მიეძღვნა პროფესორ ირაკლი ციციშვილის საექიმო ღვაწლის 65 და პედაგოგიური მოღვაწეობის 60 წლისთავს.

კონფერენციის თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, საქართველოს პრეზიდენტის და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიის, სოციალური პედიატრიის დაცვის



ფონდის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, ბავშვთა ახალი კლინიკის, გესტოზების შვილობილი სამედიცინო დახმარების საერთაშორისო ორგანიზაციის, სამედიცინო-სოციალური მეცნიერების ინტერკონტინენტალური აკადემიის, საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის, საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის, საქართველოს ექიმთა ასოციაციის, საქართველოს მედ-

დათა ასოციაციის, ალიანსი კოალიცია დამოუკიდებელი ცხოვრება „მოდრობა აფხაზეთისათვის“, საქართველოს ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგის, სრულიად საქართველოს ქალთა კონგრესის, ექიმთა უფლებების დაცვის ასოციაციის, საქართველოს სამედიცინო სპეციალისტების ასოციაციის, ევროპის მედიკოს სტუდენტთა ასოციაციის, საქართველოს პედიატრთა აკადემიის, საქართველოს ბავშვთა ქირურგთა ასოციაციის, დედათა და ბავშვთა

ჯანმრთელობის ცენტრის, საქართველოს სპორტის დეპარტამენტის, საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის, თსსუ სტუდენტური თვითმმართველობის, თსსუ სტუდენტთა სამეცნიერო საბჭოს მიერ იყო ორგანიზებული.

კონფერენციის თავმჯდომარეები: პროფესორები გიორგი ჩახუ-

ფესორმა გ. ჩახუნაშვილმა მადლიერების სიგელი გადასცა პროფესორ ლევან ავალიანის ოჯახს, ქების სიგელები მედიცინის დოქტორს ზ. ზარნაძეს და ბავშვთა დაცვის საერთაშორისო ფონდის

„The WS & CH“-ის ვიცე-პრეზიდენტს ნიუ-იორკის ოფისის ხელმძღვანელს გ. დოლონაძეს.

ქონ თ. სიხარულიძეს გადაეცა საქართველოს ევრომეცნიერების ეროვნული სექციის გამგეობის საპატიო წევრობის სიგელი და იგი არჩეული იქნა მის საპატიო გამგეობაში.

კონფერენციას ესწრებოდნენ სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის წარმომადგენლები, მოწვეული პედიატრები დედაქალაქის კლინიკებიდან, მეცნიერები, საზოგადო მოღვაწეები, სპორტსმენები, მწვრთნელები. კონფერენციაზე დარეგისტრირდა 300-მდე დელეგატი.

პირველ პლენარულ სხდომაზე წარმოდგენილი მოხსენებები ეხებოდა ჩვენი ეპოქისთვის აქტუალურ საკითხებს.

კერძოდ, სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის პრეზიდენტმა გიორგი ჩახუნაშვილმა წარმოადგინა მოხსენება: „ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია „თბილისი - გაზაფხული 2011“ NATO-ს კონფერენციაზე“.

პროფესორმა პაატა კერვალიშვილმა (საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდენტი), ბავშვთა დაცვის საერთაშორისო ფონდის „The WS & CH“-ის ვიცე-პრეზიდენტს ნიუ-იორკის ოფისის ხელმძღვანელი გ. დოლონაძე და სხვ.

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის პრეზიდენტმა პრო-

ნაშვილი, ირაკლი ციციშვილი, რომანოზ სვანიშვილი, ავთანდილ კვეხერელი-კოპაძე, ყარამან ფაღვა, ივორ დოლიძე, რამაზ კუტუბიძე.

პლენარული სხდომების რეჟიმში ჩატარდა სამი სხდომა: კონფერენციას მისვალმა საქართველოს პარლამენტის, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის კომიტეტის თავმჯდომარე პროფესორი ოთარ თოიძე, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ვიცე-რექტორი, პროფესორი დავით ჭავჭავანიძე, საქართველოს ქალთა კონგრესის პრეზიდენტი, ქალბატონი ლია კიკნაძე, პროფესორი პაატა კერვალიშვილი (საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდენტი), ბავშვთა დაცვის საერთაშორისო ფონდის „The WS & CH“-ის ვიცე-პრეზიდენტს ნიუ-იორკის ოფისის ხელმძღვანელი გ. დოლონაძე და სხვ.

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის პრეზიდენტმა პრო-

სორ ირაკლი ციციშვილის საექიმო ღვაწლის 65 და პედაგოგიური მოღვაწეობის 60 წლისთავს და მისდამი მედიცინაში „ვარსკვლავის“ (ოქროს სტეტოსკოპის) გადაცემას, რომელიც არასამთავრობო ორგანიზაციებმა სამთავრობოსთან ერთად ერთობლივად დააწესა (აღსანიშნავია, რომ შემდეგი „ოქროს სტეტოსკოპისა“ და „ოქროს ლანცეტის“ ვარსკვლავის მფლობელი დასახელდება 2012წ-ში).

ღვაწლმოსილ პროფესორს გულთბილად მიესალმნენ:

საქართველოს პარლამენტის, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის კომიტეტის თავმჯდომარე პროფესორი ოთარ თოიძე,

თსუ პრორექტორი დ. ჭავჭავაძე,

ბავშვთა დაცვის საერთაშორისო ფონდის ნიუ-იორკის ოფისის ხელმძღვანელი გ. დოლონაძე,

ქალთა კონგრესის პრეზიდენტი ლია კიკნაძე,

პროფესორები: გ. ჩახუნაშვილი, ავთანდილ კვეზერელი-კოპაძე, რეზო ლაბაძე, იური მუხაიძე,

აფხაზეთის ჯანდაცვის მინისტრის მოადგილე მანანა ანუა,

მედიცინის აკადემიური დოქტორი ნელი ბადრიაშვილი,

რუსუდან ჯაში,

პროფესორი ნუგზარ უბერი, პროფესორი გურამ ტატიშვილი.

როგორც აღვნიშნეთ არასამთავრობო და სამთავრობო ორგანიზაციათა ინიციატივით მედიცინის სფეროში შეიქმნა კომისია რომელმაც (თავმჯდომარე - ჯ. ჩანტლაძე) გაწეული ღვაწლისთვის პროფესორ ირაკლი ციციშვილს გადასცა ვარსკვლავი „ოქროს სტეტოსკოპი“. მთლიანად სხდომამ ჩაიარა გულთბილ ვითარებაში, რომელიც გაგრძელდა საღამო-



თი კარგად ორგანიზებულ ბანკეტში, სადაც მრავალი პოფილის ღვაწლმოსილ სპეციალისტებთან



ერთად ახალგაზრობაც იყო აქტიურად ჩართული.

კონფერენციაზე „სოციალური პედიატრია და ბავშვთა ჯანმრთელობა“ თავმჯდომარეობდნენ: პროფესორები: ი. ციციშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, რ. სვანიშვილი, ავ.

ვეზერელი-კოპაძე, ი. დოლიძე, ყ. ფალავარ კუტუბიძე.

წარმოდგენილი იყო ლექციები და მოხსენებები:

1. ბავშვთა და მოზარდთა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის თანამედროვე მართვა – სრული პროფ. გ. ჩახუნაშვილი, მედ. დოქტ. ასოც. პროფ. ნ. ჯობავა.

2. ტყუპები – მსგავსება და განსხვავება – პროფ. დ. ცხომელიძე.

3. სკოლებში ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის აუცილებლობა – დ. ჩახუნაშვილი, გ. შამუგია, ქ. ჩოქური, გ. კაშია.

4. NORDIC- ის ბურღულეული ჯანსაღი კვების ჭრილში - მედ. დოქტ. ასოც. პროფ. დ. გაბუნია.

5. კლინიკური ფარმაკოლოგიის და წამალთა გვერდითი მოვლენების პრევენციები პედიატრიაში. - მედ. დოქტ. პროფ. რ. ჯაში.

6. პოლივიტამინებისა და პოლივიტამინ-პოლიმინერალური კომპლექსების პროფილაქტიკურად გამოყენების მიზანშეწონილობა - მედ. დოქტ. ქ. ბერიძე.

7. მწვავე ბრონქიტის მკურნალობის თანამედროვე პრინციპები - მედ. დოქტ. ი. დოლონაძე.

8. USE OF BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE AS A PREPARTICIPATION SCREENING TEST IN ATHLETES – ILIA NADAREISHVILI, GEORGE CHAKHUNASHVILI.

კონფერენციაზე გაიმართა აქტიურ საკითხებზე კამათი, სა-





დაც გამომსვლელებმა დააფიქსირეს თავიანთი პოზიციები.

ბოლოს მიღებული იქნა რეზოლუცია:

პროექტის „საქართველოში ბავშვთა და მოზარდთა ფიზიკური განათლებისა და სპორტში მათი მასობრივი ჩაბმის ერთიანი ეროვნული სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შემუშავება“ მონაპოვარს - ჯანდაცვის, განათლებისა და სპორტის სამინისტროთა პროექტში ერთობლივი მონაწილეობის აუცილებლობის აღიარებისა და მისი განვითარების აუცილებელი კიდევ ერთხმადი მხარდაჭერა.

მიღებულ იქნა გადაწყვეტილებები:

1. ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული 2010-2011 წლების მუშაობა შეფასდეს დადებითად.

2. ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის 2010-2016 წლების სტრატეგიული გეგმა გადიოდეს მასში ახალგაზრდობის მეცნიერებაში ჩართვის მკვეთრი მატებისაკენ და დაევალოს ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზედ აქტიური მუშაობა.

3. შეიქმნას საორგანიზაციო კომიტეტი 2012 წლის ევრომეცნი-

ერების ფორუმებში მონაწილეობისთვის, რომელსაც დაევალება მისი სრული ორგანიზება.

4. ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნულმა სექციამ ყველა ღონე იხმაროს, აცნობოს სამთავრობო სტრუქტურებს და გააგრძელოს თავისი საორგანი-



ზაციო საქმიანობა, რათა საქართველოში ჩატარდეს 2016 წლის ან 2018 წლის ევრომეცნიერების ფორუმი.

5. სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდმა და ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციამ გააგრძელოს აქტიური მუშაობა მიღებული რეზოლუციების შესაბამისად, ამასთან ერთად 2012 წლის 1 ვნისისათვის იზრუნოს ბავშვთა კარდიოლოგთა IV კონფერენცი-

ისა და საქართველოს მედდათა III კონფერენციის ჩასატარებლად, რომელიც მიეძღვნება ბავშვთა საერთაშორისო დაცვის დღეს. ამ დღისადმი ორგანიზება გაუკეთდეს შესაბამისი ასოციაციების პერერეგისტრაციასა და რეგისტრაციებს.

6. არასამთავრობო ორგანიზაციების სამთავრობოსთან ერთად ერთობლივად დააწესებული „ოქროს სტეტოსკოპისა“ და „ოქროს ლანცეტის“ ვარსკვლავის მფლობელი დასახელდეს შექმნილი კომისიის მიერ არაუგვიანეს 2012 წლის 1 ივნისისა.

P.S. აღსანიშნავია, რომ ამავე დღეს კონფერენციის ორგანიზატორებსა და აფხაზეთის ჯანდაცვის სამინისტროს ინიციატივით ბავშვთა დაცვის დღეს მიეძღვნა ბავშვთა საქველმოქმედო კონსულტაციები, რომელიც ჩატარდა ბავშვთა ახალ კლინიკაში და გაისინჯა 200-მდე ბავშვი. აგრეთვე მოეწყო აფხაზეთიდან აფხაზ ბავშვთა ნამუშევრების ნახატების გამოფენა და მათ გადაეცათ სერტიფიკატები. კონფერენციის მსვლელობისას საინტერესო ნამუშევრების დამოფენა მოაწყო ქაქუთაისიდან ექთანთა ასოციაციამ, რომელსაც დიდი მოწონება ხვდა წილად.



სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XXVII კონფერენციის რეზოლუციები:

2011 წლის 23 დეკემბერს ჩვენი ქვეყნის პედიატრები, სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის წარმომადგენლები, დედაქალაქის კლინიკის წარმომადგენლები, მეცნიერები, საზოგადო მოღვაწეები, შეიკრიბნენ კონფერენციაზე, რომელიც ტრადიციულად ჩატარდა თსსუ-ის სააკტო დარბაზში.

კონფერენცია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, საქართველოს ჰუმანიტარული და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიის, სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, ბავშვთა ახალი კლინიკის, გესტოზების შვილობილი სამედიცინო დახმარების საერთაშორისო ორგანიზაციის, სამედიცინო-სოციალური მეცნიერების ინტერკონტინენტალური აკადემიის, საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის, საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის, საქართველოს ექიმთა ასოციაციის, საქართველოს მედიათა ასოციაციის, აღიანის კოალიცია დამოუკიდებელი ცხოვრება „მოდრობა აფხაზეთისათვის“, საქართველოს ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგის, სრულიად საქართველოს ქალთა კონგრესის, ექიმთა უფლებების დაცვის ასოციაციის, საქართველოს სამედიცინო სპეციალისტების ასოციაციის, ევროპის მედიკოს სტუდენტთა ასოციაციის, საქართველოს პედიატრთა აკადემიის, საქართველოს ბავშვთა ქირურგთა ასოციაციის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ცენტრის, საქართველოს სპორტის დეპარტამენტის, საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის, თსსუ სტუდენტური თვითმმართველობის, თსსუ სტუდენტთა სამეცნიერო საბჭოს მიერ იყო ორგანიზებული.

კონფერენციის თავმჯდომარეები: პროფესორები: გიორგი ჩახუნაშვილი, ირაკლი ციციშვილი, ავთანდილ კვეხერელი-კოპაძე, ყარამან ფაღავა, რამაზ კუტუბიძე.

პლენარული სხდომების რეჟიმში ჩატარდა სამი სხდომა: კონფერენციას მიესალმა საქართველოს ქალთა კონგრესის პრეზიდენტი, ქალბატონი ლია კიკნაძე, პროფესორი პაატა კერვალიშვილი (საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდენტი), ვ.ცხოშელიძე, თსსუ სრული პროფესორი ყარამან ფაღავა, ქუთაისის არასამთავრობო ორგანიზაციების სახელით **მალაქიძე, სოფო მოროშკინა (UNICEF), ნინო მოროშკინა** (მსოფლიო ბანკი) და სხვ. სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის პრეზიდენტმა პროფესორმა გ. ჩახუნაშვილმა მადლიერების სიტყვები გადასცა პროფესორ იური მუხაიძის და ვაჟა გოგიშვილის ოჯახს; ხოლო ქვების სიტყვები ქ. თბილისის მერიის სამსახურის უფროსს - თორნიკე შიოლაშვილს და ა.შ.შ.-ში მივლინებაში მყოფ ვანო ცხომელიძეს.

კონფერენციას ესწრებოდნენ სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის წარმომადგენლები, მოწვეული პედიატრები დედაქალაქის კლინიკებიდან, მეცნიერები, საზოგადო მოღვაწეები, სპორტსმენები, მწვრთნელები. კონფერენციაზე დარეგისტრირდა 300-მდე დელეგატი. მათ გადაეცათ სერტიფიკატები.

კონფერენციის პირველ პლენარულ სხდომაზე წარმოდგენილი მოხსენება ეხებოდა არსებულ აქტუალურ პრობლემებს. კერძოდ, მედიცინის დოქტორმა დ. ჩახუნაშვილმა და კ.ჩახუნაშვილმა წარმოადგინა მოხსენება: „ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდა მეცნიერთა კლუბის სტრატეგია „**მეორე პლენარული სხდომა მიეძღვნა უშუალოდ სადგენს XXVII კონფერენციას.**

კონფერენციაზე „სოციალური პედიატრია და ბავშვთა ჯანმრთელობა“ თავმჯდომარეობდნენ: პროფესორები: ი. ციციშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ავ. კვეხერელი-კოპაძე, ე. ფაღავარ კუტუბიძე.

წარმოდგენილი იყო ლექციები და მოხსენებები:

1. „კარდიო-რეუმატოლოგიური დაავადებათა დროს არითმიებისა და მიტრალური სარქველის პროლაფსის დიაგნოსტიკური ღირებულება ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში“ გ. ჩახ-

უნაშვილი, ნ.ჯობავა, მ. ინასარიძე, მ. შვანგირაძე (თბილისი)

2. „სწორად მოავადე ბავშვები“ ნ.გელოვანი (თბილისი)

3. „ტელეკონია - მეცნიერება ქალწულობის შესახებ მჭიპაშვილი, ეიმნაძე, ც.ვიციანიშვილი (თბილისი)

4. „ახალშობილთა ნეკროზული ინტეროკოლიტი“ ი. ფაგლენიშვილი, თ. გოთუა (თბილისი)

5. „ცხოველები და მათ მიერ გამოწვეული დაავადებების გავრცელების თავისებურებანი სხვადასხვა

ქვეყნებში“ ნ. სვიტია, დ. ცხომელიძე, ბ. ჯანელიძე, ე. მჭედელიძე, დ. ჩახუნაშვილი (თბილისი), Avi Iakov (ისრაელი), amita Uma Dvarkanac (ინდოეთი), Ismail Abaiev (აზერბაიჯანი), ashan Neminba (შრი-ლანკა).

6. „ტამიფლუ – არ ჩვეის პრეპარატი პანდემიური და სეზონური გრიპის სამკურნალოდ“ კომპანია პოფმან-ლა როშის საქართველოს წარმომადგენლობის, ვირუსოლოგის ჯგუფის მენეჯერი მაკა ასათიანი

7. „ტრავმის მართვის გაილაინი ბავშვთა ასაკში“ მ. ჩხაიძე, ც. ფარულავა (თბილისი)

8. „მწვავე ბრონქოლიტის ეტიოლოგიისა და მკურნალობის თანამედროვე პრინციპები“ თ. ღონდაძე (თბილისი)

კონფერენციაზე გაიმართა აქტუალურ საკითხებზე კამათი, სადაც გამომსვლელებმა დააფიქსირეს თავიანთი პოზიციები.

ბოლოს მიღებული იქნა რეზოლუცია:

კიდევ ერთხელ პროექტის „საქართველოში ბავშვთა და მოზარდთა ფიზიკური განათლებისა და სპორტში მათი მასობრივი ჩაბმის ერთიანი ეროვნული სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შემუშავება“ მონაპოვარს - ჯანდაცვის, განათლებისა და სპორტის სამინისტროთა პროექტში ერთობლივი მონაწილეობის აუცილებლობის აღიარებისა და მისი განვითარების აუცილებელი ერთობილი მხარდაჭერა.

მიღებულ იქნა გადაწყვეტილებები:

1. ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის 2012-2016 წლების სტრატეგიული გეგმა გადაიღდეს მასში ახალგაზრდობის მეცნიერებაში ჩართვის მკვეთრი მატებისაკენ და დაევალოს ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასხედ მეტად განახორციელოს აქტიური მუშაობა შემუშავებული გრძელვადიანი გეგმის მიხედვით.

2. შეიქმნას საორგანიზაციო კომიტეტი 2012 წლის ევრომეცნიერების ფორუმებში მონაწილეობისთვის, რომელსაც დაევალება მისი სრული ორგანიზება.

3. ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნულმა სექციამ ყველა ღონე იხმაროს, აცნობოს სამთავრობო სტრუქტურებსა და გააგრძელოს თავისი საორგანიზაციო საქმიანობა, რათა საქართველოში ჩატარდეს 2016 წლის ან 2018 წლის ევრომეცნიერების ფორუმი.

5. სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდმა და ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციამ გააგრძელოს აქტიური მუშაობა მიღებულ რეზოლუციების შესაბამისად, ამასთან ერთად 2012 წლის I ვნისისათვის იზრუნოს ბავშვთა კარდიოლოგთა IV კონფერენციისა და ნოემბერ – დეკემბერში საქართველოს მედიათა III კონფერენციის ჩასატარებლად. ამ დღისაღმდეგ ორგანიზება გაუკეთდეს შესაბამისი ასოციაციების პერეგვისტრაციასა და რეგისტრაციების.

6. არასამთავრობო ორგანიზაციების სამთავრობოსთან ერთად ერთობლივად დააწესებული „ოქროს სტეტოსკოპისა“ და „ოქროს ლანცეტის“ ვარსკვლავის მფლობელი და სახელდეს (თუ ასეთი კანდიდატურა შეირჩევა მსურველთაგან) შექმნილი კომისიის მიერ არაუგვიანეს 2012 წლის 1 ივნისისა.

P.S. აღსანიშნავია, რომ მეორე დღეს 24.XII.12. კონფერენციის ორგანიზატორების ინიციატივით ჩატარდა საქველმოქმედო კონსულტაციები, რომელიც ჩატარდა ბავშვთა ახალ კლინიკაში და გაისინჯა 200-მდე ბავშვი.

ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის ძირითადი სტრატეგია ახალგაზრდობაზე გადის

ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდული დეპარტამენტის ბანგლილი მუშაობის შედეგები

ევრომეცნიერება ევროპაში საკმაოდ ცნობილი, ერთ-ერთი გაყვანილი, აქტიური და შეცნობილი ფრთხილად ორგანიზაციაა. საქართველოში წვერი გახდა განვლილი საუკუნის 90-იანი წლების დასასრულს, თუმცა აქტიური მუშაობა დაიწყო 2007 წლის შემდეგ. ამ ორგანიზაციის ვეგით ანდა მონაწილეობით ჩატარდა მრავალი ადგილობრივი და საერთაშორისო მრავალპროფილური კონფერენცია. მათ შორის ბათუმის 2010 წლის (Batumi Spring 2010) საერთაშორისო კონფერენცია და NATO-ს დახმარებით ჩატარებული 2011 წლის კონფერენცია სტუმრად ამ კონფერენციებზე გათვალისწინდა რა ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნულმა სექციამ ის, რომ საქართველოს და სხვა ევროპულ ქვეყნებსაც გააჩნით ახალგაზრდა მეცნიერთა დევიციტი, გადაწყდა ახალგაზრდული დეპარტამენტის შექმნა. ეს გადაწყვეტილება მიღებულ იქნა ევრომეცნიერების ევროპული მთავის ბნ რაიმიდ ზეციის ხელშეწყობით.

2011 წლის გაზაფხულზე ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულმა დეპარტამენტმა მიხნა დაიხსნა საქართველოში ახალგაზრდა მეცნიერთა რაოდენობისა და მათი მუშაობის ხარისხის გაზრდა. მათ გადაწყვიტეს, პირველ რიგში, თბილისის წამყვანი და უმსხვილესი უნივერსიტეტების გაერთიანება. ეს გაერთიანება გულისხმობდა ამ უნივერსიტეტების წარმატებულ და წარსულ სტუდენტებს, ბაკალავრების და მაგისტრების შორის ინფორმაციის გაცვლის და გამოცდილების გაზარდების გადაწყვეტას. სწორედ ამიტომ მათ საქართველოში, ყოველი უნივერსიტეტიდან რამდენიმე წარჩინებული და აქტიური სტუდენტის თავის რიგში გააწვრივინა. ამ საკითხზე მუშაობა ამჟამად მიმდინარეობს, რამდენიმე უნივერსიტეტის ხელმძღვანელებმა ეს ინიციატივა მოიწონა და ამ ეტაპზე იგეგმება ამ პროექტის სტუდენტებისათვის პრეზენტაციის მოწყობა.

ზემოთქმული ინიციატივა გამოდინარობდა იქიდან, რომ ბნ ზეცმა ახალგაზრდულ კლუბს დააფალა, საქართველოს მეზობელი და პარტიოი ქვეყნების ახალგაზრდობის მეცნიერებით დაინტერესება და ერთმანეთთან ინფორმაციის გაცვლის გადაწყვეტა. სწორედ ამ მიხით იხიო გაგზავნენ კოფეში (2011წ. აგვისტო), სადაც დაესწრნენ საზოგადო სკოლას და შეხვდნენ ევრომეცნიერების ადგილობრივი სექციის წარმომადგენლებს. ამ საზოგადო



სკოლაში მონაწილეობას იღებდნენ სხვადასხვა ქვეყნების (აშშ, პოლონეთი, გერმანია, დანია, რუსეთი, მექსიკა, ირანი, ლიტვა და ა.შ.) ახალგაზრდა მეცნიერები. ევრომეცნიერების უკრაინის ეროვნული სექციის წარმომადგენელმა, პრ.მაკარენკომ, ასევე მო

იწონა საქართველოს ახალგაზრდული დეპარტამენტის წამოწყება და აღუქვა დახმარება. ასევე მომავალში დაგეგმილია მოღვაწეობის დასუსტება ბელარუსის, ყაზახეთის, აზერბაიჯანისა და სომხეთის ახალგაზრ

დობების წარმომადგენლებთან. ამ წლის სექტემბერში, ახალგაზრდული დეპარტამენტი შესვდა ამერიკის გულის ასოციაციის ევროპისა და აფრიკის მთავარ კოორდინატორს და მათ განიხილეს სამომავლო თანამშრომლობის გეგმები, როგორ და

რანაირად შეიძლება სხვადასხვა ერობლივი პროექტის განხორციელება. კლუბმა შეიმუშავა გრძელვადიანი სამუშაო გეგმა, რომელსაც ქვეყნით გაეცნობით: 1. საქართველოში მეცნიერების პოპულარიზაცია;



იური მუხაიძე

ბახხენება

სულ მცირე დრო გავიდა მას შემდეგ, რაც საქართველოს პედაგოგიკულ საზოგადოებას გამოაკლდა მისი ერთ-ერთი ღირსეული წარმომადგენელი პროფ. იური მუხაიძე.

იგი დაიბადა 1932 წ. 14 მაისს, ქ. თბილისში, ექიმის ოჯახში. 1950 წ. დაამთავრა

25-ე საშუალო სკოლა იქრის მედალზე. მივე წელს ჩაირიცხა მოსკოვის საერთაშორისო უნივერსიტეტის სახელმწიფო ინსტიტუტში, რომლის რეორგანიზაციის შემდეგმ გადავიყენეს მოსკოვის მე-2 სახელმწიფო ინსტიტუტში. 1958 წ. ოჯახური მდგომარეობის გამოვადმივიდა თსისს მე-5 კურსზე, რომელიც დაამთავრა 1960 წელს წარჩინებით. 1963 წ. ჩაირიცხა მიხნობრივ ასპირანტურაში საქართველოს პედაგოგის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტში და მიავლინეს საკაფეორო მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის მოსკოვის პედაგოგის ინსტიტუტის ახალშობილ და დღევანდელ ბავშვთა განყოფილებაში. 1967 წელს დაიცვა საკანდიდატო დისერტაცია თემათ: "თერმორეგულაციის თვისებები პირველი თვეების დღევანდელ ახალშობილებში". სპირანტურის დამთავრების შემდეგ 1967-1968 წწ-ში იგი იყო საქართველოს პედაგოგის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის ბავშვთა პათოლოგიის განყოფილების უფროსი მეცნიერ-თანამშრომელი. 1972 წლის სექტემბერიდან მიავლინეს საკაფეორო მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის პედაგოგის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის დღევანდელ ახალშობილთა განყოფილებაში დოქტორანტად, რომელიც წარმატებით დაამთავრა 1979 წელს და სადაც დაიცვა სადოქტორო დისერტაცია.

1979 წლიდან ბატონი იური საქართველოს პედაგოგის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის სამეცნიერო დარგში დირექტორის მოადგილის თანამდებობაზე, მან გამოავლინა თავი, როგორც ფართო დიაგნოზის მქონე სპეციალისტ-პედაგოგმა, ნეონატალოგმა, მეცნიერმა, რომელიც კარგად იყო ორიენტირებული ახალშობილთა ფიზიოლოგიის და პათოლოგიის საკითხებზე.

ის იყო 170-მდე სამეცნიერო-მონაშრომლის ავტორი. ისი უშუალო მონაწილეობით შემუშავდა კემოდინამიის ახალი შესწავლის ფიზიოლოგიური მეთოდები ახალშობილებში.

ახალშობილთა ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიის განყოფილება, რომელსაც ბატონი იური ხელმძღვანელობდა, თბილისის სხვადასხვა სამშობიარო სახლურ



ღის და გამოზრდის არაერთი ახალი მეთოდი. 1990 წლიდან იური მუხაიძე სწავლობდა დღევანდელ, თანდაყოლილი პიპორტოფის მქონე და პათოლოგიური ორსულობიდან დაბადებულ ბავშვთა იმუნოლოგიურ სტატუსს დღევანდელის

რის ურთიერთობის ასპექტში. სამედიცინო ქსელში მისი და მისი თანაგვარების მიერ შემუშავდა და დაინერგა 17 მეთოდური რეკომენდაცია და 13 მეთოდური წერილი. მომზადებულია 378 ექიმი-ნეონატალოგი რესპუბლიკის სხვადასხვა რეგიონებში.

წლების განმავლობაში ყოველკვარტალურად ბატონი იურის მიერ ინტერვიუებულია მუდმივ მოქმედი სემინარები ქ. თბილისის ნეონატალოგების და უბნის პედაგოგებისთვის - პედაგოგის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის ბაზაზე. იგი, როგორც საქართველოს ნეონატალოგთა ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი, აქტიურ მონაწილეობას იღებდა ახალგაზრდა ექიმებისთვის გამოსული სკოლა-სემინარების მუშაობაში, ნეონატალოგთა სასერტიფიკაციო-საგამოცდო ტესტების ექსპერტიზაში; იყო ნეონატალოგთა სასერტიფიკაციო გამოცდების კომისიის თავმჯდომარის მოადგილე ბავშვთა ექიმთა რესპუბლიკური საზოგადოების გამგეობის წევრი, თსუ-ს საცენტრალ საბავშვო წევრი. მისმა ნაშრომმა "სხეულის მცირე მასის მქონე ახალშობილთა კაიდეზიოლოგია" მიიღო გრანტი (საქართველოს ეროვნული სამეცნიერო ცენტრი).

იგი იყო გურნალ "საქართველოს პედაგოგის" სარედაქციო საბავშვო წევრი. კანდაციის სამინისტროს დავალებით იგი რეგულარულად ატარებდა საქართველოში შიგარდცვლილ ახალშობილთა განვითარების ისტორიების ექსპერტულ ანალიზს.

წავიდა ჩვენთან კეთილსინდისიერი, უხომოდ შრომისმოყვარე და ნიჭიერი მეცნიერი, ერუდირებულ ექიმ-პედაგოგი, მოსოფარულე მუშავე, მზრუნველი და თავდადებული მამა, საჯარო მამა, ღირსეული შვილი, დასაყრდენი და უდალბატო მეგობარი, მისაბამი კოლეგა და თანამშრომელი, სამშობლოზე შეყვარებული ადამიანი, რომლის ნათელი ხსენება მუდამ დარჩება მისი მეგობრებისა და საქართველოს სამედიცინო საზოგადოების სწარომადგენელთა გულში.

პედაგოგის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი საქართველოს პედაგოგთა ასოციაცია საქართველოს ნეონატალოგთა ასოციაცია

რედაქცია გულბილად უერთდება ამ თბილი წერილის ავტორს და კიდევ ერთხელ აღნიშნავს არამარტო საექიმო საზოგადოების დიდ დანაკლისს.



გოგოშვილი ვევა ნიკოლოზის ძე დაბადებული 1959 წ. 15 იანვარს წითელწყაროს რაიონის სოფელ ზემო-ქვდში.



1976 წელს დაამთავრა სოფელ ზემო-ქვდის საშუალო სკოლა, 1977 წელს ჩააბარა მისალბი გამოცდები ქ. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტზე. 1983-84 წლებში გაიარა ინტერნატურა ქ. თბილისის №1 საავადმყოფოს ბაზაზე. 1984-1987 წლებში მუშაობდა განაწილებით სამხრეთ-ოსეთის ავტონომიური ოლქის ზნაურის რაიონული კლინიკაში ექიმ ოფთალმოლოგად. 1986 წელს გაიარა კვადრიფიკაციის ამაღლების კურსები ტარსაიძის სახელობის თეალის სნეულდებათა კლინიკის ბაზაზე.

1987 წლის სექტემბერში ჩაირიცხა კლინიკურ ორდინატურაში ქ. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის თეალის სნეულდებათა კათედრაზე.

1989 წლის სექტემბერში დაამთავრა ორდინატურა. 1989 წლიდან მოღვაწეობა განაგრძო ბავშვთა II კლინიკურ საავადმყოფოში, თსუ-ს გუგინის სახ. პედაგოგიკულ კლინიკაში და ბავშვთა ახალ კლინიკაში. სადაც იგი სიცოცხლის პოლო წუთამდე კეთილსინდისიერად ასრულებდა ექიმის საპატიო მოვალეობას.

ჩვენმა კოლეგებმა დიდი დანაკლისი განიცადა ბატონი ვევის უდროოდ დაკარგვის გამო. იგი იყო გამოჩენილი, იუმორით სავსე პიროვნება, ძალზე ენერ-

გიული, პატიოსანი და პრინციპული ადამიანი. მას ახასიათებდა ისეთი პასუხისმგებლობა საქმისადმი და ადამიანებისადმი, რაც ხშირად თავგანწირვის ტოლფასი იყო. აქტიურად მონაწილეობდა საქველმოქმედო აქციებში და ასევე თავდადებით ემსახურებოდა აგვისტოს ომში დაჭრილებს.

ის იყო თავის სამშობლოზე, ერზე უხომოდ შეყვარებული პიროვნება, მეტად გულმომთხერი და კეთილმოსურნე მეგობარი.

მეგობრებს, ახლობლებსა და ნათესავებს დაგვიტოვა მოუშუაველი ჭრილობა, სევდიანი მოგონება, იგი თავისი სანდომიანი სახით, თავისი იუმორით ყო-



პროფესორი ალექსი სოჭავაძე

ბახსენება

დაიბადა საქართველოში 1927 წელს. სკოლის დაბოლოების შემდეგ როგორც წარჩინებული მოსწავლე მიიღეს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში, რომელიც ასევე წარჩინებით დაამთავრა 1948 წელს. განაწილებით მოხვდა ბელორუსიაში, სადაც მუშაობდა რამდენიმე წელი. ჩაირიცხა მოსკოვში ასპირანტურაში ექიმთა დახელოვნების ცენტრალურ ინსტიტუტში ინფექციურ სნეულებათა კათედრაზე 1951 წელს. ასპირანტურის დაბოლოების შემდეგ დაიცვა საკანდიდატო დისერტაცია და განაწილებით კვლავ მოხვდა მინსკში, სადაც მოღვაწეობდა ასისტენტად სამედიცინო ინსტიტუტში ინფექციურ სნეულებათა კათედრაზე.



საბჭოთა კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის მიერ 1957 წელს მივლინებული იყო რუსეთში ქ. ჩიტაში სამედიცინო ინსტიტუტის ინფექციურ სნეულებათა კათედრის დასაარსებლად.

1964 წელს ბელორუსიაში ქ. გროდნოს სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში დააარსა ინფექციურ სნეულებათა კათედრა და გაზარდა ინფექციონისტების არაერთი თაობა. 1970 წელს დაიცვა სადოქტორო დისერტაცია რის შედეგადაც მიიღო პროფესორის წოდება.

1978 წელს დაბრუნდა საქართველოში და რეორგანიზაცია მოახდინა ბავშვთა ინფექციურ სნეულებათა



თა კათედრაზე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში, სადაც 8 წელი დაჰყო უნივერსიტეტის სამკურნალო დარგში პრორექტორის როლში.

ალექსი სოჭავაძემ მოამზადა 3 მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი და 25 მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი. აქვს 250-ზე მეტი სამეცნიერო ნაშრომი. გამოსცა არაერთი მონოგრაფია და სამედიცინო სახელმძღვანელო.

1978 წელს სამშობლოს სიყვარულმა უკან დააბრუნა სადაც ის განაგრძობდა უმწიკვლო მოღვაწეობას.

იგი იყო მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწე, მედიკო-ბიოლოგიური აკადემიის აკადემიკოსი, დაჯილდოებულია ღირსების ორდენითა და შეტანილია ბელორუსიის ენციკლოპედიაში, როგორც ბელორუსიის დამსახურებული მეცნიერი.

ალექსის ბაბუა იყო ილორის წმინდა გიორგის ეკლესიის წინამძღვარი.



სამწუხაროდ, ალექსის სიცოცხლის პერიოდში ასევე ნადრევად მოაკლდა ახალგაზრდა დის შვილი - აქსენტი ნაჭყვია (რომელიც დაიღუპა აფხაზეთის ომში და სიცოცხლეში დაჯილდოებულია მხედრული მამაცობის მედლით, ხოლო გარდაცვალების შემდეგ - ჯილდო).



მშობლები: მარია და ილარიონ ხოჭავაძეები, თანაზრდობით დამსახურებული, ორდენოსანი პედაგოგები.

ჯამში იყვნენ 4 დედამამიშვილი. ალექსის ნათესავთა, და (ტატიანა) და მამა (ოთარი) აღარ არიან ამკვეყნად. ერთადერთი უფროსი მამა დარჩა ცოცხალი - შოთა, ფილოლოგი, ქართული ენისა და ლიტერატურის დამსახურებული პედაგოგი, პოეტი, მწერალია კავშირის წევრი, აკადემიკოსი (91 წლის).

ბის მერე კი გორგასლის I ხარისხის ორდენის კავალერის წოდებით). მეორე დის შვილი, რომელიც ცოტახნის წინ გარდაიცვალა - ჯემალ ხოჭავაძე.

მეუღლე - ეთერი გვილაგა, ექიმი გინეკოლოგი, მისი თანმდგომი და ცხოვრების მეგობარი

შვილი - მანანა ხოჭავაძე შვილიშვილები - თამუნა და მაიკო შუკაკიძეები, მათი მეუღლეები - გიორგი დემურია და მიხეილ ჯილაური.

შვილთაშვილები - ანა და ნუცა.



დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

დაავადებათა კონტროლის და სასოფლო-სამეურნეო დარგების დეპარტამენტის ეროვნული ცენტრის მონაცემები ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტების 2002 წლის შეფასებით, საქართველოში ავადმყოფობის ტვირთის წილის 89% მოდის არაინფექციურ დაავადებებზე, 5% - ინფექციურ დაავადებებზე და 6% - ტრავმებზე. ავადმყოფობის ტვირთის 10 ძირითად მიზეზში მესამე ადგილზე პერინატალურ პერიოდში წარმოქმნილი ქრონიკული დაავადებებია. 2002 წელს ექსპერტების მიერ შეფასებული იქნა 0-14 წლის ასაკის ბავშვებში ავადმყოფობის ტვირთის 7 ძირითადი მიზეზი (DALYs 1000 მსახლეზე). პირველ ადგილზე ახალშობილთა ავადმყოფობებია 32,4% (მცირე მასა დაბადებისას, ასევე დაბადებისას და სამშობიარო ტრამები). მეორე ადგილზე ხუფა და ქვედა სახუთები გუბების ინფექციები 7,1%, მესამე - თანდაყოლილი ანომალიები 1,7% (ცულის ანომალიები, დაუწის სინდ-

რომი და სხვა ბიფიდა). საქართველოში დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის ერთერთ მთავარ პრიორიტეტად აღიარებულ იქნა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა. შემუშავებულ იქნა და შესრულდა მთელი რიგი სახელმწიფო პროგრამები. ამან ასახვა პირველ 1997-2008 წლებში დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის კლებაში. დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შემცირდა 70-დან 14,3-მდე, ხოლო ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 23,7-დან 14,3-მდე (ცხრილი 1). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური ასამბლეის მიერ 2002 წელს მიღებულ „ათასწლეულის განვითარების მიზნებში“ განსაზღვრულია 2015 წლის სამიზნე მაჩვენებლები: ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება - 7,0-მდე და დედათა სიკვდილიანობის შემცირება - 12,3-მდე.

ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, 2009

ცხრილი 1		შობადობა, ბავშვთა და დედათა სიკვდილიანობა (სამშობიარო დაშავებულობების მონაცემები), საპარტეზლო, 2004 - 2009						
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	
მშობადობა სულ		46734	47246	48181	49626	56096	61656	
მთ შობის	საპარტეზლო სახლში	45554	46537	47593	49317	55580	61441	
	ბინებში	1180	709	588	309	246	215	
ობობადობის რაოდენობა	სულ	46373	47022	47856	49476	56025	61677	
	მთ შობის ბინებში და მშობიარობის დაშავებულობის ბინებში	1028	688	536	308	235	209	
მშობადობის რაოდენობა	სულ	722	766	817	738	717	665	
ბარადობა 0 - 1 წლამდე		834	851	882	699	802	872	
ბარადობა 1 - 6 წლამდე		561	585	604	467	516	558	
ბარადობა 7 - 28 დღემდე		147	123	146	118	147	214	
ბარადობა 29 - 365 დღემდე		126	143	132	114	139	100	
ბარადობა 366-1000 დღემდე		929	911	945	945	898	949	
ბარადობა 1000 დღეზე მეტად		21	11	10	8	8	33**	
მშობადობის რაოდენობა	1000 დაბადებულზე	15,3	16,0	16,8	14,7	12,6	10,7	
ობობადობის რაოდენობა	1000 დაბადებულზე	12,1	12,4	12,6	9,4	9,2	9,0	
ობობადობის რაოდენობა	1000 დაბადებულზე	3,2	2,6	3,1	2,4	2,6	3,5	
ობობადობის რაოდენობა	1000 დაბადებულზე	27,2	28,3	29,2	24,0	21,7	19,7	
ობობადობის რაოდენობა	1000 დაბადებულზე	18,0	18,1	18,4	14,1	14,3	14,1	
ობობადობის რაოდენობა	1000 დაბადებულზე	20,0	19,4	19,7	15,7	16,0	15,4	
ობობადობის რაოდენობა	1000 დაბადებულზე	45,3	23,4	23,0	20,2	14,3	52,1***	

ცხრილი 2		შობადობა და ბავშვთა სიკვდილიანობა რეგიონების მიხედვით (სამშობიარო დაშავებულობების მონაცემები), საპარტეზლო, 2009							
	ობობადობის რაოდენობა	ობობადობის რაოდენობა	ობობადობის რაოდენობა	ობობადობის რაოდენობა	ობობადობის რაოდენობა	ობობადობის რაოდენობა	ობობადობის რაოდენობა	ობობადობის რაოდენობა	ობობადობის რაოდენობა
აჭარა	6162	57	9,2	73	11,8	40	6,5	15,6	
იმერეთი	26266	357	13,4	513	19,5	311	11,8	25,1	
ქაბუღისძე	3465	17	4,9	30	8,7	19	5,5	10,3	
მცხეთა-მთიანეთი	9148	112	12,1	174	19,0	134	14,6	26,6	
სამხრეთი და ცენტრალური საქართველო	4468	29	6,4	16	3,6	9	2,0	8,5	
ფსოხი	3204	32	9,9	28	8,7	23	7,2	17,0	
მთიანეთი	4893	35	7,1	16	3,3	11	2,2	9,3	
ბორჯომი	1141	7	6,1	2	1,8	2	1,8	7,8	
სამცხე-ჯავახეთი	2318	18	7,7	17	7,3	7	3,0	10,7	
აბხაზეთი	522	1	1,9	3	5,7	2	3,8	5,7	
გურჯისტანის რეგიონი	90	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	
სამხრეთ-დასავლეთი	61677	665	10,7	872	14,1	558	9,0	19,6	

ბავშვებს, რომლებიც ხშირად ავადმყოფობენ მწვედრ რესპირატორულ ინფექციებით, უწოდებენ ხშირად მოადეგ ბავშვებს. დასავლეთში მსგავსი ტერმინი ცხრილში აღწერილი ინფექციების, მაგალითად დიდ ბრიტანეთში დაავადებულ ბავშვთა ვექუსს მათთვის ბავშვების ტიპს, რომლებიც ავადმყოფობენ წელსა და გულში მწვედრ რესპირატორული დაავადებით 8-ჯერ.

ამრიგად, ხშირად მოადეგ ბავშვები, ეს ის ვექუსები, რომლებიც სხვათა მსგავსად უფრო ხშირად ავადმყოფობენ მწვედრ რესპირატორული ინფექციებით. ამასთან, ხშირად მოადეგ ბავშვების განსაზღვრა ბავშვების, რომლებიც ავადმყოფობენ თირკმლის ქვებით, ტრანსპორტული და კორექტიული ხირბეების დაავადებით.

აღსანიშნავია ისიც, რომ ბავშვებში, მწვედრ რესპირატორული ინფექციების მქონე ბავშვთა დაავადებათა 90% მაქსიმალური ავადობა აღინიშნება 6 თვიდან 6 წლამდე ასაკში.

ბავშვებში, რომლებიც ხშირად ავადმყოფობენ მწვედრ რესპირატორული ინფექციებით, უწოდებენ ხშირად მოადეგ ბავშვებს. დასავლეთში მსგავსი ტერმინი ცხრილში აღწერილი ინფექციების, მაგალითად დიდ ბრიტანეთში დაავადებულ ბავშვთა ვექუსს მათთვის ბავშვების ტიპს, რომლებიც ავადმყოფობენ წელსა და გულში მწვედრ რესპირატორული დაავადებით 8-ჯერ.

ხშირად მოადეგ ბავშვები

რომლებიც მონაცემებიდან პროცენტის კრიზისიცაა (I — 6, I — 8) ამასთან ასაკის უფრო დაბალი ციტირებული ინფექციების დაკვირვება, მნიშვნელოვანია. პირველი წლებში მიღებული მონაცემები ადასტურებენ იმას, რომ ხშირად მოადეგ ბავშვთა მონაცემები არ განიხილა უხეში პირველ ან შემდგომ დევიტებში, თუმცა ხასიათდება იმერეთი რეგიონის, უფრო მეტი სიკვდილიანობის უკიდურეს დაბალით, რაც, სავარაუდოდ განპირობებულია ანტიბიოტიკების გამოყენებით.

ხშირად მოადეგ ბავშვების გამოვლენის მთავარი კრიტერიუმები არის ხშირი ავადობა მწვედრ რესპირატორული ინფექციებით, თუმცა უკიდურესად დაბალი ინფექციების რაოდენობის გამო კვლევები იქნის დიფიცილური ანალიზი მიკრობული სექტორის განსაკუთრებით.

სამშობიარო დაშავებულობის ხშირად მოადეგ ბავშვებისთვის იყრება სამ ძირითად მიმართულებად:

1. დამატებითი და სარეაბილიტაციო ღონისძიებები, ბავშვის ორგანიზმის რეზისტენტობის გაზრდა.
2. მწვედრ რესპირატორული დაავადების დროს კომპლექსური დახმარება.
3. გენეტიკური და არასპეციფიკური პროფილაქტიკა.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირად მოადეგ ბავშვთა სისხლის სისტემის კვლევის დროს, გამოვლენილია მისი თავისებურებები. უკანასკნელ კვლევებში აღინიშნა, რომ ასეთ ბავშვებს, კლინიკური კითხვების დროსაც კი უფრო ხშირად მნიშვნელოვანი ცვლილებები მოხდება ანთიგენის რეაქტიურობის ტიპი (I — 2, I — 4). მათთვის ინტერლუკინების,

მოადეგ ბავშვები

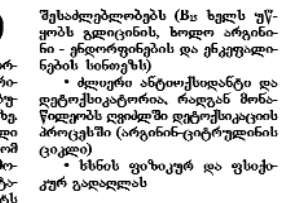
მოადეგ ბავშვების (NO) წყაროს ორგანიზმში, მათთვის მნიშვნელოვანი ციტირებული ინფექციების დაკვირვება, მნიშვნელოვანია. პირველი წლებში მიღებული მონაცემები ადასტურებენ იმას, რომ ხშირად მოადეგ ბავშვთა მონაცემები არ განიხილა უხეში პირველ ან შემდგომ დევიტებში, თუმცა ხასიათდება იმერეთი რეგიონის, უფრო მეტი სიკვდილიანობის უკიდურეს დაბალით, რაც, სავარაუდოდ განპირობებულია ანტიბიოტიკების გამოყენებით.

ხშირად მოადეგ ბავშვების გამოვლენის მთავარი კრიტერიუმები არის ხშირი ავადობა მწვედრ რესპირატორული ინფექციებით, თუმცა უკიდურესად დაბალი ინფექციების რაოდენობის გამო კვლევები იქნის დიფიცილური ანალიზი მიკრობული სექტორის განსაკუთრებით.

სამშობიარო დაშავებულობის ხშირად მოადეგ ბავშვებისთვის იყრება სამ ძირითად მიმართულებად:

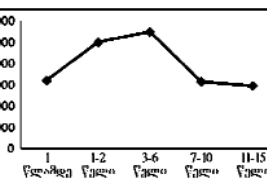
1. დამატებითი და სარეაბილიტაციო ღონისძიებები, ბავშვის ორგანიზმის რეზისტენტობის გაზრდა.
2. მწვედრ რესპირატორული დაავადების დროს კომპლექსური დახმარება.
3. გენეტიკური და არასპეციფიკური პროფილაქტიკა.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირად მოადეგ ბავშვთა სისხლის სისტემის კვლევის დროს, გამოვლენილია მისი თავისებურებები. უკანასკნელ კვლევებში აღინიშნა, რომ ასეთ ბავშვებს, კლინიკური კითხვების დროსაც კი უფრო ხშირად მნიშვნელოვანი ცვლილებები მოხდება ანთიგენის რეაქტიურობის ტიპი (I — 2, I — 4). მათთვის ინტერლუკინების,



რამდენიმე გზით. L-არგინინის აქტის პირდაპირი მოქმედება თუ უკიდურესად მოადეგ ბავშვთა სისხლში, ციტირებული ინფექციების დაკვირვება, მნიშვნელოვანია. პირველი წლებში მიღებული მონაცემები ადასტურებენ იმას, რომ ხშირად მოადეგ ბავშვთა მონაცემები არ განიხილა უხეში პირველ ან შემდგომ დევიტებში, თუმცა ხასიათდება იმერეთი რეგიონის, უფრო მეტი სიკვდილიანობის უკიდურეს დაბალით, რაც, სავარაუდოდ განპირობებულია ანტიბიოტიკების გამოყენებით.

ბავშვებში, რომლებიც ხშირად ავადმყოფობენ მწვედრ რესპირატორული ინფექციებით, უწოდებენ ხშირად მოადეგ ბავშვებს. დასავლეთში მსგავსი ტერმინი ცხრილში აღწერილი ინფექციების, მაგალითად დიდ ბრიტანეთში დაავადებულ ბავშვთა ვექუსს მათთვის ბავშვების ტიპს, რომლებიც ავადმყოფობენ წელსა და გულში მწვედრ რესპირატორული დაავადებით 8-ჯერ.



ბავშვებში, რომლებიც ხშირად ავადმყოფობენ მწვედრ რესპირატორული ინფექციებით, უწოდებენ ხშირად მოადეგ ბავშვებს. დასავლეთში მსგავსი ტერმინი ცხრილში აღწერილი ინფექციების, მაგალითად დიდ ბრიტანეთში დაავადებულ ბავშვთა ვექუსს მათთვის ბავშვების ტიპს, რომლებიც ავადმყოფობენ წელსა და გულში მწვედრ რესპირატორული დაავადებით 8-ჯერ.

ბავშვებში, რომლებიც ხშირად ავადმყოფობენ მწვედრ რესპირატორული ინფექციებით, უწოდებენ ხშირად მოადეგ ბავშვებს. დასავლეთში მსგავსი ტერმინი ცხრილში აღწერილი ინფექციების, მაგალითად დიდ ბრიტანეთში დაავადებულ ბავშვთა ვექუსს მათთვის ბავშვების ტიპს, რომლებიც ავადმყოფობენ წელსა და გულში მწვედრ რესპირატორული დაავადებით 8-ჯერ.

ბავშვებში, რომლებიც ხშირად ავადმყოფობენ მწვედრ რესპირატორული ინფექციებით, უწოდებენ ხშირად მოადეგ ბავშვებს. დასავლეთში მსგავსი ტერმინი ცხრილში აღწერილი ინფექციების, მაგალითად დიდ ბრიტანეთში დაავადებულ ბავშვთა ვექუსს მათთვის ბავშვების ტიპს, რომლებიც ავადმყოფობენ წელსა და გულში მწვედრ რესპირატორული დაავადებით 8-ჯერ.

ბავშვთა რესპირატორული ინფექციების მკურნალობის ცენტრი

ბავშვთა რესპირატორული ინფექციების მკურნალობის ცენტრი

ბავშვთა რესპირატორული ინფექციების მკურნალობის ცენტრი

ორბინალური სტატია

იმუნური სისტემის და მისი კორექცია აპიკულური მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციების დროს გავრცელება

ბ. ჩახუნაშვილი; ნ. თოფურიძე; ნ. ჯობაძე; ნ. ბაღრიაშვილი; კ. ჩახუნაშვილი, თ. ხოდელი
(ბავშვთა ახალი კლინიკა, ჯანმრთელობის ცენტრი)

მწვავე რესპირატორულ ვირუსულ ინფექციებს, როგორც ბავშვთა ისე ზრდასრულ ასაკში, ინფექციური პათოლოგიის ავლობის სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი უჭირავს. ბავშვთა ასაკში, ზემო სასუნთქი გზების მწვავე რესპირატორულ დაავადებებს 70-80% შემთხვევაში ვირუსები იწვევენ, რომლებიც ზოგჯერ ასოცირებული არიან მიკროორგანიზმებთან (1, 4, 10).

მწვავე რესპირატორულ ვირუსულ ინფექციები (მრვი) იწვევენ სასუნთქი გზების ლორწოვანი გარსის სტრუქტურულ ცვლილებებს, დაცვის ადაპტაციური მექანიზმების დაქვეითებას, ხოლო ბაქტერიული ინფექციის თანდართვა ამძიმებს რა დაავადების მიმდინარეობას ზრდის სხვადასხვა გართულებების (ოტიტი, სინუსიტი, ტრაქეობრონქიტი, პნევმონია და სხვა) და სომატური დაავადებების (მიოკარდიტი, გლომერულონეფრიტი) განვითარების რისკს (2, 3, 6). მრვი-ის განხილვებულ მიმდინარეობისა და გართულებების სისხლის პათოლოგიურ საფუძველს ორგანიზმის იმუნოლოგიური რეაქტიულობის დაქვეითება წარმოადგენს. ეს ცვლილებები არასპეციფიურია და შეიძლება იმუნური სისტემის ყველა რგოლს ეხებოდეს (7, 11, 12). ამასთან დაკავშირებით მრვი-ის მკურნალობასა და რეაბილიტაციაში აუცილებელია ისეთი საშუალებების გამოყენება, რომელიც უზრუნველყოფს ბავშვის ორგანიზმის ნორმალურ ცხოველქმედებას, ფიზიოლოგიური დაცვითი მექანიზმების აღდგენას და ჯანმრთელობის შენარჩუნებას. ამ საშუა-

ლებებს პირველ რიგში მიეკუთვნება რაციონალური კვება, დღის რაციონალური რეჟიმი, პოლივიტამინური პრეპარატები და იმუნომოდულატორული საშუალებები. მიუხედავად სამკურნალო პრეპარატების სიუხვისა, მრვი-ის მკურნალობა ძირითადად სიმპტომურია, რაც ვერ ამცირებს მიმდევარტულ ფორმებისა და ლეტალობის სისხიერს. ამასთან დაკავშირებით მრვი-ის მკურნალობის ერთ-ერთი მიმართულებაა ორგანიზმის ფიზიოლოგიური დაცვითი მექანიზმების აღდგენა. მეტაბოლური და ცილოვანი ცვლის კორექციისა და იმუნომოდულაციის მიზნით სულ უფრო ფართოდ გამოიყენება ანტიოქსიდანტი აპიკულური. იგი არმოადგენს ორი ბიოლოგიურად აქტიური კომპონენტებით მდიდარი პროდუქტის ქართული ფუტკრის ნაწარმის (ყვავილის მტვერი, ფუტკრის რძე) და წიწვოვანის ექსტრაქტის ნაზავს, რომელიც მდიდარია ორგანიზმის შენების, განვითარებისა და სიცოცხლისათვის აუცილებელი ნივთიერებებით: ცილებით (შეიცავს ამინომჟავების 22 სახეობას,

მათგან 8 შეუცვლელს), ნაჯერი და უჯერი ცხიმოვანი მჟავებით, გლიკოზიდებით, ვიტამინებით (A, B, C, D, PP, E, K, ფოლის მჟავა), ფოსფორტერინებით, სისხლძარღვის კედლის გამამაგრებელი ბიოფლავინოიდებით, მიკრო და მაკროელემენტებით (Fe, Zn, Cu, F), ქლოროფილით. ამავე დროს წიწვის ექსტრაქტი შესანიშნავი იმუნომოდულატორია.

ქართული ფუტკარი განსაკუთრებული გრძელი ხორთუმი-

სა და ფრენის დიდი რადიუსის გამო უნიკალურია და მისი შექმნილი პროდუქტი ასევე მალაღმირებელია.

შრომის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა იმუნური სისტემა და მისი კორექცია აპიკულური მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციების დროს ბავშვებში **მასალა და მეთოდები:** ჩვენს დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა თსსუ პედიატრიული კლინიკაში ჰოსპიტალიზებული 1-დან 5 წლამდე ასაკის მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციით (მწვავე რინიტი, მწვავე რინო ფარინგიტი, მწვავე კატარული ჰაიმორიტი) დაავადებული 60 ბავშვი. მათგან მსუბუქი მიმდინარეობა აღენიშნებოდა პაციენტთა 67%, საშუალო სიმძიმის 38%. გართულებები აღინიშნებოდა მწვავე ბრონქიტის, პნევმონიის და ოტიტის სახით. ავადმყოფთა განაწილება დიაგნოზების მიხედვით მოცემულია ცხრილში №1. საკონტროლო ჯგუფს წარმოადგენდა იმავე ასაკის პრაქტიკულად ჯანმრთელი 20 ბავშვი. ავადმყოფები დაიყო ორ ჯგუფად: I ჯგუფი 32 პაციენტი, სადაც მკურნალობა ტარდებოდა სიმპტომური საშუალებებით. II ჯგუფი 28 ავადმყოფი, სადაც მრვი-ის ბაზისური მკურნალობის კომპლექსში ჩართული იყო აპიკულური შემდეგი სქემით: 1-დან 3 წლამდე 1 ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში;

3-დან 5 წლამდე 1 ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში. მკურნალობის კურსი შეადგენდა 20 დღეს.

მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ ტარდებოდა იმუნური სტატუსის შეფასება:

ავადმყოფთა განაწილება დიაგნოზების მიხედვით

ცხრილი №1.

დიაგნოზი	I ჯგუფი(ბაზის. თერაპია) n=32	II ჯგუფი(ბაზის.+აპიპულმო) n=28	სულ
მწვავე რინიტი	11	10	
მწვავე რინოფარინგიტი	17	15	
მწვავე კატარული პაიშირიტი	4	3	

პერიფერიული სისხლის T-ლიმფოციტები და მისი სუბპოპულაციების პროცენტული რაოდენობა შეისწავლეთოდა CD3, CD4, CD8 მონოკლონური ანტისხეულებით, B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობა – კომპლემენტური როზეტკების წარმოქმნის მეთოდით(8). სისხლის შრატში G, A, M იმუნოლოგიები – მანჩინის რადიალური იმუნოდიფუზიის მეთოდით(9). კლინიკურ ევექტურობას აფასებდნენ შემდეგი კრიტერიუმებით: გამოჯანმრთელება-დაავადების ყველა სიმპტომის გაქრობა, გაუმჯობესება – სიმპტომების მნიშვნელოვანი შემცირება და ევექტის არ არსებობა –სიმპტომების შენარჩუნება ანდა მათი მომატება. მკურნალობის ევექტურობა ასევე ფასდებოდა მისი გავლენით დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმესა და ხანგრძლივობაზე. ჯგუფებს შორის განსხვავების შეფასებას ვახდენდით რაოდენობრივი მანვენებლებისათვის სტუდენტის კოეფიციენტით ($t > 1,96$; $p < 0,05$) ხოლო ხარისხობრივი მანვენებლებისათვის X^2 კრიტერიუმით (Pearson). ($X^2 > 3,84$, $p < 0,05$), მათემატიკური უზუნველყოფა განხორციელდა პროგრამების პაკეტის SPSS 11-5-ის გამოყენებით. (5)

გამოკვლევის შედეგები:

გამოკვლევის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ მრვი-ის მკურნალობაში აპიპულმოს ჩართვამ მოახდინა იმუნომოდულაციური ზემოქმედება, რაც გამოიხატა

T-ლიმფოციტებისა(CD3) და T-ჰელპერების(CD4) პროცენტული რაოდენობის მომატებითა და T-სუპრესორების(CD8) შემცირებით იმ პაციენტებში, რომელთაც CD3 & CD4 ლიმფოციტების რაოდენობა დაქვეითებული ჰქონდათ. კომპლექსური მკურნალობის გავლენით ლიმფოციტების

პროცენტული რაოდენობა არ იცვლებოდა იმ ბავშვებში, რომელთაც ეს მანვენებლები ნორმაში ჰქონდათ.

ჰუმორული იმუნიტეტის მხრივ, კომპლექსური მკურნალობის ფონზე, აღინიშნა B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობისა და სისხლის შრატში სამივე კლასის იმუნოგლობულინების კონცენტრაციის მომატება. იმუნოლოგიური მანვენებლების დინამიკა აპიპულმოთი მკურნალობის ფონზე მოცემულია ცხრილში №2.

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

ზოგადად მკურნალობის ევექტურობა I და II ჯგუფში მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდა ერთმანეთისაგან: ავადმყოფთა I ჯგუფში გამოჯანმრთელება აღენიშნებოდა 32 ბავშვიდან 17-ს, მდგომარეობის გაუმჯობესება 5-ს, ევექტის არ არსებობა(გართულებები) 10 პაციენტს. II ჯგუფში 28 ბავშვიდან 20 გამოჯანმრთელდა, 4-ს აღენიშნა მდგომარეობის გაუმჯობესება და მხოლოდ 4-ს ევექტის არარსებობა (გართულებები).

ამასთან ერთად მიუხედავად იმისა რომ ზოგადად კლინიკური ევექტურობა ორივე ჯგუფში

იმუნოლოგიური მანვენებლების დინამიკა მრვი-ს დროს ბავშვებში აპიპულმოთი მკურნალობის ფონზე.

ცხრილი №2 M+m

იმუნოლოგიური მანვენებლები	საკონტროლო ჯგუფი n=20	მკურნალობამდე (n=60)	I ჯგუფი (ბაზის. თერაპია) n=32	II ჯგუფი (ბაზის.+აპიპულმო) n=28
CD3 %	56+2,5	40,4+0,5	45,4+0,5	51+2,5
CD4 %	34,5+1,4	25,5+0,4	27,5+0,4	30,5+1,4
CD8 %	23+2,7	15,3+0,5	19,3+0,5	22+2,7
B ლიმფოციტო%	11,2+0,9	7,3+0,3	8,3+0,3	11,0+0,9
IgG მგ%	790+11,5	580+8,1	650+8,1	730+11,5
IgA მგ%	75+2,4	55+1,6	62+1,6	72+2,4
IgM მგ%	90+1,8	69,5	78+1,5	85+1,8
P<			0,05	0,001

იყო მსგავსი, ჯგუფებს შორის განსხვავება იყო მნიშვნელოვანი დაავადების მიმდინარეობის ხანგრძლივობის, დაავადების შედარებით მსუბუქი მიმდინარეობისა და გართულებების სიხშირის შემცირების მიხედვით. კერძოდ, ავადმყოფთა იმ ჯგუფში სადაც კომპლექსურ მკურნალობაში ჩართული იყო აპიპულმო მწვავე ბრონქიტით, პნევმონიით და ოტიტით გართულებების სიხშირე ამ ჯგუფში 4-ჯერ ნაკლები იყო ბაზისურ თერაპიაზე მყოფ ჯგუფთან შედარებით(ცხრილი №3)

აპიპულმო ასევე საშუალოდ 3-4 დღით ამცირებდა დაავადების მიმდინარეობის ხანგრძლივობას, მრვი-ის როგორც გართულებული, ისე გაურთულებელი ფორმების დროს.

დასკვნები:

1. მრვი-ის დროს მკურნალობის კომპლექსში აპიპულმოს ჩართვა განაპირობებს უჯრედული და ჰუმორული იმუნიტეტის დაქვეითებული მანვენებლების აღდგენას.

2. მრვი-ის დროს მკურნალობის კომპლექსში აპიპულმოს ჩართვა ხელს უწყობს დაავადების მიმდინარეობის ხანგრძლივობისა და გართულებების სიხშირის შემცირებას.

ლიტერატურა:

1. /Часто болеющие дети - актуальная проблема педиатрии. 2002/
2. Гордієнко. Ю, / Медичні та етичні аспекти пренатальної діагностики вродженої патології педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, м. Київ#2 | 2002/
3. /Проблемы острых респираторных вирусных

აპიპულმოთი მკურნალობის კლინიკური ეფექტურობა
ცხრილი №3 M+-m

№	მაჩვენებელი	I ჯგუფი (ბაზის. თერაპია) n=32	II ჯგუფი (ბაზის.აპიპულმო) n=28
1	მრეის გართულების გარეშე (მოვლენის სისწორე%)	55,5+0,6	85,5+6,5 P<0,05
2	გართულებული მრეის მიმდინარეობის ხანგრძლივობა (დღეები)	7,6+0,7	5,2+0,6 P<0,05
3	მრეის სუბუქი მიმდინარეობა	41+0,4	62+0,3 P<0,05
4	მრეის საშუალო სიმძიმის მიმდინარეობა	49+0,5	38+0,3 P<0,05
5	მრეის გართულებების სისწორე (%)	46,5+2,2	15,6+2,1 P<0,05
6	მკურნალობის საშ. ხანგრძლივობა გართულებული მიმდინარეობის დროს (დღეები)	18,5+1,9	13,2+2,3 P<0,05

Клиническ. Иммун. И аллерг. 1999г. Ст. 28/

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

8. Boanco A. PatricR. /Wussenr-weig Exp. Med. 1970 132-702-720/

9. Mancini I et. al. / Ymmunochemystri 1965 235/

10. Januway Ch/Immunobiology: the immune system in health and disease” 4th ed/ currentBiology ltd 1999. 740p.

11. Jodal M. Hold G. Witell U. Y. / Exp. Mid 1972 vol 136 p207-215/

12. Watelet J. B. /Wound Healing of nasal and paranasal mucosa. Amer. J. hrinol. 2002. vol16 N2 p77-84/

заболеваний в педиатрии Ж. „Здорове України., 2005г.

4. Караулов А. В. „Иммунотерапия респираторных заболеваний М. 2004 с. 19.

5. Реброва О. Ю. / Ста-

тистический анализ медицинских данных. -Москва: Медия Сфера. - 2003. 312с/

6. Чернушенко Е. Ф.. / местный иммунитет при заболеваниях легких Реф журн.

რეზიუმე

იმუნური სისტემის დინამიკური ცვლილებები და მისი კორექცია აპიპულმოთი მკურნალობის დროს ბავშვებში

ბ. ჩახუნაშვილი; ნ. თოფურიძე; ნ. ჯობავა; ნ. ბადრიასვილი; კ. ჩახუნაშვილი, თ. ხოფელი (ბავშვთა ახალი კლინიკა, ჯანმრთელობის ცენტრი)

გამოკვლევის მიზანი იყო იმუნური სისტემის პარამეტრების შესწავლა აპიპულმოს მიღების ფონზე მწვავე ვირუსი რესპირატორული ინფექციით დაავადებულ ბავშვებში. გამოვიკვლიეთ 60 ბავშვი, 1-დან 5 წლამდე, მწვავე ვირუსული სასუნთქი სისტემის დაავადებებით.

პაციენტები ორ ჯგუფად დაიყო: I ჯგუფში 32 პაციენტი სიმპტომატურ მკურნალობას იტარებდა, II ჯგუფში კი 28 პაციენტი ბაზისური მკურნალობის ფონზე იღებდა აპიპულმოს. პაციენტებს 20 დღის განმავლობაში მკურნალობდნენ. იმუნური სისტემის მდგომარეობის ტესტი ტარდებოდა მკურნალობამდე და მის შემდეგ.

დასკვნა: 1. აპიპულმო მიღება ბაზისური მკურნალობის ფონზე შესამჩნევად აუმჯობესებს უჯრედულ და ჰუმორულ იმუნურ სტატუსს მწვავე რესპირატორული ინფექციით დაავადებულ პაციენტებში. 2. აპიპულმოს დამატება ძირეულ მკურნალობაზე ამცირებს დაავადების ხანგრძლივობას და ამცირებს გართულებების შანსს სასუნთქი სისტემის ვირუსული ინფექციებისას.

SUMMARY

DYNAMICS OF CHANGES IN THE IMMUNE SYSTEM DURING ACUTE VIRAL RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN TREATED WITH APIPULMO

G. CHAKHUNASHVILI; N. TOPURIDZE; N. JOBAVA; N. BADRIASHVILI; K. CHAKHUNASHVILI; Pediatric clinic

The purpose of the research was to study dynamics of the changes in parameters of immune system in children with acute viral respiratory infections treated with apipulmo. We enrolled 60 children aged 1 to 5 years with acute viral respiratory infection. The patients were divided into two groups: First group with 32 patients undergoing symptomatic treatment and Second group with 28 patients getting Apipulmo with other basic treatment. The patients were under the treatment during 20 days. The test for immunological status was conducted before end after the treatment session.

Conclusions: 1. Apipulmo combined with basic treatment significantly improves cellular as well as hummoral Immune status of the patients with acute viral respiratory infections. 2. Adding Apipulmo in basic treatment contributes to reduction of duration and complications of acute viral respiratory infections.

„აპიკეპატის ეფექტურობა ბრონქოპნევმონიის კომპლექსურ მკურნალობაში“

მ. მ. დ. ჩახუნაშვილი, მ. დ. ნ. ბაღრიაშვილი, მ. დ. ნ. თოფურია, მ. დ. ნ. ჯობაგა, მ. დ. ზ. შატრაშვილი, მ. მ. დ. კ. ჩახუნაშვილი, თ. ბობილაშვილი
სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, ბავშვთა ახალი კლინიკა. ჯანმრთელობის ცენტრი

ადაპტაციური მექანიზმების განვითარებასა და რეაქტულობის ჩამოყალიბებაში თიმუსს მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს (2).

თიმუსისა და მისი მიკროგარემოს გავლენით ძვლის ტვინის ღეროვანი უჯრედები ტრანსფორმირდება T-ლიმფოციტებად, რომლებიც მიგრირებენ პერიფერიულ ორგანოებსა და ქსოვილებში, და ანხორციელებენ იმუნოლოგიურ ზედამხედველობას(4).

ავტორთა მონაცემებით, საკმაოდ დიდია თიმომეგალიის, როგორც პრემორბიდული ფონის გავლენა პნევმონიების მიმდინარეობასა და გამოსავალზე. თიმომეგალიის დროს ჰორმონალურ ჰომეოსტაზში გამოვლენილი ფუნქციური ცვლილებები, განაპირობებს ორგანიზმის ადაპტაციური შესაძლებლობების დარღვევას, განსაკუთრებით სტრესული სიტუაციის დროს, რაც ამ ბავშვებზე დიფერენცირებული დაკვირვების აუცილებლობაზე მეტყველებს(1, 3, 5).

ამ თვალსაზრისით, პერსპექტიულია აპიკეპატის ჩართვა თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების მკურნალობის კომპლექსში.

აპიკეპატი წარმოადგენს სამი ბიოლოგიურად აქტიური კომპონენტებით მდიდარი პროდუქტის ქართული ფუტკრის ნაწარმის, წიწვიის ექსტრაქტისა და წიწვოვანის ექსტრაქტის ნაზავს, რომელიც შეიცავს ვიტამინებს, ამინომჟავებს, ქლოროფილს, გლიკოზიდებს, ფოსფორბინს, მიკროელემენტებს. ის აწესრიგებს ვიტამინებს, ამინომჟავებს და მიკროელემენტების ცვლას, ჟანგვა-აღდგენით პროცესებს; აძლიერებს ქსოვილის მიერ ჟანგბადის უტილიზაციას, უზრუნველყოფს ორგანიზმის ზრდასა და განვითარებას; გააჩნია იმუნომოდულაციურ

რი, იმუნომასტიმულირებელი და ანტიმიკრობული თვისებები;

მოცემული შრომის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა იმუნოლოგიური

მაჩვენებლების დინამიკა თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების

დროს ბავშვებში პრეპარატ „აპიკეპატი“-ს მკურნალობის ფონზე

მასალა და მეთოდები:

ჩვენს მიერ გამოკვლეულ იქნა ერთი თვიდან 3 წლამდე ასაკის თიმომეგალიის ფონზე მიმდინარე ბრონქოპნევმონიით დაავადებული 45 ბავშვი, აქედან 33%-ს (15 ავადმყოფს) აღინიშნებოდა დაავადების მიმე, ხოლო 67%-ს (30 ბავშვს) საშუალო სიმძიმის მიმდინარეობა.

საკონტროლო ჯგუფი წარმოდგენილი იყო ერთ წლამდე ასაკის პრაქტიკულად ჯანმრთელი 20 ბავშვით.

ბრონქოპნევმონიის დიაგნოზი დაისვა ანამნეზური, კლინიკურ-ლაბორატორიული და რენტგენოლოგიური მონაცემების საფუძველზე. თიმომეგალიის დიაგნოზის დასაბუთება ხდებოდა კლინიკურ-რენტგენოლოგიური მონაცემების შედეგად.

ავადმყოფები დაყოფილნი იყვნენ ორ ჯგუფად:

I ჯგუფი — თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზირებული 20 პაციენტი, სადაც ტარდებოდა ბაზისური მკურნალობა.

II ჯგუფი — თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიის დიაგნოზის მქონე 25 ავადმყოფი, სადაც ბაზისური მკურნალობის კომპლექსში ჩართული იყო პრეპარატ „აპიკეპატი“-ს ქვეშით 1/3 აბი სამჯერ დღეში. მკურნალობის კურსი შეადგენდა 20 დღეს.

მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ ტარდებოდა იმუნური სტატუსის შეფასება: პერიფერიული სისხლის T-ლიმფოციტები და მისი სუბპოპულაციების პროცენტული რაოდენობა შეისწავლებოდა CD3, CD4, CD8 მონოკლონური ანტისხეულებით, B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობა — კომპლემენტური რეზერვების წარმოქმნის მეთოდით(6). სისხლის შრატში G, A, M იმუნოლოგიები — მანჩინის რადიალური იმუნოდიფუზიის მეთოდით(7).

კლინიკურ ეფექტურობას აფასებდნენ შემდეგი კრიტერიუმებით: გამოჯანმრთელება-დაავადების ყველა სიმპტომის გაქრობა, გაუმჯობესება — სიმპტომების მნიშვნელოვანი შემცირება და ეფექტის არ არსებობა — სიმპტომების შენარჩუნება ანდა მათი მომატება. მკურნალობის ეფექტურობა ასევე ფასდებოდა მისი გავლენით დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმესა და ხანგრძლივობაზე.

ჯგუფებს შორის განსხვავების შეფასებას ვახდენდით რაოდენობრივი მაჩვენებლებისათვის სტიუდენტის კოეფიციენტით ($t > 1,96; p < 0,05$) ხოლო ხარისხობრივი მაჩვენებლებისათვის χ^2 კრიტერიუმით (Pearson). ($\chi^2 > 3,84, p < 0,05$), მათემატიკური უზრუნველყოფა განხორციელდა პროგრამების პაკეტის SPSS-ის გამოყენებით. (5).

გამოკვლევის შედეგები და მათი განხილვა:

I ჯგუფის ავადმყოფებიდან(20) ბრონქოპნევმონიის მწვავე მიმდინარეობა აღინიშნებოდა 8(40%-ს, გახანგრძლივებული 12(60%) პაციენტს.

II ჯგუფში(25) დაავადების მწვავე მიმდინარეობით ჰოსპიტალი-

ზედუი იყო 16(64%) პაციენტი, გახანგრძლივებული მიმდინარეობით- 9(36%).

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

კერძოდ, თიმომეგალიის ფონზე მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების დროს მწვავე პერიოდში აღინიშნებოდა CD3-ლიმფოციტების (თსაერთო), CD4- ჰელპერების პროცენტული რაოდენობისა და იმუნოლოგიური ინდექსის CD4/CD3 შემცირება, ჰუმორული იმუნიტეტის მხრივ დარღვევები შედარებით ნაკლებად იყო გამოხატული: აღვიდა ჰქონდა B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობისა და სისხლის შრატში სამივე კლასის იმუნოგლობულინების კონცენტრაციის დაქვეითებას.

გამოკვლევის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ მკურნალობაში პრეპარატ „აპიჰეპატი“-ის ჩართვამ მოახდინა იმუნომოდულაციური ზემოქმედება, რაც გამოიხატა T-ლიმფოციტების(ჩD3) და T-ჰელპერების(ჩD4) პროცენტული რაოდენობის მომატებითა და T-სუპრესორების(ჩD8) შემცირებით იმ პაციენტებში, რომელთაც CD3 & CD4 ლიმფოციტების რაოდენობა დაქვეითებული ჰქონდათ. კომპლექსური მკურნალობის გავლენით ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობა არ იცვლებო-

და იმ ბავშვებში, რომელთაც ეს მაჩვენებლები ნორმაში ჰქონდათ.

ჰუმორული იმუნიტეტის მხრივ, კომპლექსურ მკურნალობაში პრეპარატ „აპიჰეპატი“ ჩართვის ფონზე, აღინიშნა B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობისა და სისხლის შრატში სამივე კლასის იმუნოგლობულინების კონცენტრაციის მომატება.

იმუნოლოგიური მაჩვენებლების დინამიკა პრეპარატ „აპიჰეპატი“-მ მკურნალობის ფონზე მოცემულია ცხრილში №1.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, იმუნური მაჩვენებლების დადებითი დინამიკა უფრო მნიშვნელოვნად გამოხატული იყო ავადმყოფთა იმ ჯგუფში, სადაც მკურნალობის კომპლექსში ჩართული იყო პრეპარატ „აპიჰეპატი“ ის.

ბრონქოპნევმონიის კომპლექსური მკურნალობის შემდეგ, II ჯგუფის ავადმყოფებში, აღინიშნებოდა იმუნოლოგიური მაჩვენებლების გაუმჯობესება. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია CD4-ჰელპერების პროცენტული რაოდენობისა და იმუნოლოგიური ინდექსის მომატება, აგრეთვე ჰუმორული იმუნიტეტის მაჩვენებლების დადებითი დინამიკა, რაც გამოიხატა B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობისა და შრატის-მიერი იმუნოგლობულინების G, A, M კონცენტრაციის მატებით.

ამგვარად, მიღებული მონაცემები გვიჩვენებს რომ

• თიმომეგალიის ფონზე მიმდინარე ბრონქოპნევმონიის დროს აღინიშნებოდა დარღვევები იმუნური ჰომეოსტაზის მხრივ, რაც გამოიხატებოდა უჯრედული იმუნიტეტის დრმა, ხოლო ჰუმორული იმუნიტეტის შედარებით ნაკლები ცვლილებებით.

იმუნოლოგიური მაჩვენებლები, თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების დროს ბავშვებში, პრეპარატ „აპიჰეპატი“-ის მკურნალობის ფონზე.

ცხრილი №1 M+m

იმუნოლოგიური მაჩვენებლები	საკონტროლო ჯგუფი n=20	მკურნალობამდე (n=45)	I ჯგუფი (ბაზის. თერაპია) n=20	II ჯგუფი (ბაზის.+აპიჰეპატი) n=25
CD3 %	56+2,5	40,4+0,5	43,4+0,5	51+2,5
CD4 %	34,5+1,4	25,5+0,4	27,5+0,4	30,5+1,4
CD8 %	23+2,7	15,3+0,5	17,3+0,5	22+2,7
B ლიმფოციტი%	11,2+0,9	7,3+0,3	8,3+0,3	11,0+0,9
IgG მგ%	790+11,5	580+8,1	610+8,1	730+11,5
IgA მგ%	75+2,4	55+1,6	61+1,6	72+2,4
IgM მგ%	90+1,8	69,5	75+1,5	85+1,8
P<			0,5	0,001

• ბრქოპნევმონია თიმომეგალიის ფონზე მიმდინარეობდა უფრო მძიმედ, საშუალო და მძიმე ხარისხით გამოხატული სუნთქვის უკმარისობით, გამოხატული ობსტრუქციული სინდრომით, ანთებითი პროცესის გახანგრძლივებისაკენ მიდრეკილებით, იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის ფონზე.

• იმუნოლოგიური მაჩვენებლები, თიმომეგალიის ფონზე მიმდინარე ბრონქოპნევმონიის დროს, არ კორევირდებოდა კომპლექსური თერაპიის ფონზე.

• კურნალობის კომპლექსში პრეპარატ „აპიჰეპატი“-ს ჩართვამ განაპირობა იმუნოლოგიური მაჩვენებლების გაუმჯობესება;

შედეგად, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების მკურნალობაში პრეპარატ „აპიჰეპატი“-ს გამოყენება, რომელიც ხელს შეუწყობს იმუნური ჰომეოსტაზის ნორმალიზებას და დადებით ზეგავლენას მოახდენს ავადების მიმდინარეობაზე.

ლიტერატურა:

1. მ. დუშბაძე / „ორგანიზმის არასპეციფიკური და სპეციფიკური იმუნოაქტივობა ბრონქოპულმონური დაავადებების დროს ადრეულ ასაკის ბავშვებში“ თ. ს. ს. უ. შრომათა კრებული XXXVII-2005წ. /
2. Иллєк Я. Ю., Зайцева Г. А., Смердов В. Л., / „Иммунологическая реактивность и функция щитовидной железы при острой пневмонии у детей с тимомегалией.“
3. Энгельгардт Н. В. / Иммунологические аспекты биологии развития М. 2007 с92-106/
4. Чернушенко Е. Ф. / “местный иммунитет при заболеваниях легких” Реф журн. Клиническ. Иммунол. И аллерг. 2008г. Ст. 28/
5. Чихрадзе М. В. / “Клинико-иммунологическая характеристика больных с хроническим бронхитом в динамике иммунореабилитации.” Автореферат 1999г.
6. Boanco A. PatricR. /Wussenrweig Exp. Med. 1970 132-702-720/
7. Mancini I et. al. / Immunochemys-tri 1965 23/

Key words: thymomegalia, bronchopneumonia, children, Immunological, apihepati;

რეზიუმე

„აპიჰეპატი“ ემეძღურება ბრონქოპნევმონიების კომპლექსურ მკურნალობაში

მ. მ. დ. ბ. ჩახუნაშვილი, მ. დ. ნ. ბაღრაშვილი, მ. დ. ნ. თოფურია, მ. დ. ნ. ჯოჯაძე, მ. დ. ხ. შაჰარაშვილი, მ. მ. დ. კ. ჩახუნაშვილი, თ. ბობილაშვილი (სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, ბავშვთა ახალი კლინიკა. ჯანმრთელობის ცენტრი)

ჩვენი კვლევის მიზანი იყო იმუნური დაცვის შესწავლა პატარა ასაკის ბავშვებში, რომელთაც აქვთ ბრონქოპნევმონიური დაავადებები. ჩვენ შევისწავლეთ T ლიმფოციტები და მათი სუბპოპულაციები CD3, CD4, CD8, pyantibodies. ასევე შევისწავლეთ B ლიმფოციტების პროცენტულობა და იმუნოგლობულინ G, A და M-ის მაჩვენებლები სისხლის შრატში. ჩვენი მიზანი იყო ახალგაზრდა ბავშვებში უჯრედული და ჰუმორული იმუნიტეტის შესწავლა პატარა ასაკის ბავშვებში. შედეგები გვაძლევს იმის თქმის საშუალებას, რომ ბრონქოპნევმონიისას უფრო ზიანდება უჯრედული იმუნური სისტემა და ამ დროს იმუნომოდულატორების მიცემა გამართლებულად შეიძლება ჩავთვალოთ. აპიჰეპატის მიღებამ ძირეულ სამკურნალო პრეპარატების ფონზე მოგვცა, როგორც უჯრედული ასევე ჰუმორული იმუნიტეტის გაუმჯობესება ბრონქოპნევმონიით დაავადებულ პაციენტებში.

SUMMARY

IMMUNOLOGICAL TESTIMONIES AMONG THE CHILDREN WITH BRONCHOPNEUMONIA DISEASES ASSOCIATED WITH THYMOMEGALIA DISEASE TREATED WITH APIHEPATI

K. CHAKHUNASHVILI; G. CHAKHUNASHVILI; ; D. CHAKHUNASHVILI; Tbilisi State Medical University, Pediatric Clinic

The aim of our trail research the immune desfenses among the children of early age with bronchopneumonial diseases. We studied T- lymphocytes and its subpopulations CD3, CD4, CD8, pyantibodies. The percentage levels of B lymphocytes, The Ig G, Ig A, Ig M, testomonies in serum of blood. The aim of our theme is the investigation of cell and humorous immune system among the children of early age. Given results showed us that cell immune system was more damaged than humorous immune system during bronchopneumonia. That is why use of immune modulators is approved. Apihepati combined with basic treatment significantly improves cellular as well as hummoral Immune status of the patients with bronchopnewmonia diseases.

გენომური იმპრინტინგის საილუმლო და რეალობა

მ. ჰიკაშვილი, ე. იმნაძე – თსსუ მოლეკულური და სამედიცინო გენეტიკის დეპარტამენტი

ჯერ კიდევ გასული საუკუნის 80-ან წლებში ინგლისის და აშშ-ის ცნობილმა გენეტიკოსებმა დაადგინეს, რომ ემბრიონის განვითარების დროს პლაცენტის განვითარება ხდება მხოლოდ მამის გენების კონტროლის შედეგად. ჩანასახის ადრეული განვითარება კი დამოკიდებულია დედის გენეტიკურ ინფორმაციაზე. როგორც აღმოჩნდა მშობლების “პარტიტურა” ემბრიოგენეზში შედგება 3 აქტისაგან: 1. დედის გენების “სოლო” – 3%; 2. დედის და მამის გენების “დუეტი” – 95%;

3. მამის გენების “სოლო” – 2%. საინტერესოა, რომ მშობლების სასქესო უჯრედებში ხდება ზოგიერთი გენის “მარკირება” ციტოზინის ფუძეების მეთილირებით. ასეთი გენი არ მოქმედებს. იმის მიხედვით, თუ რომელ გამეტაში მოხდა გენთა ექსპრესიის გათიშვა – სპერმატოზოიდში თუ კვერცხუჯრედში, შთამომავალს ექნება ნიშანთვისებათა ნაწილი – ან დედის, ან მამისეული წარმოშობის. სასქესო უჯრედებში ზოგიერთი ასეთი “მონიშნული” გენები ზოგჯერ ჩაენაცვლება ახლებით.

ამიტომ შვილი შვილებს შესაძლებელია განუვითარდეთ არა დედისა ან მამის, არამედ ბებია ან ბაბუის ნიშნები. დნმ-ის ნუკლეოტიდთა მეთილირება და გენების “მონიშვნა”, რომელსაც გენომური იმპრინტი უწოდეს, ხდება მრავალი დაავადების მიზეზი. 5-მეთილციტოზინის დეჰამინირება ხდება თირკმელების კარცინომის, ბავშვებში – რეტინობლასტომის განვითარების მიზეზი. დღეს გენომური იმპრინტიგით ხსნიან ნეონატალური შაქ

რიანი დიაბეტის, რასელ სილვერის, ვიდემა-ბიკეიტის, გონებრივი ჩამორჩენის, ჰიპოგონადიზმის, ატაქსის, ჰიპერკინეზების და სხვანეგროგენული დაავადებების განვითარებას.

გენომური იმპრინტინგის მაგალითია ტერნერ-შერეშევსკის სინდრომი – XO – მონოსომია ქალებში. ერთი მთელი X-ქრომოსომის დაკარგვასთან ერთად ავადმყოფებში აღინიშნება ზოგიერთი გენების მშობლიური იმპრინტინგი. ხშირად იმპრინტინგული ხდება გენი, რომელიც პასუხისმგებელია ნორმალური ქცევის, სოციალური კონტაქტების, გონებრივი განვითარების ჩამოყალიბებაზე. ცნობილია, რომ ტერნერ-შერეშევსკის სინდრომის მქონე ქალები “იღებენ” ან დედის, ან მამის X-ქრომოსომას. აღმოჩნდა, რომ თუ ეს ქრომოსომა მამისეულია, აღინიშნება მნიშვნელოვნად ნაკლები განვითარების ანომალიები სოციალურ ქცევაში, არ ვითარდება აუტიზმი, და ასეთ ქალებს შეუძლიათ სწავლა, მუშაობა, დამოუკიდებლად არსებობა.

პრადერ – ვილის სინდრომის მქონე ავადმყოფებში (გონებრივი ჩამორჩენა, პათოლოგიური სიმსუქნე, ტანდაბლობა, პატარა ზომის ზემო და ქვედა კიდურები) ორივე ქრომოსომა მე -15 წყვილში დედისეულია.

ანგელმანის სინდრომის დროს (არაადეკვატური სიცილი, კრუნჩხვითი მოძრაობები, გონებრივი ჩამორჩენა) კი დედისეული ქრომოსომის მე -15 წყვილში აღინიშნება დედეციები. ამიტომ ფუნქციონირებს მხოლოდ მამის 15-ე ქრომოსომა.

როგორც აღმოჩნდა გენომური იმპრინტინგის კონტროლს ასორციელებენ გენ-მოდულიკატორები. ამის მაგალითია ჰანტინგტონის დაავადება. ისაუტოსომურ – დომინანტური, მძიმე ნევროლოგიური პათოლოგია ალელტალური გამოსავლით. ცნობილია, რომ დაავადებულთა 90%-ი ამ დაავადების გენს იღებს მამისგან და დაავადება მქვანდება გვიან – 38 წლის ასაკის შემდეგ. მაგრამ შემთხვევათა 10% იწყება ადრე – სქესობრივ მომწიფებამდე ან 2-2, 5 წლის ასაკში. მის მიზეზი არის აღნიშნული დაავადების გენის მამისეული იმპრინტინგი. ასეთ შემთხვევაში ბავშვი იღებს დაავადების გენს დედისაგან. როგორც ჩანს ნიშანთვისებათა ექსპრესია დამოკიდებულია იმ მშობელზე, რომელიც ხდება მუტაციის მატარებელი.

გენომური იმპრინტინგი – ეპიგენეტიკური მოვლენაა, როდესაც აღინიშნება მონოალელური ექსპრესია – ან დედის ან მამის ერთი წყვილის ქრომოსომებში. ამიტომ შთამომავალი იღებს,

ფაქტიურად გენეტიკური ინფორმაციის მხოლოდ ნახევარს. ასეთი უნიპარენტული დისომია კი ხდება იმის მიზეზი, რომ ადამიანს აკლდება რომელიმე გენის აქტიური ასლი. გენის ფუნქციის დაკარგვა კი, შემდგომში ხდება ფიზიკური, გონებრივი ან სხვა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემის მიზეზი.

Genomic imprinting is an epigenetic phenomenon that involves gene expression - only from maternal or paternal pair of chromosomes without altering the genetic sequence. Because of that, individual gets only half of the genetic information. This type of the uniparental dysomy becomes the reason of losing the copy of the active gene. Appropriate expression of imprinted genes is important for normal development; otherwise it can lead to a physical, mental and other health related problems.

ლიტერატურა:

1. გეორგიანი ვ. ა. „გენომური იმპრინტინგის მითი და რეალობა“, 2011. კოლოგიის და ევოლუციური პრობლემების საერთაშორისო ინსტიტუტი
2. ისლამოვირ. ა., „იმპრინტინგის მნიშვნელობა ადამიანის განვითარებაში“, 2010. ყაზახეთის ეროვნული უნივერსიტეტი
3. Matthew W., Dykens E. M. “Genetics of childhood disorders”, 2010
4. Sapienza K. “Genomic Imprinting”, Scientific American, 1900, N12

რეზიუმე

გენომური იმპრინტინგის საიდუმლო და რეალობა

მ. ჰიპაშვილი, ე. იმნაძე –
თსუ მოლეკულური და სამედიცინო გენეტიკის დეპარტამენტი

გენომური იმპრინტინგ არის ეპიგენეტიკური ფენომენი, რომელიც მოიცავს მონოალელური გენების ექსპრესიას დედის ან მშობლის ქრომოსომებისა, გენეტიკური კოდის შეცვლის გარეშე. ამის გამო ინდივიდი იღებს მხოლოდ ნახევარგენეტიკურ ინფორმაციას. ეს უნიპარენტული დისომიას არის მიზეზი, ერთი აქტიური გენის დაკარგვის. იმპრინტული გენის სათანადო აქტივობა საჭიროა ნორმალური განვითარებისთვის; წინააღმდეგ შემთხვევაში, ამას მივყავართ ფიზიკურ, გონებრივ და ჯანმრთელობის სხვა პრობლემებთან.

SUMMARY

SECRET OF GENOMIC IMPRINTING AND REALITY

M. Chipadze, E. Imnadze –
TSMU Department of Molecular Biology and Genetics

Genomic imprinting is an epigenetic phenomenon that involves gene expression - only from maternal or paternal pair of chromosomes without altering the genetic sequence. Because of that, individual gets only half of the genetic information. This type of the uniparental dysomy becomes the reason of losing the copy of the active gene. Appropriate expression of imprinted genes is important for normal development; otherwise it can lead to a physical, mental and other health related problems.

წყალი-ბავშვის ჯანმრთელი სიცოცხლის აკვანი

მ. მ. დ. პროფ. იბ. დოლიძე,

ადამიანის ორგანიზმი, როგორც ცნობილია, შესულია სამყაროს ერთიან ინფორმაციულ ველში (იგულისხმება როგორც დედამიწა, ასევე პლანეტები და ვარსკვლავები). ამ სისტემური ურთიერთკავშირის დამყარებაში უდიდესი როლი ენიჭება წყალს. მას აქვს ცოცხალი არსებისათვის დამახასიათებელი მისტიკური ფუნქციონირების საიდუმლოებათა სიბრძნე (1-5). ეს იქნება სამყაროში არსებული ინფორმაციის მიღება, მისი შენახვა და მიზნობრივი გადასაწილება, აზროვნება, სმენადობა თუ ბიოენერგეტიკული ტევადობა და აქტიუობა, მოძრაობა, ემოციურობის გამოხატვა და ა. შ. იესო ქრისტემ სულიერი ძალა მდინარე იორდანეში წყლით განბანვის შემდეგ შეიძინა. ვინათლებით ჩვენც—ადამიანები; წმინდა წყლით ხდება კურთხევა და ა. შ. წყალი, თანამედროვე მეცნიერთა შეხედულებით, მიჩნეულია სამყაროს შინაგანაწესის მესაიდუმლოდ. ამას, ჯერ კიდევ ადრეულ ხანაში დასტური დასცა ძველი საბერძნეთის ფილოსოფიის მამა ჰერაკლიტემ, რომელმაც აღნიშნა: “წყალი მთელ სამყაროში ყველაფრის თავწყაროა”.

ბიოლოგიურ სამყაროში უწყლოდ ცოცხალი არსება ვერ ჩაისახება, ვერ წარმოიშობა და, მით უმეტეს, ვერ გაიზრდება. სიცოცხლე უწყლოდ არ არსებობს, ვინაიდან გამომშრალი და გამხმარი უჯრედი მოკლებულია მოქნილობას, დაკარგული აქვს გამრავლების უნარი, რაც თავისი მხრივ, სიცოცხლისა და არსებობის აუცილებელი პირობაა.

სიცოცხლის საოცრება დედის სხეულში ჩაისახება და ადამიანის ნაყოფიც თავის განვითარებას წყალში იწყებს. ის დედის მუცელში, სითხით სავსე ნაყოფის ბუშტში, ცურავს და იზრდება, მასში ატარებს სიცოცხლის პირველ—ცხრა თვეს და თავის დროზე სინათლის სამყაროში წყალთან ერთად გამოიდევნება. პირველი, რაც მას ამ სამყაროში ესაჭიროება, დედის რძეა. რძე კი, თავისი მხრივ, წყალს შეიცავს. შემდგომ, მთელი ცხოვრების მანძილზე, მას, როგორც მოზრდილ ადამიანს, სიცოცხლის შესანარჩუნებლად მუდმივად სჭირდება წყალი. ეს არც არის გასაკვირი, რადგან, როგორც ცნობილია, პირველი სიცოცხლე ზღვებსა და მდინარეებში ჩაისახა. სინესტეც წყალგარეული ჰაერია. ჰაერს რომ ტენიანობა არა ჰქონდეს, ის სუნთქვისათვის ვერ გამოდგებოდა. სიცოცხლეს განაპირობებს უჯრედებსა და მათ შორის არსებული სითხეების მუდმივი მოძრაობა. როცა ადამიანის ორგანიზმში სითხეების მოძრაობა ნორმალურად და მოწესრიგებულად მიმდინარეობს, ყველა ფიზიოლოგიური პროცესი კეთილად წარმართება. საკმარისია, დაირღვეს ამ ცხოველყოფილი

წველების დინება, რომ ხდება დაავადების წინა კლინიკური ნიშნების გამოვლინება.

ადამიანის ორგანიზმში ნორმალური ფიზიოლოგიური პროცესების წარმართვისათვის აუცილებელია სუფთა სასმელი წყლის მიღება, რომელიც არ შეიცავს მავნე მინარევებს (მძიმე მეტალების მარილებს, რადიონუკლიდებს, პათოგენურ ბაქტერიებს, ჭარბ მინერალებს და ა. შ.). ასეთ იდეალურ სითხედ მიჩნეულია წყაროს წყალი, რომელსაც უნდა ჰქონდეს ორგანიზმში არსებული სითხეების სტრუქტურასთან ძლიერ მიახლოებული შემადგენლობა. უჯრედები მხოლოდ ამ შემთხვევაში ათვისებენ გარედან მიღებულ წყალს ზედმეტი ენერჯის დაუხარჯავად და ისიც ეფექტურად ჩაერთვება ორგანიზმის ბიოქიმიურ პროცესებში. ყოველივე ეს კი ორგანიზმს უდიდეს სარგებლობას მოუტანს. სუფთა (ცოცხალი) წყალი აკაჟებს ორგანიზმს, კურნავს დაავადებათა უმრავლესობას. იგი უნდა მივიღოთ, როგორც ხალხური და ალტერნატიული, ასევე კლასიკური მედიცინის საშუალებებთან ერთად. თუ მსოფლიოში სასმელი წყლის ნაკლებობაა (გრუნტის წყლების დაბინძურება) და მისი მარაგი კატასტროფულად კლებულობს (დედამიწის მთელი წყლის მარაგიდან სასმელად გამოსადეგია 1 პროცენტი), საქართველოში არსებული მტკნარი წყალი ჩვენი ეროვნული სიმდიდრეა და მის მხოლოდ 0,75 პროცენტს ვიყენებთ. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველო მდიდარია მტკნარი წყლით, ჩვენი მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი იმ წყალსა სვამს, რომელიც არ შეესაბამება ნორმით დადგენილ სანიტარულ—ჰიგიენურ მოთხოვნებს. გარეგანი ფაქტორების მიხედვით (შესახველობა, გემო, ფერი, სუნი) ძნელია დავადგინოთ ერთობ სუფთა და გამჭვირვალე წყლის ვარგისიანობაც კი. ამგვარი სანდო გარეგნობის წყალი შეიძლება შეიცავდეს კანცეროგენებს, დიოქსიდებს, კადავერინს, ნახშირწყალბადებსა და ა. შ. უნდა გვახსოვდეს, რომ ბუნებაში არსებული წყალი თითქოსდა “მარტივი შენაერთია”, მაგრამ სინამდვილეში რთული და მრავალფეროვანი სითხეა. ამის მოდასტურება ის, რომ არსებობს წყლის 50-მდე ნაირსახეობა. ყოველი სახეობა ერთმანეთისგან განსხვავდება. ყოველ მათგანს მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი ენერჯია აქვს, რაც განაპირობებს მის ბიოლოგიურ ვარგისიანობას. ამას ისიც ემატება, რომ, ჩვეულებრივი წყლის გარდა, არსებობს მძიმე წყალი (135-მდე იზოტოპური სახეობისა), რაც ბევრ საიდუმლოს ინახავს. სასმელი წყლის ვარგისიანობა უნდა დადგინდეს ლაბორატორიული ანალიზის გზით. იგი აუცილებლად უნდა გამოირჩეოდეს მალ-

ალი ხარისხით, უპასუხებდეს მაღალ სტანდარტებს, იყოს ეკოლოგიურად სუფთა, დაბალანსებული მინერალური შემადგენლობისა. ორგანიზმმა (განსაკუთრებით ბავშვისამ) იგი ადვილად უნდა მონიწილოს. განსაკუთრებით სახიფათოა ბუნებრივი ზედაპირული წყლები, რომლებიც დიდი რაოდენობით შეიცავს მავნე ორგანიზმებს: ბაქტერიებს, წყალმცენარეებს, ვირუსებსა და ა. შ.

მსოფლიოში წყლის დამუშავების ყველაზე მარტივ და მისაღებ ხერხად მიჩნეულია ქლორირების მეთოდი, მიუხედავად იმისა, რომ ის ვერ სპობს ვირუსებსა და პარაზიტულ დაავადებებს. ამასთანავე, ქლორს შეუძლია ქიმიურ რეაქციაში შევიდეს წყლის ორგანულ ნივთიერებებთან და წარმოქმნას ტოქსიკური ნაერთები. მეცნიერთა ერთი ნაწილი ფიქრობს, რომ კიბოს დაავადების 30 პროცენტი გამოწვეულია წყლის ქლორირებით.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემით, არსებულ დაავადებათა 80 პროცენტი გამოწვეულია უხარისხო წყლის მოხმარებით. წყლის დაჭუჭყიანების გამო მსოფლიოში ყოველწლიურად ავადდება 500 მილიონი ადამიანი; დაავადებების რაოდენობა კი არ მცირდება, პროგრესულად მატულობს. მრავალ ქვეყანაში მკვეთრად მცირდება ადამიანთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა. მაშ, დაჭუჭყიანებული წყალი იწვევს არაერთ დაავადებას. მიუხედავად იმისა, რომ მრავალი მეცნიერი ეძებს წყლის გაწმენდის ახალ ხერხებს (ოზონირება, იონიზაცია და ა. შ.), სუფთა წყლის პრობლემა ჯერ კიდევ არ არის გადაწყვეტილი, რადგან ყოველ მათგანს თან ახლავს მისთვის დამახასიათებელი უარყოფითი თვისებები. ასე, მაგალითად, მაღალი ძაბვის გატარების მეთოდი იწვევს ცოცხალი წყლის

კვლამას (სიცოცხლისუნარიანობის შეწყვეტას), რაც ხელოვნურად თიშავს მოსახლეობის გონებრივ იმუნიტეტს, აქვეითებს მეხსიერებას, მასობრივად აჩლუნგებს აზროვნებას და ადამიანებს ამყოფებს ნახევრადმძინარე, ინერტულ მდგომარეობაში.

ადამიანის ორგანიზმში წყალი განთავსებულია მის ყველა უჯრედულ სტრუქტურაში. პროცენტულად ეს განაწილება ასე გამოიყურება: თავის ტვინში—85 პროცენტი, კუნთებში—76 პროცენტი, კანში—72, ცხიმოვან ნაწილებში—20, ღვიძლში—16, სისხლის პლაზმაში—92, ძვლებში—13, კბილის ემალში—მხოლოდ 3 პროცენტი. ყოველივე ეს იმაზე მიანიშნებს, რომ ყველაზე ინტენსიურად მომუშავე ორგანოები წყლის დიდ რაოდენობას შეიცავს. რამდენადაც მეტ “აქტიურ წყალს” შეიცავს, ორგანიზმს მით მეტი სასიცოცხლო ენერგეტიკა აქვს (მაგალითად, ბავშვებში) და, პირიქით, რამდენადაც ის ნაკლებია, მით უფრო სუსტია ორგანიზმის სიცოცხლისუნარიანობა (მაგალითად, ხანდაზმულებში). სხეულის ძირითად მასასთან წყლის ნორმალური რაოდენობა (მოზრდილებში—70, ბავშვებში—80, დღენაკლულ ჩვილებში—85 პროცენტი) ადამიანს ყოფნის არაუმეტეს 3 დღე-ღამისა, და, ეს მაშინ, როცა მას შეუძლია საკვების მიუღებლად ერთი თვე გაძლოს

(რასაკვირველია, ეს მიმედ აისახება ბავშვებზე). სითხეების მომატებული სიბლანტისას, რაც გამოწვეულია უჯრედებში წყლის ნაკლებობით, ნორმალურად ვერ სრულდება შესაბამისი ფიზიოლოგიური ფუნქციები.

„ ადამიანის ორგანიზმში წყლის შემცირება, თავდაპირველად იწვევს წყურვილის შეგრძნება, 5 პროცენტით დანაკარგისას ის ექცევა უგონო მდგომარეობაში, და 10 პროცენტის დანაკარგი კი სიკვდილის მიზეზი ხდება.

ადამიანი მხოლოდ იმ შემთხვევაში იქნება ჯანმრთელი და დაამარცხებს დაავადებებს, თუ მიღებული სასმელი წყლის სტრუქტურა და შემადგენლობა მიახლოებული იქნება ადამიანის ორგანიზმში არსებული წყლის სტრუქტურასთან. წყლით გაჯერებული ორგანიზმის სისხლი ჩვეულებრივ შეიცავს 94 პროცენტამდე წყალს, ხოლო უჯრედის შიგნით არსებული ე. წ. “იდეალური წყალი”—75 პროცენტს. ეს სხვაობა ქმნის ოსმოსურ წნევას, რაც წყალს აძლევს საშუალებას, შევიდეს უჯრედებში და აქტიურად ჩაერთოს აქტიურ ფიზიოლოგიურ პროცესებში. ეს გახლავთ: ბიოქიმიური რეაქციები, აირებისა და ნივთიერებების ტრანსპორტირება, ნერვული იმპულსების მიღება — გადაცემა და ასე შემდეგ. აქედან მთავარია, რომ ყველაზე მეტად ის ენათესავება სამყაროს უნივერსალურ ენერჯიას—ელექტრონს.

ბავშვისათვის მისაღები წყალი უნდა იყოს ეკოლოგიურად სუფთა და მინერალური შემადგენლობით დაბალანსებული, ადვილად მოსანელებელი. იგი ყველანაირად უნდა შეესაბამებოდეს ჩვილის სათუთ ორგანიზმს. თავიდანვე სწორად შერჩეული სასმელი წყალი განაპირობებს ყმაწვილის გონებრივ-ფიზიკურ სიჯანსაღეს და მის კარგ ემოციურ განწყობას. ამასთანავე, ვიტამინები და მინერალები მზარდი ორგანიზმის ის “აგურებია”, რომელთაგანაც ზოგადად, ჯანმრთელი სხეული შენდება. მათ დეფიციტს მწვავედ განიცდის ორგანიზმი, რადგან საჭირო მიკროელემენტების დეფიციტისას ხდება ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები, პრობლემებური ხდება საკვების მონელება და ბავშვის ნორმალური განვითარება. ამ ამ დროს ყმაწვილი იწყებს ჭირვეულობას, კარგავს მადას და ცუდათ სძინავს. აქედან გამომდინარე, მშობელი ვერ ინარჩუნებს ემოციურ წონასწორობას და ის გაუთავებლად დადის ექიმებთან. ამას კი აუცილებლად მოჰყვება ძვირად ღირებული აბებისა და მიქსტურების მიღება, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ჯანმრთელობისათვის არასასურველი შედეგები.

ცნობილია: ბავშვის ორგანიზმს დიდი რაოდენობით სჭირდება წყალი, რაკილა ის მოზრდილთან შედარებით 2—ჯერ მეტ სითხეს კარგავს. ამიტომ ბავშვს თავის წონასთან შედარებით გაცილებით მეტი სითხის მიღება შეუძლია, ვიდრე ზრდასრულ ადამიანს. ეს პროპორცია პედაგოგების მიერ დადგენილია და არის კილოგრამ წონაზე 150 მლ, ე. ი. 4 კილოგრამიანი ბავშვი უნდა ღებულობდეს 600 მლ სითხეს. ხელოვნურ კვებაზე მყოფი ნორჩი დღე-ღამეში აუცილებლად უნდა ღებულობდეს 100-

150 მლ სუფთა სასმელ წყალს. 10 კილოგრამიანი ყმაწვილი ყოველდღურად უნდა დებულობდეს დაახლოებით 1 ლიტრა წყალს, ხოლო წონით 10 კილოგრამზე მეტმა ყოველ კილოგრამზე უნდა მიიღოს დამატებით 50 მლ წყალი. ახალშობილისათვის რამდენიმე დღის განმავლობაში წყლის მიცემა საჭიროც არ არის, რადგან მისი ორგანიზმი საკმარისად არის მომარაგებული საკვებითა და სითხით. ჯანმრთელი ჩვილი უპრობლემოდ მოიცდის მანამ, სანამ მის დედას მოუვა რძე. შემდეგ კი ის დედის ხსენთან ერთად მიიღებს სასარგებლო და აუცილებელ ნივთიერებებს. წყლით გაჯერებული დედის რძე საუკეთესო საშუალებაა ჩვილის წყურვილის მოსაკლავად. ორგანიზმში წყლის ბალანსის დაცვა მეტად მნიშვნელოვანია ზაფხულის პერიოდში, როცა ჰაერის მაღალი ტემპერატურის გამო ბავშვიცა და ზრდასრულიც კარგავენ დიდი რაოდენობით წყალს. გარდა ამისა, ზაფხულში ხშირია ვირუსული თუ საკვებისმიერი დიარეა, რაც უმეტეს შემთხვევაში ორგანიზმის სითხისგან დაკლას იწვევს. ამ დროს ბავშვი ძალიან ჭირვეულობს, ხშირად ტირის, ხარბად სვამს წყალს, კანი გამომშრალი და ფერმკრთალია, ენა მშრალია, ნორჩი მცირე რაოდენობით გამოყოფს მუქი ფერის შარდს და ა. შ. ყოველივე ეს მიუთითებს ორგანიზმში წყლის რაოდენობის მკვეთრ უკმარისობასა და წყლის ბალანსის დარღვევაზე.

წყალი, რომელიც აკმაყოფილებს ჯანმრთელობისათვის საჭირო სანიტარულ ნორმებს, თავისი მხრივ, მოითხოვს სწორი სმის რეჟიმის დაცვას, რათა ორგანიზმში უზრუნველყოფილი იყოს ნორმალური წყალ-მარილოვანი ბალანსი და შეიქმნეს ცხოველმომქმედებისათვის კეთილსასურველი პირობები. წყლის ბალანსის შენარჩუნება გულისხმობს ადამიანის ორგანიზმის ცხოველმომქმედების პროცესში გარედან მიღებული და ორგანიზმიდან გამოყოფილი წყლის ერთნაირი რაოდენობის დაფიქსირებას. ამ ბალანსის დარღვევამ შეიძლება გამოიწვიოს სერიოზული დარღვევები, სიკვდილიც კი. სხვადასხვა ქვეყნის ადამიანებს და წყნჩვეულებები, რომლებიც დაკავშირებულია ამ სითხესთან, ეფექტური საშუალებაა მისი ნამდვილი არსის გასაგებად. წყალი სამყაროს შინაგანაწესის მესაიდუმლედ ითვლება და მსოფლიოს მრავალი კულტურა მას სულის ფუნქციას აკისრებს.

თანამედროვე მეცნიერებას წყლის შესახებ ამომწურავი კი არა, მიახლოებითი ინფორმაციაც არ გააჩნია. პარადოქსია: მაშინ, როცა ასტრონავტები წყალს ეძებენ სხვა პლანეტებზე, მიწიერ მეცნიერებს მისი თვისებების ახსნაც არ შეუძლიათ. დიას, ის ძალიან უცნაური სითხეა და მეცნიერება იმ დონემდე ჯერ კიდევ არ ასულა, რომ მისი უცნაურობანი ლოგიკურად ახსნას. ამ მხრივ მედიცინაც ერთობ ჩამორჩენილია. ამ დარგის სამეცნიერო-კვლევითი არსენალი და სამკურნალო ღონისძიებები მიმართულია მხოლოდ მკვრივი სხეულის (ძვალ-კუნთოვანი სისტემა, შინაგანი ორგანოები, ტვინი და ნერვული სისტემა და ა. შ. } შესწავლისაკენ. ეს კი შეად-

გენს ორგანიზმის 20 პროცენტს, ხოლო სხეულის 80 პროცენტი წყლის სახით სათანადო ყურადღებას ვერ იმსახურებს. სინამდვილეში კი ორგანიზმის თხიერ გარემოში მიმდინარეობს ძირითადი ბიოქიმიური რეაქციები და ნივთიერებათა ცვლის სასიცოცხლო პროცესები. ეს გაურკვეველობა წყლის თვისებების ცოდნაში მიზეზია იმისა, რომ, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, უვარგისი წყალი, რომელიც პოტენციურად 13 000 ტოქსიკურ ელემენტს შეიცავს, იწვევს დაავადებათა 80 პროცენტს. ამ გზით ყოველწლიურად ავადდება 500 მილიონი ადამიანი, ხოლო იღუპება 25 მილიონი.

დასამალი როდია: რომ კლინიკურ მედიცინაში ერთობ გაძნელებულია ე. წ. სისტემური დაავადებების მკურნალობა, როდესაც დაზიანებულია შემაერთებული ქსოვილის სტრუქტურები, სადაც დიდი რაოდენობით არის განთავსებული უჯრედ-შორისი ნივთიერებები საყრდენი, ტროფიკული (კვებითი) და დაცვითი ფუნქციების შესასრულებლად. აქ იგულისხმება საკუთრივ შემაერთებული ქსოვილი, ხრტილი, ძვალი, დენტინი, სისხლი, ლიმფა. შემაერთებული ქსოვილის ნორმალურ მოქმედებას დიდად განაპირობებს აქტიური (სუფთა) წყალი, რომლის ნაკლებობასაც განიცდის მსოფლიოს მოსახლეობა. ექიმებისათვის თითქმის სრულიად უცნობია, რა ფაქტორები არეგულირებს ქსოვილების სიცოცხლის-უნარიანობას, ნაწიბურების წარმოქმნას, ქირურგიული ოპერაციების შემდგომ ჭრილობის შეხორცებასა და სხვა დაავადებების დროს დაკარგული ფუნქციების აღდგენას. ექიმებისათვის უცნობია შემაერთებული ქსოვილის დამოკიდებულება სხვა ორგანოებისადმი და ისიც, თუ რა მექანიზმები განაპირობებს მის დაუღალავ აღდგენით-ქსოვილოვან უნარიანობას. რა არის სკლეროზით მიმდინარე ორგანოების (ფილტვების, გულის, სისხლძარღვების, თირკმლების, ღვიძლისა და ა. შ.) ქსოვილის კვდომის მიზეზი. ღვიძლის ციროზი ყოველთვის არის შემაერთებული ქსოვილით გამოწვეული ორგანოს შეჭმუხვნა. ასე, რომ ადამიანის ორგანიზმში წყლის ბალანსის დარღვევის პათოგენეზი და კლინიკა მოითხოვს მიზანმიმართულ მეცნიერულ კვლევას, მის თეორიულ-პრაქტიკულ დახვეწასა და ეფექტური სამკურნალო საშუალებების მიზანმიმართულ შერჩევას.

ლიტერატურა:

1. - Лосев К. С. Вода. Л. 1989
2. - Неумывакин И. П. Вода- жизнь и здоровье (Мифы и реальность). М. -Спб. 2006
3. —დოლიძე ივორ, რატომაა წყალი სკანდალური საიდუმლოს მატარებელი?, ფენომენი, 2005, 8, 6-8
4. - მასარუ ემოტო, წყალი... და მისი საოცარი თვისებები, ფენომენი, 2005, 8, 4-5
5. - დოლიძე ივორ, წყალი— სამყაროს შინაგანაწესის მესაიდუმლეა... ფენომენი, 2012, 3, გვ. 7-9; 2012, 4, გვ. 14-16.

რეზიუმე

წყალი-ბავშვის ჯანმრთელი სიცოცხლის აკვანი

მ. მ. დ. პროფ. იმ. დოლიძე

ადამიანის ორგანიზმი, როგორც ცნობილია, მჭიდროდაა ჩართული სამყაროს ერთიან ინფორმაციულ ველში, სადაც წყალი ასრულებს საიდუმლოებით მოცულ მისტიკურ ფუნქციონირებას (ეს იქნება სამყაროში არსებული ინფორმაციის მიღება, მისი შენახვა და მიზნობრივი გადასაწილება, აზროვნება, სმენადობა თუ ბიოენერგეტიკული ტევადობა და აქტივობა, მოძრაობა, ემოციურობის გამოხატვა და ა. შ.).

სიცოცხლის საოცრება დედის სხეულში ჩაისახება და ადამიანის ნაყოფიც თავის განვითარებას წყალში იწყებს და მთელი ცხოვრების მუდმივ რეჟიმში აგრძელებს მასთან ურთიერთკავშირს. სიცოცხლე უწყლოდ არ არსებობს. ადამიანი, მათ შორის უპირატესად ბავშვი, ჯანმრთელი იქნება და დაამარცხებს დაავადებებს, თუ მიღებული სასმელი წყლის სტრუქტურა და შემადგენლობა მიახლოებული იქნება ორგანიზმში არსებულ წყლის სტრუქტურასთან. ეს კი მოითხოვს მიზანმიმართულ მეცნიერულ კვლევას, რათა დავადებით ორგანიზმში დარღვეული წყლის ბალანსის პათოგენეზი და კლინიკური თავისებურებანი. ეს საშუალებას მოგვცემს ეფექტურად წარვმართოთ ბავშვთა ასაკში პროფილაქტიკური და სამკურნალო ღონისძიებები.

SUMMARY

WATER THE CRADLE OF A CHILD'S HEALTH

Prof. IG DOLIDZE, PhD MD

Human organism is tightly involved in united informational field, where water has a mystic and clandestine function (like receiving information, saving it and spreading it intentionally, bioenergetics capacity, expressing emotions and etc)

When embryo is already active in mother's body, Human fetus starts developing in water and continues to have connection through whole life. Human, especially child, is healthy and easily recover from any illness, if structure and composition of water is similar to water inside child's organism. This demands aimed scientific research, to observe pathologies and clinical peculiarities of water during various diseases. This will enable us to effectively direct prophylactic and treating activities.

ქ. ბათუმში სუბკლინიკური ჰიპოთირეოზის
გავრცელება კუბერტაბულ ასაკში

თამარ რუხაძე, სალმე ღლონტი.

ბსუ განათლებისა და მეცნიერებათა ფაკულტეტი, კლინიკური თერაპიის დეპარტამენტი
ქ. ბათუმის რესპუბლიკური კლინიკური საავადმყოფო კლინიკა „პარაცელსი“.

პრობლემის აქტუალობა:

პუბერტატული, ანუ სქესობრივი მომწიფების პერიოდი ადამიანის ონტოგენეზის საკვანძო, კრიტიკული პერიოდია. ზრდასრული ადამიანის ჩამოყალიბებაში წამყვანი როლი მიუძღვის ენდოკრინული, სასქესო და ვეგეტატიური სისტემების ჯანსაღ ფუნქციონირებას. გოგონებში მენსტრუალურ-ოვარიული ფუნქციის დარღვევა ხშირად დაკავშირებულია ენდოკრინული სისტემის დაავადებებთან, რომელთა შორის ყველაზე გავრცელებულია ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგია (61%-96%). მეორე მხრივ, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებებს უჭირავს პირველი ადგილი აჭარაში, როგორც საქართველოს იოდდეფიციტურ რეგიონში, მცხოვრებ ბავშვთა ენდოკრინულ დაავადებებთა შორის, სადაც აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფში დიფუზური არატოქსიური ჩიყვით ავადობის 20%-ზე მეტი რეგისტრირდება.

კვლევის მიზანი:

სუბკლინიკური ჰიპოთირეოზის კლინიკური გამოვლინებების სიმწირისა და თირეოიდული პათოლო-

გიის სიხშირის გათვალისწინებით იოდდეფიციტურ აჭარაში მცხოვრებ ბავშვთა შორის, პუბერტატულ ასაკში მენსტრუალურ-ოვარიული ციკლის დარღვევების მაღალი კორელაციის გამო თირეოიდულ პათოლოგიასთან, კვლევის მიზანია სუბკლინიკური ჰიპოთირეოზის გავრცელების შესწავლა ქ. ბათუმში მცხოვრებ პუბერტული ასაკის გოგონებში.

მასალა და მეთოდები:

გამოკვლეული იყო ქ. ბათუმში მცხოვრები 11-დან 15 წლამდე ასაკის 112 გოგონა. მათ უტარდებოდათ ფარისებრი ჯირკვლის ექოსკოპია მაღალმგრძობიარე (7, 5MHz) ხაზოვანი ტრანსდუსერით ფარისებრი ჯირკვლის მოცულობის განსაზღვრით და ექოსტრუქტურის შესწავლით საერთოდ მიღებული მათოლიკით (Acuson X300, Siemens). ყველა გამოკვლეულს სისხლის შრატში განესაზღვრა თირეოტროპული ჰორმონი (TSH), თავისუფალი თიროქსინი (fT4) და ანტისხეულები თიროიდპეროქსიდაზას მიმართ (AT-TPO) მაღალმგრძობიარე მეთოდით იმუნოფერმენტულ ანალიზატორზე Bio Tek EL 301 (USA) სტანდარტული ნაკრების RADIM (იტა-

ლია) გამოყენებით. ნორმის საზღვრები: TSH 0,4–4,1 IU/ml ; fT4 0,8–2,0 Ng/dl ; AT-TPO <40 U/ml. მიღებული შედეგების სტატისტიკური დამუშავება ხორციელდებოდა სტიუდენტის კრიტერიუმების გამოყენებით, სარწმუნოების კოეფიციენტი $p < 0,05$.

შედეგები:

პაციენტები ($n=122$) გაყოფილი იყო 2 ჯგუფად. პირველ ჯგუფში ($n=54$) შევიდა გოგონები მენსტრუალურ-ოვარული ციკლის დარღვევის გარეშე, მეორე ჯგუფში ($n=68$) – მენსტრუალურ-ოვარული ციკლის დარღვევით. ფარისებრი ჯირკვლის ექოსკოპიური გამოკვლევით პირველ ჯგუფში თირეოიდული პათოლოგია გამოვლინდა 54-დან 12 გოგონას, (22%), მათგან 10 შემთხვევა – დიფუზური ჩიყვი (83%), ხოლო 2 – ფოკალური აუტოიმუნური თირეოიდიტი (17%). გამოკვლეულთა ამ ჯგუფში ფარისებრი ჯირკვლის პორმონების გამოკვლევით ყველა შემთხვევაში გამოვლინდა ეუთირეოზის მდგომარეობა (TSH-ის საშუალო დონე შეადგენდა 1,32 IU/ml; fT4-ისა 1,21 Ng/dl). ეუთირეოზის ფონზე AT-TPO-ს დონის მომატება 150 U/ml- მდე გამოვლინდა აუტოიმუნური თირეოიდიტის ულტრაბგერითი სურათის მქონე ერთ გოგონას. მეორე ჯგუფში ულტრაბგერითი გამოკვლევით ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგია გამოვლინდა 68-დან 29 გოგონას, რამაც შეადგინა 41% ($p < 0,05$). ამ ჯგუფშიც ჭარბობდა დიფუზური ჩიყვი – 29-დან 22 გოგონას (76%), 7 მათგანს გამოვლინდა აუტოიმუნური თირეოიდიტი (24%). მეორე ჯგუფში პორმონალური სტატუსის შესწავლით ეუთირეოზი (TSH-ის საშუალო დონით 1,53 IU/ml; fT4-ის საშუალო დონით 1,20 Ng/dl) გამოვლინდა 69-დან 47 გოგონას (69%, $p < 0,05$); 6 შემთხვევაში გამოვლინდა მინიმალური თირეოიდული უკმარი-

ლობა (TSH -ის საშუალო დონე 3,1 IU/ml; fT4–1,1 Ng/dl); 12 შემთხვევაში (17%) – სუბკლინიკური ჰიპოთირეოზი (TSH-ის საშუალო დონე 5,6 IU/ml; fT4–0,99 Ng/dl); 3 შემთხვევაში (5%) მანიფესტური ჰიპოთირეოზი (TSH-ის საშუალო დონე 9,8 IU/ml; fT4–0,75 Ng/dl). გოგონებს მინიმალური თირეოიდული უკმარისობით ექოსკოპიურად აღენიშნებოდათ დიფუზური ჩიყვი. სუბკლინიკური ჰიპოთირეოზი ექოსკოპიურად კორელირებდა დიფუზურ ჩიყვთან 10 შემთხვევაში, 2 შემთხვევაში – აუტოიმუნურ თირეოიდიტთან. მანიფესტური ჰიპოთირეოზის 3 შემთხვევაში ყველა პაციენტს ექოსკოპიური სურათი შეესაბამებოდა აუტოიმუნურ თირეოიდიტს. თირეოიდპეროქსიდაზას მიმართ ანტისხეულების ტიტრი ზომიერად მომატებული (საშუალოდ 52 U/ml-მდე) იყო სუბკლინიკური ჰიპოთირეოზის ჯგუფში. მნიშვნელოვანი მომატება (საშუალოდ 198 U/ml-მდე) მანიფესტური ჰიპოთირეოზის ჯგუფში.

მსჯელობა და დასკვნები:

ჩატარებულმა გამოკვლევამ გამოავლინა ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის სუბკლინიკური და მანიფესტური დარღვევებით მიმდინარე პათოლოგიის სისხირის სარწმუნო მომატება ქ. ბათუმში მცხოვრებ პუბერტატული ასაკის მენსტრუალურ-ოვარული ციკლის დაღვევების მქონე გოგონებში, მიუხედავად საქართველოში მიმდინარე მასიური, უალტერნატიული იოდირებული მარილით მომარაგებისა. ამ გამოკვლევის შედეგები მეტყველებს იმაზე, რომ პუბერტატული ასაკის გოგონები საჭიროებენ მეტ ყურადღებას პედიატრებისა, ენდოკრინოლოგებისა და გინეკოლოგების მხრიდან ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის გამოსავლენად, განსაკუთრებით მენსტრუალურ-ოვარული ციკლის დარღვევების დროს.

რეზიუმე

ბათუმში სუბკლინიკური ჰიპოთირეოზის გავრცელება პუბერტულ ასაკში

თ. რუხაძე, შ. გლონტი.

ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელმწიფო უნივერსიტეტის კლინიკური თერაპიის დეპარტამენტი
ბათუმის რესპუბლიკური კლინიკური საავადმყოფო კლინიკა “პარაცელსი”

მიზანი: ბათუმში სუბკლინიკური ჰიპოთირეოზის გავრცელება პუბერტულ ასაკში შესწავლა
მეთოდები: გამოვიკვლიეთ 112 ბათუმში მცხოვრები გოგო (11-დან 15 წლამდე). მათ ულტრაბგერითი კვლევა ჩატარდა. დადგინდა TSH, FT4 და AT-TPO-ს დონე სისხლში.

დასკვნა: გამოკვლევამ ცხადყო, რომ პათოლოგიის (ფარისებრი ჯირკვლის სუბკლინიკური და მანიფესტური ფუნქციის მოშლა) სიხშირე იზრდება პუბერტული ასაკის გოგონებში ბათუმში.

SUMMARY

SPREADING OF SUBCLINICAL HYPOTHYREOSIS IN PUBERTAL AGE IN BATUMI

T. RUKHADZE; S. GLONTI.

Batumi Shota Rustaveli state university's clinical therapy department Batumi republic clinical hospital clinic "Paracels"

Aim of the research: aim of the research is to study spreading of subclinical hypothyreosis in pubertal aged girls living in Batumi.

Material and methods: in the research was examined 112 girls living in Batumi aging from 11 to 15. They were examined by ultrasound examination of thyroid. TSH, FT4 and AT-TPO was defined in each of the examined girl's blood serum.

Conclusions: the research showed reliable growth of pathology due to subclinical and manifestal function's disorder of thyroid in pubertal aged girls living in Batumi.

ბავშვთა პარაზიტული დაავადებები და ასაკი

PARASITIC DISEASES OF CHILDREN AND AGES

დ. ცხომელიძე, ი. ხაბეიშვილი, დ. ჩახუნაშვილი, ბ. ჯანელიძე, მ. კუტია,
თ. ქასრაშვილი, ნ. ნიშნიანიძე (თსსუ)
D. TSKHOMELIDZE, IR. KHABEISVILI, D. CHAKHUNASHVILI, B. JANELIDZE,
M. KUTSIA, T. KASRASHVILI, N. NISHNIANIDZE (TSMU)



როგორც ცნობილია პარაზიტები და მათ მიერ გამოწვეული დაავადებების მეტი წილი განსაკუთრებით მგრძობიარეა ადამიანთა და ცხოველთა გარკვეული ასაკობრივი ჯგუფების მიმართ. ამ მხრივ განსაკუთრებით გამოირჩევიან ბავშვები და ცხოველთა ნაშიერები, რომელთა შორისაც დასნებოვნებისა და დაავადების მიმდინარეობის ასაკი მკვეთრად ლიმიტირებულია და არც თუ ისე იშვიათად ფატალურად მთავრდება (ასე მაგალითად, აშშ-ში Toxocara Canis -ით ძაღლის ლეიკოციტებისა და კნუტების საკმაოდ დიდი რაოდენობა არის ინფიცირებული. ამ ჭიის სასიცოცხლო ციკლი სრულყოფილია მხოლოდ ლეიკოციტებში, მაშინ როდესაც ზრდასრულ ძაღლებში მეორე სტადიის ლარვა განიცდის ინციტირებას სხვადასხვა ქსოვილებში. ორსულ მდედრებში ლარვები შეიძლება გააქტიურდნენ, გავიდნენ პლანცენტაში და შეიჭრან ნაყოფში, სადაც ხდება მათი სასიცოცხლო ციკლის დასრულება. ბავშვების მჭიდრო კონტაქტი ლეიკოციტებთან ფაქტიურად ხშირად მოიხსენიება როგორც პარაზიტული დაავადების გადაცემის ფაქტორი და მეტწილად სწორედ ბავშვები არიან ამ დაავადებით დასნებოვნებულნი(1) სხვა პარაზიტული ჭია Strongyloides Fuelleborni აღწერილი იქნა პაპუა ახალ გვინეასა და საჰარის ქვემოთ მდებარე აფრიკულ ქვეყნებში. მას ახასიათებს დაავადების გამოწვევის განსაკუთრებული მიდრეკილება ძირითადად მხოლოდ 4 წლამდე ასაკის ბავშვების მიმართ, რომელიც საკმაოდ ხშირად ფატალური შედეგით მთავრდება. ამ დაავადებას სხვანაირად ჰქვია "გაბერილი მუცლის სინდრომი" და მის წყაროდ მიჩნეულია დედის რძე. (2)

საქართველოში გავრცელებულია ვისცერული ლეიშმანიოზი, რომლითაც ძირითადად ავადდებიან 2-4 წლის ბავშვები, თუმცა დაავადებამ მნიშვნელოვნად მოიმატა 1996 წლიდან მოზრდილი ასაკის პოპულაციაში. აგრეთვე გაიზარდა ვისცერული ლეიშმანიოზის გამოვლენის სიხშირე სპეციფიკური მკურნალობის ჩატარებიდან 1-4 თვის შემდეგ(3) ასევე საინტერესოა ის მოვლენა რომ 2004 წლამდე ჩვენს ქვეყანაში ვისცერული ლეიშმანიოზი დაფიქსირებული იყო მხოლოდ აღმოსავლეთ საქართველოში რეგიონებში, მაგრამ 2004 წლიდან იგი დაფიქსირდა ქუთაისშიც(-საფინხის მიკროკერა) 2004 წლიდან დღემდე ქუთაისში აღრიცხულია ვისცერული ლეიშმანიოზის 17 შემთხვევა. დაინვაზირებულთა ამ რაოდენობიდან ექვსი თვიდან ორ წლამდე ასაკის იყო 7 ბავშვი, ხოლო 2-5 წლის ასაკი 5 ბავშვი, და 20-დან 54 წლამდე 5 ავადმყოფი (3)

ჩვენი ჯგუფის მიერ დაფიქსირდა კანის ლეიშმანიოზის 4 შემთხვევა, მათ შორის ერთი ქალაქ ქუთაისში. დაავადებულთა ასაკი 16-დან 44 წლამდე მერყეობდა და რაც ყველაზე საოცარია მათგან მხოლოდ ერთმა იცოდა რომ იგი კანის ლეიშმანიოზით იყო დაავადებული. ასაკი ამ შემთხვევაში არ თამაშობდა გადამწყვეტ როლს.

1911 წლის 10 ივლისს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ბიოლოგიისა და პარაზიტოლოგიის დეპარტამენტისა (ხელმძღვანელი პროფ. ნ. ხვიციანი) და სტუდენტთა თვითმართველობის ინიციატივით ჩატარდა, ლეიშმანიოზის საწინააღმდეგო შემცენებითი აქცია კუს ტბის მიდამოებში, სადაც სპეციალისტების მიერ აღსნა-განმარტებითი საუბრები მიეძღვნა ლეიშმანიოზით დაავადებისა და საჭირო დაცვითი ღონისძიებების საკითხებს (4)

In the United States, a high percentage of puppies and kittens are infected with *Toxocara Canis*. The life cycle of *T. canis* appears to be completed only in puppies. In adult dogs the second-stage larva encysts in various tissues. In pregnant bitches, these larvae can become active and migrate across the placenta, infecting the fetal pup, where the life cycle is completed. At the same time the close association of young children with their pets has been cited frequently as a factor in the transmission of parasitic disease. Hence, it is not surprising that this segment of the population is the most vulnerable to this diseases.

Strongyloides felleborni is a species causing human strongyloidiasis, which has been described from Papua new Guinea and sub-Sahara Africa. This species has a predilection for young children under 4 years of age, causing a frequently fetal condition known as swollen belly syndrome (SBS). The source of the infective larva is believed to be mother's milk.

In areas with animal reservoirs, such as the Mediterranean Basin, visceral Leishmaniasis mainly affects children of 1 to 4 years of age; it is caused mainly by *L. infantum*, transmitted by phlebotomine sandflies, and dogs are the most important reservoir. In Georgia the first peak increasing of decease registered 1952-63 years, second from 1996 years, when it has been going today. and Leishmaniasis mainly affects children from 5 months up to 4 or 5 years.

The babies who are more than 4 or 5 years mostly have more developed immunity against *Strongyloides Felleborni*, *P. falciparum*, *L. Infantum* and so on, but for other diseases which were caused for example by *Dipylidium Caninum* most human infections are in children younger than 8 years, with a high percentage falling in the under -6 months. What is going on with immunity of baby, what

kind of changes occurs up to 4- 5 years and why these limited ages underline so difference between infected and uninfected children. At the same time Georgian Scientists established 17 cases of VL in non-endemic regions (Kutaisi) where mostly were affected by VL children from 6 months up to 2 years

ლიტერატურა:

1. Burton J. Bogitsh. Clint E. Thomas, N. Oeltman-Human Parasitology; Third edition- 2005, P - 265, 278, 353-354

2. ნ. ხვიციანი, ე. მჭედლიშვილი, ნ. ყურაშვილი-სამედიცინო პარაზიტოლოგია-2011 ; გვ. 152, 180

3. ნ. კოკია, ხ. მელია, მ. მანჯგალაძე, რ. ბურდილაძე-ვისცერული ლეიშმანიოზის მკურნალობისა და ეპიდემიოლოგიის ახალი მონაცემები -

პარაზიტოლოგიის აქტუალური პრობლემები საქართველოში-2011, გვ 57-62

4. გ. ნამორაძე, ც. დიღებაშვილი, ლ. ფირცხელაშვილი- "ქ. თბილისში პარაზიტულ დაავადებათა გავრცელების დინამიკა"

პარაზიტოლოგიის აქტუალური პრობლემები საქართველოში-2011, გვ 62-70

რეზიუმე

„ბავშვთა პარაზიტული დაავადებები და ასაკი“

დ. ცხომელიძე, ი. ხაბეიშვილი, დ. ჩახუნაშვილი, ბ. ჯანელიძე,
მ. კუსტია, თ. კასრაშვილი, ნ. ნიშნიანიძე (თსუ)

საქართველოში გავრცელებულია ვისცერული ლეიშმანიოზი, რომლითაც ძირითადად ავადდებიან 2-4 წლის ბავშვები, თუმცა დაავადებამ მნიშვნელოვნად მოიმატა 1996 წლიდან მოზრდილი ასაკის პოპულაციაში. საინტერესოა ის ფაქტიც, რომ საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში ჩატარებული კვლევების შედეგად, ეს დაავადებები დაფიქსირდა 6 თვიდან 2 წლამდე ბავშვებშიც.

SUMMARY

“PARASITIC DISEASES OF CHILDREN AND AGES”

D. TSKHOMELIDZE, IR. KHABEISVILI, D. CHAKHUNASHVILI, B. JANELIDZE,
M. KUTSIA, T. KASRASHVILI, N. NISHNIANIDZE (TSMU)

Visceral Leishmaniasis is very popular disease in Georgia, which infects children from 2 up to 4 years. Although, since 1996 the number of infected adult people has increased. There's one more interesting fact about this disease; after researches done in the different regions of Georgia, Visceral Leishmaniasis was detected in children from 6 months up to 2 years.

ნოზოკომიური ინფექციები – თანამედროვე პედიატრიის ინოვაციური პრობლემა

თამარ მახარაძე –
„ბავშვთა ახალი კლინიკის“ ინფექციური კონტროლის სპეციალისტი

საავადმყოფოსშიგა ინფექციები თანამედროვე მედიცინის მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს. მათ **ნოზოკომიური** ინფექციების სახელწოდებითაც იცნობენ, რადგან ინფექციების წარმოშობა - დაკავშირებულია სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებთან. ჰოსპიტალური ინფექციების სახელწოდებით ცნობილია ყველა ინფექცია, რომელიც არ აღენიშნებოდა პაციენტს საავადმყოფოში შემოსვლამდე და არც ამ ინფექციის ინკუბაციურ პერიოდში იმყოფებოდა. ეს შეიძლება იყოს ე. წ. ტრადიციული ინფექციური დაავადებები (კლასიკური ინფექციური დაავადებები) და არატრადიციული ინფექციური დაავადებები (მაგალითად, ჩირქოვან-ანთებითი ან სეპტიკური ინფექციები), რომლებიც ვლინდებიან სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში ან სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ გახანგრძლივებული ინკუბაციური პერიოდის გამო (მაგალითად, ინპლანტატის გადანერგვის შემდეგ, ვირუსული ჰეპატიტების დროს). ხანგრძლივი დროის მანძილზე, საავადმყოფოსშიგა ინფექციებზე ითვლებოდა მხოლოდ ის შემთხვევები, როდესაც ხდებოდა პაციენტების დაინფიცირება სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში. ამჟამად ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (იხილეთ ს. შ. ი-ს მიეკუთვნება სამედიცინო პერსონალის დაავადებებიც, რომლებიც მათ დაემართათ თავიანთი პროფესიული საქმიანობისას. რაც შეეხება სტატისტიკურ მონაცემებს, მსოფლიოში დროის ნებისმიერ მონაკვეთში დაახლოებით 1,4 მილიონზე მეტი ადამიანი დაავადებულია ნოზოკომიური ინფექციებით. განვითარებულ ქვეყნებში თანამედროვე ტიპის საავადმყოფოებში მოთავსებული პაციენტების 5-დან 10%-მდე ავადდება ერთი ან მეტი ინფექციით. სხვადასხვა მონაცემებით, განვითარებად ქვეყნებში ეს რიცხვი 2-20 - ჯერ უფრო მაღალია. აშშ-ში ყოველი 136 ჰოსპიტალიზებული პაციენტიდან 1 მიმდებარე ავადდება საავადმყოფოსშიგა ინფექციის გამო, რაც წლის განმავლობაში შეესაბამება 2 მილიონ შემთხვევასა და დაახლოებით 80000 სიკვდილს. ყოველწლიურად, ინგლისში ნოზოკომიური ინფექციების 100000 შემთხვევიდან 5000

ლეტალურად მთავრდება.

2005 წლის 13 ოქტომბერს **ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პაციენტთა უსაფრთხოების მსოფლიო ალიანსმა** წამოიწყო

საერთაშორისო მოძრაობა დევიზით **“სუფთა მკურნალობა – უსაფრთხო მკურნალობა”**, რომლის მოქმედების 5 ძირითად

არედიკანსაზღვრავს: **სუფთა ხელები, სუფთა პრაქტიკა, სუფთა პროდექტები, სუფთა**

გარემო, **სუფთა** აღჭურვილობა.

2006 წლის 5 მაისს **პაციენტთა უსაფრთხოების საქართველოს ალიანსმა** მიიღო

ინფექციური კონტროლის მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის

გადაწყვეტილება დევიზით - **“საქართველო მალე შეიძლება ანტიბიოტიკის გარეშე**

დარჩეს!” განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო შემდეგ საკითხებს:

პერიოპერაციული ანტიბიოტიკური პროფილაქტიკა, რაციონალური ანტიბიოტიკური

თერაპია, ხელების ჰიგიენის გაუმჯობესება და ინფექციური კონტროლის

ეროვნული რეკომენდაციების შექმნა.

2006 წლის 3 ივლისს საქართველო შეუერთდა საერთაშორისო მოძრაობას **“სუფთა**

მკურნალობა – უსაფრთხო მკურნალობა” და აღებულ იქნა ქვეყანაში

ნოზოკომიური ინფექციების დაძლევის ხელშეწყობის ვალდებულება.

სწორედ ამ მიზნით შ. პ. ს. „ბავშვთა ახალ კლინიკაში“ შეიქმნა ინფექციური კონტროლის სამსახური, რომელიც ეფუძნება გუნდური მუშაობის პრინციპს და მიმართულია ნოზოკომიური ინფექციების წინააღმდეგ საბრძოლველად.

ინფექციური კონტროლი, ეს არის ღონისძიებათა სისტემა, რომელიც ეფუძნება ეპიდემიოლოგიური დიაგნოსტიკის მონაცემებს და მიმართულია სამკურნალო – პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში ინფექციურ დაავადებათა აღმოცენებისა და გავრცელების პროფილაქტიკისთვის.

ყველა სამედიცინო დაწესებულება თავისებურად უნიკალურია (პროფილის, სამედიცინო პერსონალის და პაციენტების მიხედვით), ამიტომ ინფექციური კონტროლის პროგრამა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში უნდა იყოს ადაპტირებული მოცემული დაწესებულების თავისებურებებთან და მოთხოვნებთან. ამასთან, არსებობს რამდენიმე ძირითადი სტრუქტურულ-ფუნქციური კომპონენტი, რომლებიც აუცილებელია ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში ინფექციური კონტროლის სისტემის წარმატებით ფუნქციონირებისათვის.

ინფექციური კონტროლის სამუშაო ჯგუფის მთავარი ფიგურაა ჰოსპიტალური ეპიდემიოლოგი და პროგრამის ძირითადი ამოცანებიც მისი ფუნქციონირებადგინებიდან გამომდინარეობს:

➤ საავადმყოფოსშიგა ინფექციების გამოვლენა და აღრიცხვა;

➤ მათი განვითარების რისკ-ფაქტორების დადგენა და შესაბამისი პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება;

➤ მედ. პერსონალისა და პაციენტებისათვის ჰიგიენური საკითხების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება;

➤ დეზინფექციასა და სტერილიზაციაზე კონტროლი;

➤ ბრძანებების მიხედვით ეპიდემიოლოგიური სტანდარტებისა და ნორმების შესრულებაზე კონტროლი და მათი დარღვევის თავიდან აცილება;

➤ მოპოვებული ინფორმაციის ანალიზი და დასკვნების გაკეთება.

უკვე შემუშავდა კონკრეტული ნოზოკომიური ინფექციების განმარტებები (საშარდე სისტემის, სისხლის და სხვა ინფექციების), რომლებიც არის შემუშავებული აშშ-ს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის (CDC-ის) მიერ, საერთაშორისო კონფერენციებზე და გამოიყენება ნოზოკომიური ინფექციების სამეთვალყურეოდ. როგორც ზემოთ აღნიშნულ, პრაქტიკულად ყველა ქვეყანაში საავადმყოფოს შიგნით ინფექციებს ახასიათებთ ზრდის ტენდენცია, რაც რამდენიმე ფაქტორით არის განპირობებული:

• ინვაზიური (დამაზიანებელი დაშლადი) სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მანიპულაციების მკვეთრი ზრდა;

• იმუნოდეპრესანტების და ანტიბიოტიკების ფართოდ, ხშირად უკონტროლოდ გამოყენება და აქედან გამომდინარე საავადმყოფოებში მიკროორგანიზმთა ანტიბიოტიკორეზისტენტული შტამების მკვეთრი ზრდა;

• ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა სტრუქტურის გარკვეული ცვლილებები (ხანშიშესულ პირთა, დასუსტებული ბავშვების და ისეთი პაციენტების ხვედრითი წილის ზრდა, რომლებიც დაავადებულნი არიან ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადებებით)

საავადმყოფოს შიგნით ინფექციების ეტიოლოგიური სტრუქტურა საკმაოდ მრავალფეროვანია, მათ შორის გვხვდება ბაქტერიები, ვირუსები, უმარტივესები, სოკოები. თუმცა შემთხვევათა თითქმის 90% ბაქტერიებზე მოდის. პირობითად გამოიწვევები ორ დიდ ჯგუფად შეიძლება დავყოთ:

1. ადამიანის ობლიგატური პათოგენური მიკროორგანიზმები;
2. ადამიანის პირობით-პათოგენური მიკროორგანიზმები.

პირველ ჯგუფში შედის „ტრადიციული“ (კლასიკური) ინფექციების, მაგალითად სასუნთქი გზების ინფექციების გამომწვევები (წითელა, წითურა, დიფთერია, ქუნთრუშა, ყბაყურა), ნაწლავთა ინფექციების გამომწვევები, (სალმონელოზი, შიგელოზი, ჰეპატიტი), საფარი ქსოვილის ინფექციების გამომწვევები (B და C ჰეპატიტები), და ა. შ. ამ დაავადებების თანდართვა საგრძობლად ამძიმებს ძირითადი დაავადებების მიმდინარეობას, განსაკუთრებით ბავშვთა საავადმყოფოებში და სამშობიარო სახლებში. ამ ჯგუფის დაავადებებზე მთლიანობაში მოდის მთელი ჰოსპიტალური ინფექციების დაახლოებით 15-20%. მეორე ჯგუფში, რომლებზეც მოდის მთელი შემთხვევების 80-85%, შედის დაავადებები, რომელთაც პირობით პათოგენური მიკროორგანიზმები იწვევენ. ეს ჯგუფი წარმოდგენილია სხვადასხვა ეტიოლოგიის და კლინიკური მიმ-

დინარეობის მქონე ინფექციური დაავადებებით, რომლებიც მიზეზ-შედეგობრივ კავშირშია სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ პროცესებთან. ამ დაავადებათა სტრუქტურაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავიათ ჩირქოვან-ანთებით (ჩირქოვან-სეპტიურ) დაავადებებს, რომლებიც ხასიათდებიან ლოკალური ანთებითი პროცესებით, რომელიც შეიძლება დაჩირქდეს, და რომელთაც აქვთ მიდრეკილება გენერალიზაციისადმი და სეფსისის განვითარებისადმი. გამომწვევებიდან დომინირებს სტაფილოკოკები, სტრეპტოკოკები, გრამუარყოფითი ბაქტერიები (ნაწლავის ჩხირი, კლებსიელები, პროტეუსი, სერაციები და სხვა). ეტიოლოგიური სტრუქტურა დროში შეიძლება საგრძობლად შეიცვალოს. მაგალითად ბოლო წლებში იზრდება გრამუარყოფითი ბაქტერიების და მცირდება გრამდადებითი ბაქტერიების როლი ჰოსპიტალურ პათოლოგიაში. საინტერესოა თუ როგორია სხვადასხვა პათოლოგიის ხვედრითი წილი ჰოსპიტალურ ინფექციებში. ამერიკელთა მონაცემებით მათ ქვეყანაში ს. შ. ი. -ის 29% მოდის ქირურგიული ჭრილობების ინფექციებზე. ყველაზე მეტი 45%-შარდსასქესო ტრაქტის ინფექციებზე, 19%-პნევმონიებზე. ლეტალობის ყველაზე დიდ საფრთხეს სწორედ პნევმონიები ქმნიან, რომლებიც ხშირად ვითარდება რეანიმაციულ, ინტენსიური თერაპიის, ქირურგიულ განყოფილებებში. დანარჩენი ინფექციების ხვედრითი წილი დიდი არ არის და 6-7%-ს შეადგენს. ამასთან უნდა აღინიშნოს, რომ ჰოსპიტალური ინფექციების მკურნალობასა და პროფილაქტიკაზე დახარჯული თანხების 42%-ს შთანთქავენ ჭრილობის ინფექციები. პნევმონიებს მეორე ადგილი უკავიათ-39%. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, საქართველოში აღნიშნული პარობლემა არასაკმაღარისადაა აღიარებული. საავადმყოფოების პერსონალის უმრავლესობას არ გააჩნია შესაბამისი ცოდნა ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლისა და მართვის საკითხებზე. ანტიბიოტიკების გამოყენება ხშირად ხდება უკონტროლოდ და დაუსაბუთებლად. კლინიკების უმრავლესობაში არ ფუნქციონირებს ინფექციური კონტროლის სისტემა. უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე ჩატარდა რამდენიმე მცირე მასშტაბის კვლევა, რომელთა შედეგებიც ნათლად აჩვენებენ საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში ნოზოკომიური ინფექციების მნიშვნელოვან ტვირთს და მულტირეზისტენტული მიკროორგანიზმების მაღალგავრცელებას. იმისათვის, რომ ქვეყნის მასშტაბით მივაღწიოთ გარკვეულ შედეგს, საჭიროა თითოეულმა სამედიცინო მუშაკმა დაინახოს და გაათავიონობიეროს ამ საკითხის პრობლემურობა და აქტუალობა, მონაწილეობა მიიღოს და ხელი შეუწყოს ინფექციური კონტროლის პროგრამის მუშაობას და ამით თავისი მცირე წვლილი შეიტანოს მეტად მნიშვნელოვან საკაცობრიო საკითხში.

გამოყენებული ლიტერატურა:
2nd Edition AIHA Infection Control Manual
„ ინფექციური კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში” – გაილდაინი

რეზიუმე

ნოსოკომიური ინფექციები – თანამედროვე მედიცინის მნიშვნელოვანი პრობლემა

თ. მახარაძე –

„ბავშვთა ახალი კლინიკის“ ინფექციური კონტროლის სპეციალისტი

პრობლემა: საავადმყოფოში ინფექციები თანამედროვე მედიცინის მნიშვნელოვანი პრობლემას წარმოადგენს მათ შორის საქართველოშიც.

მიზანი: კლინიკებში ნოსოკომიური ინფექციების პრევენცია

დასკვნა: იმისათვის, რომ ქვეყნის მასშტაბით მივალწიოთ გარკვეულ შედეგს, საჭიროა თითოეულმა სამედიცინო მუშაკმა დაინახოს და გაათავისუფლოს ამ საკითხის პრობლემურობა და აქტუალობა, მონაწილეობა მიიღოს და ხელი შეუწყოს ინფექციური კონტროლის პროგრამის მუშაობას და ამით თავისი მცირე წვლილი შეიტანოს მეტად მნიშვნელოვან საკაცობრიო საკითხში

SUMMARY

NOSOCOMIAL INFECTIONS – THE ONE OF THE MAIN PROBLEMS IN MODERN MEDICINE

T. Makhharadze – Specialist of Infection Control specialist “Children’s New Hospital”

Problem: Nosocomial infections is one of the main problems in Georgian medical field as well.

Purpose: Prevention of Nosocomial Infections in Clinics

Conclusion: In order to reach some progress all over the state, each medical worker should understand and realize the problem’s actuality, assist and take part in infection control program and make the change in the subject themselves.

ნავლის მიერი პათოლოგიური სინდრომები

რუსუღან ჯაში

მედიცინის დოქტორი, კლინიკური ფარმაკოლოგიისა და რაციონალური ფარმაკოთერაპიის ხელშეწყობის კავშირი - „უპირველესია, არ ავნო“, ევრომეცნიერების საქართველოს სექციის ფარმაკოლოგიის დეპარტამენტი

მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება შესაძლებელია მხოლოდ მათი რაციონალური მოხმარების შემთხვევაში, როგორც ჯანდაცვის პროფესიონალების, ასევე საზოგადოების მიერ. სამკურნალო საშუალებების არარაციონალურ გამოყენებას მივეყვართ ჯანმრთელობის გაუარესებისაკენ, გვერდითი მოვლენების სისშირის მატებისკენ და შესაბამისად ჯანდაცვის ხარჯების ზრდასთან

მედიკამენტების რაციონალური გამოყენება ბევრად და მოკიდებული წამლების გვერდითი ეფექტების და არასასურველი შედეგების გათვალისწინებაზე. როგორც იუტას შტატის (აშშ) საუნივერსიტეტო კლინიკის ბაზაზე ჩატარებული გამოკვლევით დადგინდა, ფარმაკოლოგიური საშუალებების გამოყენების შედეგად 22000 ავადმყოფიდან 2,43%-ს არასასურველი შედეგები გამოუვლინდა. სიკვდილიანობამ ამ ჯგუფში შეადგინა 3,5% დანარჩენი 1%-ის წინააღმდეგ. ამის გარდა, საავადმყოფოში დაყოვნება

იყო 1,5-2-ჯერ უფრო ხანგრძლივი. გარდა იმისა, რომ მოთიანობაში აშშ-ში ესციფური მოიცავს დაახლოებით 14000 გარდაცვლილს წელიწადში და მასთან დაკავშირებულ ეკონომიკურ დანაკარგებსაც, რაც უტოლდება გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებით განპირობებულ დანაკარგებს.

წამალთა გვერდითი მოვლენების გამო პაციენტების ჯანმრთელობისათვის მიყენებული ზიანი გარდა იმისა, რომ სერიოზულ სამედიცინო ჩარევას საჭიროებს, ასევე მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწევს საავადმყოფოებს. ზოგიერთ ქვეყანაში მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების შედეგად მიღებული კლინიკური გართულებების აღმოსაფხვრელად საავადმყოფოს ბიუჯეტის 15-20% იხარჯება.

რამდენიმე ათწლეული დასჭირდა იმის გაგებას, რომ ასპირინი აზიანებს კუჭ-ნაწლავის სისტემას, ამილოპირინი შეიძლება აგრანულოციტოზის მიზეზი გახდეს, ფენაცეტინის ხანგრძლივმა მიღებამ კი შეიძლება თირკმლის აპილარული ნეკრო-

ზი გამოიწვიოს, ასევე რამდენიმე წელმა განვლო სანამ ფოკომელიას ტალიდომიდით მკურნალობასთან დაკავშირებდნენ.

განვითარებულ ქვეყნებში გვერდით მოვლენებზე სათანადო ორგანიზებისათვის ინფორმაციის მიწოდება განისაზღვრება კანონით, რომლის თანახმადც ყველა სუბიექტი, რომელიც მედიკამენტების გამოყენებისას დააფიქსირებენ გვერდით ეფექტს, ვალდებული არის აცნობოს ფარმაკოზედამხედველობის ფედერალურ და რეგიონალურ ორგანოებს.

ამისგარდა, არ შეტყობინების შემთხვევაში კანონი ითვალისწინებს დისციპლინარულ, ადმინისტრაციულ, სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობებსაც.

გვერდითი რეაქცია – ეს არის ნებისმიერი არასასურველი ან გაუთვალისწინებელი რეაქცია წამალზე, რომელიც, როგორც წესი, საჭიროებს დამატებით მკურნალობას ან მკურნალობის ტაქტიკის შეცვლას.

პათოგენეზის მიხედვით მედიკამენტების ურთიერთქმედებით გამოწვეული გვერდითი რეაქციები იყოფა: ფარმაკოდინამიკურ, ტოქსიკურ, ალერგიულ, ფსევდო-ალერგიულ, იდიოსინკრაზიულ, მეორად (სუპერინფექცია) და მოხსნის სინდრომებად

სიმძიმის მიხედვით გვერდითი რეაქციები იყოფა:

1. ფატალური – მოითხოვს რეანიმაციულ ღონისძიებებს – მიიმე ანაფილაქსიური შოკი
2. მიიმე – მოითხოვს ინტენსიურ თერაპიას – მორგან ადამს-ტოქსის სინდრომი, ლაიელას-სინდრომი)
3. საშუალო სიმძიმის – მოითხოვს მედიკამენტების შეცვლას და სპეციალური თერაპიის ჩატარებას)
4. მსუბუქი – არმოითხოვს პრეპარატის შეცვლას, გაივლის თავის-თავად ან დროის შემცირების შემდეგ.

გვერდითი მოვლენების განვითარების ხასიათის მიხედვით რეაქცია შეიძლება იყოს:

A ტიპის-დოზა დამოკიდებული, განსაზღვრული (ფარმაკოდინამიკური, ფსევდალერგიული, ტოქსიკური, მეორადი, მოხსნის სინდრომი, მედიკამენტების ურთიერთქმედება)

B ტიპის-დოზა დამოკიდებული, გაუთვალისწინებელი - (ალერგიული, იდიოსინკრაზიული)

გვერდითი მოვლენების კავშირი გამოიყენებულ მედიკამენტთან შეიძლება იყოს:

განსაზღვრული – როცა რეაქცია მუდავნდება მედიკამენტის მიღებიდან მკაცრად განსაზღვრული პერიოდის შემდეგ და ასევე მისი განმეორებითი მიღების შემდეგაც.

შავარაუდო – როცა რეაქცია გამოქვამდა მედიკამენტის მიღების შემდეგ და ვერ იქნებოდა გამოწვეული სხვა პრეპარატის მიერ ან გვერდითი მოვლენები ქრება პრეპარატის მიღების შეწყვეტის შემდეგ.

შესაძლებელი – როცა რეაქცია მუდავნდება პრეპარატის მიღებასთან მკაცრად განსაზღვრული მოსალოდნელი კავშირის გარეშე და შესაძლებელია ჰქონდეს სხვა ეტიმოლოგია, რაც არ არის დაკავშირებული მოცემული მედიკამენტის მოქმედებასთან.

საეჭვო – როცა რეაქცია თავს იჩენს შავარაუდოს ხვამიხებით

ვეროკავშირის ქვეყნებისათვის მედიკამენტის მიღებასა და გვერდითი რეაქციას შორის მიზეზ-შე-

დეგობრივი კავშირის შესაფასებლად შემუშავებულ კლასიფიკაციას უწოდებენ

„ABO სისტემას“, რომლის დროსაც გამოიყოფა წამლის მიღებასა და გვერდითი რეაქციას შორის ურთიერთკავშირის მტკიცებულების მხოლოდ სამი ხარისხი

A - შეტყობინება შეიცავს საკმარის მტკიცებულებას მიზეზ-შედეგობრივი კავშირისა იმისათვის, რომ ჩავთვალოთ იგი დამაჯერებლად, საწმუნოდ, მაგრამ არა მაღალი ხარისხის

B - შეტყობინება შეიცავს საკმარის ინფორმაციას, იმისათვის, რომ მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი შესაძლებლად ჩავთვალოთ, ანუ იგი უშუალოდ არ არის და არც შეჭველია, თუმცა ეს კავშირი გარკვეული არ არის და შეიძლება საეჭვოც კი იყოს, (მაგ. არასაკმარისი მტკიცებულების

რითმების გამოყენებით

-პირველი ორი მიდგომის შერწყმით

-ეტიოლოგიურ -დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმების შეფასება

წამალისა და გვერდითი მოვლენების უეჭველი ურთიერთკავშირის განსასაზღვრავად საკმარისად ფართოდ გამოიყენება ნარანჟოს მეთოდი.

ნარანჟოს სკალით 10 კითხვაზე მიღებულ პასუხებზე დაყრდნობით დგინდება წამალი – გვერდითი რეაქციების უეჭველი ურთიერთკავშირის ხარისხის კატეგორიები, როგორცაა:

- დადგენილი (9 დამეტიქულა)
- სავარაუდო (5 – 8 ქულა)
- შესაძლებელი (1 – 4 ქულა)
- საეჭვო (0 დანაკლები)
- ნარანჟოს მეთოდი
- გვერდითი რეაქციები – წამალი ურთიერთკავშირის შეფასებისათვის

შეკითხვა	კი	არა	უცნობია
იყოფა რეაქციის მიზეზი მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც წამალი მიღებული იქნა?	+1	0	0
გვერდითი რეაქცია წარმოიშვა განხილული შემთხვევის მიზეზის შემდეგ?	+2	-1	0
გაუმჯობესდა თუ არა ავადმყოფის მდგომარეობა მედიკამენტის ასპეციური კურირების შემდეგ?	+1	0	0
განახლდა თუ არა გვერდითი რეაქცია მედიკამენტის განმეორებითი მიღების შემდეგ?	+2	-1	0
არის თუ არა სხვა მიზეზი გვერდითი რეაქციისთვის, გარდა მიღებული მედიკამენტისა?	-1	+2	0
იყოფა რეაქცია მედიკამენტის მიღების შემდეგ (ან სხვა სახის მიზეზით)	+1	0	0
ტოქსიკური კონცენტრაციით?			
მოიმატა თუ არა გვერდითი რეაქცია მედიკამენტის დოზის გაზრდის შემდეგ ან თუ მოიკლო გვერდითი რეაქცია მედიკამენტის შემცირების შემდეგ?	+1	0	0
აღნიშნულ შემთხვევაში ავადმყოფი აღრეც		0	0
ანალოგიური რეაქციის იმავანსხვანაირი შემთხვევების მიხედვით იმის დროს?			
იყოფა რეაქცია გვერდითი რეაქციის მიზეზი მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც წამალი მიღებული იქნა?		0	0
აღნიშნულ შემთხვევაში გვერდითი რეაქცია პლაცებოს დანიშნის შემდეგ?	+1		0

ან სხვა გვარი ახსნისათვის მონაცემების არარსებობის გამო.)

0 - შეტყობინება, რომელშიც მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი რაიმე მიზეზების გამო არ ეჭვმიტანილობა შეფასებას (ურთიერთ საწინააღმდეგო მონაცემები ან მათი არარსებობა დასხვა)

ამასთან ვეროკავშირის (ეკ) ქვეყნების უმრავლესობა განაგრძობს საკუთარი ნაციონალური კლასიფიკაციების გამოყენებას მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს განსხვავება ნაციონალურ ცენტრებში გამოყენებულ კლასიფიკაციებს, ჯანმრთელობის დაცვის შორის.

მეთოდური მიდგომების უმრავლესობა პირობითად შეიძლება დაფიქსირდეს შემდეგ ჯგუფებად:

- სუბიექტური შეფასება ექსპერტის (ექსპერტების) მიერ
- სტანდარტული შეფასება სხვადასხვა კითხვარების, ალგო-

გვერდითი რეაქციებისაგან უნდა განვასხვავოთ პრეპარატის გადაჭარბებული დოზით მიღების ნიშნები, რაც განპირობებული შეიძლება იყოს ჭარბი დოზით ან მგრძობელობის მომატებით.

მედიკამენტოზურ საშუალებებზე გვერდითი რეაქციებს შორის გამოყოფენ წამლის მიერ პათოლოგიურ სინდრომებს, როგორცაა: ცნობილი, არაკეთილსაიმედო და ხშირად განმეორებადი რეაქციები.

აღრენერგული კრიზი-სინდრომი ვითარდება მონოამინოქსიდაზის ინჰიბიტორებზე – მალ (მეტამფეტამინი, ჰიდრაზინის ჯგუფი, ტრანილციპრომინი, მაკლობემიდი, ნეალამიდი), ჩვეულებრივ გამოვლინდება პიპერტონული კრიზით, არც თუ იშვიათად – ლეტალური გამოსავლით. როგორც წესი, აღმოცენდება მასონიზიბიტო-

რებისა და ტირამონის შემცველი პროდუქტების (მაგ. ყველი) მიღებისას. ამდროს იმატებს არტერიული წნევა, ჩნდება ქოშინი, ირღვევა გულის რითმი (არითმიები, პარკუჭისთრთოლვა), შეიძლება განვითარდეს სისხლჩაქცევა და ფილტვების შეშუპება. სუბიექტურად გამოვლინდება: შიში, თავისტკივილი, ტაქიკარდია, სისუსტე.

ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი გამოწვეულია ბენზოდიამინების ჯგუფის ტრანკვილიზატორებით (დიაზეპამი, მედაზეპამი, პრომაზეპამი, ლორაზეპამი, ნიტრაზეპამი), თუ მათი დანიშნვა მოხდა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში. სინდრომი კლინიკურად გამოვლინდება ჰიპოტონიით, ჰიპოთერმიით, სუნთქვის დათრგუნვით, ტრემორით, მოუსვენრობით და ახალშობილის კრუნხვებით. იგივე სინდრომი გვხვდება ბავშვებში, რომელთა დედები ჭარბად იღებდნენ ალკოჰოლს ორსულობის დროს.

ამფიტამინური ფსიქოზი-სინდრომი შეიძლება განვითარდეს დეპრესიული მდგომარეობის დროს არაკატექოლამინური სიმპტომიმიტიკებით თერაპიისას (დექსამფეტამინი, მეტამფეტამინი, ბენზამფეტამინი). ამ გზით, მართალია, კატექოლამინებსანთავისუფლებენთავისცნისში, მაგრამ ამავედროულად ხდება ნორადრენალინის და დოფამინერგული რეცეპტორების სტიმულირებაც, რადროსაც ამფეტამინებმა შეიძლება ხელი შეუწყოს მწვავე ტოქსიკური ფსიქოზის განვითარებას მხედველობითი პალუცინაციებით (როგორც წესი, 1-2 ძალიან მაღალი დოზის მიღების შემდეგ). ფსიქოზური სინდრომი ძალიან ჰგავს დეზორიენტაციის ხანმოკლე პერიოდებით მიმდინარე პარანოიდულ შიზოფრენიას. ეს სინდრომი განსაკუთრებით ვლინდება ნარკომაწებში. მხედველობის დარღვევა არის პალუცინაციების განვითარების, აზროვნებისა და სხეულის კავშირის მოშლის (რაც უფრო ნაკლებადაა გამოხატული, ვიდრე შიზოფრენიის დროს) უმთავრესი ფაქტორი. ასევე შეიძლება გამოვლინდეს ათეტოზის მსგავსი სიმპტომები სახისა და ენის არაბუნებრივი მოძრაობების სახით, ზედა და ქვედაკიდურების კრთომა უწყვეტივანმეორებადიგანსაზღვრულიმოძრაობებით.

ანტიკოაგულაციური იდეუსი-(არაქირურგიული მწვავემუცელი) იშვიათი გართულებაა ანტი-

კოაგულანტებით მკურნალობისას. უმთავრესად ამ სინდრომს ახასიათებს რეტროპერიტონიალური სისხლდენები - ხშირად ნაწლავის ინტრამურულიჰემატომები, ზოგჯერ თან ახლავს სისხლჩაქცევები ვისცერალურ პერიტონიუმში.

კლინიკური სინდრომი ძალიან ჰგავს მწვავე აპენდიციტის სინდრომს (ტკივილი მარჯვენა თეძოს ფოსოში, მუცლის ფარის ზომიერი დაჭიმვა და მისი გაღიზიანების ნიშნები).

პულსი გახშირებულია, არც თუ იშვიათად იმატებს ტემპერატურა, განავალი თხელია და შეიცავს სისხლს. ზოგჯერ პალპატორულად ისინჯება სიმკვრივე მარჯვენა თეძოს ფოსოში ნაწლავის კედელ სინფილტრაციის და რეგიონალური ლიმფური კვანძების გადიდების გამო.

არგიროზი უნვითარდებათ პირებს, რომლებიც ხანგრძლივი დროის მანძილზე იღებენ ვერცხლის მარილების შემცველ პრეპარატებს ან დამწვრობის სამკურნალოდ (ვერცხლის სულფაზინი), ან ანტიესპტიკურ და ანთების საწინააღმდეგო საშუალებას, თვალის დაავადების დროს (თვალის წვეთები ვერცხლის ნიტრატით), აგრეთვე კუჭნაწლავის ტრაქტის თვით მკურანალობისას (ვერცხლის ნაყოფების დადნობის, გაღვანიზაციის შედეგად მიღებული კონცენტრირებული ხსნარი). შესაძლებელია დაავადების პროფესიული გენეზი.

მედიკამენტოზური არგიროზი ვლინდება კანის ნაცრისფერი ელფერით, ლორწოვანი გარსების ცისფერია (მეტალორი ვერცხლის შედეგად). როგორც წესი, არგიროზი არ იწვევს ადგილობრივ ანთებით ცვლილებებსა და ზოგად ინტოქსიკაციას, მაგრამ ზოგიერთ ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს ნეფროპათია - ჰიპონატრემიით, ჰიპოკალემიით, ჰიპერქლორემიით, მინერალებისა და ვიტამინების დაკარგვით, მეტჰემოგლობინემიით.

ანალგეტიკებით გამოწვეული ნეფროპათიის სინდრომი ვითარდება სიცხის დამწვევი ანალგეტიკების დიდიხნის მანძილზე (წელიწადზე მეტი) გამოყენების დროს, განსაკუთრებით საშიშია ფენაცეტინი, **ამსინდრომს იწვევს აგრეთვე პარაცეტამოლი, აცეტილსალიცილისმჟავა, ანტიპირინი.** კლინიკური სინდრომი გამოხატულია ცხელებით, თირკმლის კოლიკით, თავისტკივილებით, დის-

პეფსიური მოშლილობებით, დიზურიული მოვლენებით, კემატურით. ანალგეტიკურნეფროპათიას, რომელიც გამოწვეულია აცეტილსალიცილის მჟავით, შეიძლება თან სდევდეს პეპტიური წყლულების წარმოქმნა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში. განმეორებით მიღებისას გამორიცხული არ არის შარდსასქესო გზების ინფექციის განვითარება, ხანდახან აღინიშნება პოდაგრა და პიროვნების ცვლილებაც. ლაბორატორიული გამოკვლევებით ვლინდება პროტეინურია, ლეიკოციტურია, ანემია. თუ მკურნალობა გაგრძელდება ანალგეტიკებით, ვითარდება ჰიდრონეფროზი, პიელონეფროზი, ჰიპერტენზია, ურემია. პროგნოზი არაკეთილდამილოია, მაგრამ ნაკლებად მძიმე შემთხვევებში, პრეპარატის მოხსნისა და ადეკვატური სიმპტომური მკურნალობის ფონზე, ნეფროპათია შექცევადია.

უკანასკნელ წლებში ანალგეტიკებით გამოწვეული ნეფროპათიით დაავადებულებში აღმოჩენილია თირკმლის მეჩხის კანცეროზები და შარდის ბუშტის სიმსივნეები.

ბრომიზმი. სინდრომის განვითარებას იწვევს ბრომის შემცველი პრეპარატები (**კარბამალი, ბრომიზოვალი, ვალეოორდინი**), რომლებიც გამოიყენებიან საძილე საშუალებებად, მათ შორის კორონარული უკანასკნის დროს.

ნერვული სისტემის ფუნქციის დარღვევის ფონზე (თავისტკივილი, ცნობიერების დათრგუნვა, ძილიანობა, ატაქსია, დიზარტრია) შეიძლება მოხდეს კანისდაზიანება - მზისგან დაუცველი ადგილების პიგმენტაცია, ფრისმჟამელების გაჩენა, ბრომოდერმა (გენერალიზებული ლაქის ან კვანძის მსგავსი გამონაყარი სახის კანზე, თავზე, ქვემოკიდურებზე, ზურგზე, სასქესოშიდამოებში). სინდრომი ხშირად ვლინდება სურდოთი (რინიტი), ცრემლდენით (კონუქტივიტი), სველი ხველებით (ბრონქიტი). ზოგჯერ ვლინდება მედიკამენტოზური სტიგმები, როგორცაა უკვე აღწერილი ბრომოდერმა, აგრეთვე ენის, პირის, ლორწოვანის და კონიუქტივების ყავისფერი შეფერილობა.

ბრონქოსპასტიური სინდრომი - ეს არის ფილტვის ვენტულაციური ფუნქციის დარღვევა, რომელიც ვლინდება ბრონქოსპასტიკით ზოგიერთი წამლის მიღების შედეგად, როგორცაა: **არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების ჯგუ-**

ფიდან ზოგიერთი წამალი (მაგ. იბუპროფენი, პროფენიდი), ბეტა ადენობლოკატორებიდან (კოგარდი, კორდანიუმი), არაინჰალაციური სანარკოზე (სომბრეფინი) თუ ალერგიის საწინააღმდეგო (პულმოსორტი) საშუალებებიდან, პისტამინობლო კატორებიდან (ნიზატიდინი), ანტიპროტოზოულებიდან (პენტიკარინატი), ლეიკოპოზის მასტიმულირებელი საშუალებებიდან (ლეიკომაქსი), ციტოსტატური (ფტორურაცილი), სპაზმოლიტიური (ნოვიგამი). საშიშა სუნთქვითი უკმარისობის გამოვლენის ან გადრმავების თვალსაზრისით, რაც კიდევ უფრო გააუარესებს ავადმყოფის მდგომარეობას.

ვისმუტის მიერ იენცეფალოპათია - სინდრომი შეიძლება განვითარდეს ვისმუტის პრეპარატების (ბისმოვეროლი სოლბისი, ბიოქსინოლი) ხანგრძლივი მიღების ფონზე. ეს პრეპარატები გამოიყენება კუჭნაწლავის ტრაქტისა და სიფილისის სამკურნალოდ.

კლინიკურად ვლინდება: ცნობიერების დათგუნვით, ტრემორით, მიოკლოზური კრუნხვებით, შებოჭილობით, პარესთეზიებით, ინტელექტის დაქვეითებით, სიარულის მანერის შეცვლით, ფსიქოზებით, პალეოცინაზიებით, უძილობით, კონველსიებით (ეპილეფსიის მსგავსი შეტევებით). ვისმუტის მიერ იენცეფალოპათიის ადრეული სიმპტომები სუსტადაა გამოხატული: საერთო სისუსტე, შრომისუნარიანობის დაქვეითება, ფსიქიკური ფუნქციების მოშლა (ისინი შეიძლება გამოვლინდნენ რამდენიმე წლის მანძილზე). ნევროლოგიური და ფსიქიკური სინდრომების გარდა ავადმყოფებს შეიძლება აღენიშნებოდეს კბილების გაუფერულება, ცისფერი არშიადრძილებზე, სტომატიტები, კუჭნაწლავის ტრაქტის ფუნქციის მოშლა, ფეკალური მასების შეფერვა რუხი ან შავი ფერით. ინტრამუსკულარული შეყვანის დროს შეიძლება გაჩნდეს ხორცმეტები კანზე. აღწერილია ვისმუტის მიერ მიკრონეფროპათიის შემთხვევები

გამოშრობის ეფექტი - ატროპინისა და ტროპინის მსგავსი ნივთიერებების (პიოსცინის, პრპანტელინის, ემეპრომის და იპრატროპიუმის ბრომიდების) მიღების ფონზე შეიძლება განვითარდეს ბრონქში და გამტარობის დარღვევის სინდრომი, რომელიც კლინიკურად სუნთქვითი უკმარისობით გამოვლინდება.

ნაყოფის ვარფარინის მიერ სინდრომი ვლინდება იმ ახალშობილებში, რომელთა დედეები ფეხმძიმობის პერიოდში იღებენ ანტიკოაგულანტებს (ვარფარინი, ფენინდონი), განსაკუთრებით საშიშა აღნიშნული მედიკამენტების ტერატოგენული მოქმედება, თუ მათ იღებდნენ ორსულობის მე-9 დამე-9 კვირას. მანკების განვითარების სისშირე ამ დროს შეადგენს 5%-ს. ახალშობილებს აქვთ წინამოწეული შუბლი, უნაგირის მსგავსი ცხვირი, ზემოსასუნთქი გზების ობსტრუქცია ხრტილის განვითარებლობის ფონზე, ეპიფიზების რეგიონში კალციფიკაციის ზონები (გამოვლინდება რენდგენოლოგიური გამოკვლევით).

ჰემოლიალიზური ენცეფალოპათია შეიძლება განვითარდეს ალუმინის შემცველი პრეპარატების გამოყენების დროს (ალუმინის ჰიდროქსიდი, ალუმინის გლიციტატი) ფოსფატების შესამცირებლად ჰემოლიალიზზე მყოფ პაციენტებში. ალუ მინი ამ დროს აკუმულირდება ტვინის რუხნივითიერებაში, სხვა ქსოვილებში. კლინიკურად ვლინდება დიზართრია - წარმოქმის დაუნაწევრებლობა, არტიკულაციის მოშლა მეტყველების ფუნქციაში მონაწილე ქსოვილებში არსებული დარღვევების გამო. არცთუ იშვიათად მეტყველება იძენს ცხვირის მიერ ელფერს, პრეპარატების მოხსნის შემდეგ დიზართრია აღადგება.

ჰემოლიზურ - ურემიული სინდრომი (ჰუს) აღწერილია ახალშობილებში ენიდემიის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის შემდეგ. პათოგენეზი - ალერგია. კლინიკურად გამოვლინდება ერთროციტების მასიური ჰემოლიზით (ანემია) თირკმელების ბლოკადით და ურემიის განვითარებით, რომელსაც მიჰყავს ლეტალურ გამოსავლამდე.

ჰემოსიდეროზი - სინდრომი ვითარდება რკინის პრეპარატის ხანგრძლივი გამოყენებისას და ორგანიზმის ქსოვილებში მისი კუმულაციის გამო. კლინიკურად ჰემოსიდეროზი აკეთებს ჰემოქრომატების (ღვიძლის ჰემენტური ციროზის, ღიაბეტის, სიდეროფილის) იმიტაციას. ზოგჯერ შეიძლება აღმოცენდეს ხანგრძლივი

ჰემოტრანსფუზიული თერაპიისას. აღინიშნება ჰემენტების (ჰემოსიდერინის, ჰემოფუსცინის) დაგროვება ღვიძლში, კუჭკვეშა ჯირკვალში, ლიმფურ კვანძებში,

მიოკარდში და სხვა ორგანოებში, რომლებიც შემდგომში განიცდიან სტრომის კოლაგენიზაციას და პარენქიმის თანდათანობით კვლამას. ამას მიყვარათ ღვიძლის ციროზის, კუჭკვეშა ჯირკვლის სკლეროზისა და შემდგომში შაქრიანი დიაბეტის, კარდიოსკლეროზის ჩამოყალიბებამდე. სინდრომის განვითარების წინასწარ განმწყობის ფაქტორებს მიეკუთვნება ჰიპოპროტინემია, მათ შორის ასაკობრივი ღვიძლის დაავადებები. ხანდახან ჰემოსიდეროზის გამოვლენას კანზე (სხვადასხვა ზომისა და ფორმის მუქი ყავისფერი ლაქები) საფუძვლად უდევს პირველადი კანის ჰემოსიდეროზის (მაიოკის, შამბერგის დაავადებები, ბლიუმის დერმატიტის) ჩამოყალიბება.

გენერალიზებული რევმატიული სინდრომი ვითარდება ჰიპერტონული დაავადების მკურნალობისას ჰიდრალაზინის (აპრესინი, აპრესოლინი), როგორც სისხლძარღვთა გამაფართოებელი საშუალების, 10-12 თვის განმავლობაში უწყვეტი მიღებისას, ასევე ეკლამფსიისა და თირკმლის მიერი ჰიპერტონიის დროს. სინდრომი ხშირად ვლინდება თირკმლის პათოლოგიის მქონე ქალებში. ის ვითარდება, როგორც ცქესი, ჰიდრალიზინის ნელა ცეტილატორ ავადმყოფებში. მათთან ხშირად ვლინდება სამკურნალო საშუალებების სხვაგვარ დითიეფექტებიც - ცხელება, გამონაყარი კანზე, ნეიროპათიები. შემწეულია, რომ, თუ ავადმყოფს ჰიდრალიზინის კურნალობის დასაწყისში აქვს ცხელება, იგი პოტენციურად წინასწარ განწყობილია რევმატიული სინდრომის განვითარებისათვის. ეს არის აუტოიმუნური პათოლოგიის ჰიდრალიზინის დნმ - ის საწინააღმდეგო ანტი სხეულების განვითარებით. კლინიკური სურათი ხასიათდება შემაერთებული ქსოვილის გენერალიზებული დაზიანებით (პოლიართრიტი, სეროზიტი, აბდომინალურისინდრომი, ნეიროფსიქოლოგიური დარღვევები მენინგოენცეფალიტი სადავასკულიტების დროს). პრეპარატის მოხსნის შემდეგ პათოლოგიური ცვლილებები თანდათან (9 წლამდე) ქრება. გენერალიზებული ფორმების დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს სისხლის დისკრაზიას.

ჰიპერლიპიდემიული სინდრომი ვითარდება ფარმაკოთერაპიაში ცხიმოვანი ემულსიების (ლიპოფუნ-

დინის) გამოყენების დროს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების, მოშიშშილეების, კომატოზურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტების კვების დროს. კლინიკურად ეს სინდრომი გამოვლინდება ჰეპატომეგალიით, სიყვითლით, შემცივნებით, სისხლდენებით, ჰოპერლი პიდემით.

ავთვისებიანი პეტერმა. ამ სინდრომს იწვევს ზოგიერთი მიორელაქსანტი (სუქსამეთონიუმი), ასევე ანესთეტიკები, ხშირად კიდევ უფრო ძლიერი ნარკოტიკები სინდრომი გვხვდება სისხშირით 1/15000 (ბავშვებში)-დან 1/40000-მდე (მზრდილებში) ნარკოზის დროს. სინდრომს იწვევს სარკოპლაზმის რეტიკულუმიდან თავისუფალი კალციის უცვარი ჭარბი გამოთავისუფლება, რაც ასტიმულირებს კუნთების შეკუმშვას და ვითარდება ჰიპერმეტაბოლური მდგომარეობა. ნარკოზის დროს ან რამდენიმე საათის შემდეგ ქსოვილების მიერ ჟანგბადის მოხმარება იზრდება 2-3-ჯერ, სხეულის ტემპერატურა იზრდება 1*-ითყოველ 5 წთ-ში, აღწევს 43*-ს და ვითარდება ტაქიკარდია, ჩონჩხის კუნთების სრიგილობა, ტაქიპნოე, ჰიპოქსია, აციდოზი, ჰიპერკალიემია, ჰიპოკალცემია. კალიუმის გამოთავისუფლების ფონზე ვითარდება არითმიები. შარდში ჩნდება მიოგლობულინი, შარდში აღინიშნება ლაქტატდეჰიდროგენაზის მომატება, იმატებს აგრეთვე ტრანსამინაზები, ირდევს სისხლის შედელების ფუნქცია, შეიძლება ჩამოყალიბდეს დისემინირებული სისხლძარღვში დაშედელების სინდრომი. ათვისებიანი ჰიპერთერმიის სინდრომი აღწერილია აგრეთვე ზოგიერთი ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალების გამოყენების დროსაც.

გიენბარეს სინდრომი წარმოადგენს პოლირადიკულონევრიტის ნაირსახეობას და ვითარდება ოქროს შემცველი პრეპარატებით (კრიზანოლი, ნატრიუმის აუტოტრიმალატი, აუროთიოგლუკოზა), აგრეთვე ბცქ-ს, ქოლერის, გრიპის, პოლიომიელიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის დროს. თავიდან წამლის მიერ აპოლინევრიტის მიმდინარეობა შედარებით კეთილთვისებიანია (ვეგეტატიური, სენსორული დარღვევები, რომლებიც გაქრება პრეპარატის შეცვლის შემდეგ), ხანგრძლივი მკურნალობის დროს შეიძლება განვითარდეს მოძრაობის დარღვევები (პარეზი, დამბლა, პროგრესირებადი პროქსიმალრად,

ქრება მყესძვალთარეფლექსები). ლიქორში იზრდება ცილის შემცველობა.

საკვერცხეების ჰიპერსტიმულაციის სინდრომი უვითარდებათ ქალებს გონადომასტიმულირებელი ჰორმონების ხანგრძლივი გამოყენების ფონზე (პერგოგონი, პრენილი, პროფაზი, ხომეგონი). გამოვლინდება ჰიპერესტროგენიზაცია: ნორმალური მენსტრუალური ციკლის დარღვევა (მენორაგია, მეტრორაგია, ამენორეა), ვითარდება სტერილობა ან მიდრეკილება ნაადრევი მშობიარობისაკენ. მენოპაუზის პერიოდში განახლება მენსტრუაციები ან წდება აციკლური სისხლიანი გამონადენი, დიდდება საშვილოსნო (მიომეტრიუმის ჰიპერტროფიის ხარჯზე) და სარძევე ჯირკვლები.

წამლისმიერი ჰიპერტენზიის სინდრომი – არტერიული წნევის მყარი მომატება ჰორმონალური პრეპარატების ხანგრძლივი მოხმარების ფონზე (მათ შორის კონტრაცეპტივების) ანტეოვისის, ჰიდროკორტიზონის, მინისისტონის, პრედნიზოლონის, დეპო-პროვერას, პრიგნოვა 21-ის, არსტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების (კლინორელი, ტოლექტინის), პროსტაგლანდილების (დინოპროსტის), იმუნომოდულატორის (სანდიმუმი). სიმსივნის საწინააღმდეგო (ეპირუბინიციინის), ვირუსის საწინააღმდეგო (ხივიდის), ანტიჰისტამინური (სულპირიდი) პრეპარატების მიღებისას.

კანის ჰიპოკოაგულაციური ნეკროზი. სინდრომი გვხვდება მხოლოდამხოლოდ იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ მკვეთრი ჰიპოკოაგულაცია კუმარინისრიგის (აცენოკუმაროლი, ეტილბისკუმაცეტატი) პრეპარატის პირველსავე დოზაზე. არაუადრეს 2 და არაუგვიანეს 4 დღე-ღამისა, ცხიმით მდიდარი კანის უბნებში (სარძევე ჯირკვლები, მუცელი, დუნდულები, ბარძაყის, წვივისკუნთები) ჩნდება ვარდისფერი ფერის ლაქები, ანთებითი, მტკივნეული, შემოფარგლული, პისტოლოგიურად მწარცმან-სანარელის ფენომენის მსგავსი. მაღევე ჩნდება ერთმანეთში ჩაღვრილი პეტექიები, 24-სთ-ის შემდეგ კი – მკვეთრად გამოსაჯელი ჰიპერემიის ზონით შემოფარგლული წითელი კანქვეშა სისხლჩაქცევები, ვენების თრომბოზი იწვევს კანის ნეკროზს, აგრეთვე კანქვეშა ციმოვანი დაზოგჯერ უფრო დრმა შრეების ნეკროზსაც. ჰემორაგიუ-

ლი ბუშტუკების გაჩენა მიუთითებს შეუბრუნებელი ნეკროზის განვითარებაზე.

აღწერილი სინდრომი შეიძლება განვითარდეს კუმარინულიანტიკოაგულანტიკებითა და ინდალიონით მკურნალობის დაწყების პირველსავე დღეებში.

წამლის მიერი ჰიპოტენზიის სინდრომი – არტერიული წნევის მკვეთრი შემცირება ისეთი მედიკამენტების ხანგრძლივი მიღების ფონზე, როგორცაა: ანტიდიურესანტიები (იმიპრამინი), საძილე საშუალებები (ნირაზეპამი), დებიზების საწინააღმდეგო (ტორეკანი), პარკინსონის საწინააღმდეგო (ლეგოლოპა), ნეიროლეპტიკები (ტებერტინი, ციმოზიდი, პიპორტელი), ანტიანგინალური (ნიტროგლიცერინი, იზოსორბიდი, ინტერკორინი, კავინტონი, ნიმოტოპი, ნიფედიპინი, სისკორი), არითმიის საწინააღმდეგო (მექსელტანი, პულსნორმა), მიოლიტიკები (დუვანდილანი), ფიბრინოლიტიკები (სტრეპტოკინაზა), პროტეოლიზის ინჰიბიტორები (პოი), ლეიკოპოეზის სტიმულატორები (ლეიკომაქსი).

ჰიპოთირეოზი. ჰიპოთირეოზის სინდრომი შეიძლება განვითარდეს პირაზოლინის (ფენილბუტაზონი, ანალგინი) წარმოებულეების, ანტითირეოიდულ პრეპარატების (პროპილთიოურაცილი, მთილურაცილი), იოდისპრეპარატების, მათ შორის რადიოაქტიული (1/131), კობალტისპრეპარატების, ამოდარონის, ნატრიუმისფლოურატის, ნატრიუმისფლორიდისმიღების დროს. მას საფუძველად უდევს ფარისებული ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება ან სრული დათრგუნვა. დაავადება იწყება თანდათან, ავადმყოფი ადვილად იღლება, აქვს შენელებული მოძრაობები, ძილიანობა, შეკრულობა, კანი უხდება მშრალი, ფრჩხილები მტკრევადი, თმები მეჩხერი, ნაწილობრივ ცვივთ წარბები, სახე მრგვალდება, იძენს შებიჟინებულ ელფერს, ფერმკრთალია. შემუშება შეიძლება გავრცელდეს ყელზე, ხელის მტევნებზე, წვივებზე ხორხზე, სხეულის ტემპერატურა მცირდება. გულსისხლძარღვთა სისტემის მხრივ გამოხატულიაბრადიკარდია, გულის ზომები გადიდება, ტონები – მოყრუებული, მცირდება არტერიული წნევა, ქალებს ერდევს მენსტრუალური ციკლი, იშვიათად დგება ორსულობა, იზრდება მკვეთრად შობადობის ალბათობა. ბავშვებს ჰიპოთირეოზის დროს აღენიშნე-

ბათ ზრდაში, გონებრივგანვითარებაშიწამორჩენა, დაგვიანებული სქესობრივი მომწიფება.

ჰონერის სინდრომი შეიძლება განვითარდეს სიმპტომი ტიკგუანტიდინის (ოქტადინის, ისმელონის, იზობარანის) ადგილობრივი გამოყენების დროს. ეს არის სიმპტომო-კომპლექსი, რომელიც მოიცავს გუგების შევიწროებას (მიოზი), თვალის ნაპრალის შევიწროებას, თვალის კაკლები ჩავარდნილია (ენოფთალმი), დარღვეულია თვალღუევის სიმპათიკური ინერვაცია.

დისემინირებული სისხლძარღვში და შედეგების სინდრომი (დსშს). ამ სინდრომს იშვიათად, მაგრამ მაინც იწვევს ზოგიერთი მედიკამენტისმიღება. ის შეიძლება განვითარდეს აცეტისალციტინისმიჯავის, ნატრიუმის სალიცილატის სუქსამეთონიუმის, პრომეტამინის (მალარიის დროს), პროსტაგლანდინინობროსტის, აგრეთვე სისხლის პრეპარატების, ჰეპარინის გამოყენების დროს. პათოგენურად სინდრომი დაკავშირებულია სისხლძარღვის შივნიტის სისხლის შედეგებისა და თრომბოციტების აგრეგაციის აქტივაციის მოხვედრასთან. შედეგების საწინააღმდეგო ფერმენტების გამოფიტვასთან, მიკროთრომბების წარმოქმნასთან და ორგანოებში მიკროცირკულაციის დარღვევასთან, რასაც მივყავართ თრომბოპეორაგიის, ჰიპოქსიისა, აციდოზის, დისტროფიისა და ორგანოების დისფუნქციის განვითარებასთან. ორგანოების ინტოქსიკაცია ხდება მეტაბოლიტებით და აღმოცენდება მეორადი სისხლდენები. მედიკამენტურდსშს, როგორც ვხედავთ, აქვს ალერგიული ხასიათი.

დიაბეტურისინდრომი (თირკმლისმიერიდიაბეტი) შეიძლება განვითარდესმარყუჟოვანიშარდმდენების (ფუროსემიდი, ეტაკრინისმიჯავა, ბუმეტანიდი) დანიშნისდროს. მასახასიათებსშაქრისდიდირაოდენობითგამოყოფაშარდთან ერთად მაშინ, როდესაც მისი კონცენტრაცია სისხლში ნორმალურია. მის წარმოშობას განაპირობებს დაკლაკნილი მილაკების პროქსიმალურ ნაწილებში გლუკოზის რეაბსორბციის დაქვეითება. სინდრომი უფრო ხშირად უვითარდებათ ფეხმძიმე ქალებს. ამპათოლოგიის დროს შარდში შაქრის შემცველობა მერყეობს 0-დან 3%-ამდე და უფრო მაღლა. ამ დაავადების ერთდერთი სიპტომია რისგლუკოზურია. დიაბე-

ტურისინდრომი, როგორცწესი, ალაგდებადიურეტიკების მიღების შეწყვეტასთან ერთად. მაგრამ ფეხმძიმე ქალებში იგი შეიძლება დარჩეს ფეხმძიმობის ბოლომდე.

დიფუზურიპოქსიის სინდრომი შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერი აირის მსგავსი ან ესთეტიკითმკურნალობისას, მაგრამ უფრო ხშირად ვითარდება ანესთეზიოლოგიურ პრაქტიკაში მცირედხსნადი აირების გამოყენებისას (აზოტის ზეჟანგი კომბინაციაში ციკლოპროპანთან). მცირედხსნადი საანესთეზიო აირები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ნარკოზის სწრაფ შეყვანას, გარკვეული ხარისხით აძეგებენ ჟანგბადს ალვეოლებიდან (ჰიპოქსემიურიპოქსია, უფრო ხშირად გართულებების ვარეშე). მაგრამ ავადმყოფებში, რომლებსაც აღენიშნებათ სუნთქვითი ან გულსისხლძარღვთა უქმარისობა, განვითარებული ჰიპოქსია შეიძლება გახდეს გულის გაჩერების მიზეზი განსაკუთრებით ხანგრძლივი ნარკოზის დროს. სინდრომი როგორც წესი ვლინდება ანესთეზიის ბოლოს, როდესაც აღარ ხდება დამხმარე ვენტილაცია.

ოქროს ნეფროპათია. სინდრომი ვითარდება ოქროს შემცველი პრეპარტებით ხანგრძლივი მკურნალობის შედეგად. ის იწვევს ციტოტოქსიურდამიუნურ ეფექტებს. ნეფროპათიას შეიძლება თან ახლდეს ოქროს შემცველი პრეპარატების სხვა გვერდითი მოქმედებები (აურანოფინი, აუროთიომალეატი, ტაურედინი, კრიზაიოლი), სტომატიტი, დერმატიტი, თრომბოციტოპენია და სხვ.

კლინიკურად ძირითადად ვლინდება შეშუპებები, ჰიპერთერმია, პროტეინურია, თუმცა ეს სინდრომები ყველა ავადმყოფთან ერთაირად არ მქლავნდება. განსაკუთრებით ეს ეხება ჰიპერტონიას. რაც უფრო ადრე ვითარდება მკურნალობის დაწყებიდან ნეფროპათია, მით უფრო ცუდი პროგნოზია მოსალოდნელი.

ოქროს კერატიტი ზოგჯერ ვითარდება ოქროს შემცველიპრეპარატების მიღებისას. მისი დამახასიათებელი სიპტომებია: სინათლის შიში, ცრემლდენა, ბლუფაროპიაზში, უცხო სხეულის შეგრძნება თვალში, რქოვანას გამჭვირვალობის დარღვევა. სინდრომის თავისებურებად ითვლება რქოვანას გარსის ფართო ზედაპირული დაწყლულება, რომლის გამოსავალი შეიძლება გახ-

დეს რქოვანას გარსის შემღვრევა. ამავდროულად შეიძლება განვითარდეს ოქროს კრისტალების ჩალაგება რქოვანაში. ნაცრისფერი, ცისფერი ან ალისფერი პიგმენტაცია კანის განათებულ ადგილებში (კრიზიასი).

იმუნური კომპლექსების სინდრომი პროფოცირდება სტრეპტოკინაზით (სტრეპტაზა) და გამოვლინდება მძიმე სისტემური პლაზმოციტოზით, რომელიც ვითარდება თერაპიის პირველ კვირაში. კლინიკურად მას ახასიათებს ტემპერატურის მომატება, თირკმლის ფუნქციის ტრანზიტორული მოშლა, პერიფერიულ სისხლში პლაზმური უჯრედების გაჩენა.

ინტესტიციური ფილტვის მიერის ინდრომი ვითარდება ანანრენის (სიმსივნისსაწინააღმდეგო), ლეიკერანის (ციტოსტატივი) ხანგრძლივი გამოყენების ფონზე. ახასიათებს სწრაფად პროგრესირებადი შემაერთებელი ქსოვილის განვითარება ფილტვის ინტერსტიციაში. კლინიკურად მზარდი სუნთქვითი უქმარისობა, რომელიც უპარესებს ძირითადი დაავადების მიმდინარეობას

იოდიზმის სინდრომი გამოწვეულია პრეპარატებით, რომლებიც შეიცავენ იოდს (იოდიდები, რენდგენოკონტრასტულინივითიერებები). სინდრომი კლინიკურად ვლინდება სურდოთი, ჭინჭრის ციებით, შეიძლება კვინკეს შეშუპების განვითარება, ნერწყვი სადაც რემლისდენა, აგრეთვე კანისზედაპირის დაზიანება – იოდერმა. უფრო მეტად გავრცელებული და ტიპური ფორმებია იოდის აკნე (არგანსხვავდება ვულგარულიისაგან, მაგრამ არგანიცილია შერწყმას) და კვანძოვანი ფორმა (აკნეს შერწყმის შედეგად), იშვიათად სხვადსხვავგვარი გამონაყარი (ჭინჭრის ციების, წითელი მკლურას, ერთიემის, ეგზოდერმის მსგავსად).

კონრადი-ხიუპერმანის სინდრომი – ეს არის ნაყოფის ქონდროლის პლაზია, ფეხმძიმე ქალის მიერ მთელი ორსულობის მანძილზე ტერატოგენული თვისებების მქონეანტიკოაგულანტების (გარფარინი, დიკუმარინი, ფენილინი, სინკუმარი) გამოყენებით გამოწვეული და სხვ. ამ დროს აღენიშნება ჩონჩხის ენინდრალური განვითარების ანომალია მეორადი გაძვლების ძვლების დაზიანებით. ბლასტოგენეზის პერიოდში (მე-3 – მე-4 კვირა ფეხმძიმობის) ირღვევა გაძვლების პროცესი და ძვლის ზრდა სიგრძეში

არის დარღვეული. სინდრომი ჩნდება ჩანასახოვან პერიოდში: ნაყოფების ნაწილი იღუპება, ნაწილი ნაადრევი მშობიარობის გამო არასიცოცხლისუნარიანია. დაბადებული ბავშვები კი გამოირჩევიან ნაწილობრივად, არაპროპორციული ზრდით, ცხვირის გამოხატულად პროპლაზიით, კიდურების დამოკლებით, მხედველობის ნერვის ატროფიით, მიკროცეფალით, ტვინის ჩამოყალიბების შეფერხებით.

მედიკამენტოზურიც ხელების სინდრომი. ტემპერატურის მომატება, რომელსაც თან ახლავს თავის ტკივილი, დისჰეფსიური მოვლენები, ტაქიკარდია, არტერიული წნევის ცვალებადობა, შეშუპება, სისუსტე, ძირითადი დაავადების სიმპტომების გამწვავება, შეიძლება გამოვლინდეს არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების (სულფასალაზინი), ვირუსის საწინააღმდეგო პრეპარატების, ანტიესტროგენების, ანტიბიოტიკების, ანტიტიროიდული საშუალება ტიამაზოლის, ანემიის საწინააღმდეგო ფერუმის გამოყენების შედეგად.

ლიგნაკ - ტონიფანკონის სინდრომი. ამინომჟური დიაბეტი, რომელიც უვითარდება ზოგიერთ ავადმყოფს ტეტრაციკლინის ხანგრძლივად მიღების ფონზე. ეს არის თირკმელების მილაკების აუტოიმუნურიგენეზის პათოლოგია - პოლიურია, ამინოციდურია, გლუკოზურია, ჰიპერფოსფატურია, ჰიპერკალციურია, პოლიდიფსია, შეშუპება. ორგანიზმში მარილების დაკარგვის ხარჯზე ვითარდება ჰიპოფოსფატემია, ჰიპოკალციემია, ჰიპერურემია აციდოზითა დაპროტეინურით, დაავადების პროგრესირებასთან ერთად ხდება თირკმლის უკმარისობის განვითარება.

„ლითიუმის ბავშვები“ თანდაყოლილი პათოლოგიაა გამოწვეული ტეტრაციკლინის ეფექტების მქონე ლითიუმის პრეპარატების (ლითიუმის კარბონატი, კინტემნოლი, ლიტოსანი, მიკალტი) ფუნქციონირების მიერ ორსულობის პირველ ტრიმესტრში მიღების შედეგად. ლითიუმის პრეპარატები გამოიყენება ფსიქიატრიაში სხვა მედიკამენტების უეფექტობის შემთხვევაში, აგრეთვე თირეოტიკოსიკოსის, გრანულოციტოპენიის მკურნალობისათვის. სინდრომი ვლინდება თანდაყოლილი გულის მანკით, მსხვილი სისხლძარღვების, სხვა ორგანოების დაზიანებით, ხშირად შერწყ-

მულია.

ლეფლერის სინდრომი ფილტვების ეოზინოფილური ინფილტრაციის ერთ-ერთი სახეა, რომელიც ვითარდება სულფანილამიდების ზემოქმედებით, იშვიათად - აცეტილსალიცილის მუჯვით. ეს ტრანზიტოლური ინფილტრაციაა, რომელსაც თან სდევს სისხლის ეოზინოფილია. ფილტვების ეოზინოფილური ინფილტრაციის სხვა სახეა

ჩარდა-სტროსის სინდრომი (ალერგიულია გრანულომატოზი-დაანგიტი). ფილტვების მყარი ეოზინოფილური ინფილტრაცია (ქრონიკული ეოზინოფილური პლემონია), ფილტვის ეოზინოფილური ინფილტრაცია ბრონქიალური ასთმით. ყველა დასახელებული სინდრომი ალერგიული ხასიათისაა.

მედიკამენტოზური წარმოშობის ლეფლერის სინდრომი უფრო ხშირად განპირობებულია სულფანილამიდებით განხორციელებული მკურნალობის შემთხვევაში (58%-ამდე), როგორც წესი, გამოვლინდება რენდგენოლოგიური კვლევით (ინფილტრაციული ჩრდილი). პრეპარატის მოხსნის შემდეგ ინფილტრატები სწრაფად უკვალოდ აღადგება. ზოგჯერ ფილტვების ეოზინოფილური ინფილტრაციის დროს ავადმყოფი უჩივის თვით შეგრძნების გაუარესებას, ტემპერატურის მომატებას (სუბფებრილურ რიცხვებამდე), ხველას ღორწოვანი ნახველით, რომელსაც შეიძლება ჰქონდეს ფერი, მეტალის გამო, შეიცავდეს სისხლს. ინფილტრატების ზემოთ შეიძლება იმინებოდეს სველი ხიხინი, პლევრის ხახუნი, პერიფერიული სისხლის მთავარი თავისებურებაა ეოზინოფილია, რომელსაც თან სდევს ლეიკოციტოზი. როგორც წესი, რედგენოლოგიური ცვლილებები წინ უსწრებს ცვლილებებს სისხლში. ნახველში აღმოჩენილია ეოზინოფილები და შარკო-ლეიდენის კრისტალები.

მალაბსორბციის სინდრომი. სიმსივნის საწინააღმდეგო პრეპარატით სადოსტიდინით ხანგრძლივი მკურნალობის ფონზე ავადმყოფებს შეიძლება გაუჩნდეთ ანორექსია, გულისრევა, ღებინება, სპაზმური ხასიათის ტკივილიები გასტრიუმში, შებერილობის შეგრძნება, აირების დაგროვება, თხელი განაჯალი, ფაღარათი, დიდი ხნის მანძილზე ესტეატორეა - ცხიმის ჭარბი რაოდენობით გამოყოფა ფეკალურ მასებთან ერ-

თად მივიყვანს შეწოვის დარღვევასთან (მალაბსორბცია) და ამასთან დაკავშირებით კვების დარღვევასთან (სიგამხდრე, ჰიპოვიტამინოზი). რთულდება ავადმყოფის მდგომარეობა.

მიასთენიური სინდრომი შეიძლება განვითარდეს პენიცილაზინის მიღების ფონზე. იგი ასტიმულირებს ანტისეპელების პროდუქციასაც ეტიოპოლინის რეცეპტორებთან (განსაკუთრებით რეგმატოიდული ართრიტის დროს). სინდრომს ახასიათებს განივზოლიანი კუნთების სისუსტე და პათოლოგიური დაღლილობა. პირველ რიგში და უფრო მეტად ზიანდება საყლაპავის, საღებავი, საშუალო და თვალის მამოძრავებელი კუნთები. ყველაზე ხშირად ზიანდება ქუთუთოს ამწევი კუნთი, ვითარდება ფტოზი. მიასთენიური ცვლილებები ვითარდება სხეულის სხვადასხვა კუნთში, რაც კლინიკურად შეიძლება გამოვლინდეს სუნთქვის, სიარულის დარღვევით, კუნთების ჰიპოტროფიით. პენიცილაზინის მოხსნის შემდეგ ავადმყოფების 2/3 ამ სინდრომისაგან იკურნებიან.

კუნთოვანი სინდრომი შეიძლება განვითარდეს ავადმყოფებს, რომელთაც აქვთ თირკმლის ფუნქციის მოშლა და იღებენ ჰიპოლიპიდემიურ საშუალებას - კლოფებრატს ან მის ანალოგებს (კლოფობრადი, ეტოფობრადი, გალოფენატი ბეზაფობრადი). კლინიკურად სინდრომი გამოვლინდება მიაღვით, კუნთების რიგიდობით, სისუსტით, სისხლის შრატში იმატებს კრეატინფოსფოკინაზის, ტრანსამინაზის და ალბოლაზის კონცენტრაცია. ზოგჯერ კუნთოვანი სინდრომი რთულდება გულის მუშაობის მოშლით. სინდრომის განვითარების დიდი რისკი ნეფროპათიის მქონე პაციენტებში განპირობებულია ჰიპოალბუმინემიით, რაც გამოწვეულია პრეპარატის თავისუფალი ნაწილის კონცენტრაციის მომატებით სისხლში. ანალოგიური მდგომარეობა ვითარდება ჰიპოთირეოზის დროსაც.

დატვირთვის კოლაფსის სინდრომი. მიზეზი შეიძლება იყოს ჰიპოტენზიური პრეპარატის ისმევირთვის მიღება: ფიზიკური დატვირთვის დროს მოულოდნელად ეცემა არტერიული წნევა. კლინიკურად ვლინდება ძლიერის სისუსტე, კანისსაფარველიფერმერთადლება, შეიძლება განვითარდეს ცნობიერების ხანმოკლე დროით დაკარგვაც.

„უცნობილიქენის“ სინდრომი – გლუკოკორტიკოიდების მიღების ფონზე სახის კანის არანორმალური პიგმენტაცია, რაც წარმოადგენს პორმონალური პრეპარატების მიღებაზე ლოკალური რეაქციის მოდიფიკაციას. მაგალითად, სოკოვანიდაზიანების სიმპტომები არა მხოლოდ რჩება, არამედ ვრცელდება (ქავილის შემცირებით).

ავთვისებიანი ნეიროლეპტიური სინდრომი ვითარდება უეცრად ნეიროლეპტიკებით (ფლუფენაზინი, პრომეტაზინი, პერფენაზონი და სხვ.) სამკურნალო კურსის ჩატარებისას: იმატებს სხეულის ტემპერატურა, ვითარდება მოტორული მოშლილობები (აკინეზიები), ვეგეტაციური დეკომპენსაციის სიმპტომები - არტერიული წნევის მკვეთრი ვარდნა, ტაქიკარდია, ცნობიერების დაბინდვა კომატოზურ მდგომარეობამდე, ზოგჯერ ამ ფონზე ვითარდება ეპილეფიები, უნებლიე შარდვა, ფსიქიკური ფუნქციის გაუარესება.

პერიფერიული ნეიროპათიის სინდრომი ვითარდება როგორც პირდაპირი ტოქსიური მოქმედება იმ ფარმაცოლოგიური საშუალებების ქრონიკული შედარებით ან აბსოლუტური ჰიპერდოზირებისას, როგორცაა: ანტიბიოტიკები (ბეკომიცილი, ბერლიცეტილი, კოლომიცილი), ციტოსტატიკები (ვენეზილი, ვინდლასტინი, კარბოპლასტინი, ლეიკვანინი), არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (ინდომეტაცილი, პირაბუტოლი. ქალებში ამპრეპარატზე სინდრომი ვითარდება 3-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე მამაკაცებში), ანტი მიკრობული და პარაზიტების საწინააღმდეგო საშუალებები (ნიფურანტინი თირკმელების პათოლოგიის დროს, სალაზოპირინი, ფანსიდარი, ხივიდი), ალკი პულმის სამკურნალო - ესპერალი - ამ დროს ხშირად ზიანდება ფეხები. კლინიკურად სინდრომი გამოვლინდება ტკივილითა და პარესთეზიებით მტკვნელობა და ტერფებში, ვეგეტატიურ პერიფერიული დარღვევებით (ჰიპერჰიდროზი, ციანოზი, ჰიპოთერმია), კუნთოვანი ძალის დაქვეითებით, მგრძობელობის პოლინევრიტული ტიპის დარღვევებით (ჰიპოსთეზია). მკურნალობის გავრცელების ფონზე სიმპტომატიკა იმატებს აღმავალი ტიპით, ხანდახან შეიძლება იყოს მოტორული და ტროფიკული დარღვევები.

უშაქრო დიაბეტის სინდრომი შეიძლება გამოიწვიოს მრავალმა პრეპარატმა ეპილეფიის საწინააღმდეგო საშუალებებიდან უპირატესად იწვევს დიბენზაბენინი (კარბამაზეპინი, პრიმიდონი) და სხვ. მისი საფუძველია სისხლში ვაზოპრესინის შემცველობის შემცირება, რასაც მიყვავართ პოლიურიამდე და მეორად პოლიდიპსიამდე.

ძირითადი ჩივილია - შემაწუხებელი წყურვილი და პოლიურიამდე (მიღებული და გამოყოფილი სითხის რაოდენობა 3-12-ლ. დამეტო). ხშირად აღინიშნება ოფლის გამოყოფის შემცირება. სითხის მიღებისაგან თავის შეკავებას მიყვავართ დეჰიდრატაციამდე, რომელიც ვლინდება სისუსტით, თავის ტკივილით, ჰიპოთერმიით, სხეულის წონის დაკარგვით, დისპნოეით, შესაძლებელია ენდოკრინული ავეგეტაციური მოშლილობების განვითარება.

შექცევადი დემენციის სინდრომი აღწერილია ერგოტამინით ქრონიკული მოწამვლის დროს (პრეპარატი სპორინი, რომელიც გამოიყენება შაკიკის მკურნალობისათვის): ახსიათებს პიროვნების თანდათანობით ცვლილებას, მისი გადარბევა, თვალსაწიერის არეალის შევიწროება, ინდივიდუალური თვისებების ცვლილება, ეგოცენტრიზმის ზრდა. ვითარდება ფსიქოპათოზის მსგავსი მდგომარეობა ჰეუსუსტობით. ახსიათებს ძილის დარღვევას. მეტყველების გადარბევა. პრეპარატის მოხსნის შემდეგ სინდრომი უკუშექცევადია.

პოლაგრის სინდრომი ვითარდება თიაზიდური დიურეტიკების ხშირი მიღების ფონზე. (ფუროსემიდი, თიაზიდები), როცა მცირდება ექსკრეცია და იმატებს სისხლში შარდმუჟავას კონცენტრაცია. შემდგომში შარდმუჟავას მარილები (შარდმუჟავა ნატრიუმი) განილეკებიან სახსრების აბკებში, ხრტილებში, მყესების ბუდეებში, იშვიათად კანზე, კუნთებზე, თირკმელებში. სინდრომის განვითარება სხეულს უწყობს ჭარბი კვება (განსაკუთრებით ცილებით) ალკოჰოლი, ცხოვრების მჯდომარე წესი, კლინიკურად სინდრომი ვლინდება არტრიტის განმეორებითი შეტევებით (პოლიართრიტი), რომელსაც თან ახლავს ძლიერი ტკივილები.

პროტროლოლის სინდრომი პროტროლოლი (ბლოკატორი) იწვევს სპეციფიური ანტისხეულე-

ბის წარმოქმნას, თრგუნავს ლიზოციმის სეკრეციას. ხელს უწყობს იმუნური კომპლექსების წარმოქმნას, პროცესში ერთდება კანი, თვალები და პერიტონიუმი. ზოგიერთი ნიშანი ამ სინდრომიდან (თვალის ან კანის ფსორიაზული დაზიანება, იშვიათად მასკულეროზებელი პერიტონიტი) შეიძლება განვითარდეს როგორც გვერდითი მოქმედება სხვა ბლოკატორების (პროპრანოლოლი, ოკსი პრენალოლი, ტიმოლოლი) და სხვ. გამოყენების დროს. ამ სინდრომის სიმპტომატიკაში ზოგჯერ შედის ფილტვების ვიბროზი რომელსაც მიყვავართ სუნთქვით უკმარისობამდე (ფიბროზი შეიძლება ჩამოყალიბდეს მკურნალობიდან რამდენიმე თვის შემდეგ) აგრეთვე სიყრუე, ბილიარული ციროზი, პირონის დაავადება და დიუპიკიტრენის კონტრაქტურა. აგრეთვე შეიძლება განვითარდეს კერატოპათიები, კონიუქტივიტები, კანზე ჩნდება გამონაყარი, ჭინჭრის ციება, ლიქენის მსგავსი ცვლილებები, ვასკულიტები, ფსორიაზი.

ფსევდო მემბრანული კოლიტი სინდრომი დამახასიათებელია ანტიბაქტერიული მკურნალობისათვის. ყველაზე ხშირად იგი ვითარდება პენიცილინის, ცეფალოსპორინების, ჯოზამიცინის, ბანოცილის, ბინაცის, ლინკომიცინის, კლინდამიცინის (კლინდამიცინის შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს მკურნალობიდან 2-3 კვირის შემდეგ) კონტრამაკსაზოლის, ტინამის გამოყენების დროს. კოლიტის გაჩენას განაპირობებს ნაწლავის გამაველობის შეფერხება. ორგანიზმის რეზისტენტობის დაქვეითება. როგორც წესი ზიანდება მსხვილი ნაწლავი. ითვლება რომ სინდრომის საფუძველია დიზბაქტერიოზი - კლოსტრიდიებით ინფიცირება. დაავადება ვითარდება მწვავედ და ახსიათებს შეტვეითი, სპასტიკური ტკივილები მუცელში, დიარეა, ხშირად აღინიშნება მადის დაქვეითება, გულისრევა, ღებინება, ირღვევა ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა - გამოკვეთილია საერთო სისუსტე, თავის ტკივილი, ტემპერატურის მომატება. რაც განპირობებულია ორგანიზმის ინტოქსიკაციით.

ფსევდო ინფექციური მონონუკლეოზის სინდრომი შეიძლება განვითარდეს ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პრეპარატის პასკის ხანგრძლივი მიღე-

ბის ფონზე, მაგრამ იშვიათია. მისი გენეზი ალერგიულია. ახასიათებს ზოგადი ინტოქსიკაციის სიმპტომები, შემცივნება, ლიმფური ქსოვილის ჰიპერპლაზია, ღვიძლის დაზიანება, ანგინა, ცვლილებები სისხლში - ლიმფოციტოზი, ლეიკოციტოზი, პერიფერიულ სისხლში მონონუკლეარების - ბაზოფილური მარცვლოვანებით პროტოპლაზმაში და ბირთვის ექსცენტრიული მდებარეობით (რეტაკულური პლაზმოციტები) ხანდახან შეიძლება იყოს გამონაყარი, გართულება მიოკარდიტის, ნეფრიტის, ენცეფალიტის სახით.

ლუდვიგის ფსევდოფენომენის სინდრომი შეიძლება განვითარდეს პეროლარული ანტიკოაგულანტების დანიშნვის დროს. ეს არის ასფიქსია, რომელსაც იწვევს ცხვირ-ხახის არედანსისხლდენით გამოწვეული ზედა სასუნთქი გზების გამავლობის დარღვევა.

ფენის მეწამული თითების სინდრომი გამოწვეულია კუმარინის ჯგუფის ანტიკოაგულანტის ვარფარინის მოქმედებით. ეს მწვავე დაავადება ვითარდება კიდურების სისხლძარღვების ემბოლიის შედეგად. (არტერიული პერემია) სწრაფი უკუგანვითარებით პერორარული ანტიკოაგულანტების შეწყვეტის შემდეგ.

რეინოს მსგავსი სინდრომი ბრომკრიპტინის (სპორინის ნაწარმები) ხანგრძლივი მიღების შედეგად განვითარებული პერიფერიული ულიარტერიოლების სპაზმი. შეიძლება გამოწვეული იყოს ნიტრატების (ნიტროგლიცერინის ჯგუფი), კლოდიფინის მიღებით. პროვოცირდება სიცხით. აღნიშნული პრეპარატის მაღალი დოზით დანიშვნის დროს აღნიშნული სინდრომი უვითარდებათ ავადმყოფების 30%-ს. აღნიშნება ტკივილი და პარესთეზიები კიდურების დისტალურ ნაწილებში. „მკვდარი თითების“ სიმპტომი, დისტროფიული ცვლილებები (განგრუნოზული) კიდურებზე, სინდრომი შეიძლება გამოწვეული იყოს სერგოტამინის (მაკიკის სამკურნალო პრეპარატი) მიღებითაც.

რეისინდრომი ენცეფალოპათია - შინაგანი ორგანოების ცხიმოვანი დეგენერაციით. აღწერილია კუმარინის ჯგუფის ანტიკოაგულანტების გამოყენების დროს ჰიპერდოზირებისას. იწყება მძლავრი ტემპერატურით (ჰიპერპირექსიამდე), ღებინებით (ხანდახან

სისხლიანი), კლონური კრუნჩხვებით, კიდურების კუნთოვანი ტონუსის დარღვევით. ხანდახან შეიძლება იყოს გამონაყარი კანზე, ჰეპატომეგალია. სისხლში ლეიკოციტოზი, ჰიპოგლიკემია (მათ შორის თავზურგტვინის სითხეშიც) მეტაბოლური აციდოზი, ჰიპერნატრიემია. სინდრომის გამოხავალი არის ლეტალური. მისი განვითარებიდან რამდენიმე დღეში. **ბავშვებში სინდრომი აღწერილია ამიღოპირინზეც.**

ვარდისფერი დაავადება უვითარდებათ ბავშვებს ვერცხლისწყლის ნაერთების შეზღუდვა (ფენაცეტატი, ფენილნიტრატი - ვერცხლისწყლის, ნიტრომერსოლი, ტიმერსილი, მერბრომინი, მერკურობეტოლი) ზოგიერთი მათგანი გამოიყენება როგორც კონსერვანტი თვალის წვეთებში, მაღამოვებში, ვაქცინებში, საინექციო სითხეებში. ინიშნება კანის ღებინებების საფრთხიდან, ინფექციური დაზიანებების სამკურნალოდ (კანის, პირის, საშოს) დაავადება ხშირად გვხვდებოდა ჭიპის თიაქრის მერბრომინით დამუშავების დროს. სინდრომი ჩნდება ერთორღერმით, შარდის ვარდისფერი შეფერვით, ანურით.

სისტემური წითელი მგლურას სინდრომი შეიძლება განვითარდეს როგორც გვერდითი მოვლენა ბევრი სამკურნალო წამლის საშუალების გამოყენების დროს. მაგ. კრუნჩხვის საწინააღმდეგო (-პრიმიდონი, ტრიმეტალონი), პერორალური ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების, **β**-ადრენობლოკატორების, ოქროსპრეპარატების, ტეტრაციკლინების, სულფანილამიდების, ჰიპოლიპიდემიურის საშუალებების (კლოფბრატეტი), იზონიაზიდის, ნოვოკაინამიდის, გუანეტინინის, ანტითირეოიდული პრეპარატების (თიამიზოლი), **ფლუკონარი** გამოყენების დროს. ამ სინდრომის თავისებურებაა (დაავადებისაგან განსხვავებით) ფილტვების უფრო ხშირი და ზიანება, ვიდრე თირკმელების. სინდრომს საფუძვლად უდევს სისხლძარღვებისა და შემავრთებელი ქსოვილის გენერალიზებული დაზიანება, რომელსაც აქვს აუტოიმუნური ხასიათი გამოხატული ბირთვული პათოლოგიით.

დამახასიათებელია: სახსრის სინდრომი, კანის დაზიანება, პოლისეროზიტი (კლასიკური ტიპისაა), პროცესში ასევე ერთვება შინაგანი ორგანოები (ფილტვები,

გული, თირკმელები) ნერვული სისტემა.

სინუსური კვანძის სისუსტის სინდრომი პროვოცირდება სათითურას პრეპარატების მიღებით. ვითარდება თანდათან (ვენაში შეყვანის შემდეგ, ზოგჯერ მაშინვე), თავიდან ჩნდება ექსტრასისტოლები ბიგემინიის სახით, შემდეგ ვითარდება ბლოკადა პარკუჭების შეკუმშვების შემცირებით 30-40-მდე. ძალიან მძიმე შემთხვევებში პარკუჭების თრომლოვა და სიკვდილი. ელექტროკარდიოგრაფიაზე ტიპური ცვლილებები: S-T segmentis dadableba, ორფაზიანი და უარყოფითი კბილი, პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლები.

კანის დაბერების სინდრომი ვითარდება ჰორმონის შემცველი მაღამოვის ხანგრძლივი გამოყენების შედეგად (სიკოტრენპლუსი, სინალარი, ფტოროკორტი), არსტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალება (ტრიდერმი) ფონზე. კლინიკურად ვლინდება კანის ატროფიით, სტრეების გაჩენით, ტელიანგიოექტაზიებით, პიგმენტაციის დარღვევით. იშვიათად შეიძლება განვითარდეს კარცინომები, კატარაქტა.

სასტარტო შეკავების სინდრომი უვითარდებათ ლეგოლოპას ხანგრძლივი მიღების ფონზე. გამოვლინდება სიარულის უუნარობის შეგრძნებით, კანკალით ფეხებში, ავადმყოფის წინდაცემით.

სტივენს ჯონსის სინდრომი კანის რეაქცია რომელიც ზოგჯერ ვითარდება აცეტისალიცილის მუხავის პრეპარატებით მკურნალობის ფონზე. ნატრიუმის სალიცილატის, ანტიმიკრობული საშუალებების (სალაზოპრინი, პირამიდი, ფანსიმეფი, კოტრიმოქსაზოლი) გამოყენებისას. ეს არის პოლიმორფული რითმის მძიმე ფორმა (ერთი მატოვები კულობოლოზური). რომელსაც თან სდევს შემცივნება, ცხელება (40%) ანგინა, კუჭნაწლავის ტრაქტის მოშლილობები, ტკივილები კუნთებსა და სახსრებში, ღვიძლისა და ელენთის გადიდება, ალბომინურია, ლეიკოციტოზი, ეოზინოფილია.

„მშრალი თვლების“ სინდრომი - არასელექტიური ბეტა-ადრენობლოკატორებით მკურნალობის იშვიათი გართულება. (უფრო ხშირად კორგარდით) მცირდება ცრემლის გამოყოფა, რასაც თან ახლავს უსიამოვნო შეგრძნება თვლებში, სინდრომის ხანგრძლივობის არსებობამ შეიძლება მიგვიყვანოს ინფექციური ანთებითი

გართულებების წარმოშობამდე დამხედველობის დაქვეითებამდე.

მოსწრობის სინდრომი უფროსად აღებულია აკრულებად შეგების სანტიბიოტიკ კლინიკის დანიშნული შინდროსი, რომელიც შეიცავს ბენზოილის სპირტი აგრეთვე შედის კლონიკის (ანალგეტიკი) ხსნად კონსერვატში, ანტიანემიურ პრეპარატ - ფერლექტიში.

ფენოტანი R-Ttricikluriantidepressantebis (ამინოტრიპტილი, იმიპრამინი) მიღების ფონზე განვითარებული უცარი სიკვდილი. გულის განჩერების გამო, უვითარდებათ ავადმყოფებს 70 წლის ზევით პრეპარატის კარდიოტოქსიური მოქმედების ფონზე.

ციკლოპროპანული შოკი უფითარდება ზოგიერთ ავადმყოფს ციკლოპროპანის მიღების უცარი შეწყვეტის დროს ანესთეზიის დამთავრებისას. კლინიკურად ვლინდება არტერიული წნევის დაქვეითებით. რის შედეგადაც ირღვევა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ორგანოების სისხლით მომარაგება. სისხლძარღვოვანი რეაქცია (მათი გაფართოვება) სავარაუდოდ დაკავშირებულია ნახშირორჟანგის კონცენტრაციის სწრაფ შემცირებასთან სისხლში. აკრინინიზმის სინდრომი გვხვ-

დება ქინინის ხანგრძლივი მიღების ფონზე. მსუბუქი გამოვლინებაა - თავის ტკივილი, თავბრუს ხვევა, შუილი ყურებში, მხედველობის უმნიშვნელო დარღვევა, ღებინება, ტკივილი მუცელში, თხელი განავალი. აკრინინის დოზის გადაჭარბების დროს შეიძლება აღმოცენდეს „აკრინინული თრობის“ მდგომარეობა ან „აკრინინული ფსიქოზი“ მკვეთრი ფსიქომოტორული აგზნება პალუცინაციებით და სრული დეზორიენტაციით, კლონურ-ტონური კრუნჩხვებით. აღინიშნება კანისა და სკლერების ყვითელი შეფერილობა.

შონლაინჰენის სინდრომი აღწერილია ავადმყოფებში, რომლებიც იყენებენ თიაზიდურ დიურეტიკს - ქლორთიაზიდს, ტეტრაციკლინებს. ესარის ჰემორაგიული ვასკულიტი (სინონიმი - ჰემორაგიული კაპილარული ტოქსიკოზი, თრომბოციტოპენიური პურპურა). ახასიათებს სისხლძარღვოვანი სისტემის დაზიანება კანის პათოლოგიით, შინაგანი ორგანოების დაზიანებით. სისხლძარღვთა კედლის გამტარობის დაზიანებით სისხლის მნიშვნელოვანი დაზიანების გარეშე. მიმდინარეობის თავისებურების მიხედვით განარჩევენ მარტივ რემატოიდულ და აბდომინურ პურპურას.

იარიშპერცჰეიმერის სინდრომი ეს არის მეორადი რეაქცია პენიცილინის დანიშნაზე. ვითარდება

2-12-სთ-ის შემდეგ პრეპარატის პირველი დოზის შეყვანიდან სიფილისის მკურნალობისას. შეიძლება გამოწვეული იქნას ქლორამფენიკოლით მუცლის ტიფის მკურნალობის დროს. გამოვლინდება სხეულის ტემპერატურის მომატებით, შემცივნებით, ხშირად დაავადების ყველა სიმპტომის გაუარესებით. შემცივნება იშვიათად გრძელდება 2-8-სთ, ხანდახან ვითარდება გრიპის მსგავსი სიმპტომები (თავის ტკივილი, ტკივილი სახსრებში) შეიძლება განიცდეს სიყვითლე აგრეთვე აორტის რკალის უეცარი გაფართოება ან ევრიზმის ჩამოყალიბებით. აღინიშნება კორონარული უკმარისობის სინდრომები, კრუნჩხვები, მხედველობის მწვავე გაუარესება, მხედველობის ნერვის ნევრიტის ჩამოყალიბებით. კანის რეაქციების გამოწვევა. იარიშპერცჰეიმერის რეაქციას თან ახლავს ენდოტოქსემია.

ამრიგად, მედიკამენტოზური თერაპიის გვერდითი ეფექტების გათვალისწინება და აღრიცხვა - პათოლოგიური სინდრომების პროგნოზირება, გვეხმარება სამკურნალო პრეპარატების გამოყენება იყოს უსაფრთხო და ეფექტური, გაუმჯობესდეს მოსახლეობის მკურნალობის ხარისხი და ხარჯეფექტურობა, შესაბამისად ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაჩვენებლები.

რეზიუმე

წამლის მიერ იპათოლოგიური სინდრომები

მედიცინის დოქტორი რ. ჯაში

კლინიკური ფარმაკოლოგიისა და რაციონალური ფარმაკოთერაპიის ხელშეწყობის კავშირი „უპირველესია, არ ავნო“, ევრომეცნიერების საქართველოს სექციის ფარმაკოლოგიის დეპარტამენტი

ამრიგად, მედიკამენტოზური თერაპიის გვერდითი ეფექტების გათვალისწინება და აღრიცხვა - პათოლოგიური სინდრომების პროგნოზირება, გვეხმარება სამკურნალო პრეპარატების გამოყენება იყოს უსაფრთხო და ეფექტური, გაუმჯობესდეს მოსახლეობის მკურნალობის ხარისხი და ხარჯეფექტურობა, შესაბამისად ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაჩვენებლები.

შრომაში აღწერილია : მედიკამენტოზური თერაპიის გვერდითი ეფექტების გათვალისწინება და აღრიცხვა - პათოლოგიური სინდრომების პროგნოზირება, რომ სამკურნალო პრეპარატების გამოყენება იყოს უსაფრთხო და ეფექტური, გაუმჯობესდეს მოსახლეობის მკურნალობის ხარისხი და ხარჯეფექტურობა, შესაბამისად ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაჩვენებლები.

SUMMARY

PATHOLOGIC SYNDROMES CAUSE BY MEDICINE

Association of Clinic Pharmacology and Rational Parmacological Assisstance – “First, Do No Harm” Pharmacologic Section of Euroscience Georgian National Section

Considering and registering the side-effects of drugs, prognosing pathologic syndromes, helps us to use medications safely and effectively, it also helps us to improve the level of treating citizens and their economical situation, thus, resulting in available healthcare for everyone and improving healthcares criterias.



ქალბატონი მანანას ღირსეული 60 წელი

დავითაძე 1952 წლის 5 აპრილს ქ. დარეჯანში (მაშინ - აფხაზეთი) დაიბადა. უკრაინაში ცნობილი მხატვრული გახლდა. თბილისში დაბრუნების შემდეგ, ხადაც 1968 წელს ოქროს მედალით დაჯილდოვდა 35-ე საშუალო სკოლაში, 1974 წელს კი ასევე წარინიშნა თბილისის სახ. სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტის სწავლა გაეგრძელა თსუ-ს კლინიკურ ორდინატურაში ფსიქიატრიის კათედრაზე, ხადაც დაფინანსდა ფსიქიკური დაავადებების მექანიკური ანალიზით. ორდინატურის დამთავრების შემდეგ მუშაობდა ჯანდაცვის სამინისტროში და პარალელურად დაიწყო მუშაობა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ბიოლოგიის, პათოლოგიისა და გენეტიკის კათედრაზე. ვარ მედიცინის აკად. დოქტორი და 2 წინასწარ დოქტორი, ერთ-ერთი 2 წლის წინ გამოქვეყნებული "სამედიცინო გენეტიკა" ექიმებისა და ექთნებისათვის. გაეფორმა მკვლევარული ტრეკინგები/დახვეწებების კურსები თბილისში და მოსკოვში I სამედიცინო ინსტიტუტში. ამავე დროს თსუ-ს მრავალწლიანი სამედიცინო გენეტიკის დეპარტამენტში. სულ გამოქვეყნებული მკვლევარული სამუშაოები 15-ზე მეტი. ჩემი მეუღლე - ვიქტორ მარაშკინი გახლდათ ცნობილი ექიმი პედიატრი-გენეტიკოსი, რომელმაც ქართულ მედიცინაში ორი ახალი მიმართულება და-

აფუძნა - სამედიცინო გენეტიკა და სოციალური პედიატრია. ჩემი შვილები: ნინო - ექიმი, ანა - მკვლევარი მსოფლიო ბანკის სამხრეთ კავკასიის რეგიონულ ოფისში, კურირებს ჯანდაცვისა და სოციალურ სექტორებს. სოფი - ხადაც მუშაობს ურთიერთობების სპეციალისტად, მუშაობს გენეტიკის კათედრაში (UNICEF), ბავშვთა დაცვის და კვების დეპარტამენტში. 2008-2012 წწ. გახლდათ UNICEF-ის უფროსი და ჩაიბარა ქვეყნების თანამშრომელთა ომბუდსმენი. დამთავრებული აქვს აშშ-ის კორნელის უნივერსიტეტის დოქტორანტი.

60 წელზე მეტი მისაბაძი საეჭირო მოღვაწეობით

(რედაქცია უსურვებს ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას)

მოგიაშვილი მარბარბა ბაბუაძის ასული, მედიცინის დოქტორი,

სპეციალიზაცია - ანესთეზიოლოგია (სახ. სერტიფიკატი №012854)

სპეციალიზაცია - კრიტიკული მედიცინა, ინტენსიური თერაპია (სახ. სერტიფიკატი № 084629), ასევე ქირურგია | კატეტორია

2007-2010 - გალაფევილი მედიცინის ცენტრის ანესთეზიოლოგიის დეპარტამენტის ექიმი - ანესთეზიოლოგი;

1973 - 2006.09 - კონსერვითი თსუ ანესთეზიოლოგიის და კრიტიკული მედიცინის კათედრის ასისტენტი (კათედრის დირექტორის დედა);

1958 - 2006 - რეკას ექიმი - ქირურგი, 1962 წლიდან - ანესთეზიოლოგი-რეანიმატოლოგი;

1954 - 1958 წწ. - კონსერვითი თსუ პოსპიტალური ქირურგიის კათედრის კლინიკური ორდინატორი;

1953.12 - 1954.09 - საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს კადრების სამმართველოს უფროსი ინსპექტორი;

1952 - 1954 - თბილისის I კლინიკური საავადმყოფოს ბავშვთა ქირურგიული კლინიკის ექიმი - ორდინატორი;

1951 - 1952 - თურჯოლის რაიონის საავადმყოფოს ექიმი - ქირურგი;

1945 - 1951 - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტის სტუდენტი;

საეჭირო მოღვაწეობის სხვადასხვა წლებში მუშაობდა:

- ბ. პროფესორის სახ. ქირურგიის საკავშირო ცენტრი
- ა. ვინსენსის სახ. ქირურგიის ინსტიტუტი
- ა. ბაკულავის სახ. გულ-სისხლძარღვო ქირურგიის ცენტრი, ხადაც შეხრულდა საკვალიფიკაციო შრომა

• სლოვაკიის მეცნიერებათა აკადემიის ქირურგიის ინსტიტუტი, ქ. ბრატისლავა
1970.16.06 - დისერტაცია მედიცინის მეცნიერებათა კანდი-



1974 წ. ანესთეზიოლოგიისა და რეანიმატოლოგიის კათედრის ასისტენტები მარგო გოგიაშვილი და ნათელა ქეჭაძე



1975 წ. რესპუბლიკური ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს გურუანის ფაჩტა. ანესთეზიოლოგიის კათედრისა და საპრობლემატიკური შიშვარდის, დოცენტები: ს. ლახარაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ქეჭაძე, შ. გოგიაშვილი, ზ. ხედაძე

ხალხ-დემოკრატიული რესპუბლიკა, ქ. მოსკოვში, ცენტრალური პოსპიტალის ანესთეზიოლოგია - რეანიმატოლოგიის სამსახურის უფროსი;

1962 წლიდან - სხვადასხვა დროს საერთაშორისო, საქავეშირო და რესპუბლიკური კონფერენციების მონაწილე ანესთეზიოლოგია - რეანიმატოლოგიის დარგში, როგორც მომხსენებელი, ორგანიზატორი წევრი, სარედაქციო კომიტეტის წევრი;

ანესთეზიოლოგია - რეანიმატოლოგიის საკავშირო და რესპუბლიკური სახ-

მეცნიერო-პრაქტიკული საზოგადოების ერთ-ერთი დამფუძნებელი, გამგეობის წევრი 2006 წლამდე

116 სამეცნიერო ნაშრომი - ძირითადი თემატიკა: ფილტვის ხელშეწყობის ტექნიკა და მისი გაზრდილობა; გადაუდებელი ანესთეზიოლოგია; ანესთეზიოლოგია გერიატრიაში;

სედაციის პრობლემა ანესთეზიოლოგიაში (სედუქსენი, კეტანოლი, პროპოფოლი, დორმიკუმი);

თანამედროვე სახელმძღვანელო "რეანიმაცია - ანესთეზიოლოგია", HI ნაწ., ქართულ ენაზე თბილისი, 1985 წ. (რედ. შ. შაჭავაძისთან), თავები - ზოგადი ანესთეზია ნეიროქირურგიაში, უროლოგიაში, ოტორინოლოგიაში;

1973 წლიდან - თსუ კათედრის ასისტენტის თანამდებობაზე ყოფილას მომზადებულია 60-ზე მეტი ინტერნი, 7 რეზიდენტი, რესპუბლიკის მთავარი სპეციალისტი, პროფესორი ნათელა ქეჭაძისთან, სახ. გალაფევილი მედიცინის ცენტრის სტრუქტურული ერთეულების ხელმძღვანელები (კ. ბუცურიაძე, დ. ვაშაძე, დ. სუხიაშვილი, მ. ბერაშვილი, გ. კალიანი, დ. ფორცხადავა და სხვ) და პრაქტიკულად მთელი ანესთეზიოლოგიური სამსახური;

მუშაობდა - გეოგრაფიული კვლევის (კონსტანტინე მ. გარდაიკვალი 1993 წ.)

შვილები: გეოგრაფიული კვლევის მონაწილე მარგო მარბარბაშვილი მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი;

შვილები: გეოგრაფიული კვლევის მონაწილე ნინო მარბარბაშვილი მედიცინის დოქტორი;

ჯილდოები: გ. მუხაძის სახელმძღვანელო საპატრიოტო მედალი (1974 წ.)

• ანგლო-სახ. ჯილდო - აგოსტინო ნეტოს მედალი (1980 წ.)

ანგლო-სახ. საბჭოთა კავშირის საელჩოს საბატონო სოფელი (1980 წ.) (სტალინის მემორიალური პრემია) და სხვადასხვა ჯილდოები და პრემიები.



აკად. კერისთავის იუბილე, ქირურგიის ინსტიტუტი. დოც. პეტრე ჩუბინიძე, პროფ. თინა სირია, დოც. ეთერი ბაკურაძე, თამარ ლომიძე, მარგო გოგიაშვილი.



1979 წ. ანგლოს სახელმძღვანელო რესპუბლიკა, ქმოსამედიცინის პოსპიტალის კოდექტივი.



1973 წლიდან - თსუ კათედრის ასისტენტის თანამდებობაზე ყოფილას მომზადებულია 60-ზე მეტი ინტერნი, 7 რეზიდენტი, რესპუბლიკის მთავარი სპეციალისტი, პროფესორი ნათელა ქეჭაძისთან, სახ. გალაფევილი მედიცინის ცენტრის სტრუქტურული ერთეულების ხელმძღვანელები (კ. ბუცურიაძე, დ. ვაშაძე, დ. სუხიაშვილი, მ. ბერაშვილი, გ. კალიანი, დ. ფორცხადავა და სხვ) და პრაქტიკულად მთელი ანესთეზიოლოგიური სამსახური;

მუშაობდა - გეოგრაფიული კვლევის (კონსტანტინე მ. გარდაიკვალი 1993 წ.)

შვილები: გეოგრაფიული კვლევის მონაწილე მარგო მარბარბაშვილი მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი;

შვილები: გეოგრაფიული კვლევის მონაწილე ნინო მარბარბაშვილი მედიცინის დოქტორი;

ჯილდოები: გ. მუხაძის სახელმძღვანელო საპატრიოტო მედალი (1974 წ.)

• ანგლო-სახ. ჯილდო - აგოსტინო ნეტოს მედალი (1980 წ.)

ანგლო-სახ. საბჭოთა კავშირის საელჩოს საბატონო სოფელი (1980 წ.) (სტალინის მემორიალური პრემია) და სხვადასხვა ჯილდოები და პრემიები.



რკინადეფიციტური ანემიის ეროვნული გაილანი

ა. კვზერელი-ძოკაძე, მ. კვზერელი-ძოკაძე, ზ. მთვარელიძე
შპს „ბავშვთა ახალი კლინიკა“, თსუ გ. ჟვანიას სახ. პედიატრიის აკადემიური კლინიკა

რკინადეფიციტური ანემია (რდა) არის პათოლოგიური მდგომარეობა, რომელიც განპირობებულია ორგანიზმში რკინის რაოდენობის შემცირებით, ჰემოგლობინის სინთეზისა და მისი საშუალო კონცენტრაციის დაქვეითებით თითოეულ ერითროციტში.

ეპიდემიოლოგია. ყველა სხვა ანემიებს შორის რდა ხვედრითი წილი შეადგენს 70-80%-ს. საქართველოში (XXI საუკუნის I დეკადაში) რკინადეფიციტური ანემია ბავშვებში გვხვდებოდა 21,4%-ში, ხოლო რკინის ლატენტური დეფიციტი – 13,4%-ში. აღნიშნული ტიპის ანემიები 6 თვემდე ასაკის ბავშვებში დაფიქსირებულია 57%-ში, ხოლო 6-12 თვის ასაკობრივ ჯგუფში – 71%-ში.

ეტიოლოგია. რკინადეფიციტური ანემიის ძირითადი მიზეზებია:

ანტენატალური: პლაცენტარულ-საშვილოსნოს სისხლის მიმოქცევის მოშლა, პლაცენტარული უქმარისობა, ფეტო-პლაცენტარული და ფეტო-დედისეული სისხლის დენა, მრავალნაყოფიანი ორსულობის ფეტალური ტრანსფუზიის სინდრომი, დენაკლულობა, მრავალნაყოფიანობა, დედის ორგანიზმში რკინის ხანგრძლივი და ღრმა დეფიციტი.

ინტრანატალური: ფეტო-პლაცენტარული ტრანსფუზია, დროზე ადრე ან მოგვიანებით ჭიპლარის გადაკვანძვა, ანომალური პლაცენტა, ინტრანატალური სისხლის დენა მეანის მიერ ტრავმის მიყენების შედეგად.

პოსტნატალური: საკვები პროდუქტებით რკინის მიწოდების ნაკლებობა – ხელოვნურ კვებაზე ბავშვის ადრეული გადაყვანა, არაადაპტირებული რძის ნარევების გამოყენება, ძროხისა და თხის რძის გამოყენება, ვეგეტარიანული და ფქვილეული საკვების გამოყენება, არაბალანსირებული დიეტა ღარიბი ცხოველური პროდუქტებით, რკინის მაღალი მოთხოვნა ბავშვის ორგანიზმის სწრაფი ტემპით ზრდის გამო (დენაკლულობა და მრავალნაყოფიანი ორსულობიდან დაბადებული ბავშვები, სხეულის დიდი მასით დაბადებულნი, პუბერტული და პრეპუბერტული პერიოდის მოზარდები), რკინის სწრაფი დაკარგვა ორგანიზმიდან სხვადასხვა ეტიოლოგიის სისხლის დენის დროს, ნაწლავებიდან საკვების შეწოვის დარღვევა; ასევე ხანგრძლივი და უხვი სისხლის დენა გოგონებში მენსტრუალური ციკლის დაწყებისას; რკინის ტრანსპორტის დარღვევა ორგანიზმში ტრანსფერინის დეფიციტთან დაკავშირებით.

რკინადეფიციტური მდგომარეობის სტადიები:

- ✓ რკინის პრელატენტური დეფიციტი;
- ✓ რკინის ლატენტური დეფიციტი;
- ✓ რკინადეფიციტური ანემია.

რკინადეფიციტური ანემიის კლინიკური სიმპტომები

ანემიური სინდრომი

- ✓ კანისა და ლორწოვანი გარსების სიფერ-მკრთალე;
- ✓ მადის დაქვეითება;
- ✓ ფიზიკური და გონებრივი დაძაბულობის მომატება;
- ✓ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დარღვევები (თავბრუსხვევა, ყურებში შუილი, გულის ტონების მოყრუება და სისტოლური შუილი).

სიდეროპენიური სინდრომი:

- ✓ კანის დისტროფიული ცვლილებები (კანის სიმშრალე);
- ✓ ფრჩხილების მტვრებადობა;
- ✓ თმის ცვენა (მტვრევადობა, გათხელება);
- ✓ ცხვირის, საყლაპავის და კუჭის ლორწოვანის ატროფია;
- ✓ დისპეფსიური მოვლენები;
- ✓ ნაწლავებიდან საკვების შეწოვის დარღვევა;
- ✓ ყნოსვის და გემოვნების გაუკუღმართება;
- ✓ კუნთების ტკივილი და მისი ტონუსის დაქვეითება;
- ✓ კბილების კარიესი, ემალის დეფექტი;
- ✓ სუბფერულიტეტი.

რკინადეფიციტური ანემიის დიაგნოსტიკის ლაბორატორიული კრიტერიუმები:

1. ჰემოგლობინი <115 გ/ლ;
 2. ერითროციტები <3,5x10¹²/ლ;
 3. ჰემატოკრიტი <33-34%;
 4. რეტიკულოციტები – ან ;
 5. ერითროციტების მორფოლოგია: მიკროციტოზი, პოიკილოციტოზი, ანიზოციტოზი;
 6. ფერადობის მაჩვენებელი <0,8;
 7. ერითროციტებში ჰემოგლობინის საშუალო შემცველობა (MCH) > 27 პგ/ერ;
 8. ერითროციტებში ჰემოგლობინის საშუალო კონცენტრაცია (MCHC) < 32 გ%;
 9. ერითროციტების საშუალო მოცულობა (MCV) < 75 მკმ³;
 10. სისხლის შრატით რკინის საერთო შებოჭვის უნარი > 58,0 მკმოლ/ლ;
 11. შრატის რკინა < 12 მკმოლ/ლ;
 12. ტრანსფერინის გაჯერების კოეფიციენტი < 25%;
 13. ფერიტინი (განსახდვრა რადიოიმუნური მეთოდით) < 30 მკმოლ/ლ.
- ჰემოგლობინისა და ფერიტინის ტესტები ყველაზე ინფორმაციულია რკინადეფიციტური ანემიის დიაგნოსტიკაში.

რკინადეფიციტური ანემიის სიმძიმის შეფასება
Hb – 110-90 გ/ლ - მსუბუქი ფორმა; Hb – 90-70 გ/ლ - საშუალო სიმძიმე; Hb < 70 გ/ლ - მძიმე ფორმა.

დიფერენციალური დიაგნოზი

ყველა ჰიპოქრომული ანემია არ არის რკინის დეფიციტით გამოწვეული. საჭიროა დიფერენციალური დიაგნოზი გატარდეს:

- ✓ რკინის გადანაწილებით ანემიებთან (რკინის რეუტილიზაციის დარღვევით გამოწვეული ანემიები ქრონიკული ანთებით დაავადებებს, ინფექციების, ონკოლოგიური და სხვა პათოლოგიის დროს);
- ✓ რკინის გაჯერების დარღვევით გამოწვეულ ანემიებთან (სიდეროაქრესტიული თანდაყოლილი და შეძენილი);
- ✓ ჰემის სინთეზის დარღვევით გამოწვეულ ანემიებთან (თალასემია და სხვა ჰემოგლობინოპათიები);
- ✓ სიდერობლასტურ ანემიებთან;
- ✓ ჰემორაგიული სინდრომით გამოწვეულ ანემიებთან;
- ✓ პირიდოქსინ-დეფიციტურ ანემიასთან;
- ✓ ჰიპო-ატრანსფერინემიით გამოწვეულ ანემიასთან;
- ✓ ტყვიით მოწამვლით გამოწვეულ ანემიასთან.

რკინის დეფიციტი და იმუნური სისტემა

სიდეროპენიის შედეგად აღინიშნება ორგანიზმის დაცვითი მექანიზმების და, მათ შორის, იმუნური სისტემის ფუნქციის მოშლა, რის შედეგადაც იზრდება ავადობის სიხშირე და ხდება ქრონიკული პროცესების გააქტივება. რკინადეფიციტური ანემია არ ითვლება ვაქცინაციის წინააღმდეგ ჩვენებად. აცრა შეიძლება ჩატარდეს ჰემოგლობინის ნორმალიზაციის შემდეგ, თუმცა ჰემოგლობინის ზომიერი დაქვეითება (მსუბუქი ფორმა) და ანტიანემიური მკურნალობა არ ითვლება ვაქცინაციის გადადების საფუძვლად.

რკინადეფიციტური ანემიის მკურნალობა

რდა მკურნალობის ძირითადი მიზანია რკინის დეფიციტის აღმოფხვრა და მისი მარაგის შევსება ორგანიზმში. გასათვალისწინებელია, რომ:

1. რკინის დეფიციტის შევსება ორგანიზმში რკინის პრეპარატების გარეშე ნაკლებად ეფექტურია;
2. რკინადეფიციტური ანემიის მკურნალობა კომპლექსურია და შედგება 3 ეტაპისგან:
 - ✓ ანემიის კუპირება;
 - ✓ გაჯერების თერაპია (ორგანიზმში რკინის მარაგის აღდგენა);
 - ✓ რეციდივის საწინააღმდეგო მკურნალობა.

რკინადეფიციტური ანემიის მკურნალობის ძირითადი პრინციპები

1. რდა პათოგენეზური თერაპია გულისხმობს რკინის პრეპარატების გამოყენებას, მათ შორის უპირატესობა ენიჭება ორვალენტური რკინის შემცველ პრეპარატებს.
2. რკინის პრეპარატები ორ ძირითად ჯგუფად იყოფა: ორალური (ენტერალური) და პარენტერალური. უპირატესობა ენიჭება პირველს.

3. ადრეული ასაკის ბავშვებისთვის გასათვალისწინებელია პრეპარატის ტოქსიურობა და გამოშვების ფორმა. უპირატესობა ენიჭება თხიერ პრეპარატებს (სიროფი, წვეთები, რომლებიც ნაკლებად აღიზიანებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს).

4. რკინადეფიციტური ანემიის მკურნალობა, შემთხვევათა უმრავლესობაში, შეიძლება ჩატარდეს ბინის პირობებში, გარდა მძიმე ჰიპოქსიის ნიშნებით მიმდინარე მდგომარეობისა.

5. ფეროთერაპია უნდა ჩატარდეს შემდეგი დოზებით:

- ✓ 3 წლამდე ბავშვებში – 3-5 მგ/კგ დღეში;
- ✓ 3-დან 7 წლამდე – 100-200 მგ დღეში;
- ✓ 7 წლის ზემოთ 200 მგ დღეში.

დოზა ნაწილდება დღის განმავლობაში 2-3 მიღებაზე.

6. ფეროთერაპია სამკურნალო დოზით ტარდება ჰემოგლობინის ნორმალიზაციამდე, ხოლო შემდეგ 4-8 კვირის განმავლობაში როგორც პროფილაქტიკური კურსი (რკინის პრეპარატი ინიშნება სამკურნალო დოზის ნახევარი).

7. რკინის პარენტერალური პრეპარატებით მკურნალობა შესაძლებელია მხოლოდ მკაცრი ჩვენებით:

- ✓ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგია, ნაწლავის შეწოვის ფუნქციის დარღვევა;
- ✓ ორალური პრეპარატების აბსოლუტური აუტანლობა (გულის რევა, ლებინება);
- ✓ ორგანიზმის რკინით სწრაფი გაჯერების აუცილებლობა.

გართულების აცილების მიზნით საჭიროებს მკაცრი დოზირების დაცვას.

8. პარენტერალური რკინის პრეპარატების დოზები ბავშვის სხეულის მასის გათვალისწინებით შემდეგია:

- ✓ 5 კგ-მდე – 25 მგ დღეში (0,5 მლ);
- ✓ 10 კგ-მდე 25-50 მგ დღეში (0,5 – 1 მლ);
- ✓ 20 კგ-მდე – 100 მგ დღეში (2 მლ).

რკინის პრეპარატებით მკურნალობის ეფექტურობის კრიტერიუმები

1. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესება რამდენიმე დღეში;
2. კუნთების სისუსტის შემცირება;
3. პერიფერიულ სისხლში რეტუკულოციტური კრიზის განვითარება (მკურნალობის მე-5-7-10 დღე);
4. ერითროციტების რაოდენობის ყოველკვირეული მატება;
5. ჰემოგლობინის დონის სარწმუნო მატება (მკურნალობის მე-3-4 კვირას);
6. რკინის მარაგის სრული შევსება 2-3 თვეში;
7. რკინის ლატენტური დეფიციტის მკურნალობა ასევე ტარდება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში;
8. უშედეგო მკურნალობა რკინის პრეპარატებით განპირობებულია ან დოზის სიმცირით, ან მკურნალობის არასაკმარისი ხანგრძლივობით, ზოგჯერ კი საერთოდ სიდეროპენიის არარსებობით (მცდარი დიაგნოზი).

ძირითადი მკურნალობის ხანგრძლივობა რკინადეფიციტური ანემიის დროს

რდა მკურნალობის კურსი (საშუალოდ) შეადგენს 6-10 კვირას. იგი დამოკიდებულია

დაავადების სიმძიმესა და დეპო ორგანოებში რკინის მარაგის შევსებაზე:

- ✓ მსუბუქი ანემიის დროს 6-8 კვირა;
- ✓ საშუალო სიმძიმის ანემიის დროს 8-10 კვირა;
- ✓ მძიმე ანემიის დროს 10-12 კვირა.

რკინადეფიციტური ანემიის დროს პერორალური მკურნალობის დანიშნვის მეთოდოლოგია პრეპარატებში აქტიური რკინის დონის გათვალისწინებით

- ✓ რკინის მარილოვანი პრეპარატების მიღება რეკომენდებულია მკაცრად 30 წუთით ადრე კვებად;
- ✓ ნაწლავთა პათოლოგიის დროს რკინის მარილოვანი პრეპარატები ინიშნება გაანგარიშებული საჭირო დოზის 1/4 მისი თანდათანობით მიყვანით განკუთვნილ ასაკობრივ დოზამდე;
- ✓ პრეპარატები Fe(III) - ჰიდროქსიდ-პოლიმალტოზური კომპლექსი არ მოითხოვს და არ არის დაკავშირებული საკვების მიღებასთან.

რკინადეფიციტური ანემიის მკურნალობა ჰემოტრანსფუზიით

ამ მეთოდით მკურნალობა მინიმუმამდე უნდა იქნას დაყვანილი, რადგან იგი იძლევა ხანმოკლე ეფექტს, თრგუნავს ერთროპოეზს და აბრკოლებს ჰემოგლობინის სინთეზს. ჰემოტრანსფუზიისას იზრდება რისკი ტრანსმისიული ინფექციების (შიდსი, B- და C -ჰეპატიტი, ციტომეგალოვირუსული ინფექცია და სხვა) განვითარებისა. სისხლის გადასხმა უნდა ჩატარდეს მხოლოდ სასიცოცხლო ჩვენებით, როდესაც აღინიშნება მძიმე ანემია (ჰემოგლობინი < 50 გ/ლ) და ჰიპოქსიის მოვლენები.

კვებასთან დაკავშირებული რჩევები

- ✓ როდესაც ორგანიზმში უკვე არსებობს რკინის დეფიციტი. მხოლოდ კვების პროდუქტებით (ხილის და ბოსტნეულის წვენები და სხვა) მისი შევსება შეუძლებელია;
- ✓ ბუნებრივ კვებაზე მყოფ ბავშვებში დედის რძეში არსებული რკინა მის ყოველდღიურ მოთხოვნას (0,5-1,2 მგ) აკმაყოფილებს;
- ✓ ხელოვნურ კვებაზე მყოფი ბავშვები უნდა იღებდნენ ადაპტირებულ ნარევებს, რომლებიც გამდიდრებულია რკინით. თუ ბავშვს აქვს რკინადეფიციტური ანემია, რკინის შეწოვა ამ საკვებიდანაც 5-ჯერ ნაკლებია, ვიდრე ქალის რძიდან;
- ✓ რკინადეფიციტური ანემიის პოსტნატალური პროფილაქტიკა გულისხმობს ბუნებრივ კვებას, ხოლო 6 თვიდან რკინით გამდიდრებულ დამატებით საკვებს. 7 თვის ასაკიდან ბავშვი უნდა იღებდეს ხორცის პროდუქტებს.

პროფილაქტიკა

- ✓ რღა პროფილაქტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ანტენატალურ პრევენციას. ორსული ქალის კვებას და ცხოვრების წესის მოწესრიგებას, ანემიის დროულ გამოვლენას და მის მკურნალობას;
- ✓ ბავშვის რკინადეფიციტური ანემიის პროფილაქტიკა ორი ნაწილისაგან შედგება: დაავადების გამომწვევი ფაქტორების მოცილება და კვების სწორი რაციონის შემუშავება;

✓ დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა და რისკის ჯგუფის ბავშვების გამოვლენა (დენაკლულები, აქსელერატები, არასრულფასოვანი, არაბალანსირებულ კვებაზე მყოფი ბავშვები და სხვა). ამ კონტინგენტს რკინის პრეპარატები ენიშნებათ პროფილაქტიკური დოზით;

✓ დენაკლულთა ადრეული ანემია, გარდა ერთროპოეზის დათრგუნვისა, რკინის დეფიციტის საწყის ფაზად არის მიჩნეული, რომელიც შემდგომში გადადის რკინადეფიციტური ანემიის მანიფესტურ ფორმაში. ამიტომ, დენაკლული ბავშვები რკინის პრეპარატებით მკურნალობას საჭიროებენ 2 თვის ასაკიდან.

რკინის პრეპარატების მიღებით გამოწვეული გართულებები

რკინის პერორალური და პარენტერალური პრეპარატების მიღებისას შესაძლებელია გამოვლინდეს სხვადასხვა სახის გართულებები. რკინის პერორალური პრეპარატებით მკურნალობის დროს წარმოქმნილი გართულებები დაკავშირებულია დოზის გადამეტებასთან. ფეროთერაპიის დროს ბავშვებში ხშირია მეტალის გემოს შეგრძნება პირის ღრუში, კბილების გაშავება, განავალი იღებს შავ ფერს. ყოველივე ეს კი აქვეითებს მკურნალობისადმი განწყობას.

ფეროპრეპარატები, რომლებიც შეიცავენ რკინის იონურ ნაერთებს, უკონტროლო გამოყენებისას, იწვევს ორგანიზმის მწვავე მოწამვლას. ამ დროს კლინიკურად გამოხატულია: ძლიერი ოფლიანობა, ტაქიკარდია, ც. ნ. ს-ის ძლიერი დათრგუნვა, კოლაფსი და ბოლოს შოკური მდგომარეობა.

შრატის რკინის მაჩვენებლების გათვალისწინებით გამოიყოფა მოწამვლის სიმძიმის 3 ჯგუფი: მსუბუქი (რკინა - 30-66 მკმოლ/ლ), საშუალო (რკინა 67-90 მკმოლ/ლ), მძიმე (რკინა 1000-200 მკმოლ/ლ). მოწამვლის ყველა შემთხვევაში ავადმყოფი მოითხოვს სტაციონარულ მკურნალობას: მიზანშეწონილია კუჭის ამორეცხვა, ენიშნება საფადართო საშუალებები, რკინის ანტიდოტი დეფეროქსამინი ინტრავენურად. მძიმე შემთხვევაში მიმართავენ პლაზმაფერეზს, ჰემაბსორბციას და დიალიზს.

რკინადეფიციტური ანემიის რეკომენდაციის დონე პრაქტიკოსი ექიმებისთვის

1. სისხლის დენის შედეგად განვითარებული რკინადეფიციტური ანემიის დროს, ლოკალიზაციის დაზუსტების მიზნით, კუჭ-ნაწლავის ენდოსკოპური (გასტროსკოპია, რექტორომანოსკოპია, ექსკოპია და სხვა) გამოკვლევების ჩატარების აცილებლობა (B).
2. ჰემოგლობინის და ფერიტინის ტესტი საუკეთესოა რკინადეფიციტური ანემიის დიაგნოსტიკაში (C).
3. თუ რკინადეფიციტური ანემიის დიაგნოზი დადასტურებულია, გამორიცხულია ფოლიუმის მჟავას, ვიტამინ B₁₂-დეფიციტური ანემიის, თალასემიის და სხვა მიკროციტული ანემიების არსებობა, რკინის პრეპარატებით მკურნალობა სავალდებულოა (A).
4. რკინის პრეპარატების გამოყენების წინააღმდეგჩვენებაა გასტრო-ენტერალური სიმპტომები

(გულის რევა, დებინება, ფადარათი ან ყაბზობა) (A).

5. რკინადეფიციტური ანემიის მკურნალობის შემდეგ თუ არა გვაქვს გამოხატული კლინიკო-ლაბორატორიული გაუმჯობესება, ტარდება ღრმა გამოკვლევები დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით (A).

6. ჰემოგლობინის მაღალი მანვენებელი საჭიროებს გამოკვლევის ჩატარებას ჰემოსიდეროზის არსებობაზე (A).

პირველადი ჯანდაცვის ექიმის როლი

რკინადეფიციტური ანემიით დაავადებულ ბავშვთა უმრავლესობა პირველ რიგში

მიმართავს პირველადი ჯანდაცვის ექიმს. ამ უკანასკნელის მოვალეობაა: დაადგინოს ანემიის არსებობა, რისთვისაც ახორციელებს (ლაბორატორიის მეშვეობით) პერიფერიული სისხლის ანალიზს, კლინიკო-ლაბორატორიული მონაცემების მეშვეობით აფასებს დაავადების სიმძიმეს და განსაზღვრავს მკურნალობის საჭირო ტაქტიკას, ან დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით ახორციელებს პაციენტის დამატებითი კვლევის მონიტორინგს, რათა უზრუნველყოს პაციენტი და/ან მისი მშობელი შესაბამისი ინფორმაციით.

SUMMARY

NATIONAL GUIDELINE FOR IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN

A. KVEZERELI-KOPADZE, M. KVEZERELI-KOPADZE, Z. MTVARELIDZE
"New Children's Clinic", Ltd; TSMU G. Zhvania Pediatric Academic Clinic

Iron deficiency occupies special place in the structure of anemias in children and adults. Despite the recent advances in hematology the frequency of anemias is constantly growing, especially in early childhood. During the first decade of 21st century in Georgia the iron deficiency anemia in children was manifested in 21, 4% of cases, and latent iron deficiency – in 13, 4%. This anemia is especially frequent in children under one year old.

The guideline reviews the practical and theoretical aspects of sideropenia, disease etiology and pathogenesis, clinical manifestations, specific diagnostics, prevention and treatment; own 40 years experience related to the prevalence of iron deficiency conditions and manifested forms of iron deficiency, and iron deficiency anemia in different regions of Georgia is generalized, its causes and complex approaches to treatment and prevention are discussed.

The guideline is intended for the pediatricians, hematologists, primary health care professionals.

ტკივილის მართვა ახალშობილებში

ც. შარულავა, მ. ჩხაიძე, თ. გოთუა, ი. ხურცილავა
ბავშვთა ახალი კლინიკა, საქართველო

PARULAVA T., CHKAIDZE M., GOTUA T., KHURTSILAVA I.
Children New Clinic, Georgia

ტრადიციულად ითვლებოდა, რომ ახალშობილი ბავშვები ტკივილის გადამცემი გზების უმწიფრობის გამო ვერ გრძნობენ და შესაბამისად არ განიცდიან ტკივილს, ექიმები ტკივილის პრევენციის აუცილებლობას უარყოფდნენ და ამას იმით ამართლებდნენ, რომ ამ ასაკში ანალგეზიური და ანესთეზიური მედიკამენტების გვერდითი ეფექტები უფრო ხშირია. 80-იან წლებში გაჩნდა კვლევები, რომლებიც ადასტურებდა, რომ ნაყოფს ორსულობის II ტრიმესტრის შუა პერიოდიდან აქვს სრულფასოვანი და მოფუნქციონირებული სენსორული სისტემა. ოპტიკურმა ნეიროკვლევებმა კი ცხადყო მტკივნეულ სტიმულზე ტვინის სომატოსენსორულ არეებში კორტიკალური შრის აქტივაციის ფაქტი როგორც ღრუოდ, ისე დღენაკლ ახალშობილებში. ტკივილის საპასუხოდ ამ ასაკობრივ ჯგუფში ვლინდება; ავტონომიური (გულისცემის სიხშირის გაზრდა, არტერიული წნევის მატება), ჰორმონალური (კორტიზოლის, კატექოლამინების გამოყოფა), ქცევითი (გრიმასა) და იმუნოლოგიური ცვლილებები.

ტკივილი ახლავს ა) ახალშობილთა მოვლის რუტინულ ღონისძიებებს: გაზგამყვანის ჩადგმას, შარდის ბუშტის კათეტერიზაციას, ფიზიკალური გასინჯვის პროცედურას; ბ) მცირე ინვაზიური პროცედურებს: ელექტროამომწოვი, ფლუბოტომია, პერიფერიული ვენების კათეტერიზაცია; გ) სერიოზულ ინვაზიურ პროცედურებს: პლევრის პუნქცია, ცენტრალური ვენების კათეტერიზაცია, ცირკუმსიზიო (წინდაცვეთა), ქირურგიული ჩარევა. გახანგრძლივებული ტკივილი აქვთ წყლულოვან-ნეკროზული კოლიტით, მენინგიტით, სეფსისით დაავადებულ ახალშობილებს. განსაკუთრებით ხშირად ტკივილს განიცდიან ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის პაციენტები.

მიუხედავად იმისა, რომ დღეს ეჭვი არავის ეპარება, რომ ახალშობილებს სტკივათ, ბევრ სამედიცინო დაწესებულებაში, მათ შორის ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის დეპარტამენტებშიც კი ტკივილის მართვის ღონისძიებებს არ მიმართავენ. არადა ტკივილის ადექვატური მართვის შემ-

თხვევაში სარწმუნოდ უკეთესია პოსტოპერაციული ლეტალობის მანევრებლები, სეფსისის, სისხლძარღვშიდა შედეგების სინდრომის, მეტაბოლური აციდოზის გამოსავალი. მორეციდივე ტკივილი ახალშობილებში სცვლის ტკივილის აღქმას როგორც ბავშვობის, ისე მოზარდობის ასაკში.

2006 წელს ამერიკის პედიატრიულმა აკადემიამ კანადის პედიატრიულ ასოციაციასთან ერთად შეიმუშავა ტკივილის კონტროლის პროგრამა, რომელიც რეკომენდებულია ყველა სამედიცინო დაწესებულებისათვის, სადაც მკურნალობას გადაიან ახალშობილი ბავშვები. პროგრამის ძირითადი რეკომენდაციებია:

1. ტკივილის რუტინული შეფასება და კონტროლი სამედიცინო მომსახურების აუცილებელი კომპონენტია;
2. მტკივნეული პროცედურების რიცხვის შემცირება;
3. ტკივილის შემცირება/პრევენცია ინვაზიური პროცედურების დროს;
4. ტკივილის შემცირება/პრევენცია პოსტოპერაციულ პერიოდში;
5. ქრონიკული ტკივილის და სტრესის პრევენცია ნეონატალური ინტენსიური თერაპიის დაწესებულებაში;
6. ტკივილის პრევენციის, კონტროლის და მართვის ღონისძიებები უნდა განხორციელდეს მტკიცებითი მედიცინის რეკომენდაციების გათვალისწინებით.

ტკივილის პრევენცია, კონტროლი და მართვა ტკივილის სიმძიმის შეფასებით იწყება. **ტკივილის სიმძიმის შეფასება** ახალშობილებში კომუნიკაციის შეუძლებლობის გამო ტკივილის შეფასება ეფუძნება ფიზიოლოგიურ და ქცევით ინდიკატორებს, რისთვისაც რეკომენდებულია შემდეგი შკალები:

- NIPS** - neonatal Infant Pain Scale
- CRIES** - Crying, Requires oxygen saturation, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness
- PIPP** - Premature Infant Pain Profile
- N-PASS** - Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale

უნივერსალური შკალა არ არსებობს. ტკივილის სიმძიმის შესაფასებლად ყველა დაწესებულება ირჩევს მისთვის მისაღებ მეთოდს ან იყენებს რამდენიმე შკალას ყოველი კონკრეტული შემთხვევისათვის. რეკომენდებულია ტკივილის შეფასება მოხდეს ყოველ 4 საათში და დამატებით ყოველი მტკივნეული პროცედურის შემდეგ.

ტკივილის მართვა. ტკივილის კონტროლის პროგრამა გულისხმობს:

- ანალგეზიას ნებისმიერი მტკივნეული პროცედურის ჩატარების წინ;
- მტკივნეული სტიმულების და პროცედურების რიცხვის მაქსიმალურ შემცირებას;
- არაფარმაკოლოგიური პროცედურების, ფარმაცევტული აგენტების ან მათი კომბინაციის გამოყენებას.

1. ანალგეზია.

I საფეხური. არაფარმაკოლოგიური ღონისძიებები: მატყუარა საწოვარა, საქაროზა, "კენგურუს მეთოდი", პოზიციური თერაპია და სენსორული სატურაცია;

II საფეხური. ტოპიკური ანალგეზიური საშუალებები: ლიდოკაინი, ლიდოკაინ-პრილოკაიმის კრემი, ტეტრაკონის ჟელე, ამიდოკაინის ჟელე;

III საფეხური. აცეტამინოფენი, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები ორალურად ან რექტალურად;

IV საფეხური. ოპიოიდების ინტრავენური ინფუზია (მორფინი, ფენტანილი);

V საფეხური. ლიდოკაინით ინფილტრაცია ან ნერვის ბლოკადა;

V საფეხური. დრმა სედაცია: ოპიოიდები სხვა მედიკამენტებთან ერთად ან ანესთეზია

არჩევანი, თუ რომელ საფეხურს გამოიყენებს ექიმი დამოკიდებულია მის შეფასებაზე, სამედიცინო დაწესებულების ტიპზე და დაწესებულებაში მიღებულ პროტოკოლზე.

2. არაფარმაკოლოგიური ანალგეზია. მცირე სტრესების და ტკივილის დროს საკმარისია:

ორალური საქაროზა. 3 თვემდე ასაკის დროულ და დღენაკლ ახალშობილებში სტრესის და მცირე ინვაზიურ პროცედურებთან დაკავშირებული ტკივილის შემცირება შესაძლებელია ტკბილი სითხეების - საქაროზას და გლუკოზას გამოყენებით. 3 თვეზე მეტი ასაკის ჩვილებში ეს ღონისძიება აღარ არის ეფექტური. ეს ნახშირწყლების ახდენენ ტვინში ოპიოიდური რეცეპტორების აქტივაციას. რეკომენდებულია საქაროზას 24%-იანი ხსნარის 0, 05 - 0, 5მლ (0, 012-0, 12გ) ორალურად ან საქაროზას ხსნარში დასველებული მატყუარა (შეესაბამება დაახლოებით 0,2 მლ) 2 წუთით ადრე ჩარევამდე. ეს ღონისძიება უსაფრთხოა და შეიძლება მისი რამდენჯერმე გამეორება. ინტუბირებული პაციენტებისათვის რეკომენდებულია საქაროზას 1 წვეთი ენაზე. ანალგეზიისათვის საქაროზა საკმარისია ისეთი ღონისძიებებისათვის, როგორცაა: ქუსლში ჩხვლეტა, ვენის პუნქცია და კათეტერიზაცია, ნაზოგასტრალური ზონდირება, არტერიის პუნქცია, შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია, კუნთი და კანქვეშ ინექცია, თვალის ფსკერის დათვლიერება, ტანსაცმლის გამოცვლა. საქაროზასთან ერთად დამატებით ლოკალური ანესთეზიის ჩატარებას საჭიროებს: ლუმბური პუნქცია, წინდაცვეთა, პლევრის პუნქცია, ცენტრალური ვენის კათეტერიზაცია, ძვალშიდა ინექცია/ინფუზია

ბუბუთი კვება ან ორალურად ქალის რძის მიცემა საქაროზას ანალგეზიურ ანალგეზიურ ეფექტს იძლევა და ალტერნატიულ ღონისძიებად ითვლება.

წოვა საკვების გარეშე (მატყუარა საწოვარა) უფრო ეფექტურია, ვიდრე სენსორული სტიმულაცია (რწვევა, ხელით შეხება) ან პოზიციური თერაპია, მაგრამ ნაკლებად ეფექტური ბუბუთი კვების, რძის მიცემის ან საქაროზით ანალგეზიასთან შედარებით.

სხვა ღონისძიებები.

- ბავშვის მჭიდროთ შეხვევა, კიდურების მოტორული აქტიობის შეზღუდვა ააქტიურებს პროპრიოცეპტულ, ტაქტილურ და თერმულ რეცეპტორებს;

• ხელის პირში ჩადება, თითის წოვა გარკვეულად თვითდამამშვიდებელ ქცევით საშუალებებად ითვლება;

• მთლიანად გახვევა საბანში;

• შემამსუბუქებელი პოზა - მოხრილი და მუცელზე მიბჯენილი კიდურებით მკლავებში მოქცევა;

• კანით კანთან კონტაქტი ("კენგურუს მეთოდი" - დედის სარძევე ჯირკვლებს შორის ჩაწვენა - ასტიმულირებს ვენტრალურ, ტაქტილურ და პროპრიოცეპტულ სისტემებს და ამცირებს ტკივილს;

• სენსორული სატურაცია- შეხება, მასაჟი, დალაპარაკება, სუნი, ვიზუალური სტიმულაცია მტკივნეული პროცედურის დროს.

3. ფარმაკოლოგიური ანესთეზია.

ლოკალური ანალგეზია გულისხმობს ტოპიკური ანესთეტიკების გამოყენებას ან ლიდოკაინის ინექციას. კრემი EMLA - თი დაზღვევა ეფექტურია ვენის პუნქციის და კათეტერიზაციის, არტერიის პუნქციის, ლუმბალური პუნქციის დროს. არ არის ეფექტური ქუსლის ჩხვლეტის დროს, რადგან იწვევს ვაზოკონსტრიქციას და სისხლის ასადებად საჭირო ხდება ქუსლის მოჭყლეტა, რაც ასევე მტკივნეულია.

ლიდოკაინის ინექცია ან ნერვის ბლოკადა. გამოიყენება ვენის და არტერიის პუნქციის და კათეტერიზაციის, ლუმბალური პუნქციის, წინდაცვეთის, ასევე ქირურგიული ჩარევის დროს ან პოსტოპერაციულ პერიოდში. ლიდოკაინის კომბინაცია ეპინეფრინთან ნეონატალურ ასაკში არ არის გამართლებული ქსოვილების ნეკროზის და არითმიის რისკის გამო. კანქვეშ ინექცია ახალშობილებში აპრობირებული არ არის.

სისტემური ანალგეზია. არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები:

აცეტამინოფენი - ამ პრეპარატის კლირენსი დროულ და დღენაკლ ახალშობილებში უფრო დაბალია, ვიდრე ბავშვებში, ამიტომ სწორია შედარებით ნაკლები ჯერადობა. რეკომენდებული დოზა ახალშობილებში: 10-15 მგ/კგ ორალურად ყოველ 6-8 საათში, ან 20-25მგ/კგ რექტალურად იგივე ინტერვალით.

განსხვავებით ბავშვებისაგან, ახალშობილებში აცეტამინოფენის გვერდითი ეფექტები მინიმალურია (ჰეპატოტო და ნეფროტოქსიურობა).

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები ინტენსიურად გამოიყენება ბავშვთა ასაკში, მაგრამ შეზღუდულად ახალშობილებში, რადგან ხშირია გასტროინტესტინური სისხლდენა, თრომბოციტების დისფუნქცია, გლომერულური ფილტრაციის დონის დაქვეითება.

ოპიოიდები ეფექტურია საშუალო და მძიმე ხარისხის ტკივილის სამართავად ყველა ასაკში. ყველაზე ხშირად გამოიყენება მორფინი და ფენტანილი.

მორფინის ინფუზია რეკომენდებულია ინვაზიური პროცედურების, ტრაქეის ინტუბაციის, დიდი ქირურგიული ჩარევის დროს და პოსტოპერაციული ტკივილის საკონტროლოდ. არ არის გამართლებული მისი გამოყენება ვენტილაციაზე მყოფ

დღენაკლ ახალშობილებში, რადგან შესაძლებელია განვითარდეს პიპოტენზია.

ფენტანილი სწრაფად მოქმედი ანალგეზიური საშუალებაა და ჰემოდინამიკური გვერდითი ეფექტებიც ნაკლები აქვს, მაგრამ რუტინულად მისი გამოყენება არ არის რეკომენდებული. ფართოდ გამოიყენება ტრაქეის ინტუბაციის წინ.

ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება მხოლოდ იმ შემთხვევებშია გამართლებული, როცა სამედიცინო დაწესებულებას აქვს სრულფასოვანი მონიტორინგის გამოცდილება და გვერდითი ეფექტების დროულად გამოვლენის საშუალება.

სედაციური ეფექტის მედიკამენტები - ბენზოდიასეპინები, ბარბიტურატები, ქლორალჰიდრატი იწვევენ სუსტ ანალგეზიას, სამაგიეროდ კუნთების რელაქსაციას, სედაციას, ამნეზიას, შესაბამისად ნიღბავენ ტკივილის სიმპტომატიკას.

4. მტკივნეული ჩარევების (პროცედურების) რიცხვის შემცირება.

• შემცირდეს ახალშობილის გაშიშვლების რიცხვი. ამისათვის რუტინული ღონისძიებები (ეჭიმის გასინჯვა, საფენის გამოცვლა) და სამედიცინო პროცედურა (მაგ. ელექტროამომწოვის გამოყენება) მოხდეს ერთდროულად.

• მაქსიმალურად შემცირდეს ლაბორატორიული ტესტირების მიზნით კანის მთლიანობის დარღვევის/ჩხვლეტის რიცხვი. მძიმე პაციენტებში გამართლებულია არტერიის კათეტერიზაცია, რადგან ტესტების და ჩარევების რიცხვი მაღალია.

• როცა შესაძლებელია განხორციელდეს არაინვაზიური ტრანსკუტანური მონიტორინგი (სატურაცია, ბილირუბინის დონე).

• უპირატესობა მიენიჭოს არაინვაზიურ ანალგეზიას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Anand KJ, Aranda JV, Berde CB et al Summary proceedings from the neonatal pain-control group. *Pediatrics*. 2006; 117, 9-22.
2. Anand KJ, International Evidence-Based Group for Neonatal Pain Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001; 155(2): 173-180.
3. Anand KJ, Hall RW Pharmacological therapy for analgesia and sedation in the newborn. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2006; 91(6): F448-53.
4. Golianu B, Krane E, Seybold J et al. Non-pharmacological techniques for pain management in neonates. *Semin. Perinatol*. 2007; 31(5): 318-22.
5. Okan F, Coban A, Ince Z et al. Analgesia in preterm newborns: the comparative effects of sucrose and glucose. *Eur J Pediatr*. 2007; 166(10): 1017-24.
6. Shah PS, Aliwalas LI, Shah V Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 3: CD004950.
7. Ferber SG, Makhoul IR Neurobehavioural assessment of skin-to-skin effects on reaction to pain in preterm infants: a randomized, controlled within-subject trial. *Acta Paediatr*. 2008; 97(2): 171-6.

AVANTE-Hospital Management Group



მ. იაშვილის სახელობის გავრცელებული
ცენტრალური საავადმყოფო

ბათუმის დედათა და
გავრცელებული ცენტრი



ქალთა სამედიცინო ცენტრი
„ახალი სიცოცხლე“



ი. ფალავას
სახელობის
პედიატრიის
ინსტიტუტი



გავრცელებული
ახალი
კლინიკა



სპერექსი

ცეფაკლორი

II თაობის ცეფალოსპორინი



მოზრდილებისთვის სადღეღამისო დოზა შეადგენს სხეულის მასის მიხედვით - 10-15 მგ/კგ გაყოფილი 2-4 მიღებაზე ჭამის 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 (წევონია, 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 პავშვებში 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 გადაღლებული, გაცივებული წყალი ფლაკონზე აღნიშნულ ზოლამდე. მიიღება ნითელი ფერის სუსპენზია ჟოლოს არომატით. გამოყენების წინ შეანჯღრიეთ!
 სუსპენზია გამოიყენება მომზადებიდან არა უმეტეს 2 კვირის განმავლობაში. მჭიდროდ დახურული ფლაკონი მზა 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.

კვადიმექსი

ცეფპოდოქსიმი

III თაობის ცეფალოსპორინი



მიღების წესი და დოზირება: 5 თვიდან 13 წლამდე ასაკის ბავშვებში კვადიმექსი 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 კვადიმექსი ინიშნება 100-400 მგ. 12 სთ-ში ერთხელ. მკურნალობის კურსის ხარგრძლივობა - 7-14 დღე.
 რეკომენდებულია კვადიმექსის 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 შეანჯღრიეთ!
ბამოშვების ფორმა: როქსიტასი-ავერსი 150 მგ №10 ტაბლეტი; როქსიტასი-ავერსი 50 მგ/5 მლ 30 მლ სუსპენზია.

შპს "ავერსი-რაციონალი", საქართველო.
 საინფორმაციო სამსახური: 967 227
www.aversi.ge

