

**SOCIAL,
ECOLOGICAL
& CLINICAL
PEDIATRICS**

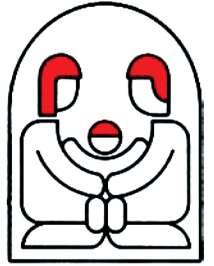
**სოციალური,
ეკოლოგიური
და კლინიკური**

პედიატრია



**თბილისი
2013
TBILISI**

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი



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



რედაქტორის მოადგილე

ვიქტორ მოროჟიანი
(1945-2003)

UDC (უაკ) 616-053.2(051.2) ს 743

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

ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული

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

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

„ჯანსაღი ოჯახი და ჯანმრთელი თაობა“; „მომავალი 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 სადავოსტიკო ცენტრში წამყვან სპეციალისტთა კონსულტაციები;

ფონდი ატარებს საერთაშორისო კონფერენციებს: „ჯანმრთელი ბავშვი – მშვიდობიანი კავკასია“, „ჩანასახიდან ბავშვს აქვს უფლება იყოს დაცული“, „დედადღეობის 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 გვინიჭებთ პრიორიტეტში, გავხდით ფონდის თანადამფუძნებელი და ითანაგმობრძლვით მასთან ერთად!



XXI საუკუნის პედიატრია - ინვალიდობის პროფილაქტიკის ვედიცინალ უნდა იყოს

THE SOCIAL PEDIATRICS PROTECTION FUND

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

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

Last year under the aegis of the Fund the conference: “Healthy child - Peaceful Caucasus”, the conference “Perinatal Safety of Child”, with the participants from BISEC and other regions of the World. The following programs on actual problems of 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!

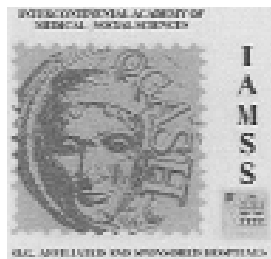
საერთაშორისო ფონდი „მსოფლიო უსაფრთხოება და ბავშვი“.
INTERNACIONAL FUND THE WORLD SECURITY AND CHILD

საქართველოს სოციალური პედიატრიის ფონდი
GEORGIAN SOCIAL PEDIATRICS PROTECTION FUND

საპედიატრიო-სოციალური მეცნიერების ინტერკონტინენტალური
საპედიატრიო-სოციალური პედიატრიის სექცია (დეპარტამენტი)

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

ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია
EUROSCIENCE OF GEORGIAN NACIONAL CECTION



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

სოციალური, ეკოლოგიური და
კლინიკური პედიატრია

№ 15-10-9

SOCIAL, ECOLOGICAL & CLINICAL PEDIATRICS

გამოდის ექვს თვეში ერთხელ

თბილისი
2013
Tbilisi

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

მთავარი რედაქტორი

გ. ჩახუნავაძე

მ. მ. დ. პროფესორი, აკადემიკოსი

საპატიო რედაქტორი

პროფესორი ი. ციციშვილი

რედაქტორის მოადგილე

თ. მიქაბიაძე

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. ჩახუნავაძე

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“)

დოლონაძე 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. (მედ. ასოციაციების
გაერთიანება)

ნადარეიშვილი ბ. (მმკ. ჰომეოპათია
საზოგადოება)

ნემსაძე ძ. (თსსუ პროფესორი მმდ)

შვანია მ. (პროფესორი მმდ)

სამხარაძე ს. (მმდ პროფესორი,
აკადემიკოსი)

შორჭოლიანი 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)

ძარსელაძე რ. (ივ. ჯავახიშვილის სახ.
სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფ. მ.მ.დ.)

დ. ჩახუნავილი (მედიცინის დოქტორი,
ევრო მეცნიერების საქართველოს
ეროვნული სექციის ვიცე-პრეზიდენტი)

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

ბაბუნია ლ. (თსსუ)

ყიფიანი გ. (თსსუ პროფესორი მმდ.
აკადემიკოსი)

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

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

შენბელია რ. (თსსუ პროფესორი,
მმდ აკადემიკოსი)

შაქარაშვილი ზ. (მედიცინის დოქტორი)

ჩხაიძე მ. (მედიცინის დოქტორი)

ჩხაიძე ავ. (აკადემიკოსი)

ხოჯაშაძე მ. (თსსუ პროფესორი, მმდ)

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

სარედაქციო კოლეგიის მდივანი

ნ. თოფურიძე

მედიცინის დოქტორი

სარედაქციო საბჭოს წევრები:

დ. ტაბუცაძე დოცენტი, მედიცინის დოქტორი

თ. კუტუბიძე თსსუ ასისტენტი-პროფესორი

ძ. კვაჭაძე საქართველოს ეკოლოგიური პედიატრიის კავშირი

დ. კუხიანიძე აფხაზეთში ჰუმანიტარულ და სოციალურ
პროგრამათა განვითარების საერთაშორისო ფონდის თავმჯდომარე

მ. ნანობაშვილი ექიმი-პედიატრი

ბ. არველაძე ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგა

ძ. ნეფარიძე ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგა

ე. ჭყონიძე ექიმ-პედიატრი

კ. ჩახუნავილი ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის
ახალგაზრდული კლუბის თავმჯდომარე

დ. ჩახუნავილი სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის ახალგაზრდული
დეპარტამენტის თავმჯდომარე

სარედაქციო საბჭოს მდივანი

ნ. ბადრიავილი

მედიცინის დოქტორი

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")
MKervalishvili 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)
CHAKHUNASHVILI D. (M.D P.H.D)

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
D. CHAKHUNASHVILI SPPF
Editor Committee Secretary:
N. BADRIASHVILI – Doctor of Medicine

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@iapindiaa.com
President Indian Academy of Pediatrics(I.A.P.), Deep Children Hospital & Research Centre

Professor Chok-wan Chan(China)
e-mail: Chancwhc@netvigator.com
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 Institue of DNA Medicine, Professor of Gene Therapy Jikei University School of Maedicine.

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 Surceon V.a Savola 72,00/98
Italy Rora F.Abenavoli 6 sriceteain.II

Claudic 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: kallibelkhalik@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 Chilad 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 Hictory of Medicine University of Coetingen

სრული დასახელება	სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია		
გამომცემელი	სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი		
დაარსების წელი	2006	რეგენზირებადი	+
რაოდენობა წელიწადში	2	რეფერირებადი	+
სტატიების საშუალო რაოდენობა ნომერში	10	მთ. რედაქტორი	გ. ჩახუნაშვილი
შემოკლებული დასახელება	სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია		
ქვეყანა	საქართველო	ქალაქი	თბილისი
ბეჭდური ვარიანტის ISSN	1987-9865	ტირაჟი	500
ონლაინ ვარიანტის E ISSN		წარმოდგენის ფორმა	pdf
www - მისამართი	http://www.sppf.info , www.esgns.org		
დასახელება ინგლისურად	Social, Ecological & Clinical Pediatrics		
სტატიები	ქართულ ენაზე		
რეფერატები	ქართულ და ინგლისურ ენებზე		
საკონტაქტო ინფორმაცია	თბილისი, ლუბლიანას ქ. 21 ტელ.: +(995 32) 247 04 01 ელ. ფოსტა: info@sppf.info , euscigeo@yahoo.com		



ტექნიკური და კლინიკური პედიატრია

1. ბავშვთა კარდიოლოგია
2. გაენათის მაცნე
3. ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა
4. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომათა კრებულის
5. კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტის მაცნე
6. კარდიოლოგია და შინაგანი მედიცინა
7. კრიტიკულ მდგომარეობათა და კატასტროფათა მედიცინა
8. მეცნიერება და ტექნოლოგიები
9. რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე
10. საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის მაცნე, ბიომედიცინის სერია
11. საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის მთაბე
12. საქართველოს პედიატრი
13. საქართველოს რესპირაციული ჟურნალი
14. საქართველოს სამედიცინო სიახლენი
15. საქართველოს სამეცნიერო სიახლეები, საერთაშორისო სამეცნიერო ჟურნალი
16. საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის შრომები
17. სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია
18. სუხიშვილის უნივერსიტეტის საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის „თანამედროვე აქტუალური სამეცნიერო საკითხები“ მასალები
19. სუხიშვილის უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომათა კრებული

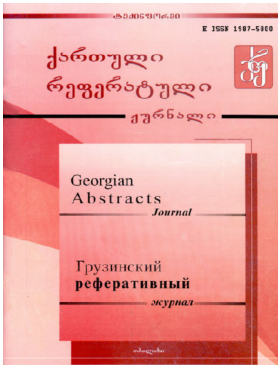
www.tech.caucasus.net



მთავარი დაგვიკავშირდით საიტის რუკა ქართული ბმულები

- ჩვენს შესახებ
- საქმიანობა
- სტრუქტურათანამშრომლები
- რესურსები
- მომსახურება
- გამოცემები
- ღონისძიებები
- პარტნიორები
- ვაკანსიები

ქართული რეფერატული ჟურნალი
8 (20), 2012

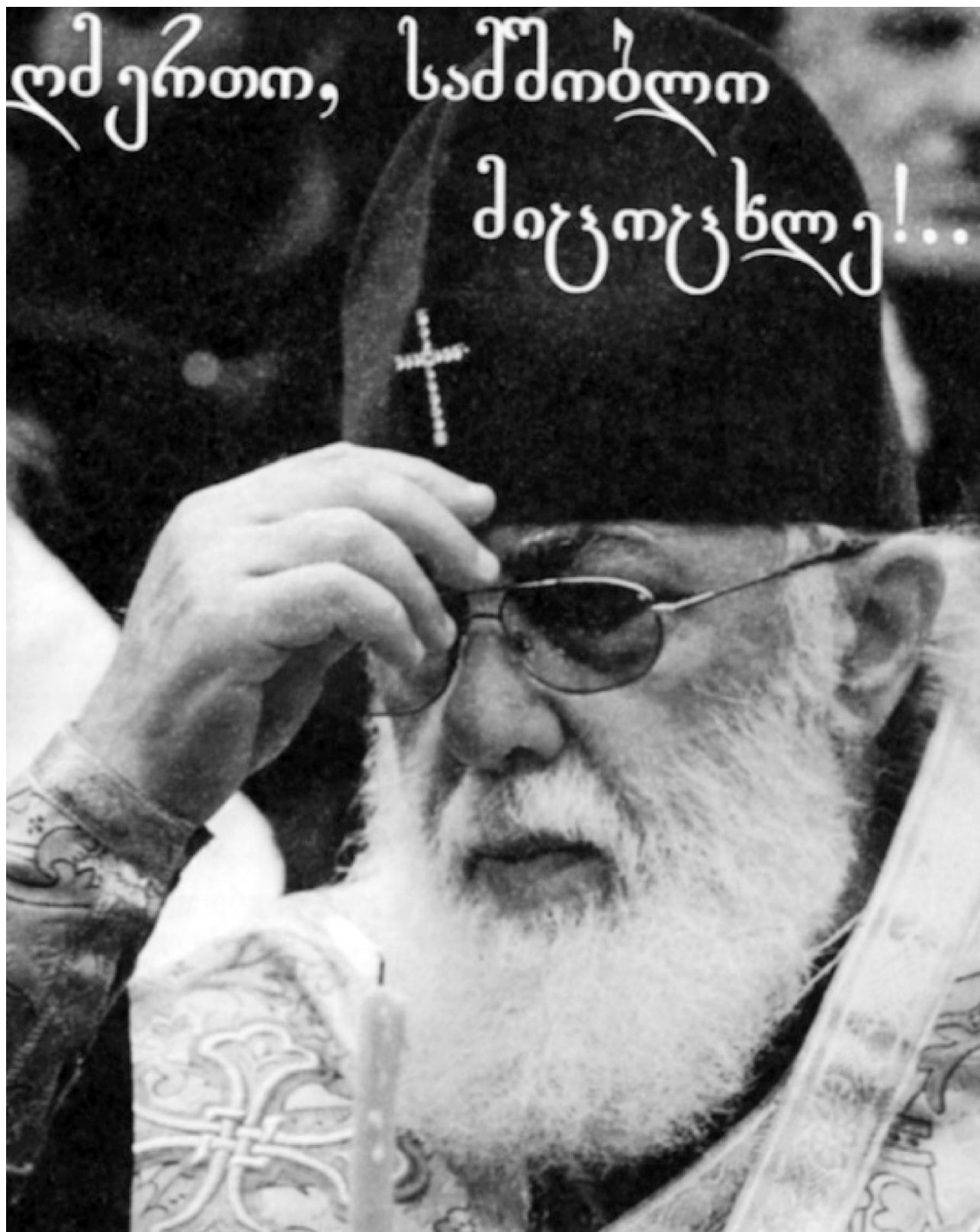


ნომერში ასახულ გამოცემათა ჩამონათვალი

თემატური რუბრიკები

ავტორთა საძიებელი

საგნობრივი საძიებელი



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!

სარჩევი

CONTENTS

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის პრეს-რელიზი The Social Pediatric Protection Fund.....	8
ქველმოქმედება.....	14
XXVII კონფერენცია.....	18
ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია ახალგაზრდობა აქტიურდება.....	20
საქართველო: განვითარების გზები Georgia: Ways of Development.....	22
საჭირო ცოდნა და რესურსი თითოეული ბავშვის უფ- ლების რეალიზაციისათვის (კანონებში შესწორება და- მატებებისათვის) და მართლაც, „ჩანასახიდან ბავშვს უფ- ლება აქვს იყოს დაცული“. Needed knowledge and resources to represent children's all rights in the Law codex of Georgia (Child has right to be defended since embryo).....	25
დიდი ფუნქცია – მძიმე ტვირთი Great Function - Hard	29
სამედიცინო მეცნიერება საქართველოში (სად ვართ და საით მივიღებთ) Medical Sciences in Georgia (where are we now and where are we going to).....	34
ბავშვთა და მოზარდთა ასაკის სექსუალური დარღვევ- ების საკითხისათვის Knowledge and attention about the disorder of child and adult sexuality.....	36
პედიატრიული მართვის პრიორიტეტები და მათი განვი- თარების პერსპექტივები საქართველოში Priorities of Pediatric Managements and The Perspective of Their Development in Georgia.....	42
„აბორტის პრობლემა“ “Problem of Abortion”.....	45
რა უნდა გაკეთდეს ბავშვთა და მოზარდთა ჯანდაცვის გაუმჯობესებისთვის (პროფესიული შეხედულება) What needs to be done to improve healthcare of children and adolescents(personal views).....	47
იმუნური სისტემის მდგომარეობა და მისი კორექცია აპი- ვიტით ეუთირეოიდული ჩიყვის დროს Immune system and Euthyroid goiter.....	49
ვალეოლოგია, როგორც „ჯანმრთელობის მედიცინა“ Valeology of “health medicine”.....	52
სპორტსმენთა და ორსულთა კვების რაციონში „აპიპუ- რის“ აუცილებლობა Importance of Including “Apipuri” in Sportsmen and Pregnant.....	54
„ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის პრინციპები“ Principles of Doctor-Patients relations.....	62
დაავადების პათოგენეზისა და სანოგენეზის სისტემური ანალიზი Systemic analysis of Patho- and Sanogenesis.....	64

„სიღარიბე და ჯანმრთელობა“ “Poverty and Health”.....	67
პლაზმური ნაკადის კლინიკური გამოყენებისა და ნა- წილების სიმძიმის პროგნოზულ-ანალიტიკური სკალის შეფასების პირველი გამოცდილება კრიტიკულ ავადმ- ყოფებში New Steps in Critical Care Medicine - the plasma eradication.....	70
Информативность антропологического подхода в ди- агностике недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей Informativeness Of The Anthropophysiological Approach In Diagnosing The Arterial Blood Flow Failure Of The Lower Limbs.....	75
ქირურგიული სეფსისის მკურნალობა Treating Surgical Sepsis.....	78
მიტოქონდრიული დნმ-ი და ადამიანის ეთნიკური წარ- მოშობა Mitochondrial DNA and Ethnic Lineage.....	83
იმუნური პომეოსტაზი თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონ- ქოპნემონიების დროს ბავშვებში აპიპუბატით მკურნალო- ბის ფონზე Immunological testimonies among the children with bronchopneumonia diseases associated with thymomegalia disease treated with Apiphepati.....	84
კალაბურთელთა მდგომარეობა „აპიპურის“ კვების რა- ციონში ჩართვამდე (კვლევის I ეტაპი). Status of Basketballers before Adding `Apipuri` into Food Ration (First step of Research).....	86
მონოზიგოტურ ტყუპებში ნიშან-თვისებათა განსხვავების ზოგიერთი თავისებურებანი Some peculiarities of different traits in monozygotic twins.....	89
ეპიდერმული ზრდის ფაქტორის ექსპრესია ადამიანის ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიისა და კარცინომის დროს Epidermal Growth Factor Expression in Endometrial Hyperplasia and Carcinoma.....	91
ლეიკოციტოზის წარმოშობის მექანიზმები კლინიკურ პრაქტიკაში Theory and mechanisms of leukocytosis in clinical practice.....	95
XXIX სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციაზე მიღე- ბული რეზოლუცია: „კვების ობიექტები, მწარმოებლებ- თან ერთად აქტიურად ჩაებნენ მოძრაობაში „ჯანსაღი კვება ბავშვებს“ სრულდება. 29 th Scientific-Practical Conference- Resolution: Food produc- ers and their retailers should join “healthy food for children”.....	98
საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტის პროფესორ პალიკო კინტრა- იას ცხოვრების გზა.....	99
გახსენება.....	100

სოციალური პედიატრიის დაცვის 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 ვენსნეულებათა ინსტიტუტი
2. პარაზიტოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი და სხვ.

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

დაიბეჭდა და გავრცელდა მუნისა და ტილის საწინააღმდეგო შესაბამისი უფასო სამახსოვროები.

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

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

23-24-25.08.99 წ. 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 ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა, დაურიგდათ მედიკამენტები.

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

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

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

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

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

17.09.99 წ. ჩატარდა კომპლექსური გამოკვლევები თბილისის უპატრონო ბავშვთა სახლში.

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

2000 წელი

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

23.03.2000 წ. ახალგორი. გაისინჯა 30 ბავშვი.

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

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

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

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

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

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

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

2001 წელი

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

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

14-15-16.09.2001 წ. ბაღდადის რ-ნი სოფ. საირმე, წითელხევი, როხი, ობჩა, ხანი, ზეგანი, 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) საპატრიარქოს-თან ერთად გაისინჯა 600 ბავშვი და 100 მოზრდილი.
27-28-29.06.2002 წ. ქ. თბილისი 20 - მოზრდილ-თა 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, ხარა-გაული, 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 მეტოდური 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 თედდე 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/ იგოეთის აქცია
1 სექტემბერი – Stop Russia/ თბილისი ჯაჭვის აქცია
4 ოქტომბერი ღია კარის დღე კონსულტაცია, გამოკვლევები: მუცლის ღრუს ექოსკოპია, ეკგ და სხვა. შედგა მხატვრების და ხელფების 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 – კარალეთი. 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

2012 წელი

1 ივნისი – გაისინჯა 250 ბავშვი
27.07 – თელავი, 11.08 – კარალეთი
22 დეკემბერი – გაისინჯა 250 ბავშვი

დღემდე აქციებში სულ გაისინჯა 93 727 ბავშვი და ათასობით ხანშიშესული. საქველმოქმედო აქციები გრძელდება.

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

“ორთოპედიული სკოლა“ სიმპოზიუმი №1, №2

17.12.99 “მუკოვისციდოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები“

01.06.2000

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

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

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

01.06.2001 “ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“

სიმპოზიუმი №1

13.02.2002 “ადამიანის გენომის პროექტი“

10.03.2002 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 ეძღვნებოდა სოციალური პედიატრიის პრეზიდენტის, გენეტიკოსის ვიქტორ მოროშკინის ნათელ ხსოვნას.

1.06.2005 პედიატრიის აქტუალური საკითხები XIV კონფერენცია.

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

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

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

2008 წელი

2 ივნისი სოციალური პედიატრიის XVIII კონფერენცია

6.10.2008 გორში გასვლითი სიმპოზიუმი – პარლამეტის ჯანდაცვის კომიტეტი (ოთარ თოიძე) + საბჭოს წევრები. დევნილთა ჰიგიენის 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.

2012 წელი

01.06.10 სპდფ-ის XXVIII კონფერენცია. 21-22.12.10 სპდფ-ის XXIX კონფერენცია.

The Social Pediatric Protection Fund

Date of Foundation: 30.09.1998
Date and Number Of Registration: #147 9.10. 1998w
Address: Tbilisi, Ljubljana 21, 0154
Tel.: 995 593337154
E-mail: euscgeo@yahoo.com; info@sppf.info
Contact: Prof. George Chakhunashvili
Job of Contact: Chairman of The Board
Branches of Fund: Mtskheta; Kutaisi; Gori.; Abasha.; Bati.
tumi.; Sagarejo; Gurjaani; Telavi; Tchiatura; Zugdidi; Territo-
ry of Operation: Georgia (eu)

Aim Social Pediatric Protection Fund is to execute programs of social pediatric development and maintain rights and health-care of Children, Mothers and Adolescents. Fund has great organizational experience, technical equipment and skilled members. Most of the members are Professors at TSMU, who have clinical and educational experience of 15-20 years and were one of the first, Before the independence, to read lectures about congenital infections, sexually transmitted diseases and prevention of HIV. Fund is also cooperating with physicians, psychologists, Lawyer (who operate in field of social assistance) and Public figures. By the joint forces of all the people above said SPPF is able to hold free medical examinations, juridical consultations, charity events, informational lectures about healthy way of life, congenital infection, HIV, Social subjects and etc.

Since 1997 more than 93.000 Children and Hundreds of older people have been medically for free in the framework of charity events.

Before Independence, The active members of SPPF and their consortium in 1980-1990 examined above 124 000 Children, all over Georgia.

ACTIVITIES

From 1992 to 1998 was periodically holding humanitarian examinations. From 1998 with the help of Social Pediatrics Protection Fund started charity activities, in which Georgian pediatricists were participating. Activities included: Instrumental and laboratory research of patients in different regions of Georgia, Medical gifts, several funded emergency operations.

07.01.98 – 07.02.99 Tbilisi, - over 9200 children were examined.

23-24.01.99 East Georgia, - over 3500 children were examined.

12-13-14.02.99 Tbilisi, - over 100 children were examined and gifted medicines. Free consultations by professors were held by Mother and Child Diagnostic Centre and other hospitals once a week, consultations in leading pediatric clinics of the city once in a month. In these activities were also participating: 1. Institute of skin and vein 2. Scientific Institute of Parasitology and others.

12-13-14.03.99 expedition in Poti and Abasha (Qedisi, Marani and other), - 950 children were examined and gifted medicines.

29-30. 01-07.08.99 – 4400 children were examined and gifted medicines.

23-24-25.08.99 Khobi and Zugdidi, - Free instrumental and laboratory examinations were funded. Also medicines against louse and itch were given.

04.04.99 - Expedition in Pasanauri – over 400 children were examined.

07.05.99 – Expedition in Lanchkhuti – Free instrumental and laboratory examinations were held and medicines were gifted.

18.05.99 Rustavi, - 250 children were examined and gifted medicines.

22.06.99 Sagarejo, - 250 children were examined and gifted medicines.

13-14.08.99 Chokhatauri, - over 1500 children were examined.
15.08.99 Bakhmaro, - over 2000 children were examined.
16.08.99 Adjara high-mountain regions, - over 750 children were examined.

17.08.99 Tbilisi, – Examinations in Homeless children house.
16.10.99 Dusheti region, - over 200 children were examined and gifted medicines.

2000.
26.02.2000 Gori, - over 500 children were examined. Different medicines were given out.

23.03.2000 Axalgori, - 30 children were examined.
01.04.2000 Marneuli region (Werakvi), - General blood analysis, instrumental examinations – echoscopy, encephalography were done. Over 1500 children were examined.

15.04.2000 Gurjaani, - 1200 children were examined, medicines were given out.

29.04.2000 Rustavi, - 300 children were examined.
05.06.2000 – Children from Avchala colony were examined.

20-28.07.2000 – Children in Tskhneti Orphanage were examined.
21-22-23.07.2000 – Examinations in Abasha and Samtredia region.

7-8.08. 2000, Bakhmaro-Beshumi – 1925 children were examined.

2001.

15.03.2001. Children of employees of Rustavi Nitrogen Factory were examined.

23.06.2001. Children of employees of Rustavi Nitrogen Factory were examined.

14-15-16.09.2001 Baghdati region (Sairme, Witelkhevi, Rokhi, Ochba, Xani, Zegani, Saqraula) – over 2500 children were examined.

2002.

10.03.2002 Axalgori, - 250 children were examined.
20-04.2002 Signnaghi, - 450 children examined.

23-24-25-26.05.2002 Khulo, - 600 children and 100 adults were examined with the help of Patriarchy.

27-28-29.06.2002 Tbilisi, - 400 children were examined in different Hospitals.

16-17-18-19.07.2002 KodorisKheoba, - 250 children were treated.

3-4-5-6.08.2000 Tusheti (Dikolo, Omalo, Shenaqo) – 200 children were treated.

2003.

05.03.2003 Samtskhe-Javakheti, - 1250 children were examined.

17.04.2003 Werovani, - 450 children were examined.
20.05.2003 Borjomi, - 870 children were examined.

25.06.2003 Mta-Tusheti, - 320 children were examined.
30.07.2003 Bakhmaro, - 630 children were examined.

20.08.2003 Zestaponi, - 210 children were examined.
07.09.2003 Racha, - 170 children were examined.

18.10.2003 Dmanisi, - 180 children were examined.

2004.

March, April, May – Kaspi, Gurjaani, Telavi, Akhmeta, Lagodekhi, Signnaghi, Bodbe, Aspindza, Axaltsikhe, Borjomi, Tbilisi, Zestaponi, Kharagauli, Chiatura – over 1728 children were examined. In different regions (Zugdidi, Khulo, Khelvacharui, Qeda, Lanchkhuti, Ozurgeti Ingiri), SPPF held charity activities with the help of Patriarchy – over 2400 children were examined and medicines were given out.

2005.

Marneuli region – 700 children and 80 adults were examined.
18th of July, Kaspi – 450 children were examined.
8th of October, Mtskheta – 300 children were examined.
14-15-16th of October, Lentekhi – 850 children and 250 adults were examined.

2006.

18th of February – 20 Painter Union families were examined.
March – over 100 refugee children were examined.
April – Charity activities were held by ambassadors in Guria.
31th of May – 450 children were examined in Rustavi.
1-2th of June - Open door day in TSMU, 400 children were examined. They were held free consultations and laboratory examinations.
9-10th of June, Kaspi - 300 children were examined.
1th of July, Ckhinvali region – 500 children of war participants were examined. In September-October – 120 children.
In November – over 200 of Journalist's families were examined.

2007.

Marneuli – Free consultations for 100 children. Childrens with Scoliosis were shown. They got espander gifts and were recommended how to treat scoliosis.
Dusheti – 250 children were examined.
Akhalshehi – 85 children were held consultations.
9-10th of June, Kaspi – 300 children were examined.
1th of July, Ckhinvali region – 500 children of war participants were examined. In September-October – 120 children.
In November – over 200 of Journalist's families were examined.

2008.

1st of June – Open door day (200 children were examined).
2nd of June – Teddy bear (300 children examined).
14th of June, Akhmeta (QaQucoba) - 450 children were examined and gifted medicines. Also examinations like echoscopy of abdominal cavity and ECG were held.

SIMPOSIUMS AND CONFERENCES HELD BY THE SOCIAL PEDIATRIC PROTECTION FUND:

1992. First pediatric cardiology conference – “believe the reality of better future”.
01.06.1999. II conference – “Healthy child & peaceful Caucasus”.
25.12.1999. III conference – “Today's economic directions in pediatric and its perspective”. XXI century Pediatrics should be the start of invalid prophylaxis.
01.06.2000. IV conference – “Child must have right to be protected since embryo”.
27.03.2001. Meeting in ombudsman's office – “Under aged criminals, their rights and reality”.
01.06.2001. V conference dedicated to Children Protection National Day.
32.03.1999. 01.06.2000. 01.06.2001
“Child treatment in XXI century”
23.04.1999. 01.06.2000
“Child treatment in XXI century”
“Orthopedic school”
17.12.1999. Mucoviszidose treatment and diagnostics.
01.06.2000. Young Pediatricists XVIII conference.
28.02.2001. Urgent questions of Therapy of respiratory diseases in pediatric.
01.06.2001. “Child has right to be protected since embryo”.
01.06.2001. “Child, adult and family violence”.
13.02.2002. “Human genome project”.
10.03.2002. Akhlagori, - Presentation of toner drink “Lomisi”.
06.11.2002. National Conference: Medical and social problems of people who suffer from mucoviszidose and metabolism disorder.

27th of June – restoration of Georgian Section.
20th of August - STOP RUSSIA (meeting at Igoeti)
1st of September, Tbilisi – STOP RUSSIA (meeting of chain)
4th of October – free consultations and examinations. Painters and artists master classes were held.
6th of December – 110 children were examined in Bergman Clinics with echoscopy of abdominal cavity, ECG and other.

2009.

13.06.2009, Khashuri – 750 children were examined.
26.12.2009, Barisakho – 80 children were examined.

2010.

4th of July – Open door day for family members of war victims (50 children were examined).
10th of July, Karaleti – 200 children were examined and medicines were given out.
4th of November – St. King Tamar orphanage children were examined.
3-4th of December, Tbilisi – 400 sportsmen children were examined.

2011.

1st of June, Tbilisi – 200 children were examined.
24th of December, Tbilisi – 200 children were examined.

2012.

1st of June, Tbilisi – 350 children were examined.
22th of December, Tbilisi – 250 children were examined.
Since 1997 more than 93.000 Children and Hundreds of older people have been medically for free in the framework of charity events.
Before Independence, The active members of SPPF and their consortium in 1980-1990 examined above 124 000 Children, all over Georgia.

07.11.2002. “Contemporary aspects of inborn diseases”.
04.04.2003. “Urgent pediatric questions” (IX conference).
01.06.2003. Internet conference (X conference) – Social Pediatric Protection Fund gave out journals and magazines called “Social Pediatrics” (In which is written about social, medical, pedagogic, psychological, religious and other urgent problems).
19.12.2003. Second Georgian Cardiology Congress.
22.10.2004. “Urgent Pediatric questions” dedicated to SPPF president, Victor Moroshkin.
01.06.2004. Second National Internet Conference.
01.06.2005. Urgent Pediatric questions.
09.09.2005. Tbilisi Marriot, - Second National Conference “Healthy child & Peaceful Caucasus”.
1st of June, 2006. – SPPF conference. XXIII Congress of Young Pediatricists League.
31.05.2007. III congress of Pediatric Cardiology.
07.12.2007. SPDF XVII conference.
07.10.2008. Conference – “Section of child and adult”.
20.12.2008. SPPF and ESMNS second conference.
12.06.2009. SPPF XX conference.
01.06.10. Second conference of Georgian surgeons and XXII conference of Tsalka.
03.12.2010. Conference dedicated to I. Kvachadze 85th anniversary.
01.06.2011. SPPF XXVI conference.
23-24.12.2011. SPPF XXVII conference.
01.06.2012. IV congress of Pediatric Cardiology. SPPF XXVIII conference.
21-22.12.2012. SPPF XXIX conference

ქველმოქმედება

სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ საქართველოს საპატრიარქოს თანადგომით საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში: ზუგდიდი, ხულო, ხელვაჩაური, ქედა, ლანჩხუთი, ოზურგეთი, ინგირი, მარნეულის, ლენტეხის, დმანისის რაიონებში - ჩატარდა საქველმოქმედო აქციები, სადაც გაისინჯა, შესაბამისი კვალიფიციური სამედიცინო კონსულტაცია გაენია და მედიკამენტები დაურიგდა 5600 ბავშვს და 1000-ზე მეტ მოზარდს - 2000-2004 წს.



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



საქველმოქმედო აქცია ლენტეხში 10.X.2005წ



2006 წლის 20 მაისს საქართველოს საგარეო საქმეთა სამინისტროს პატრონაჟით საგარეო საქმეთა მინისტრის მუდელის ქალბატონ ოლიკო ბეჟუაშვილსა და საგარეო საქმეთა მინისტრის თანაშემწის ლევა დოლიძის ხელშეწყობით თსსუ გ. ჟვანიას პედიატრიულ კლინიკაში გაისინჯა და შესაბამისი კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევები ჩატარდა საუბრაბოს ასობით 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 (კლია კარის დღეები: მხატვართა კავშირის, ვეტერანთა დეპარტამენტის, პრესისა და ტელევიზიის თანამშრომელთა ბავშვები) გაისინჯა 700-მდე ბავშვი.



2006 წლის 1 ივლისს საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის კომიტეტის მიერ ცხინვალის რეგიონში ორგანიზებულ აქციაში თსსუ გ. ჟვანიას სანალოგის პედიატრიული კლინიკის ეპიდეპის მიერ (კლინიკის დირექტორი დოც. დ. ფრუიკა, პროფ. ი. ტიციშვილი, პროფ. გ. ჩახუნავილი, ეპიდეპი: გ. იოსელიანი, თ. მიქაშაია, ვ. მაღაშია, გ. ნაშაბაშვილი, ზ. ზარნაია, ქ. ნაშარიკა, გ. არაქაშაია) გაისინჯა და შესაბამისი სამედიცინო დახმარება გაენია 500-მდე ბავშვს. 2006-2007 წლებში თსსუ გ. ჟვანიას სანალოგის პედიატრიულ კლინიკაში სხვადასხვა საქველმოქმედო აქციაში გაისინჯა 2000-მდე ბავშვი.



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



საქველმოქმედო აქცია რუსთავსა და სამტრედიასში



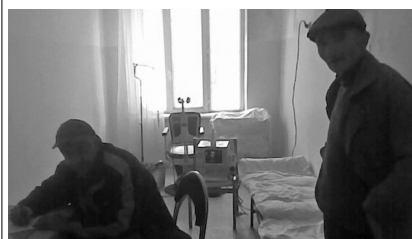
საქველმოქმედო აქციები მარნეულში, ღუშეთში და ახალქალაქში



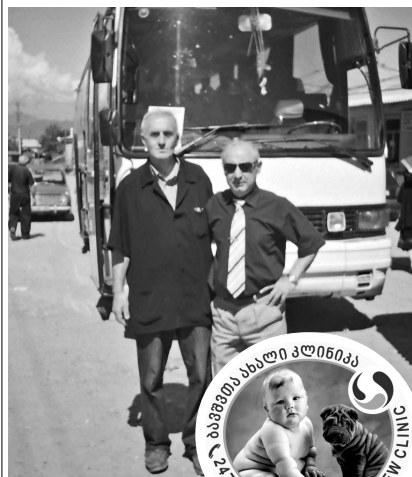
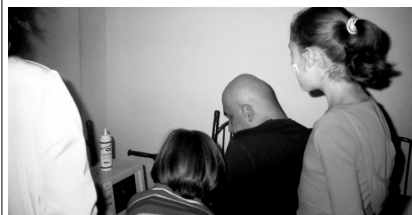
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ტერიტორიაზე 2008 წლის 2 ივნისს მოეწყო ბავშვთა კარავი (Teddy Veuz Hospital), რომელშიც მონაწილეობა მიიღეს უნივერსიტეტის სტუდენტებმა



საქველმოქმედო აქცია ქაქუცოვსა 2008



საქველმოქმედო აქცია ხაშურში 2009



საქველმოქმედო აქცია ბარისასო 2009



საქველმოქმედო აქცია კალატუბრთელების ბასინჯვა 2010



საქველმოქმედო აქცია კარალეთი 2010



საქველმოქმედო აქცია ოზის მონაწილეთა ოჯახებისა და წმინდა კეთილმსახური მღვთაბარის სკოლა კანსიონის გაფხვები (ღებანოზი მირიან სამხარაქი) ბასინჯვა 2010



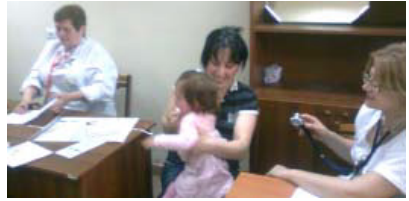
2010 წლის ღია კარის დღე 04.XII სორცმენებთან





2011 წლის 1 ივნისს

კონფერენციის ორგანიზატორებსა და აფხაზეთის ჯანდაცვის სამინისტროს ინიციატივით ბავშვთა დაცვის დღეს მიეძღვნა ბავშვთა საქველმოქმედო კონსულტაციები, რომელიც ჩატარდა ბავშვთა ახალ კლინიკაში და გაისინჯა 200-მდე ბავშვიან ბავშვთა დაცვის აფხაზეთიდან აფხაზ ბავშვთა ნაშუქვების ნახატების გამოხენა და მათ გადაეცათ სერტიფიკატები.



2011 წლის 1 ივნისს



საქველმოქმედო აქცია 24.12.2011. ბავშვთა ახალ კლინიკაში (ბაისინჯა 200-ზე მეტი ბავშვი)

01.06.12. თბილისი



27.07.12. თელავი



11.08.12. კარაღაიში



პატენტებული კოლეგები,
2012 წლის 21-22 დეკემბერს ჩვენი ქვეყნის პედიატრები, სოციალური პედიატრების დაცვის ფონდის წარმომადგენლები, დედაქალაქის კლინიკის წარმომადგენლები, მეცნიერები, საზოგადო მოღვაწეები, შეიკრიბნენ კონფერენციაზე, რომელიც ტრადიციულად ჩატარდა თსუ-ის საექიმო დარბაზში.

კონფერენცია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, საქართველოს პრეზიდენტის და სახელმწიფო მეცნიერებათა აკადემიის, სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, ბავშვთა ახალ კლინიკის, გუსტოზების შვილობილი სამედიცინო დახმარების საერთაშორისო ორგანიზაციის, სამედიცინო-სოციალური მეცნიერების ინტერკონტინენტალური აკადემიის, საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის, საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის, საქართველოს ექიმთა ასოციაციის, საქართველოს მედიკოსთა ასოციაციის დამოუკიდებელი ცხოვრება „მომართა 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 ასო-

ღია ფერილი კოლეგებს

ციაციის, დღათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ცენტრის, საქართველოს სპორტის დეპარტამენტის, საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის, თსუ სტუდენტური თვითმმართველობის, თსუ სტუდენტთა სამეცნიერო საბჭოს მიერ იყო ორგანიზებული.

კონფერენციაზე მიღებული იქნა:
ყოველი წლის 1 ივნისს დედათა და ბავშვთა მზრუნველობის მხარდასაჭერად გამოცხადდეს სამედიცინო დაწესებულებებში საცივითა და კარის დღე.
არსებული ინფორმაცია შეკვებისადგენად ურცხვდება ჩვენი სურვილია, რაც შეიძლება შეტანს სამედიცინო დაწესებულებებში მიღწეულ აქციაში მონაწილეობა და იგი გახდეს ტრადიციული (რა თქმა უნდა აქციაში მონაწილეობა ნებაყოფლობითია).

წინასწარ გიხდით მადლობას ამდენად, 1 ივნისს აქციაში მონაწილეობის სურვილი გამოთქვა:

თბილისი
- დ. ციციშვილის სახ. ბავშვთა ახალი კლინიკა
- პედიატრიის ინსტიტუტი
- სადაუნოსტიკო ცენტრი 444
- კარდიოლოგიის ინსტიტუტი
აჭარის რეგიონი
- ბათუმი
- ქობულეთი

გორი
- შ.ს. „გორმედი“
- სააქსაზ „აფხაზანა“ გორის დედათა და ბავშვთა ცენტრი
თელავი
ბავშვთა ჯანმრთელობის ცენტრი
ქუთაისი
ქ. ქუთაისის დედათა და ბავშვთა სამკურნალო დიაგნოსტიკური ცენტრი, ჯანმრთელობის
იმედა კიდევ მრავალი ორგანიზაცია ჩაებმება ამ საქველმოქმედო აქციაში და იგი იქნება ყოველწლიური და გახდება ტრადიციული.

ღიად მადლობა მასში ყველა მონაწილეს, იმედა მომხმარებელ ჩაებმება ფარმაცევტული ფირმები და ბიზნესის წარმომადგენლები.

კონფერენციის ორგანიზატორი



XXVIII კონფერენცია

„ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“
„ბავშვთა უსაფრთხოება მეცნიერების გზით“
„სოციალური პედაგოგია და ბავშვთა უსაფრთხოება“

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგია
IV სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია
(პრეს რელიზი)



2012 წლის 1 ივნისს ჩვენი ქვეყნის პედაგოგები, სოციალური პედაგოგების დაცვის ფონდის წარმომადგენლები, დედაქალაქის კლინიკის წარმომადგენლები, მეცნიერები, საზოგადო მოღვაწეები, შეიკრიბნენ კონფერენცია-სემინარ-კონსულტაციულად ჩატარდა თსსუ-ის საუბრობის დარბაზში.

კონფერენცია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, საქართველოს პუბლიცისტური და სახელმწიფო მეცნიერებათა აკადემიის, სოციალური პედაგოგიის დაცვის ფონდის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, ბავშვთა ახალი კლინიკის, გესტოზების შეიღობილი სამედიცინო დახმარების საერთაშორისო ორგანიზაციის, სამედიცინო-სოციალური მეცნიერების ინტერკონტინენტალური აკადემიის, საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგია ასოციაციის, საქართველოს საბუნების-



ვის”, საქართველოს ახალგაზრდა პედაგოგთა დღის, სრულიად საქართველოს ქალთა კონგრესის, ექიმთა უფლებების დაცვის ასოციაციის, საქართველოს სამედიცინო სპეციალისტების ასოციაციის, ევროპის მე-

დიკოს სტუდენტთა ასოციაციის, საქართველოს პედაგოგთა აკადემიის, საქართველოს ბავშვთა ქორეოგრაფიის ასოციაციის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ცენტრის, საქართველოს სპორტის დეპარტამენტის, საქართველოს პედაგოგთა ასოციაციის, თსსუ სტუდენტური თვითმმართველობის, თსსუ სტუდენტთა სამეცნიერო საბჭოს მიერ იყო ორგანიზებული.

კონფერენციის თემგზავნი-მარგები: პროფესორები: გიორგი ჩახუნავილი, ირაკლი ციციშვილი, ავანდილ კვეციანი, ვანო ჩხაიძე, ივლიტა ფარაშვილი, რამაზ კუტუბიძე.

პლენარული სხდომების რეკონსტრუქციის ჩატარება სამი სხდომა-კონფერენციის მიმდინარეობის დროს, თსსუ ვიცე-რექტორი-დევიდ ჯაკობიძე, საქართველოს ქალთა კონგრესის პრეზიდენტი, ქალბატონი ლია კიკნაძე.





პროფესორი პაატა კერვალიშვილი (საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდენტი), გვიხმედიძე, ნინო მორთუშინა (მსოფლიო ბანკი) და სხვ.

სოციალური პედაგოგიის დაცვის ფონდის პრეზიდენტმა პროფესორმა გ. ჩახუნაშვილმა მადლიერების სიტყვი გადასცა პროფესორ ალექსი ხოჭავას ოჯახს ხილი ქუჩის სივრცეში სხუ პროფესორს ვაჟა გვანცელაძეს, მ.დ. დოქტორს მარგო გოგიაშვილს, მ.დ. დოქტორს მანანა ჭიპაშვილს.

კონფერენციის ესრებოდნენ სოციალური პედაგოგიის დაცვის ფონდის წარმომადგენლები, მოწვეული პედაგოგები და ქალაქის კლინიკებიდან, მეცნიერები, სახიზაო მიღვაწეები.

სპორტსმენები, მწერებელნი. კონფერენციაზე დარეგისტრირდა 295 დელეგატი. მათ გადაეცათ სერტიფიკატები.

კონფერენციის პირველ პლენარულ სხდომაზე წარმოადგინა მოხსენებები ეხებოდა არსებულ აქტუალურ პრობლემებს. კერძოდ,

– მუცლის დოქტორმა დ. ჩახუნაშვილმა და კახუნაშვილმა წარმოადგინა მოხსენება: „ეროვნული სექციის კართული ეროვნული სექციის ახალგაზრდული დეპარტამენტის განყოფილება მუშაობის შედეგები“

– სხვადასხვა დაჯგუფებების თავისებურებანი 2-6 წლის ბავშვთა ასაკში – პროფესორთა და უცხოელ – ქართველ სტუდენტთა ჯგუფი (თსუ)

– „UNICEF – WFP-ის ერთობლივი პროექტები“ – გლომობაძე (თსუ)

– „საინფორმაციო ტექნოლოგიების როლი მზარდის ცხოვრებაში“ – გ. ხანიძე (პუ)

– გენური ინტერნის თავისებურება პროფ. მ. გ. შიშინა (თსუ)

– მეთოდური პლენარული სხდომა მიმდინარეობდა ბავშვთა კარდიოლოგია IV სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის თემატიკით: პროფესორები ი. ციციშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ავ. გუგუნიანი, ვ. ვადაცა, რ. კუტუბიძე წარმოდგინდნენ იყო ლექციები და მოხსენებები:

1. „ბავშვთა და მოზარდთა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის

თანამედროვე მართვა კარდიო-რევმატოლოგიურ პათოლოგიათა დროს“ – საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგია ასოციაციის პრეზიდენტი: მ.მ. ს. პროფესორი გ. ჩახუნაშვილი (თბილისი)

2. „აჭარის რეგიონის კარდიო-რევმატოლოგიური პრობლემების თანამედროვე მართვა“. Avant Group – ბათუმის დედა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის რესპუბლიკური ცენტრის პედაგოგიული დეპარტამენტის უფროსი. სურმანიძე და კარდიო-რევმატოლოგი-მედ. დოქ. მ. შერვაშიძე (ბათუმი)

3. „კარდიოინტეგრაციული რეგიონის როლი თანამედროვე პრევენციულ ბავშვთა კარდიოლოგიაში“ – მ.დ. დოქტორი. ჯობაძე (თბილისი)

4. „ართოპედიის მედიკამენტოზური და არამედიკამენტოზური მკურნალობა ბავშვთა ასაკში ქუთაისის დ/ბ სამკურნალო დიპლინსტიკური ცენტრი. მ. ხეცურიანი (ქუთაისი)

5. „ახალშობილთა კარდიო-მიოპათია“ მ.მ. ს. პროფ. გ. ჩახუნაშვილი, მ.დ. ნ. ჯობაძე, მ.დ. ს. პროფ. ი. ფაველენიშვილი, მ.დ. ასოც. პროფ. გ. თეთრაძე (თბილისი)

6. ათეროსკლეროზის განვითარების რისკის ჯგუფები ბავშვთა ასაკში, დიპლინსტიკა, პრევენცია (მომზადებულია ამერიკის გულის ასოციაციის მასალები მ. ხეცურიანი) მ.დ. ასოც. პროფ. თ. კუტუბიძე (თბილისი)

7. „წყალი – ბავშვის ჯანმრთელი სიცოცხლის აკვანი და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის“ მ.მ. დ. პროფ. დ. დოქტორი (თბილისი)

8. „მიკრონუტრიენტების დეფიციტის კორექცია გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების მკურნალობის დროს“ მ.დ. პროფ. დ. ხარნაძე, მ.დ. პროფ. ი. ხარნაძე (თბილისი)

9. „სისხტემური წითელი მეღვინის დროს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაზიანება“ გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობაძე, კ. ჩახუნაშვილი, ა. ბლიაძე (თბილისი)

10. „გლიკოზირების თანდაყოლილი მოშლა (CDG)“ თ. შიქელიძე (თბილისი)

11. „სშირად მოაფიქრებ ბავშვების იმუნური სტატუსი და გ. ს. სის მდგომარეობა იმუნო-

ნისა და –19 მკურნალობის ფონზე“ მ.დ. თოფურია, ნ. ბადალი (თბილისი)

კონფერენციისას გაიმართა ეროვნული სექციის საქართველოს



ეროვნული სექციის მორიგი სხდომა..

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

ბოლოს მიღებული იქნა რეზოლუცია:

ეროვნული სექციის 2012-2016 წლების სტრატეგიული გეგმა გაითვალისწინოს ახალგაზრდობის მეცნიერებაში ჩართვის მკვეთრი მიზნისაკენ და

დაეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-

დეკავლოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზე მეტად განსხვავებული აქტიური მუშაობა შე-





ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია ახალგაზრდობა აქტიურდება

2012 წლის თებერვლის ESGNS-ის კონფერენციაზე თბილისში წარმოდგენილი იყო შემუშავებული და დამტკიცებული რეზოლუციის მიხედვით, ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდული დეპარტამენტის (თავმჯდომარე მედიცინის დოქტორი დნახუნაშვილი) გრძელვადიანი გეგმის მიხედვით 6 თვის ანგარიში. რომელიც ემყარებოდა მათ ძირითად სტრატეგიას:

1. საქართველოში მეცნიერების პოპულარიზაცია:
 - 1.1. თბილისის უდიდეს უნივერსიტეტებთან კავშირის გაყვანა
 - 1.2. სამეცნიერო მუშაკებისათვის (35 წელს ქვევით) საკვლევი მასალების, ლიტერატურული და სტატისტიკური მონაცემების ხელმისაწვდომობის გაზრდა/დავადილება.
 - 1.3. სხვადასხვა პროფილის სამეცნიერო მუშაკების დაკომპლექტებით პროექტების განხორციელება.
 - 1.4. საქართველოს უნივერსიტეტებთან ერთად სამეცნიერო კონფერენციის ჩატარება, რომელზეც ახალგაზრდა მეცნიერები წარმოდგენენ თავიანთ ნაშრომებს. ამ კონფერენციას უნდა ქონდეს კონკურსის სახეც.

2. უცხოურ ქვეყნებთან ურთიერთობა:
 - 2.1. ქართული სამეცნიერო ნაშრომების უცხოურ, ავტორიტეტულ ჟურნალებში დაბეჭდვისთვის შექმნა. ქართული მეცნიერების პოპულარიზაცია მსოფლიო ასპარეზზე.
 - 2.2. უცხო ქვეყნების ახალგაზრდა მეცნიერთან ქართველი ახალგაზრდა მეცნიერების დაკავშირება, ინფორმაციის ბაზვლა.
 - 2.3. საქართველოში 14 პუნქტის განხორციელების შემდეგ, ამავე ფორმატში უცხო ქვეყნების ჩართვა.
 - 2.4. მეცნიერთა ახალ და ძველ თაობებს შორის არსებული პრობლემების გადაჭრის გზების მონახვა
 - 2.5. ახალგაზრდა მეცნიერთა კავშირის შექმნა, რომელშიც წარმოდგენილი იქნებოდა სტუდენტები, ბაკალავრები, მაგისტრები, დოქტორანტი, ფილოსოფიის დოქტორები და პროფესორები.
 - 2.6. მათ ერთმანეთში ინფორმაციის გაცვლა, პრობლემების განხილვა და მათი გადაჭრის გზების მოძიება დაევალებათ.
 - 2.7. ამ კავშირის დასკვნების და პრობლემების მიწოდება სხვადასხვა სამეცნიერო წრეცა და ორგანიზაციაში.



რეაქცია ულოცავს ქართულ მიმდინარეობას ღირსეულ საბრანტო პროგრამაში გამარჯვებას:

*STEP 2012 'From Idea to the Market'
Innovation Forum
December 3, 2012
(Holiday INN Tbilisi; 1, 26 May Square; Tbilisi, Georgia)*

Project Title: NeoOligos - Designing and synthesis of oligonucleotides
Science Team PI: George Kamkamidze
Institution/Organization: Georgian Maternal and Child Care Union
Project Title: Apipuri - Bread enriched with Amino acids, Minerals and Vitamins
Science Team PI: George Chakhunashvili
Institution/Organization: Social Pediatric Protection Fund
Company partner: JSC 'Ifqli'





სოციალური პედაგოგის დაცვის ფონდის წარმომადგენელი ა.შ.შ-ში ვანიკო ცხომელიძე აქტიურ მონაწილეობას უღწევს ახერხებს I იანვრის კონფერენციებში, რომელიც ათეული წლებია ეძღვნება ბავშვთა დაცვის დღეს, ასე იყო ამჟამადც 2012 წელს.

The representative of the Social Pediatrics Protection Fund in U.S.A. Vaniko Cxomelidze is always participating actively in conferences which are held 1st of January, which is dedicated to Child Protection Day for many years already, and so it was this year in 2012.



STEP 2012 „FROM IDEA TO THE MARKET“ INNOVATION FORUM

December 3, 2012
(Holiday INN Tbilisi;
1, 26 May Square; Tbilisi, Georgia)

STEP 2012 „იდეიდან ბაზრამდე“ საინოვაციო ფორუმი

3 დეკემბერი, 2012
(სასტუმრო „Holiday INN Tbilisi“;
26 მაისის მოედანი, N1: თბილისი, საქართველო)

„აპიური“ - ამინომჟავებით, ვიტამინებითა და მინერალებით გაამდიდრებული პური
Apipuri - Bread enriched with Amino acids, Minerals and Vitamins

Competitors

Name	„Apipuri“- bread	Bread – „Bezeki“ LTD	Bread – „Borodinuli“ LTD „Lithuanian Bakery“	„Qvis Puri“ LTD „Kolkhi“	Bread with milk powder
Produced by	LTD „Ifqil-1“	LTD „Bezeki“	LTD „Lithuanian Bakery“	LTD „Kolkhi“	
Vitamins: B1,B5	+	+	+	+	+
Vitamins: B5,B6	+				+
Vitamins: Bc, Folic Acid, Vitamin E	+				
Vitamins: Beta caro-tene, PP	+	+	+		+
Vitamins: A,C,D,E,K	+				
Minerals: Fe, K, Na	+	+	+	+	+
Minerals: Ca, P	+	+			+
Microelements: Mg, Zn, Cu	+				
Abumin					+
Microelements: I	+				
Aminoacids 22 type (Valin, Leucine, Glutamine, Cistine and etc)	+				
Phosphoeterines, Rutine	+				
Fatty acids	+				
Cost	1 GEL	1,1 GEL	1,1 GEL	0,9 GEL	1,2 GEL



ორიბინალური სტატიები

საქართველო: განვითარების გზები

პაატა კერვალიშვილი

საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდენტი



ბიოგრაფიული ცნობა

დაიბადა 1949 წელს თბილისში. დაამთავრა თბილისის I სკოლა, საქართველოს პოლიტექნიკური ინსტიტუტის საინჟინრო-ფიზიკური ფაკულტეტი, მოსკოვის უცხო

ენათა ინსტიტუტის ინგლისური ენის ფაკულტეტი, მოსკოვის ინსტიტუტ "ვირედმეტის" ასპირანტურა და სხვა.

მოდლაწობდა სსრკ საშუალო მანქანათმშენებლობის სამინისტროს (სსრკ ატომური ენერჯის სახელმწიფო კომიტეტი) სხვადასხვა სამეცნიერო-ტექნოლოგიურ ცენტრებში: სოხუმის ფიზიკატექნიკური ინსტიტუტი; სტაბი-

ლური იზოტოპების ინსტიტუტი; ინსტიტუტი "ვირედმეტი"; ი. კურჩატოვის ატომური ენერჯის ინსტიტუტი, სადაც ხელმძღვანელობდა სამეცნიერო და სამრეწველო-ტექნოლოგიურ თემებს, პროექტებსა და სახელმწიფო პროგრამებს.

1984-წლიდან იგი საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის პროფესორია, ხოლო 2000 წლიდან თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მოწვეული პროფესორი.

1989 წლიდან პროფესორისა და სამეცნიერო პროექტებისა და პროგრამების ხელმძღვანელის რანგში იგი მოღვაწეობდა სსრკ-ს, ევროპისა და აშშ-ს უნივერსიტეტებსა და სამეცნიერო ცენტრებში.

1979 წელს მას ინსტიტუტ ვირედმეტში მიენიჭა ტექნიკურ მეცნიერებათა კანდიდატის, ხოლო 1985 წელს ი. კურჩატოვის ატომური ენერჯის ინსტიტუტში ფიზიკა-მათემატიკის მეცნიერებათა დოქტორის ხარისხები. 1981 წელს პ. კერვალიშვილს მიენიჭა უფროსი მეცნიერი მუშაკის, 1989 წელს კი პროფესორის სამეცნიერო წოდებები.

პროფ. კერვალიშვილი 350-მდე სამეცნიერო სტატიის, წიგნის, გამოგონების, მოხსენების ავტორია.

მისი შრომები დასტამბულია მსოფლიოს მოწინავე გამოცემებში. რიგი მისი გამოგონებებისა და ნაწარმების სხვადასხვა წარმოებაში.

პ. კერვალიშვილი რამდენიმე სსრკ და საერთაშორისო პრესტიჟული პრემიისა და ჯილდოს მფლობელია. იგი არის საქართველოს საინჟინრო, ეკოლოგიური და საბუნებისმეტყველო მეცნიერებების აკადემიების, ნიუ-იორკის მეცნიერებათა აკადემიის, რუსეთის საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის წევრი და სხვა.

სხვადასხვა დროს იგი იყო რუსეთის ატომური ენერჯის სამინისტროს, ი. კურჩატოვის ინსტიტუტის, სსრკ მეცნიერებათა აკადემიის, ნატოს სამეცნიერო-ტექნოლოგიური საბჭოების წევრი, რამდენიმე ევროპული ორგანიზაციის წევრი და ექსპერტი და მრავალი სხვა. ამჟამად პროფ. კერვალიშვილი არის ევროხმელთაშუაზღვის ხელოვნებისა და მეცნიერები აკადემიის პრეზიდენტი, საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდენტი, ევროკომისიის, იუნესკოსა და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების საექსპერტო საბჭოების წევრი.

BIOGRAPHICAL INFORMATION

PaataKervalishvili

Professor, Doctor of Sciences and Dr.-Eng. Paata J. Kervalishvili (born - 1949) is full Professor at department of Physics within Georgian Technical University, as well as Professor of faculty of exact and natural sciences of Tbilisi State University.

From 1970 until 1992 Prof. Kervalishvili was researcher and Director in

different research and technology centers within the Middle Machinery Ministry (State Committee for Atomic Energy) of former USSR main body of the Soviet atomic energy and weapon industry. In 1994 – 1999, after one year in Parliament of Georgia he worked in government of Georgia as one of the leaders of the State Committee for Science and Technology and Ministry of Economy of Georgia.

A condensed matter physicist with Technical University Diploma, Dr. Kervalishvili has served in several directions of physics and technology such as: condensed matter, molecular and quantum-physics, nuclear and laser technologies, novel materials, sensory systems, energy and information technologies. He is author of more than 350 scientific publications, books, manuals, and inventions.

Prof. Kervalishvili is a member of more than 10 top level academies and

research councils and among them: full member of American, European, Russian and Georgian scientific academies, Georgian Engineering academy and other distinguish organizations. Currently he is the President of Georgian Academy of Natural Sciences and President of Euro Mediterranean Academy of Arts and Sciences.

მისი ხელმძღვანელობით და-
ცულია რამდენიმე ათეული სამა-
გისტრო, საკანდიდატო და სა-
დოქტორო დისერტაცია, განხორ-
ციელებულია საერთაშორისო
პროექტები და პროგრამები, (მათ
შორის აშშ-ს, ნატოს, ევროკავში-
რის და სხვა ორგანიზაციების 50-
დე პროექტი).

ჩვენს ქვეყანაში ბოლო რამდენ-
იმე თვეში განვითარებულმა
მოვლენებმა კიდევ უფრო მკვეთ-
რად დაანახა საქართველოს მო-
სახლეობას, რომ ქვეყნის მართვა-
სა და განვითარებაში არსებობს
სერიოზული პრობლემები, რო-
მელთა გადაწყვეტა მოითხოვს არ-
სებულ ინტელექტუალური რე-
სურსის სრულ გამოყენებას. გა-
მოიკვეთა ჩვენი ქვეყნის განვითარ-
ების საჭირობებზე საკითხების
ღრმა სტრატეგიული დამუშავები-
სა და მათი ცხოვრებაში გატარე-
ბის ტაქტიკური პრობლემებისა
და ტექნოლოგიური მეთოდების
სწორი და დროული წარმართვის
აუცილებლობა. საზღვარგარეთუ-
ლი და ჩვენი გამოცდილება
გეგარნახობს, რომ ალბათ ერთ-
დერთი მართებული გამოსავალი
არსებული მდგომარეობიდან მოქ-
მედების სწორი პრიორიტეტები-
სა და კარგი გეგმების არსებობაა.

საქართველოს მიზნებიდან გა-
მომდინარე ქვეყნის სტრატეგიულ
ამოცანას ინოვაციური და ცოდ-
ნაზე დაფუძნებული ეკონომიკის
განვითარება წარმოადგენს. მხრივ
ნებისმიერი მიმართულების საი-
ნოვაციო საქმიანობა ემყარება
მეცნიერების, ტექნოლოგიებისა
და მრეწველობის წინმსწრებ გან-
ვითარებასა და მიღებული შედე-
გების ფართო გამოყენებას ცხოვ-
რების ყველა სფეროში.

ცოდნაზე დამყარებული ეკონ-
ომიკური წინსვლის ერთ-ერთ

More then 20 prestigious prizes
and state orders award Dr. Kervalishvili.

As a Director and coordinator of several World Bank, EU, ISTC, etc. projects and Chairman of International Forums and Conferences, as well as Professor of some well known European and American Universities he has the wide international experience.

მთავარი ამბრავი მოსახლეობის
მაღალტექნოლოგიურ ბიზნესში
აქტიური ჩართვაა. განსაკუთრე-
ბით კი მაღალტექნოლოგიური
მცირე და საშუალო ზომის სა-
წარმოების საქმიანობაში. ამას
ძალიან დაეხმარება: სამეცნიერო-
კვლევითი და საწარმოო ორგანი-
ზაციების ერთობლივი საქმიანო-
ბა; სახელმწიფო დაწესებულებე-
ბის მიერ საინოვაციო საქმიანო-
ბის აქტიური დანერგვა თავისი
მოღვაწეობის ყველა მიმართულებით
და ამ საქმიანობის დახმარე-
ბის სახელმწიფო სისტემის შექ-
მნა; საინოვაციო ტექნოლოგიების
საერთაშორისო, ინტეგრირებული
მართვის სისტემის ჩამოყალიბება
და დანერგვა.

ნებისმიერი მართვის სათავეში
ყოველთვის ძვეს ერთი მთავარი
საკითხი – რა არის სუბექტის მი-
ზანი, რისკენ მიისწრაფვის იგი?
დადგენილია, რომ მიზნის (მიზნე-
ბის) ფორმულირების პროცესი
წინ უსწრებს მართვის პროცედურას
და ამიტომაც დიდად გან-
საზღვრავს მას.

მაგალითად, თუ ჩვენ მთავარსა
და ერთადერთ მიზანს ტრანზი-
ტულ-ტურისტული ქვეყნის შექმ-
ნა წარმოადგენს, მაშინ მართვის
ობიექტად ისეთი ტიპის ხელი-
სუფლება უნდა წარმოვიდგინოთ,
რომელიც ძირითადად შექმნის
ასეთი ამოცანის გადაწყვეტი-
სათვის აუცილებელ მართვის
სტრუქტურებს. ხოლო თუ ჩვენ
მთავარი მიზანი მაღალტექნოლო-
გიური, ინტელექტუალური სა-
ხელმწიფოს შექმნაა, მაშინ მარ-
თვის ობიექტის განვითარების მა-
რეგულირებელი პარამეტრების
რიცხვი იზრდება და ამასთან ერ-
თად იცვლება ქმედებების მიმარ-
თულებები. სხვანაირად, თუ მხო-
ლოდ ტრანზიტული ამოცანების

P. Kervalishvili received his B.S. and
M.S. in solid state physics from Georgian
Technical University. The Research
and technological Centre “Institute Gired-
met” awarded him the title of Ph. D., and
Dr.-Eng. in 1978, and Soviet atomic
centre “Kurchatov Institute” – degree of
Doctor of physics and mathematics
(1984). He got USSR Professor State title
in 1989.

გადაწყვეტისათვის საჭიროა გარ-
კვეული ტიპის ენერგეტიკულ-
სატრანსპორტო-ტექნოლოგიური
კაციო ინფრასტრუქტურა, თვით-
კმარი ქვეყნისათვის ცოტა უფრო
სხვა ენერგეტიკა, ტრანსპორტი და
კავშირგაბმულობა გამოგვადგება.
ყველაფერი ეს თავიდანვე უნდა
იყოს გათვალისწინებული სამ-
თავრობო და სხვა სახელმწიფო
მართვის სტრუქტურების შექმნის
დროს.

ასევე უნდა იყოს დალაგებული
განათლების პრიორიტეტული
ამოცანებიც. მაგალითად, წრფივი
კავშირები: განათლება-მეცნიერ-
ება-ინდუსტრია; განათლება-
მეცნიერება-ჯანმრთელობის დაც-
ვა; განათლება-მეცნიერება-ხე-
ლოვნება და სხვა.

აქ განსაკუთრებით უნდა აღი-
ნიშნოს ის გარემოება, რომ თუ
ზოგად-პოლიტიკური სისტემების
ფუნქციონირების ელემენტები
ჩვენში გარკვეულად ცნობილია,
სახელმწიფოებრივი მართვის ისე-
თი მნიშვნელოვანი ბლოკის, რო-
გორიცაა სამეურნეო-ეკონომიკურ
პოლიტიკის გამტარებელი
სარეგულაციო სამსახურების
საქმიანობის გაძლიერება, მათი მოქ-
მედების პრინციპების ჩამოყა-
ლიბება და დანერგვა საწყის
სტადიაში იმყოფება.

სახელმწიფო მართვაში ცენტ-
რალური ფუნქცია მის მთავრო-
ბას მიუძღვის. თვით სრულიად
თავისუფალი საბაზრო ეკონომი-
კის პირობებშიც კი ეკონომიკურ
ორგანიზმი საჭიროებს მართ-
ვასა და კონტროლს, რასაკვირვე-
ლია მართვის იერარქიული მდგე-
ნელის სერიოზული შემცირე-
ბით. ეს კი ნიშნავს, რომ მთავრო-
ბა სხვადასხვა თავისუფლების
ხარისხის მქონე სისტემებში უბ-
რალოდ სხვადასხვანაირად უნდა

ატარებდეს სამეურნეო მართვის პოლიტიკას – უფრო ზოგადად, ან უფრო კონკრეტულად.

ამ და სხვა მნიშვნელოვანი პარამეტრების გათვალისწინებით მართვის სამთავრობო რგოლი თანამედროვე მსოფლიო განვითარების ეტაპზე უნდა იყოს ძალზედ ოპერაბელური ანუ მოქნილი, საკმაოდ მცირე, ადვილად გადაწყობადი. ასეთი ვარიანტი საპირისპიროა იერარქიულ პრინციპებზე აწყობილი სამთავრობო სტრუქტურებისა (საბჭოთა კავშირი, სხვა სოციალისტური ქვეყნები, განსაკუთრებით დიქტატორული რეჟიმები).

როგორც უკანასკნელი წლების მსოფლიო გამოცდილებამ ცალსახად დაადასტურა ქვეყნის თანამედროვე ევოლუციური სახელმწიფოებრივი მართვის განსახორციელებლად აუცილებელ პირობას საინფორმაციო – საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების წინმსწრები განვითარება წარმოადგენს. ისევე როგორც, ამ და სხვა ე. წ. ციფრული ეკონომიკის საბაზო ტექნოლოგიების განსავითარებლად საჭიროა სახელმწიფოში სამთავრობო მართვის ევოლუციური ტექნოლოგია არსებობდეს. უნდა აღინიშნოს, რომ სატელეკომუნიკაციო და საინფორმაციო ტექნიკური საშუალებებისა და მათი პროგრამული უზრუნველყოფის მეტად სწრაფი წინსვლა განაპირობებს ისეთი ელექტრონული ინფრასტრუქტურის არსებობას, რომელიც რეგულაციურად გარდაქმნის ადამიანის საქმიანობის ყველა მიმართულების ფუნქციონირების წესებსა და ტექნოლოგიებს და განსაზღვრავს გუნდური ინტელექტუალური საქმიანობის ევოლუციურობის მკვეთრ ზრდას.

ციფრული ეკონომიკის განვითარება ემყარება რა საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიასა და ტექნიკას თავის მხრივ საფუძველია ე.წ. საინფორმაციო საზოგადოების (ყოველმხრივ ინფორმირებული საზოგადოების) წარმოქმნისა, რომელიც აუცილებელი პირობაა, როგორც დემოკრატიული, სამოქალაქო საზოგადოების ჩამოყალიბების, ისე-

ვე მისი მდგრადი განვითარების და სტაბილური ფუნქციონირების.

ახალი, ცოდნაზე დაფუძნებული ეკონომიკის განვითარებამ განაპირობა თანამედროვე ევოლუციური სამთავრობო სტრუქტურების წარმოშობა, რომელთა მართვა ასევე ეყრდნობა ელექტრონული კომუნიკაციის თანამედროვე ტექნოლოგიურ საშუალებებს, რაც უზრუნველყოფს ქვეყნის, რეგიონალური და მუნიციპალური მთავრობების მჭიდრო თანამშრომლობას საზოგადოებრივ, კერძო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, და რაც მთავარია, საზოგადოების ყველა დიდსა თუ პატარა ჯგუფთან.

საქართველოშიც უახლოეს მომავალში პირველ პრიორიტეტად საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების შექმნა განვითარება რჩება. შემდეგ მოდის: ელექტროენერჯის წარმოება და დისტრიბუცია, უმაღლესი ხარისხის და ეკოლოგიურად სუფთა კვების პროდუქტების წარმოება, მეცნიერებატევადი და მაღალტექნოლოგიური პროდუქციის შექმნა და მათი მცირესერიული ინდუსტრია; თანამედროვე მრეწველობა სამამულო მინერალური რესურსების ბაზაზე და სხვა. რასაკვირველია, ამასთან ერთად და წინმსწრები ტემპებით უნდა შეიქმნას მდგრადი და ევოლუციურად მოქმედი ინფრასტრუქტურა: ენერჯეტიკა – ტრანსპორტი – კავშირგაბმულობა და ასევე მშენებლობის თანამედროვე ინდუსტრია, რაც ჩვენი ქვეყნის მოწინავე, ეკონომიკურად დამოუკიდებელ, ინტელექტუალურ-ტექნოლოგიურ სახელმწიფოდ ჩამოყალიბების მთავარი გარანტია უნდა გახდეს.

აღინიშნოს, რომ უკანასკნელ წლებში საქართველოს ხელისუფლების

მიერ ენერჯიულად ხორციელდება რეფორმა მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების პოლიტიკისა და მართვის მიმართულებით, რომელიც მიუხედავად მრავალი ხარვეზისა მთლიანობაში დადებითად უნდა შეფასდეს. გადადგმულია გარკვეული ნაბიჯები ქარ-

თული მეცნიერებისა და ტექნიკის ინტეგრაციის განსახორციელებლად ევროპულსა, და საერთოდ, დასავლურ სივრცეში.

ამასთან ერთად, მეცნიერებისა და მრეწველობის საერთაშორისო ინტეგრაციაზე ორიენტირებული აუცილებელი რეფორმები ხშირად ტარდება ზედაპირულად, რაც იწვევს დიდ კარგებს სამეცნიერო-ტექნოლოგიური და ინოვაციური საქმიანობის ყველა სფეროში. არ არის გამოკვეთილი პრიორიტეტები მეცნიერებაში, ტექნოლოგიურ განვითარებაში, უმაღლეს განათლებაში. არ არსებობს სისტემური ინოვაციური პოლიტიკა. არც მეცნიერებაში, არც ტექნიკაში და არც მრეწველობაში არ არის ჩამოყალიბებული სტრატეგიული გეგმები რეგიონალური და საერთაშორისო მიმართებით. ეს პრობლემები ძალიან სწრაფად უნდა აღმოიფხვრას, რისი მიღწევაც შესაძლებელია ქართველი მეცნიერებისა და მეცნიერ-ორგანიზატორების აქტიური ჩართვით ქვეყნის მართვის პროცესებში, განსაკუთრებით კი გადაწყვეტილებათა დამუშავებისა და მიღების საკითხებში.

საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემია, რომელიც ამჟამად აერთიანებს 60-მდე მსოფლიოში ცნობილ მეცნიერს მათემატიკის, ფიზიკის, ქიმიის, ინფორმატიკის, გეოლოგიის და სხვა დისციპლინებში გამოთქვამს მზადყოფნას მთელი თავისი ცოდნა და გამოცდილება მოახმაროს თანამედროვე ქართული სახელმწიფოს ჩამოყალიბებას და მისი მდგრადი განვითარების სტრატეგიული და ტაქტიკური გეგმების შექმნასა და განხორციელებას.

გვინდა გამოვხატოთ ჩვენი ღრმა რწმენა იმისა, რომ:

XXI საუკუნეში საქართველო გახდება საინოვაციო საქმიანობის ქვეყანა – ქართველი ერი კი თავისი ადამიანური რესურსებით ერთ-ერთი სართაშორისო ლიდერი მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების და შესაბამისად ცოდნაზე დაფუძნებული საზოგადოების განვითარებაში.

თბილისი, 2013 წლის იანვარი

რეზიუმე

საქართველო: განვითარების გზები

პ. კერვალიშვილი

საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემია

ჩვენს ქვეყანაში ბოლო რამდენიმე თვეში განვითარებულმა მოვლენებმა კიდევ უფრო მკვეთრად დაანახა საქართველოს მოსახლეობას, რომ ქვეყნის მართვასა და განვითარებაში არსებობს სერიოზული პრობლემები, რომელთა გადაწყვეტა მოითხოვს არსებული ინტელექტუალური რესურსის სრულ გამოყენებას.

საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემია, რომელიც ამჟამად აერთიანებს 60-მდე მსოფლიოში ცნობილ მეცნიერს მათემატიკის, ფიზიკის, ქიმიის, ინფორმატიკის, გეოლოგიის და სხვა დისციპლინებში გამოთქვამს მზადყოფნას მთელი თავისი ცოდნა და გამოცდილება მოახმაროს თანამედროვე ქართული სახელმწიფოს ჩამოყალიბებას და მისი მდგრადი განვითარების სტრატეგიული და ტექტიური გეგმების შექმნასა და განხორციელებას.

გვირგვინად გამოგზავნა ჩვენი ღრმა რწმენა იმისა, რომ:

XXI საუკუნეში საქართველო გახდება საინოვაციო საქმიანობის ქვეყანა – ქართველი ერი კი თავისი ადამიანური რესურსებით ერთ-ერთი სართაშორისო ლიდერი მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების და შესაბამისად ცოდნაზე დაფუძნებული საზოგადოების განვითარებაში.

SUMMARY

GEORGIA: WAYS OF DEVELOPMENT

P. KERVALISHVILI

Georgian Academy of Natural Sciences

Recent events that occurred in our country showed Georgian nation once again that for governing and development of the country has serious problems, that could only be solved by using existing intellectual resource.

Georgian Academy of Natural Sciences, that united around 60 famous scientists from various field (Maths, Physics, Chemistry etc.), is ready to share all his opinions and views about sustainable development of Georgia and creating strategies and ways to execute them.

Our academy believes that in 21st century Georgia will be one of the lead innovators and its scientists are going to be among other leading scientists of the world and they will help developing Georgian society.

საქირო ცოდნა და ჩვენსი თითოეული გავყვის
უფლები ჩეალიზაციისათვის

(ქანონეში უმწოკეა ლამაზეგისათვის)

და გეკთლავ, „ჩანასახიდან გავყვის უფლება აქვს იყოს ღაცული“

ბ. ჩახუნაშვილი



ბავშვთა უფლებები უზრუნველყოფს ბავშვების სიცოცხლის შენარჩუნებას, მათ განვითარებასა და კეთილდღეობას.

ბავშვები იბადებიან თავისუფალი და ყველა ადამიანური უფლების მქონენი. ეს არის ბავშვის უფლებათა კონვენციის, ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ხელშეკრულების ძირითადი წინამძღვარი, რომელიც გარდაქმნის ბავშვებისა და მათი ოჯახების

ბის ცხოვრებას მთელ მსოფლიოში.1,2,12

„ბავშვის უფლებათა კონვენცია“, რომელსაც გაეროს გენერალურმა ასამბლეამ ერთხმად დაუჭირა მხარი 1989 წელს მსოფლიო მასშტაბის იურიდიული დოკუმენტია. საქართველოში ამ კონვენციის რატიფიცირება 1994 წლის 21 აპრილს მოხდა და აიღო ვალდებულება შეასრულოს კონვენციის დებულებანი – სახელმ-

წიფოს უპირველესი საზრუნავი უნდა იყოს 18 წლამდე ასაკის ბავშვების დაცვა და მათზე ზრუნვა.

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

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

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

● დღეისათვის აღინიშნება ბავშვთა და მოზარდთა სპორტში ჩაბმის ინტენსივობის მატება. უმნიშვნელოვანესია, რომამაშაჰალ მიმდინარეობს სპორტის. მილიციისა და განათლების ერთიანი მმართველი მართვის განხორციელების ეტაპი (აღმინისტრაციული მართვის ოპტიმიზაცია-აღსანიშნავია, რომ ამ პროცესებში აქტიურადაა ჩართული არასამთავრობო ორგანიზაციები).

აქტიობის შენელება არ იქნება, არც შეიძლება, ღრუ არ ითმენს;

ამდენად, აუცილებელია უფრო მჭიდრო და მეტიურთერთთანამშრომლობა, როგორც ჯანდაცვის, სპორტის, განათლებისა და მეცნიერების, ასევე სხვა სამინისტროებთან, რათა ბავშვთა მდგომარეობა საქართველოში ეფექტურად გაუმჯობესდეს.

სამედიცინო დარგის პროფესიონალები ვალდებული არიან განსაზღვრონ ბავშვების აღქმისა და გაგების უნარი, რათა მათ შეხედულებები გათვალისწინებული იყოს გადაწყვეტილების მიღებისას და მკურნალობაზე თანხმობის გაცხადების დროს. სამედიცინო დარგის პროფესიონალები უნდა თანამშრომლობდნენ როგორც ბავშვებთან, ასევე მათ მშობლებთან და ისინი სრულად უნდა იყვნენ ჩართულნი შემოთავაზებული მკურნალობის და სამედიცინო გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.

„ბავშვის უფლებათა კონვენცია“ რატიფიცირებულია და შესულია ძალაში საქართველოს მთავრობის მიერ 1994 წლის 2 ივნისს.

საქართველოს კანონმდებლობაში ასახულია ბავშვის უფლებების დაცვის მექანიზმები სამედიცინო დაწესებულებებში, საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ თავი VIII არეგულირებს არასრულწლოვანთა უფლებებს სამედიცინო მომსახურების პროცესში.

საქართველო ჯერ კიდევ ერთ-ერთ ბოლო ადგილზეა ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპისა და დსთ-ს ქვეყნებს შორის სოციალური დანახარჯების მხრივ. შესაბამისად, კვლავ რჩება მნიშვნელოვანი გამოწვევები, რაც მომდევნო ხუთი წლის განმავლობაში უნდა გადაიჭრას, თუ გვსურს, დავიცვათ ბავშვის უფლებათა კონვენციის დებულებები და 2015 წლამდე მივაღწიოთ ათასწლეულის განვითარების მიზნებსა და ათასწლეულის დეკლარაციით გათვალისწინებულ ხედვებს.

უნდა გავისხენო ჩვენს მიერ შესრულებული პროექტი და მისი დასკვნები, რომელიც დღესაც არ კარგავს აქტუალობას:

With the support of UNICEF (in 2001-2) we have fulfilled a project “Social-psychological, medical-prophylactic and rehabilitation measures of children and adults in Penitentiary Institutions”, one of the main goals of which was the study of drug addiction and toxemia problems in above mentioned contingent.

Data of clinical-laboratory and instrumental investigation in 417 children and adults have been analyzed. Questionnaire for Darvy and Bass aggression investigation, Shind test, Loosher colour test were used which permit to create a perfect “psychological portrait” of under age criminals with recommendations having proper practical significance. In future the latter will be a basis for creation of behavioral prophylactic model having a harmful influence on the society and on themselves.

Results of investigations carried out were analyzed by means of modern computer programs, involving psychological test-questionnaires and drawings in crayons.

Analysis of data obtained has shown that:

1. In children and adults of such category we deal with yet unformed person, subjected to definite changes.

2. While considering obtained results the I, II and III necessary stages were outlined, where:

The I stage stipulates pretrial period.

The II stage stipulates measures to be taken during trial.

The III stage – after being sentenced.

Most children formally refuse the fact of smoking, hashish and glue tasting, but it is not true. The majority of them before the arrest used different toxic substances (glue, petroleum), which need a great attention at the I-II-III stages.

Thus, investigations carried out have shown that there is a necessity of taking prophylactic measures against toxemia and drug addiction in children and adults in order to avoid formation of groups of persons committing a criminal offence.

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში მეტად მნიშვნელოვანი გახდა ბავშვისა და ოჯახის კეთილდღეობისა და ჯანმრთელობისთვის ბავშვის უფლებების მხარდაჭერა. სიღარიბის ზრდამ და გარემო ფაქტორებმა შეცვალა ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილობის სტრუქტურა. გლობალიზაციის პროცეს-

მა განსაზღვრა პოლიტიკის წონასწორობა, გადაწყვეტილების ტრაექტორია ადამიანური და საზოგადოებრივი განვითარებისათვის.10,14,17

სოციალური ხასიათის ცვლილებები მოითხოვს ჯანმრთელობის კონცეფტუალიზაციას და ახალი გზების ძიებას ბავშვთა კეთილდღეობის გასაუმჯობესებლად. საჭირო ხდება ბავშვთა ჯანდაცვის პროფესიონალების ფუნქციების რადიკალური ცვლილებები, რათა მათი ქმედება იყოს წარმატებული და შესაფერისი ბავშვთა და ოჯახთა კეთილდღეობასა და ჯანმრთელობასთან.7,8,9,10,13

უფლებებზე დაყრდნობილი განცხადება, რომელიც ჯანდაცვას მიესადაგება უზრუნველყოფის ისეთ სამუშაო გეგმას, რეალურ სტრატეგიებსა და უნარს რომელიც შეიძლება გამოყენებული იყოს პროფესიონალების მიერ სამედიცინო მომსახურებისა და ბავშვთა დაცვისათვის. ბავშვთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებები ეფუძნება ოთხ ძირითად კომპონენტს, როგორცაა:

სიცოცხლე - ბავშვებს აქვთ სიცოცხლისა და გადარჩენის უფლება, სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის, წყლითა და სანიტარული სისტემებით უსაფრთხოდ სარგებლობის უფლება;

განვითარება - ბავშვებს აქვთ განათლების, ინდივიდუალური განვითარების, გონებრივ და ფიზიკურ შესაძლებლობათა გამოვლენის უფლება;

დაცვა - ბავშვებს აქვთ უფლება დაცულნი იყვნენ ნებისმიერი დისკრიმინაციისა და ექსპლუატაციისაგან, ომისა და გაჭირვებისაგან;

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

„ბავშვის უფლებათა კონვენცია“, აწესებს რა საერთო სტანდარტებს მსოფლიოს ყველა ქვეყნისათვის, ამასთანავე ითვალისწინებს სახელმწიფოთათვის დამახასიათებელ კულტურალურ, სოციალურ, ეკონომიკურ და პოლიტიკურ რეალობებს, რათა თითოეულ ქვეყანას კონვენციის დებულებების ოპტიმალურად განხორციელების შესაძლებლობა ჰქონდეს.

ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ორ ძირითად კატეგორიად იყოფა: სოციალური უფლებები, რომელიც მოიცავს, სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ და ტერიტორიულ ხელმისაწვდომობას, თანაბარ ხელმისაწვდომობას დისკრიმინაციის გარეშე და სამედიცინო მომსახურების ხარისხს. ეს უკანასკნელი გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების ადექვატურ ხარისხს, (დიგნოსტიკის, მეურნეობის, რეაბილიტაციის მეთოდების ადექვატურობას) და პაციენტის უსაფრთხოებას. ხოლო ინდივიდური უფლებებია: ინფორმაციის მიღების უფლება, ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების უფლება (ინფორმირებული თანხმობა), კონფიდენციალობა და პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა, მეორე აზრის მოძიების და სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო დაწესებულების არჩევის უფლება.2

იქედან გამომდინარე, რომ საქართველოს ბავშვების ერთ მეოთხედზე მეტი სიღარიბეში ცხოვრობს,

სოციალური დაცვის სფეროში მიმდინარე რეფორმებს გადაწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. მაგალითად, აუცილებელია თანასწორობაზე ორიენტირებული სკოლამდელი განათლების სფერო, რადგან უღარიბეს ოჯახებში მცხოვრები ხუთი წლის ასაკის ბავშვები დღეს ნაკლები აღზრდით დადიან სკოლამდელი განათლების დაწესებულებებში, ვიდრე მათი თანატოლები შეძლებული ოჯახებიდან. მოზარდებში ჯანსაღი ცხოვრების სტილის დამკვიდრება, სპორტის, ჯანსაღი კვებისა და გუნდური მუშაობის დირექტორების პოპულარიზაციის გზით.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში საქართველოს კანონმდებლობას საფუძვლად უდევს საერთაშორისო დოკუმენტები. სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპად არის გაცხადებული ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა ხელშეუვალობა (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 4), რასაც თანაბარი პასუხისმგებლობით უნდა იცავდეს ექიმი, ექთანი და სხვა სამედიცინო პერსონალი. სამედიცინო საქმიანობის მიზანია ადამიანისათვის ჯანმრთელობის შენარჩუნება, მისი ჯანმრთელობის დაცვა და აღდგენა, მისთვის ტანჯვის შემსუბუქება (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 27).

სკოლამდელი აღზრდის განათლებაზე საერთაშორისო კვლევებით დასტურდება, რომ ბავშვები, რომლებიც ჩართულნი არიან სკოლამდელი განათლების სისტემაში, უფრო კარგ აკადემიურ მოსწრებას ავლენენ სკოლაში, ანუ უკეთესად სწავლობენ, იმ ბავშვებთან შედარებით, რომლებსაც არ მიუღიათ სკოლამდელი განათლება. თუ ჩვენ გვინდა, რომ საშუალო განათლების ხარისხი გავაუმჯობესოთ, ინვესტიცია სკოლამდელ განათლებაში უნდა ჩავდეთ, რათა უზრუნველყოთ ბავშვების სწავლა საბავშვო ბაღებში — სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებებში.

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რეკომენდაცია სწორედ სკოლამდელ განათლებას ეხება — ვისურვებდით, 2015 წლისთვის, საქართველოში, ბავშვების 80% იყოს ჩართული სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებებში. მერწმუნეთ, ეს იქნება ყველაზე კარგი ინვესტიცია, რომელსაც ქვეყანა განახორციელებს.

ამდენად, საჭირო და აუცილებელია უფრო მჭიდრო და მეტი თანამშრომლობა როგორც ჯანდაცვის, სპორტის, განათლებისა და მეცნიერების, ასევე სხვა სამინისტროებთან, რათა ბავშვთა მდგომარეობა საქართველოში ეფექტურად გაუმჯობესდეს. მოიძებნება საჭირო ცოდნა და რესურსი თითოეული ბავშვის უფლების რეალიზაციისათვის. ბავშვთა უფლებები უზრუნველყოფს ბავშვების სიცოცხლის შენარჩუნებას, მათ განვითარებასა და კეთილდღეობას. ამის გარეშე შეუძლებელია ისეთი ქვეყნის მშენებლობა, რომელიც ათასწლეულის დეკლარაციითაა გათვალისწინებული — ქვეყნისა, სადაც სუფევს მშვიდობა, თანასწორობა, უსაფრთხოება, დაცული გარემო, მოკლე — ბავშვებისადმი კეთილგანწყობილი საქართველო.

აქედან გამომდინარე აუცილებელია ბავშვთა უფლებების დაცვის კუთხით არსებულ კანონებში მოხდეს შესწორება დამატებანი ან მოხდეს ახალი ინტერპრეტაციით:

კანონი – „ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“

კანონი – „შეიქმნას მედიცინის, სპორტისა და განათლების ერთიანი მეცნიერული მართვის ეროვნული კონცეფცია – ჯანმრთელ თაობებზე ზრუნვა“

კანონი – „სკოლებში და ბაგა-ბაღებში საექიმო საქმიანობის ამოქმედება - მათი აუცილებლობა საგანმანათლებლო და სკოლამდელი დაწესებულებების სერთიფიცირებისას“.

კანონი – „ვალულოგია (სანოლოგია-სამედიცინო მიმართულება), როგორც ახალი დისციპლინათა შორისო სამეცნიერო-პედაგოგიური მიმართულება“.

ეთხოვოს:

- ჯანდაცვის სამინისტროს:

- საექიმო კაბინეტის სტრუქტურის განსაზღვრა
- გზამკვლევა შექმნა
- სპეციალისტთა გადამზადებისა და მომზადების უშუალო შესრულება (არასამთავრობო ორგანიზაციებთან ერთად)
- საექიმო საქმიანობის მონიტორინგი

- სპორტის სამინისტროს:

- სპეციალისტების მოთხოვნის განსაზღვრა
- სპორტის ექიმების
- ფიზიოთერაპევტების
- მეთოდისტების და ა.შ.

- ბანათქმის სამინისტროს:

- სპეციალისტთა გადამზადებისა და მომზადების უშუალო სტრატეგიის შექმნა.
- სკოლებსა და ბაგა-ბაღებში საექიმო საქმიანობის აღდგენა.

ეთხოვოს საქართველოს პარლამენტის შესაბამის კომიტეტებსა და აღმასრულებელ ორგანოებს პროექტში ერთობლივი ჩაბმის აუცილებლობით გამოწვეული ერთიანი მმართველობითი საინიციატივო ჯგუფის შექმნა, რომელიც ბოლომდე მიიყვანოს რთულად შესასრულებელ საორგანიზაციო საქმიანობას

შემდეგი ეტაპია:

1. პროექტში ერთობლივი ჩაბმის აუცილებლობით გამოწვეული ერთიანი მმართველობითი საინიციატივო ჯგუფის შექმნა, რომელიც განახორციელებს და უზრუნველყოფს ძალზედ რთულად წარსამართ საორგანიზაციო საქმიანობას
2. სტრატეგიის განსახორციელებელი პროგრამების შექმნა, განხილვა და უმოკლეს ვადაში მათი შესრულება

1. ასბორნიდე, კატარინა კრაუხე, ალანროსას. ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, სახელმძღვანელომეორეგანახლებულიგამოცემა; თბილისი, 2006 წ.გვ.202-226

2. ბავშვისუფლებათაკონვენცია. შემოკლებულივერსია. წწწ

3. ოთარგერზმავა. საზოგადოებრივიჯანდაცვა-დამენჯემენტი, სახელმძღვანელოსტუდენტებისადა-

ექიმებისატვის,მეოთხეშესწორებულიდაგანახლებუ-ლიგამოცემა, თბილისის, 2008 წ, გვ.183-195

4. საქართველოსკანონი „პაციენტისუფლებებისშესახებ“

5. საქართველოსკანონი „საექიმოსაქმიანობისშესახებ“

6. საქართველოსკანონი „ჯანმრთელობისდაცვისშესახებ“

7. Brenda A. LeFrancois. Children’s Participation Rights: Voicing Opinions in Inpatient Care; Child and Adolescent Mental Health Volume 12, No. 2, 2007, pp. 94–97

8. Convention on the Rights of the Child.UNGA Resolution 44/25. Available at: <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm> or <http://www.unicef.org/crc/index.html>. Accessed March 15, 2007

9. Children’s Rights and Child Health.;Pediatric Education in Community and Office Settings (Starter Kit for Community Preceptors) by Jeffrey Goldhagen, MD, MPH, FAAP [http](http://www.cred-pro.org)

10. CRED-PRO Status Report — Addendum Child Rights Curriculum for Health Professionals, 2008

11. Gerison Landsdown. Implementing Children’s rights and health, Arch.Dis.Child. 2000;286-288

12. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.UNGA Resolution 2200A (XXI) 1976. Available at: http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm. Accessed March 15, 2007

13. Lenk C; Radenbach K; Dahl M; Wiesemann C Non-therapeutic research with minors: how do chairpersons of German research ethics committees decide? Journal of medical ethics 2004;30(1):85-7.

14. Redress-international covenant on civil and political rights. UNGA Resolution 2200A (XXI). Available at: <http://www.redress.org>. Accessed March 15, 2007

15. Rodriguez-Garcia R, Akhter MN. Human rights: the foundation of public health practice. Am J Public Health. 2000;90:693–694

16. Toward equity in child health.Pediatrics. 2003;112(suppl):701–722

17. T.Waterston, J. Goldhagen. Why children’s rights are central to international Child health. Arch. Dis. Child. 2007;92;176-

18.G.Chakhunashvili,N.Kandelaki -Children and security: “Child has the right to be defended from birth” NATO science for peace and security series E: Human and societal Dynamics – vol.37 complexity and Security – 2008 Chap.126. p. 405-410www.iospress.nl

19. Sustainable development and child security. /G. Chakhunashvili, I. Phavlenishvili /. Social, Ecological and Clinical Pediatrics. – 2011. - #13-8-7. - pp. 25-46. – geo.; abs.: geo., eng.

20. ჩახუნაშვილი გ. მედიცინის მეცნიერება და აუცილებელი გზა XXI საუკუნეში მისი განვითარებისაკენ “ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული” სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედაგოგია. - თბილისი, 2009. - 11-6-5. - გვ.54-60

www.google.com/search?q=ბავშვთა+დაცვის+კანონი+ჯანდაცვის+შესახებ

www.google.com/search?q=ი.მანჯავიძე+კანონი

www.google.com/search?q=ჩანასახიდან+ბავშვს+უფლება+აქვს+იყოს+დაცული

რეზიუმე

საჭირო ცოდნა და რესურსი თითოეული ბავშვის უფლების რეალიზაციისათვის

(კანონებში შესწორება დამატებისათვის)

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

ბ. ჩახუნაშვილი

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი

შრომის მიზანია კანონებში შესწორება დამატებისათვის, ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“ . ბავშვთა უფლებების დაცვის კუთხით არსებულ კანონებში მოხდეს შესწორება დამატებანი ან მოხდეს ახალი ინტერპრეტაციით:

კანონი – „ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“

კანონი – „შეიქმნას მედიცინის, სპორტისა და განათლების ერთიანი მეცნიერული მართვის ეროვნული კონცეფცია – ჯანმრთელ თაობებზე ზრუნვა“

კანონი – „სკოლებში და ბავშვთა ბაზრებში საექიმო საქმიანობის ამოქმედება – მათი აუცილებლობა საგანმანათლებლო და სკოლამდელი დაწესებულებების სერთიფიცირებისას“.

კანონი – „ვალეოლოგია (სანოლოგია-სამედიცინო მიმართულება), როგორც ახალი დისციპლინათა შორისო სამეცნიერო-პედაგოგიური მიმართულება“.

SUMMARY

NEEDED KNOWLEDGE AND RESOURCES TO REPRESENT CHILDREN’S ALL RIGHTS IN THE LAW CODEX OF GEORGIA (CHILD HAS RIGHT TO BE DEFENDED SINCE EMBRYO)

G. CHAKHUNASHVILI

To ensure reflection of all rights that children have following changes, amendments and adding should be done.

Law – “Children has right to be defended since embryo”

Law – “United national concept- taking care of healthy generation by creating united governance of Sports, Medicine and Education”

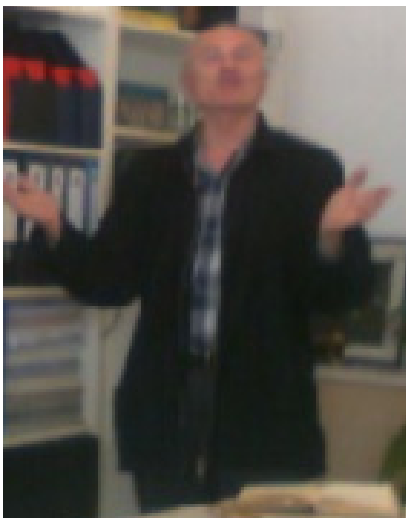
Law - “All schools and kindergartens should have properly taught and certificated doctors or nurses”

Law – “Valeology (sinology- medical branch) as a new interdisciplinary scientific field”.

დიდი ფუნქცია – მკიბე ზვირთი

მუჰამად თაგლიშვილი,

კრიტიკოსი, რუსთველლოგი, ფილოლოგიის დოქტორი, ნიკო ნიკოლაძის პრემიის ლუარსაბი საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელწოდებებზე მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი



დროც იყო და საჭიროებაც მოითხოვდა, შექმნილიყო ამ ტიპის წიგნი, თანამედროვე ნააზრევი, რომელიც ისტორიული ფაქტების ფაქიზი გაანალიზების შედეგად მოგვაწვდიდა ქართული იდეის სრულყოფილ სახელს, დაგვეხმარებოდა სამივე დროში მცხოვრები ივერიის ისტორიული მისიის გარკვევაში. და აი, ამგვარი გამოკვლევაც გაჩნდა. აპოლონ სილაგაძის „ქართული იდეა“ მრავალმხრივ საინტერესო ნარკვევია. საკითხი, თითქოსდა, ისედაც ნათელია: ქართველი ერის მთელი მურმალი და ჭა-

პანწყვეტა მიწვივ იქითკენ იყო მიმართული, რათა საკუთარი მეობა შეენარჩუნებინა. ეგ აზრი ავტორს ამგვარად ჩამოუყალიბებია: „მთელი ჩვენი ისტორია, რომელიც ერის სულიერი მდგომარეობის სახეს წარმოადგენს, არის – რადგანაც მას დამოუკიდებლობის მდგომარეობაცა ჰქონდა და დამოუკიდებლობის დაკარგვისაც – სუვერენობის იდეის განსახორციელებლად გაშლილი ერთიანი, განუწყვეტელი ბრძოლის ფრონტი“ /ა.სილაგაძე, ქართული იდეა, 2010, 50/. ასეთია ზოგადი დეკლარაცია,

შიშველი განაცხადი, ოღონდ რა დიდი ძალისხმევაა საჭირო, რა დიდი პატრიოტიზმი და ოფლისმდგრეული შრომა, რათა ეგ მოსახრება მწყობრად დაასაბუთო და ლიტონ სიტყვად არ დაგრჩეს.

როგორც ყველაფერიდან ჩანს, ამ მხრივ ავტორს თავი არ შეურცხვენია.

წინასვე გამიცხადიან:

ნაშრომი იკითხება ცხოველი ინტერესით, შეიძლება მეტაფორულად ასეცა ვთქვათ, – როგორც ლექსი.

ტექსტს თანამიმდევრულად მივყვით და ალაგ-ალაგ ჩვენი შენიშვნები და მოსახრებებიც გამოვთქვით.

მოაზროვნეს დიდხანს უფიქრია, ისტორიული ფაქტები ერთმანეთისათვის შეუპირისპირებია და მისულა დასკვნამდე: „საქართველო არის იმ ერის ქვეყანა, რომელიც იყო და არის სუვერენული ერი“/7/. ამის გასათვალსაზრისოდ ლად დასმულია კითხვა: „რამდენია კიდევ აქამდე ისეთი ერი, რომელსაც ამდენი ათასწლეულის განმავლობაში სხვადასხვა ფორმით დღემდე შენარჩუნებული აქვს სახელმწიფოებრიობა?“ და იქვე ნაჩვენებია, რომ ამნაირ ნაციებს შორის /როგორც ერთობ ცოცხალ არის საქართველო /7/.

თავისი კონცეპტუალური დებულებების დასაზუსტებლად მოაზროვნე თითქმის ყოველთვის პოულობს მწერლობის კლასიკოსთა ილათიან ნათქვამებს, ფრთიან აფორიზმებს, მხატვრულ ფიგურებს და ამით სათქმელს უფრო მკაფიოდ წარმოგვიჩენს. როცა იმაზე მსჯელობს, რომ ივერია „მუდმივად იყო და არის დამოუკიდებლობის დაუბრუნებელი სურვილის მქონე და დამოუკიდებლობისათვის მებრძოლი ერი, რომლის ეროვნული თვითშეგნება ყოველთვის ცოცხალია“ /8/, იქვე მოყვანილია ლიტერატურული სამტკიცო: „სჯობს მონობაში გადიდკაცებულს თავისუფლების ძებნაში მკვდარი“.

მართალია, იმის შენიშვნა არაა ძნელი, რომ ამ ერმა „არ დაკარგა ენა, რწმენა, კულტურა, ტერიტორია, სახელმწიფოებრიობა და, როგორც სუვერენული ერთეული, არ გაითქვიფა არცერთ დიდ მასაში – არც სპარსელებში, არც ბერძნებში, არც არაბებში, არც სკვითებში, არც რუსებში“, მაგრამ საამისოდ მოხმობილი საბუთები და გერგილიანი მსჯელობა ნამდვილად საყურადღებოა. ყოველი-

ვე ამას კი ავირგვინებს დიდფასი დაკვირვება: „ქართველობას ყოველთვის სურდა ქართველობა /„გრიგალთა, მეხთა, ქუხილთ შორის ქართველად გაზრდილი“... სხვანაირ მდგომარეობაში იგი არასოდეს ყოფილა. სხვანაირ პერსპექტივას შეგუებული ერი არის არასუვერენული ერი“ /8-9/.

ავტორმა მშვენივრად იცის: ქვეყნის დამოუკიდებლობას ძირითადად ორი საფრთხე ემუქრება: გარეგანი და შინაგანი. ისინი გარკვეულწილად ერთმანეთს აპირობებენ კიდევ. გარეშემოტყევების შედეგად ქვეყანა ზოგჯერ კარგავდა დამოუკიდებლობას, თუმცა არც მაშინ იზღუდავდაო თვითმყოფადობას და მაშინ ქვეყნიერებას ევლინებოდა ვასალურ მდგომარეობაში მყოფ დამოუკიდებელ ხალხად /11/.

წიგნში არცერთი მეტ-ნაკლებად მნიშვნელოვანი ეროვნული მოვლენა და ფაქტი არაა მივიწყებული, რაც საკითხის გარკვევას წაადგებოდა. ასეთია, მაგალითად, ის, რომ ფარსმან მეორეს რომაელებმა თავიანთი იმპერიის დედაქალაქში უხარმაზარი ძეგლი აუგეს /12/. ნებ-უნებლიეთ გავონდება სტალინის უხარმაზარი ძეგლები საბჭოთა იმპერიისა და მისი დომინიონი ქვეყნების ქალაქებში. ასეთივე ფაქტია ფარნავაზის რეფორმები /13/, ოღონდ აღმინისტრაციულ-კულტურულ დონის ძიებებში დამწერლობის /ანბანის/ შეტანა გადაჭარბებულ თავისუფალ აზროვნებად მიმანია. საქმე ისაა, რომ „მწიგნობრობის“ შექმნა ყოველთვის როდი ნიშნავს ანბანის /დამწერლობის/ შექმნას. მწიგნობრობა აქეთ ფრანგებს, ინგლისელებს, გერმანელებს, ოღონდ საკუთარი ანბანი /დამწერლობა/ – არა! სავარაუდოა, რომ ფარნავაზის მიერ **მწიგნობრობის** დაწინაურება ხდებოდა იმ ორი ენის მეშვეობით, რომლებზედაც უბნობდა ქრისტე – ეს გახლავთ არამეული და ძველბერძნული. შემთხვევითი არც ის გარემოება უნდა იყოს, რომ ჩვენი წელთაღრიცხვის I საუკუნის ძველ არმაზის ბილინგვა სწორედ ამ დამწერლობებით არის შესრულებული.

ასევე მნიშვნელოვან ისტორიულ ფაქტთა წყებაშია მოქცეული აღმოსავლეთი და დასავლეთი საქართველოს სხვადასხვა იმპერიის გავლენის სფეროებად გამოცხადება /V-VI საუკუნეები/. მარჯვედ არის განზოგადებული

ის ფაქტი, რომ გორგასალი სპარსელების წინააღმდეგ ომში დაიღუპა, ხოლო გუბაზ მეორე ბიზანტიელებმა იმსხვერპლეს /15/.

ფაქტების მოხმობისა და მათი ფაქიზი ანალიზის შედეგად მიღებულია ის უცნაური დასკვნა, რომელიც ყველაზე უწინ აკაკიმ გამოთქვა. ჯერ ავტორს მოვუსმინოთ, მერმედ – აკაკის: „VIII – IX საუკუნეების მიჯნაზე რამდენიმე სუვერენული ქართული პოლიტიკური ერთეული დამკვიდრდა – ტაო-კლარჯეთი, კახეთი, პერეთი, ეგრის-აფხაზეთი; ქართველობა არ დანებებულა – იგი კვლავ დამოუკიდებელი იყო“ /17/. ავტორის აზრის მდინარების ქვეტექსტი ერთობ გამჭვირვალეა: სწორედ ის გეშველიდა, რაც ხელს გვიშლიდა გაერთიანებაში – დაქსაქსულობა და ცალკეულ დამოუკიდებელ, სუვერენულ ერთეულთა არსებობა.

საგულისხმოა, რომ ეგ **უცნაური** აზრი პირველმა აკაკიმ გამოთქვა – საქართველო გადაარჩინა სწორედ იმან, რომ ერთიანი და მონოლითური სახელმწიფო არასოდეს ყოფილაო. აღმოსავლეთი რომ დამოუკიდებლობას კარგავდა, მაშინ საქართველო თავს დასავლეთს აფარებდა; თუ დასავლეთს ემუქრებოდა სუვერენიტეტის დაკარგვის საფრთხე, მაშინ აღმოსავლეთი სწევდა მოაზროვნე როგანოს – თავის – როლსაო. აი, როგორ არის ყოველივე ეს გადმოცემული:

„საქართველოს ძველათ ჭირში გამაგრება და სრულიად ამოუფხვრელობა ამ სხვა-და-სხვა ფერობის ბრალი იყო. როდესაც მტერი საქართველოს ერთ რომელსამე კუთხეს მიადგებოდა და დაიპყრობდა ერთ რომელსამე ნაწილს, მაშინ ქართველობა მეორე კუთხეში, მეორე მხარეში გადადიოდა, იქ იფარავდა თავს და იქ ძლიერდებოდა; მოსულ მტერს ერთი რომელიმე დროთაგანი წლისა უდგა, იმავე დროს ქართველებს ოთხივე დრო ხელთ ეჭირათ – დაბლა, ბარში, სიციხე უდგათ, მაღლა, მთაში, ყინვა იყო; ასე, ამგვარათ ბუნების წყალობით შეუნახავთ თავი; არასოდეს არ ყოფილან ერთსა და იმავე დროს ერთიანათ დაპყრობილი“ /აკაკი წერეთელი, IV, 1990, გვ. 264/.

როგორც ითქვა, ერთობ უცნაური და საინტერესო დებადია!

აპოლონ სილაგაძის წიგნში ამას მოსდევს მსჯელობა უმთავრეს საკითხზე: არაბთა ოკუპაციის შედეგად ზოგი ხალხი და სამეფო მთლიანად გაქრა, ხალხთა

მორე ნაწილი ასიმილირდა, და-
კარგა საკუთარი მეობა/მენტალობა/. ამ ზეწოლას მხოლოდ ორმა
ერმა /ქართველებმა და სომხებ-
მა/ გაუძღესო /17/.

აქ სული იქითკენ მიიწევს, ავ-
ტორს მოკრძალებით შევთავაზო
ამ ფაქტის ახსნა: ხომ არ გამოიწ-
ვია ეს იმან, რომ ამ ორ ერს ჰქონ-
და ატომურ იარაღზე მძლავრი
იარაღი – საკუთარი დამწერლობა?

საქმე ის არის, რომ დამწერ-
ლობა და ერთიანი სამეცნიერო
ენა კირ-ღულაბზე უმტიცვესად
აცემენტებს ერს და ამ დროს იმ-
დენი მნიშვნელობა აღარ ენიჭე-
ბა ტერიტორიისა და ხალხის ნა-
წილის ოკუპაციას. ცნობიერები-
სა და ერთგვარი უწინარი ენობ-
რივი დინების მეოხებით ერი მა-
ინც ინარჩუნებს ერთიანობას.

აქვე მოყვანილია საყურადღებო
ფაქტი: ოთხას წელს თბილისი
არაბებს ეპყრათ და თბილისის
სამართლს არსებობდა. მიუხედავად
იმისა, რომ შევიძლია გავხსენოთ
თიფლისელის ნისბით მოღვაწე
არაერთი პირი /თუნდაც ჰუბაიშ
თიფლისელი/, მაინც, მიუხედავად
ამისა, არაბებმა ჩვენს გარემოში
ვერ შექმნეს მუსლიმური კულტუ-
რა, ისეთი კულტურა, ისტორიაში
რომ დარჩებოდა /17/. არადა, ასე-
თი რამ სხვაგან მოხდაო /მოყვა-
ნილია ესპანეთის მაგალითი/.

აქვე მე თვითონ მომყავს მეორე
შეაფთხი მაგალითი, თითქმის
პარადიგმული ფაქტი.

XII საუკუნეში სპარსული
კულტურის სიმძლავრის გამოი-
სობით თითქმის ყველა შუაზი-
ურ და მცირეაზიულ ქვეყანაში
გავრცელდა სპარსულენოვანი
ლიტერატურა. სპარსული ენის
სიტყბოვანი ბევრ უცხოელს ასურ-
ვა მუსიკობანი. სპარსული მეტყ-
ველება და კილო მძლავრი ნაბი-
ჯებით გამოემართა კავკასიისკე-
ნაც. მან იოლად გადალახა აზერ-
ბაიჯანი და აქ შეიქმნა აზერბა-
იჯანელ ავტორთა სპარსულენო-
ვანი პოეზია /ხაყანი, ნიზამი გან-
ჯევი.../; ზედ საქართველოს საზღ-
ვართან აკვივლდა სპარსული ბა-
იათი თუ ყანდრეული ლექსი,
ოღონდ ქართული სამანები მაინც
ვერ გადმოლახა; თუმცა კი რუს-
თველი მსოფლიო მნიშვნელობის
ადმოსავლური ტრიადის გამოუკ-
ლებელ-გამოუცალკეებელი წევ-
რია /ფირდოუსი, ნიზამი, რუსთვე-
ლი/, მაინც იგი ქართულ ენაზე ქმ-
ნიდა; თუმცა კი იდეები, სახეები,
ტერმინები, სიტყვები უხვად ისეს-

ხა ქართულმა პოეზიამ, ის მაინც
ეროვნულ ნიდავზე დარჩა და სა-
კუთარი მენტალობა არ დაუკარ-
გავს. მეონია, აქ გადამწვევტი
როლი იმან შეასრულა, რომ ქარ-
თველებსა და სომხებს საკუთარი
ორიგინალური დამწერლობა
გეჰქონდა. თვით თეიმურაზ პირვე-
ლიც კი, რომელი აცხადებდა –
სპარსული ენის სიტყბოვანი გამ-
ხადა პოეტად, თუმცა კი თემებს,
იდეებს, სახეებს უხვად სესხუ-
ლობდა, მხოლოდ ქართული ენის
ბაზაზე ქმნიდა და აზროვნებდა.

წიგნის მე-18 გვერდზე გაშ-
ლილმა მსჯელობამ კვლავ გამაძ-
სენა აკაკი და მისი „უცნაური“
მოსაზრება. მკვლევარი ბრძა-
ნებს: როცა ცენტრს გაუჭირდა
სუვერენობის შენარჩუნება, ჩვენ-
მა წინაპრებმა მოქმედებათა ცენ-
ტრი სამხრეთში, ტალ-კლარჯეთ-
ში, გადაიტანეს – გრიგოლ ხანძ-
თელი, აშოტ კურაპალატი“.

და აქ ავტორი ხმარობს, ჩემი აზ-
რით, ერთობ ღრმააზროვანი და სა-
ნიშნო ტერმინს **თვითდაჯერებული**:
ჩვენი ერი არა ოდენ იბრძოდა და-
მოუკიდებლობისათვის, არამედ ამ
ასპექტით ერთგვარ თვითდაჯერე-
ბულობასაც ამუდავებდაო /18/.

ვინც ყურადღებით ჩაჰკვირვებია
ქართულ ხასიათს, ტერმინი აშკა-
რად ენიაზება. მიუხედავად ამდენ
ტერიტორიისა და ხალხის და-
კარგვისა, რაც მეოცეულოდამეერთე
საუკუნეებში განიცადეთ, ქართვე-
ლი კაცის სუვერენული თავდაჯე-
რებულობა /ერთი შეხედვით, თით-
ქოსდა სასაცილოც კი/ ფაქტია.

მე, ფილოლოგს, დია მომწონს
გიორგი მერჩულის ცნობილი
ფორმულის – „ქართლად ფრიალი
ქუეყანაი აღირაცხების“ – ავტო-
რისეული გააზრება. აქ მწერალი
„არავითარ ადგილს არ უთმობს
ანტიარაბულ /და ანტიისლამურ/
განწყობას და მთლიანად ანტიბი-
ზანტიურ იდეაზეა აკებული“ /19/.

მეც ასე მეონია.

951 წლისათვის იმდენად აღა-
რაფრად მიახნია გიორგი მერჩუ-
ლეს არაბული საფრთხე, რომ უკ-
ვე ყურადღებას ამახვილებს
ქრისტიანულ მოსახლამში გა-
მოწეობილ ბიზანტიურ საფრ-
თხეზე. ამ მხრივ საგულისხმოა
ფორმულის ბოლო ნაწილი, რო-
მელზედაც მკვლევარები რატომ-
დაც ყურადღებას არ ამახვილე-
ბენ. აქ ნათქვამია: დღემდე ქარ-
თულ ეკლესიებში შემორჩენი-
ლია ბერძნული მოთანი „კვირიე
ელეისონ“. საჭიროა იგი ითარგ-

მნოს და ქართულად ასე ითქვას:
ან „უფალო, წყალობა ყავე“ ანდა
„უფალო, შეგვიწყალებე“.

სუვერენობის შესანარჩუნებლად
გაშლილ ბრძოლაში ქართველებს
მონღოლთა მძლავრობის ეპოქაში
არც საქართველო დაუთმიათ, არც
ბაგრატიონთა დინასტიის უპირა-
ტესობა, არცა ტერიტორიები, არც
იურიდიული და არც ფაქტობრივი
სუვერენიტეტი /20/, შემდგომ მოკ-
ლედ მოყვანილია თემურ ლენგის
მრავალგზის შემოჭრის ისტორია
და ნაჩვენებია: „ეს იყო სამხედრო
გამარჯვებულის ზავი სულიერად
და პოლიტიკურად გამარჯვებულ
ერთან“. ამას იქვე მოჰყვება ერთ-
გვარი განზოგადება: „სუვერენობის
შენარჩუნების გზაზე საქართველო
არავითარ მსხვერპლს არ ერიდე-
ბოდა – არც ადამიანურს, არცა სხ-
ვას, მათ შორის პროვოზირებლად
სამხედრო მარცხსაც“ /21/.

მართებული და, ამავე დროს, დიდ-
ფასი, თანაც ერთობ აქტუალურია
ფაქტების სიდრმისეული ანალიზი-
დან გამომდინარე დასკვნა: ჩვენს
ისტორიულ საზღვრებში „ჩვენ ვი-
ყავით მკვიდრი ერი და ვქმნიდით
სახელმწიფოებრიობასაც და კულ-
ტურასაც. სხვა ასეთი მკვიდრი ერი,
რომელსაც იგივე შეეძლო, აქ არ
არსებობდა; სხვა მხოლოდ ან ჩვენ
გვერდით იყო წარმოდგენილი მცირე
ტომის სახით და მთლიანად
ჩვენთან ინტეგრირდებოდა“ /26/.
ამგვარ მცირე წარმონაქმნებს ჩვენს
ტერიტორიაზე არათუ კულტურა,
თვით უბრალო საკანცელარიო
ლოკუმენტაც არ შეუქმნიათ.

და ისევ აკაკი!
მისი სახება ამჟამად უკვე
29-ე გვერდზე შემოგვანათებს.
ესება რა XV საუკუნის აქეთა ამ-
ბებს, ავტორი ბრძანებს: „ჩვენი
დაქუცმაცებული არსებობა ისევ
და ისევ ემსახურებოდა ჩვენი
ეროვნული და სახელმწიფოებრი-
ვი სუვერენობის შენარჩუნებაზე
ზრუნვას“.

კიდევ ერთი საგულისხმიერო
დაკვირვება: მხოლოდ ქართლ-კა-
ხეთსა და იმერეთს ჰქონდათ სა-
მეფოს სტატუსი, ყველა სხვას –
სამთავროსი და ევ იმიტომ, რომ
ამათი ლიდერები ბაგრატიონები
იყვნენო. ამას მოსდევს მოსა-
ლოდნელი დასკვნა: დაშლილმა
საქართველომ მაინც შეინარჩუნა
არა ოდენ ბაგრატიონთა დინას-
ტია, არამედ მათი მეთაურობით
შექმნილი ერთიანი სუვერენული
სამეფოს ერთგულება. „ის, რასაც
ბაგრატიონები არ მართავდნენ,

იერარქიულად უფრო დაბალ საფეხურზე იყო დაყენებული“ /30/. ყოველივე ამას კი მოსდევს შესანიშნავი ფორმულა, რომელიც თავისი არსით აკაკის იდეის ერთგვარი განვითარება და დასრულება გახლავთ: „ჩვენ ვერთიანდებით ბოლომდე ჩვენი სუვერენული არსებობისთვის, ჩვენ დაქუცმაცებულად ვცხოვრობდით ჩვენი სუვერენული არსებობისათვის; ჩვენთვის გაერთიანებაც სუვერენიტეტის ფორმა იყო და დაშლილ მდგომარეობაში ყოფნაც“ /31/.

ჩემი აზრით, ამ წიგნის არსებობას მარტო ეგ ფორმულაც კი გამართლებდა.

სუვერენიტეტის შენარჩუნების გზაზე ჩვენ მიერ გადახდილი ზოგი ომი თუ ბრძოლა წინასწარ განწირული იყო. ეს იცოდნენ ხელმძღვანელებმაც, ოღონდ მაინც იბრძოდნენ. ეს გახლდათ, ჩემი ტერმინით, ე.წ. „ჩვენებითი ომი“. ამგვარ ფაქტებად ავტორს მოყვანილი პყავს გიორგი პირველის მოქმედება ბასილი კეისრისა და გიორგი სააკაძის გამოსვლა შაჰ-აბასის წინააღმდეგ /35/.

და აქ უნებლიეთ თავში გაგივლევებს აზრი: დონ კისოტი სიკვდილის წინ სანხო პანსას უკანასკნელ დარიგებას აძლევს, ასწავლის: დევებსა და ავსულებს იმიტომ კი არ ვებრძოდი, რომ მათი უსათუოდ დამარცხებისა მწამდა, არამედ იმ მიზნით, რათა ხალხისათვის მეჩვენებინა, რომ იმათ წინააღმდეგ საჭიროა ხმისა და ხმლის ამოღებაო.

მომდევნო ღირებულებები დებადი ისაა, რომ სუვერენობისათვის ბრძოლაში ჩაბმული იყო არა მხოლოდ სამხედრო, არამედ საზოგადოების ყველა ფენა, მთელი ერი.

შემდგომ გატარებულია იდეა: XIX საუკუნეში, როდესაც დაიკარგა პოლიტიკური სუვერენიტეტი, წინ წამოიწია კულტურული ავტონომიის /სუვერენიტეტის/ იდეა. განხორციელდა კვამსახურდიას ფორმულა: როცა ერი პოლიტიკურ დიქტატურას კარგავს, მან კულტურული დიქტატურა უნდა დაამყაროსო. სწორედ ამგვარი დიქტატურის საუკეთესო ნიმუშია ქართველ თერგდალეულთა მოღვაწეობა. ასე რომ, „XIX საუკუნე... არ იყო ამოვარდნილი ჩვენი არსებობის მთავარი იდეის – სუვერენობის დაცვის ისტორიიდან; იგი არ წყვეტდა ჯაჭვს“ /48/. სწორედ ამის შედეგი გახლდათ ის, რომ „საუკუნის დასასრულისათ-

ვის საქართველოს ფაქტობრივად ჰქონდა ავტონომია იმპერიის ფარგლებში, შეიძლება ითქვას, რომ მოქმედებდა მთავრობა ილია ჭავჭავაძის მეთაურობით“ /51/.

ბოლოს, ცალკეულ გარკვეულ ფაქტთა ანალიზის საფუძველზე, მოცემულია დებულება, რომ ჩვენმა ხალხმა ისტორიის განმავლობაში შეინარჩუნაო მებრძოლი ერის სტატუსი.

ვფიქრობ, აწ კი დროა არა მოკრძალებით, არამედ თამამად განვაცხადო: აღნიშნულის მიზეზი ჯერ მტერმა არ იცის, რადგან არ იცის არც მოყვარემ – ეს გახლავთ თავისებური ატომური იარაღი, ანუ ორიგინალური დამწერლობა, და მის საფუძველზე ჩამოყალიბებული ორიგინალური კულტურა.

ეგ იარაღი /აბა, სხვა რაღა, თუ არა ეს! წარმატებით მოქმედებდა საბჭოთა იმპერიის ხანაშიაც. ფ.ს. კაპიცა /არაქართველი/ აღიარებდა: „მრავალი ათწლეულის განმავლობაში საქართველო გახლდათ ერთი ყველაზე დამოუკიდებელი რესპუბლიკა საბჭოთა კავშირის შემადგენლობაში“ /54/. ამის საბუთად მოყვანილია ცნობილი ფაქტები: არც ერთ სხვა საბჭოთა რესპუბლიკას არა ჰქონია ისე ბობოქარი 1921-24 წლები; არც ერთ ერს 1978 წელს საკუთარი ენის სტატუსი ისე მძლავრად არ დაუცავს, როგორც საქართველოს; არც ერთ ერს არა ჰქონია ისე მძლავრი საუკუნოვანი სკოლა და უნივერსიტეტი /ახლა რომ სააკაშვილმა დაშალა/, როგორც ჩვენ; არც ერთ ერს არა ჰქონია ისე თვითმყოფადი კულტურა, როგორც ჩვენ /55/.

კიდევ უფრო „უცნაური“ ის გახლდათ, რომ 1990 წლის მარტში საქართველოს უმაღლესმა საბჭომ /საბჭოთა ორგანომ/ 1921 წელს საქართველოში წითელი არმიის შემოსვლას მისცა აგრესიის კვალიფიკაცია, გააუქმა 1921 წლის შემდგომი ყველა ძირითადი საკანონმდებლო აქტი. „ეს უნიკალური გადაწყვეტილება იმას ნიშნავდა, რომ საქართველოს საბჭოთა ხელისუფლებამ თავისი წვლილი შეიტანა დამოუკიდებლობის აღდგენის საქმეში“ /56/.

ასე რომ, „დამოუკიდებლობისათვის ერთხელ და სამუდამოდ გაშლილი ერთიანი და განუწყვეტელი ფრონტი... მოქმედებდა საბჭოთა წლებშიც“ /57/.

სხვადასხვა საინტერესო მსჯელობის შემდგომ ავტორს თამამად

შემოაქვს ახალი ტერმინი, ვითარცა ძველის განვითარება – **კატეგორიული სუვერენობის იდეა** /69/. ყოველივე ამას განაპირობებდა ქართველი კაცის მიერ იმის შეგნება, რომ მის სამშობლოს ჰქონდა სპეციფიკური და განსაკუთრებული გეოპოლიტიკური მდგომარეობა, რომ საქართველო არაოდენ აღმოსავლეთ-დასავლეთის მიჯნაა, არამედ, ამავე დროს, სამყაროთა შეხვედრის ადგილიც“ /71/. ამ მიმე ფუნქციას განაპირობებდა ის ფაქტორი, რომ მას უნდა ერთმანეთთან დაეკავშირებინა და მოერიგებინა სახელმწიფოებრიობა – განუვითარებელი ჩრდილოეთი და სახელმწიფოებრიობა განვითარებული სამხრეთი; მეორე მხრივ, ქრისტიანულ და მუსლიმურ კულტურათა დიალოგში ჩაბმულიყო. მაშ, ქვეყანას ჰქონდა და აქვს დიდი საერთაშორისო ფუნქცია.

ჩემი აზრით, მომავლის დაკარგვა წარსულის დაკარგვასაც მოასწავებს. შეიძლება წარსული დაკარგო, ოღონდ მომავალი გქონდეს. ამ შემთხვევაში ისინი ერთმანეთზე საბედისწეროდ არ არის დამოკიდებული, მაგრამ, თუ მომავალი არა გაქვს, წარსულსაც ავტომატურად კარგავ. ავტორი გრძნობს ამას და ქართველი ერის მიერ სუვერენობაზე განსაკუთრებულ ზრუნვას რომ ქართული იდეის მთავარ აზრად აცხადებს, წრეს არ გადადის. ამიტომაც თუა, ფრთხილად აცხადებს: სუვერენობაზე განსაკუთრებული ზრუნვა უშუალოდ არის დაკავშირებული ქართულ შორეულ წარსულსა და ასევე შორეულ ქართულ მომავალთანო /79/.

ერის მისიის სფეროში შემოაქვს მკვლევარს ქართული ენის მისია, მისი როლი და მისი არსის გაგება; სამართლიანად მსჯელობს ქართულ-ბასკურ ენობრივ პროტობერიულ ერთობაზე და იქვე მინიშნებულია **ქართველთა და ბასკთა** მებრძოლი სულის ერთიანობასა და ამ ბრძოლის ცეცხლისა და აღის საფუძველზე /82-83/.

ქართული ენის იმ ფუნქციაზე, იმ როლზე, რომელიც უნიკალურია, საუბარია 92- 93-ე გვერდებზე. აქ უმნიშვნელოვანესია დებადი: ქართველმა ტომებმა არ ისურვეს ცალ-ცალკე ენის სტატუსი და ერთობლივად შექმნეს ერთი სალიტერატურო ენა ერთი დამწერლობით. ეს ნიშნავს, რომ მათ ისურვეს ერთ ენად ყოფნა და ასე ზრუნვა სუვერენობაზე ერთიანი ქართული იდეის საფუძველზე /93/.

როცა პატრიოტიზმი წრეს გადადის, იგი მუავდება. ჩვენი ავტორი წრეს არ გადადის და საქართველოს მსოფლიო მესიანიზმის იდეას თავს არ ახვევს. სამაგიეროდ, საბუთიანად მსჯელობს იმაზე, რომ იმთავითვე გვქონდა საკუთარი ადგილი და ფუნქცია. შესაძლოა, ეს იყოს „შუაში ყოფნის ფუნქცია“ /99/. კარგი იქნებოდა, აქ ავტორს მოგონებოდა ვიქტორ ნოზაძის ცნობილი დებადი, მისი პირველივე წიგნის წინასიტყვაობაში მოყვანილი: ქართველები შუა-ლად ხალხია. მართალია, პირველად მომჩინთა შორის არ არის, ოღონდ არც მომხმარებელ ერს წარმოადგენს. იგი წარმატებით ითვისებდა მოწინავე ერების აღმოჩენებს და საკუთარ დარჯაჟში ატარებდა, საკუთარ ეროვნულ დამდას ადებდაო. იქვე აღიარებულია: „ქართული სუვერენობის იდეა საკუთარ ფუნქციაზე ზრუნვას გულისხმობს“ /100/ და, ამავე დროს, „ამ იდეაში თავიდანვე და თავისთავად გააზრებულია სხვათა სუვერენობის აღიარება და კატეგორიული უარყოფა სხვათა – ყველას – სუვერენობის შელახვისა“ /107/.

ძალიან სახამსოა, რომ ქართული იდეა გამორიცხავს ეროვნული ტერიტორიების მექანიკურ ზრდას /111/. ამ იდეის პრაქტიკული განხორციელების მაგალითად სახაგს დავით აღმაშენებელს /112 – 113/. საბოლოო დასკვნა, რომელიც მწერალს გამოაქვს, გამოხატულია სხარტად: „ჩვენ ვიყავით, ჩვენ

ვართ, ჩვენ ვიქნებით!“ /121/. ეგ ქართული იდეა ვრცლად, გაშლილად და მხატვრულად გამოხატულია ჯერ კიდევ გიორგი ლეონიძის „ციციხის პაემანში“, რომელიც, სამწუხაროდ, მკვლევარებს დღემდე მცდარად აქვთ გააზრებული. აქ სიყვარულის ყოვლისწამლეკავ გრძობას ხედავენ და მხედველობიდან ეკარგებათ მთავარი – ტექსტში განვითარებულია **ივერიის უკვდავების იდეა**: ყველა მომხდური, ყველა სახის ციხელი მოისპობა, აღიგებება პირისაგან მიწისა, ხოლო ივერია იყო, არის და იქნება; ქსანზედ, არაგვზედ ჰყვაროდა ხოლადუნები და კვლავაც აყვავდება; ქართველი ღამაზმანი ადრეც ახელებდა ვაჟაკებს და კვლავაც გაახელებს; ქართველი ადრეც რაინდობდა და კვლავაც ირაინდებს – ცოლის, ოჯახის, ქვეყნის ღირსებას დაიცავს...

წარსულზე იმდენი არ უნდა ილაპარაკო, რომ აწყო დაგენგრეს და მომავალი თვალსა და ხელს შუა გაგიქრეს. აპოლონ სილაგაძე იმ ტიპის მოაზროვნეა, რომელსაც არანაკლებ აინტერესებს ქვეყნის მომავალი. ამ მომავალს კი, ეჭვი არაა, დიდმნიშვნელოვნად განსაზღვრავს რუსეთთან ჩვენი სამომავლო ურთიერთობა. ამიტომაც თუა, ავტორი მახვილ მზერას აქეთკენაც გადმოატარებს: წიგნში საკმაოდ შეფარვით ნაჩვენებია შემდეგი: თუ ქართული იდეა მცირე, კომპაქტურ, საკუთარ ტერიტორიებზე გაშლილ სახელმწიფოსა და მისი სუვერენიტეტის დაცვას გულისხმობს, სხვაგვარია რუსული იდეა: „ზედილი სახელმწიფო რუსეთის არსებობის ფორმაა. იგი ან იქნება დიდი, ან საერთოდ აღარ იქნება. არსებობის სხვა ფორმა მას არ გააჩნია“ /145/.

ფაქტობრივად ამ აფორიზმით მთავრდება ნაშრომის მთავარი იდეური რკალი. არის, რა თქმა უნდა, ისე „წვრილმანი“ მითითებები, როგორცაა, მაგალითად, ეს: „საქართველოს უნდა ახსოვდეს, რომ მის გადარჩენაში თავის დროზე რუსეთსაც მიუძღვის თავისი წვლილი“ /151/, აგრეთვე რუსეთთან ურთიერთობაში ჩვენ მიერ დაშვებული შეცდომების შესახებ მსჯელობა /141/.

ყოველივე ეს ნაშრომს ობიექტურობის შუქით ანათებს და დამაჯერებლობასა ჰმატებს. წერილი გამიგრძელდა. უფრო მოკლედ და სხარტად გამოხატვა იმ უზარმაზარი იდეისა და მისი დასაბუთებისა ვერ შეეძლო, მაგრამ თავს ასე ვინუგეშებ: ტოლსტოის ერთი ქალბატონი გადაეკიდა, გნებავთ თუ არა, სამი სიტყვით მითხარით, რის გამოხატვას აპირებდით მრავალტომიანი „ომითა და ზავითაო“?

პასუხი მართლაც მოკლე გამოდგა:

მაგ სათქმელის სამი სიტყვით გამოხატვა რომ შემძლებოდა, პირობას გაძღვევო, მეტს არც გამოვიყენებდიო.

რეზიუმე

დიდი ფუნქცია – მიიგი ტვირთი

მ. თავდიშვილი,

საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემია

მურმან თავდიშვილი განიხილავს როფესორ აპოლონ სილაგაძის წიგნს „ქართული იდეა“ (2010); გამოყოფს ნაშრომის ცალკეულ საინტერესო ადგილებს, უჩვენებს, რომ მკვლევარი ზუსტად იყენებს და ითვალისწინებს ისტორიულ, სოციალურ და ლიტერატურულ მასალებს, რომლებზე დაყრდნობითაც გვიხატავს ქართველი კაცის ბუნებას, ქართველი ხალხის არსებით მისწრაფებას. საბოლოო დასკვნა ლოგიკური გამოდის: „საქართველო არის იმ ერის ქვეანა, რომელიც იყო და არის სუვერენული ერი“ და ეს ეხება იმ დროებსაც, როცა მას გარეგნულად დამოუკიდებლობა წართმეული ჰქონდა.

SUMMARY

GREAT FUNCTION - HARD

M.TAVDISHVILI

Georgian Academy of natural and art sciences

MurmanTavdishvili discusses book of professor Apolon Silagadze called “Georgian Idea” (2010); He points out several interesting moments of the book and shows us that the author foresees and uses historical, cultural and literary stuff. Based on these qualities, he is describing human nature and aspiration of Georgian men. Conclusion is logical: “Georgia is the country, that is and was sovereign nation” and it also includes the time, when liberty was outwardly taken.

სამედიცინო მეცნიერება საქართველოში (საღ პარტი და საით მივიღებთ)

მარამან შალვა, პროფესორი



ქართულ სამედიცინო მეცნიერებას შესანიშნავი ტრადიციები გააჩნია. ღოგორია ამჟამინდელი მდგომარეობა? ძნელი სათქმელია. საჭიროა გარკვეული “ინვენტარიზაცია”, რამდენი ეწევა სამეცნიერო აქტივობას მედიცინაში, პუბლიკაციების რაოდენობა, ციტირების ინდექსი, პატენტების რიცხვი, ინოვაციური ტექნოლოგიების დანერგვა და ა.შ. ამასთანავე ეს გაზომვა არ უნდა ატარებდეს ერთხელობრივ ხასიათს, მონიტორინგია საჭირო და ის მოგვცემს შესაბამისი ტენდენციების განსაზღვრის შესაძლებლობას. შეფასება სინდიკატორების შერჩევა ესაჭიროება, ალბათ გარეშე აუდიტიცაა საჭირო. ჩაღკეული მეცნიერის რეიტინგის დადგენაც არ იქნებოდა ურიგო. შესაძლებელია საერთაშორისო სერვისების გამოყენებაც, მაგალითად ResearchGate-ის.

ასეთი აზრიც არსებობს, გვჭირდება კი სამედიცინო მეცნიერება, იქნებ ჯობია ვისარგებლოთ საერთაშორისო გაიდლაინებით და არ შევიქმნათ პრობლემები, მითუფრო რომ მეცნიერება ფუფუნებაა, დიდი ფინანსური რესურსები ესაჭიროება.

ამასთანავე ისიცაა გასათვალისწინებელი, რომ დღესდღეობით მსოფლიო ორ ნაწილადაა გაყოფილი - განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებად. მათ შორის უფსკრულია და იგი კიარ მცირდება, არამედ სულ უფრო ღრმავდება. ცნობილია, რომ მეცნიერება ძირითადად განვითარებული ქვეყნების პრეროგატივაა. ასე რომ, თუ გვინდა დასავლური, ევროატლანტიური სივრცის ნაწილი გავხდეთ, სტანდარტებს უნდა შევსაბამებოდეთ. ებისმიერი ქმედების წარმატებული რომ

იყოს, ცოდნაზე უნდა იყოს დამყარებული. ნებისმიერი კვლევა, მით უფრო სამეცნიერო, ცოდნის მოპოვების საუკეთესო საშუალებაა. ძალზე საინტერესო საერთაშორისო საზოგადოება არსებობს – სამედიცინო გადაწყვეტილების მიღებისა, დიაგნოზისა და პროგნოსის საფუძვლების კვლევას ემსახურება. ეცნიერება ზოგჯერ ეკონომიური შემოსავლის წყაროცაა. მეცნიერებას რომ ეწევა პიროვნება, ინტელექტუალურად აციზრდება, ამიტომაც აშშ-სა და ევროპაში მიღებულია, რომ კვლევებში არამარტო პროფესიონალები იყონ ჩაბმული, არამედ სტუდენტებიცა და პრაქტიკოსი ექიმებიც. შამედიცინო უმაღლესი სკოლის კურიკულუმების ერთი აუცილებელი ნაწილია კვლევითი კომპონენტი. ჩოდნის გაყიდვა – უცხოელების სწავლება – ქვეყნის პრესტიჟის ამაღლება და ეკონომიური კეთილდღეობის საშუალებაა.

სეც კიდევ ერთი მიზეზია საიმისოდ, რომ სამედიცინო უნივერსიტეტში სამეცნიერო კვლევა სტიმულირებული იქნას, სამეცნიერო ლიტერატურის ხელმისაწვდომობა უნდა ამაღლდეს. მითუფრო, რომ სათანადო შედეგით უნივერსიტეტის რეიტინგსაც გაზრდის.

ეცნიერების მიზნობრივი ფინანსირების სისტემა (ე.წ. გრანტები) საყოველთაოდაა მიღებული. მაინც, არ იქნებოდა ურიგო ბიუჯეტური რეგულარული დაფინანსების ნაწილობრივ მაინც რომ აღდგენილიყო. ეცნიერების სპონსორობისთვის რაღაც საგადასახადო შეღავათები უნდა იყოს შემოღებული ბიზნესისათვის.

მედიცინა, პირველყოფლისა, გამოყენებითი დარგია, მაგრამ ფუნდამენტურ სამეცნიერო კვლევასაც უნდა მიექცეს სათანადო ყურადღება. პედიატრიაში გარდა უშუალოდ კლინიკური და ეპიდემიოლოგიურისა, კვლევები ასაკობრივი ფიზიოლოგიაში, განვითარების ფიზიოლოგიაშიც უნდა ხორციელდებოდეს.

მეცნიერება, სამედიცინო მეცნიერების ჩათვლით ეროვნული სიამაყისა და საკუთარი თავის რწმენის განვითარებას უწყობს ხელს. ატრიოტული მუხტი განასაკუთრებით ძალშია პედიატრიაში, ბავშვთა ასაკის ფიზიოლოგიის ჩათვლით. ომაგალითობის სრულყოფილი თვითრეალიზაცია ხომ ჩვენი ხვალისდელი დღის გაბრწყინვალეების საფუძველია.

თანამედროვე მეცნიერება, როგორც წესი, მულტიცენტრულია. ცირე ქვეყნების რესურსი არაა

საკმარისი. მიტომაც საერთაშორისო თანამშრომლობაა საჭირო, საერთაშორისო კონსორციუმებში ჩაბმაა უცილებელი. იდეა უფრო მეტად უნდა იყოს გამოყენებული ჩვენი უცხოეთში მოღვაწე თანამემამულეების სამეცნიერო და პიროვნული პოტენციალი.

სამედიცინო მეცნიერების პოპულარიზაცია და, პირველ რიგში, ჯანსაღად ცხოვრების წესის დაწერვის ხელშეწყობების მიერი მკვლევარის, რაგინდ სახინო რეგალიებით იყოს შემკული, საპატიო მოვალეობაა.

ნებისმიერ დონეზე – სტუდენტებისთვის, ახალგაზრდა და ძველგაზრდა მეცნიერებისთვის პერმანენტული კონკურსების ჩატარება კიდევ ერთი საშუალებაა სამეცნიერო აქტივობის გასაძლიერებლად. ისერტაციების დაცვის დროსაც უპრიანი იქნებოდა ხარისხის აღმნიშვნელი ტრადიციული შუასაუკუნეების ევროპული მახასიათებლების გამოყენება – rites, cum laude და ა.შ. საერთოდ მიმაჩნია, რომ სამეცნიერო ცხოვრება უნდა დუღდეს, კონფერენციები, სიმპოზიუმები, შრომათა კრებულების მომზადება, სამეცნიერო ჟურნალების გამოცემა – ესაუცილებელია.

მედიცინაში, როგორც წესი, მრავალავტორიანი სტატიები იბეჭდება, სასურველი იქნებოდა თვითოეული ავტორის პირადი ღვაწლის გამოყოფა.

სამეცნიერო ხარისხების უარყოფას ძნელია დაეთანხმო, რადაც კომპრომისზე უნდა შევჯერდეთ, ალბათ. ძალიან მომწონს გერმანიის უნივერსიტეტების სისტემა, რომლის თანახმადაც პაბილიტაცია (მეცნიერებათა დოქტორის ხარისხის ანალოგი) ენიჭება მკვლევარს, რომლის მიერ დროის გარკვეულ პერიოდში გამოქვეყნებული პუბლიკაციუ-

ბის რეიტინგული ჯამი (გამოითვლება იმის მიხედვით, თუ რა იმპაქტ-ფაქტორის მქონე ჟურნალში გამოქვეყნდა სტატია) ადგენილ ზღვარს მიაღწევს.

არადოქსალურად ჟღერს, სამეცნიერო აქტივობის შეფასება შეიძლება ექსპორტ-იმპორტსაც შედარდეს. რაგინ დავობს იმპორტის აუცილებლობაზე, მაგრამ მაინც უფრო მნიშვნელოვნად სამეცნიერო ექსპორტი მესახება, რა გაქვს გარეთ გასატანი და გამოსაჩენი – ესაა მთავარი.

მისასალმებელია, რომ ჩვენს უნივერსიტეტში სამეცნიერო მუშაობის მეთოდიკას ასწავლიან, წინადახომ ეს აბსოლუტურად უგულველყოფილი იყო. სამედიცინო განათლების სამეცნიერო საფუძვლები, ესეც მნიშვნელოვან წილად უცხო ხილია ჩვენთვის, სათანადო ძალისხმევაა საჭირო ამ მიმართულებით.

ხშირად ჩამოგვიდინ უცხოელი ექიმები, ყველაფერს აკვირდებიან, აღჭურვილობას, პროფესიულ დონეს; ამავე დროს იმასაც კითხულობენ, რა სამეცნიერო კვლევას აწარმოებთო.

ობელიის პრემიის დაურეატეს გერმანულენოვან შვეიცარიულ მწერალს ჰერმან ჰესეს შესანიშნავი რომანი აქვს დაწერილი – „მინის ბურთულაკები თთამაში“. აღწერილია პედაგოგიურ პროვინციად წოდებული კასტალია. ისი მაცხოვრებლები მხოლოდ აკადემიურ – სასწავლო-პედაგოგიურ და სამეცნიერო საქმიანობას ეწევიან და ამით ქვეყნის და საერთოდ ცივილიზაციის პროგრესს ემსახურებიან. სამედიცინო მეცნიერებას, მით უფრო პედიატრიას აქვს დამატებით ძალზე მნიშვნელოვანი ამოცანა – ხელი შეუწყოს ხალხის ჯანმრთელობას, მზარდი თაობის სრულყოფილად განვითარებას.

რეზიუმე

**სამედიცინო მეცნიერება საქართველოში
(საღ ვართ და საით მივდივართ)**

კ.პაგავა
თბილისის სახ.სამედიცინო უნივერსიტეტი

ქართულ სამედიცინო მეცნიერებას შესანიშნავი ტრადიციები გააჩნია. სამედიცინო მეცნიერებას, მით უფრო პედიატრიას აქვს დამატებით ძალზე მნიშვნელოვანი ამოცანა – ხელი შეუწყოს ხალხის ჯანმრთელობას, მზარდი თაობის სრულყოფილად განვითარებას.

SUMMARY

**MEDICAL SCIENCES IN GEORGIA
(WHERE ARE WE NOW AND WHERE ARE WE GOING TO)**

K.PAGAVA, TSMU

Georgian medical science has great tradition. Medical sciences and especially pediatrics has very important goal to ensure healthiness of people and normal development of new generation.

ბავშვთა და მოზარდთა ასაკის სექსუალური დარღვევების საკითხის ცოდნა და მისდამი სათანადო ყურადღება მნიშვნელოვანია საზოგადოებისათვის. სწორედ, აღნიშნულმა განაპირობა ამ საკითხის წამოწევა.

ა. ლაბარტაშვილი

ივ.ჯავახიშვილის სახ.თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი



ბავშვთა და მოზარდთა ასაკის სექსუალური დარღვევების საკითხის ცოდნა და მისდამი სათანადო ყურადღება მნიშვნელოვანია საზოგადოებისათვის. სწორედ, აღნიშნულმა განაპირობა ამ საკითხის წამოწევა.

თანამედროვე სექსოლოგია სწრაფად ვითარდება. კაპულაციური ციკლის ნეიროჰუმორალური შემადგენელი ყველაზე ადრე ფორმირდება. ამ შემადგენლის ფუნქციონალური აქტივობა გამომვლკინდება ემბრიონალურ პერიოდში.

შეკავება ან სხვა გადახრა მის ფორმირებასა და ფუნქციონირებაში ემბრიონალურ ან პუბერტულ პერიოდში მდგანდება და ახდენს გავლენას სხვა ყველა შემადგენლის ფორმირებასა და ფუნქციონირებაზე.

მორფოლოგიურ საწყისად ნეიროჰუმორალური შემადგენლის არის ტვინის ღრმა ნაწილი და ენდოკრინული ჯირკვლების სისტემა.

ნეიროჰუმორალური შემადგენლის კლინიკური ფიზიოლოგია იყოფა სამ ნაწილად:

- 1) ლიმფური სისტემის უმაღლესი ეფნა- განაყოფიერება.
- 2) ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზარული ფენა, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების სისტემა.
- 3) ლიმბიკო-რეტიკულარული კომპლექსი აწესრიგებს შინაგან და გარეგან სიგნალს და უშუა-

ლოდ მონაწილეობს ქცევის ყველა სახეზე, ფორმაზე. შეიძლება გამოვეყოთ ორი ქვესისტემა: ენერგეტიკული აქტივობის და ინფორმაციული დონე. ამ ორი ქვესისტემის მოწესრიგებული მუშაობა განსაზღვრავს ზოგადად ფუნქციონალურ დონეს ორგანიზმის მოთხოვნების შესაბამისად კონკრეტულ სიტუაციაში.

ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზარული კომპლექსის როლი სასქესო ფუნქციის უზრუნველყოფაში.

ჰიპოთალამური,ჰიპოფიზი. რელიზინგ-ფაქტორი, ინჰიბიტორი სტიმულატორი დამორგუნველი ფაქტორი. ლუთეოჰორმონი, ფოლიკულო მასტიმულირებელი ჰორმონი.

ჰიპოფიზის წინა წილი ადვილად ზიანდება სხვადასხვა დაავადებებით ან დაზიანებებით.

ფოლიკულომასტიმულირებელი ჰორმონი იძლევა მორფოგენეტიკურ ეფექტს. ასტიმულირებს ფოლიკულის ზრდასა და განვითარებას, სათესლეში იწვევს სერტოლის უჯრედის პროლიფერაციას და სპერმატოგენური ეპითელის წარმოქმნას რაც აუცილებელია სპერმატოგენეზის აქტივაციისათვის.

ეფექტის გამომვლკანებისათვის აუცილებელია მცირე რდენობის ლუთეოჰორმონი და ტესტოსტერონი. მნიშვნელოვანია ადენო ჰიპოფიზის ჰორმონის,პროლაქტინის ჰორმონის მოქმედება.

ბიჭებში პირველი ცვლილებები გონადორტროპინების გამოყოფის ხდება 10-13 წლის ასაკში. ფმპ კონცენტრაცია თავიდან მატულობს. მომატებულია ლჰ. შემადგენლობა სისხლში რაც იწვევს ტესტოსტერონის გამომშუშვების სწრაფ ზრდას და მეორადი საქესო ნიშნების გამოჩენას.

მიუხედავად იმისა რომ 17 წლის ასაკისათვის გონადორტროპინების კონცენტრაცია მალაღია,ტესტოსტერონის გამოყოფა საკმაოდ დაბალია მოზრდილ მაკაცთან შედარებით,რაც მიუთითებს სათესლის შენელებული მომწიფებაზე ჰიპოფიზის გონადორტროპულ ფუნქციასთან შედა-

რებით.

ასაკობრივი ცვლილებები ჰიპოთალამურში არის ზოგადი პათოგენეზური მექანიზმი სიბერისა და მივეყვართ არამხოლოდ რეპროდუქციული ჰომეოსტაზის მოშლასთან.

შ.ს. პერიფერიული ჯირკვლების და ზოგიერთი მედიატორი ჰორმონის როლი სასქესო ფუნქციის უზრუნველყოფაში

ჰუმორალური რეგულაციის მექანიზმი შედგება ურთიერთდაკავშირებული რგოლებისაგან: მარტვა, სინთეზი, სეკრეცია, დეპონირება,გადატანა,მეტაბოლიზმი,გამოყოფა, შედეგი.

მამაკაცებში ნეიროჰუმორალური შემადგენლობის სემიოტიკა

სექსუალურობის ჩამოყალიბების ძირითადი ეტაპები დამოკიდებულია ნეიროჰუმორალურ უზრუნველყოფაზე და სვა შემადგენელზე კაპულაციური ციკლისა, პუბერტაციის დამთავრებისას ობიექტური სიმპტომები პრაქტიკულად უცვლელად რჩება.

1) სექსუალურობის გამოვლინების ასაკობრივი მაჩვენებლის ცვლა: ა) ნაადრევი,მძიმე, შეჩერებული, ან არქონა ისეთი კომპონენტებისა,როგორიცაა ლიბიდო. პირველი ეაკულაციის დროში გადახრა.

2) უროგენიტალური აპარატის ფორმირების დარღვევა:

ა) გონადების ფორმირების ანომალია (ანორხიზმი, მონორხიზმი, კრიპტორქიზმი, სათესლეთა ჰიპოპლაზია)

ბ) სასქესო ასოს ფორმირების დარღვევა (ჰიპოსპადია,ისპადია, მიკროგენიტოსომია, ფიმოზი)

გ) წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპოპლაზია

3) მეორადი საქესო ნიშნები ჩამოყალიბებლობა: ა) მორფოგრაფიის შეცვლა ბ) თმისაღობის დარღვევა, საენებოზე, სხეულზე და თავზე

გ) ატონია,ნაოჭის არ ქონა და დეპიგმენტაცია სათესლე პარკის მალალი ხმა.

ყველა ნიშანი ვლინდება საწყისი ანდროგენული უკმარისობისას (პრეპუბერტატი ან პუბერტაციის დასრულების შემდეგ, გვაქვს ასთენია, სათესლის ტურგორის გაქრობა.

ნეიროჰუმორალური შემაღენლობის მოშლის სემიოტიკა ქალებში

მენარხე, მენსტრუალური ციკლი, ორსულობის დადგომის დრო, ორსულობის და მშობიარობის მიმდინარეობა, მეორადი სასქესო ნიშნების გამოვლინება, სასქესო ორგანოების განვითარება და მდგომარეობა, სარძევე ჯირკვლების განვითარება, ანტროპოლოგიური გამოკვლევის მონაცემები.

სქესოლოგიური გამოკვლევის მონაცემები:

სქესობრივი მომწიფება 8-9 წელი. 8-10 წლიდან მორცხვობა და სურვილი მოწონების. 10 წ. მოწონება გადაიზრდება პირველ შეყვარებაში, რომელიც როგორც წესი უპასუხობა და შემოიფარგლება დარღობით და ფანტაზირებით.

ერთგული კომპონენტი დამოკიდებულია სქესობრივი განვითარების ტემპზე. ლიბიდოს გამოვლენა შეიძლება განვითარდეს: სრული იზოლაცია ბიჭებისგან, დედის გავლენა ან სუფთა მეგობრული, თანაბარი დამოკიდებულება ბიჭებთან, ბიჭური აგრესია.

ამ შემთხვევაში არ არის ბუნებრივი რეალიზაცია, არც პლატონული და არც ეროტიული ლიბიდოსი. პლატონური კომპონენტის რეალიზაცია (წერილები, პაემანი, მზრუნველობა, გაცილება, ყვავილები და სხვა).

ჰეტეროსექსუალურად მიმართული ეროტიული გატაცების რეალიზაცია: 13 წლის ასაკში უმეტესობას აქვს პაემანი, 15 წლისას უყვარდებათ და აქვთ პეიტინგი. ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს ეროტიული რეალიზაციის სიხშირე და ისახება მისაღებლობის დიაპაზონი.

ვიდრე ეროტიული ლიბიდო დამოკიდებულია მხოლოდ ჰორმონებზე, ჯერ არ ჩართულა და არ არის ეროტიული ფანტაზირება. თუ ჩართულია და მისი რეალიზება იგვიანებს სოციალური ფაქტორის გამო, შესაძლებელია გაუკუღმართებული შენაცვლება:

1) ეროტიული ოცნება სინამდვილის გაუთვალისწინებლობით

ბავშვობიდან შეიძლება გაგრძელდეს ქალობაში.

2) ჰომოსექსუალური რეალიზაცია გამოიხატება მოფერებაში, სინაზეში, ამხანაგთან ან მასწავლებელთან შეხება.

3) შეგნებული შეცვლა (იმიტაცია), სოციალურად დაუშვებელი კონტაქტისა ბიჭებთან: საუბარი ახლო მეგობრებთან ეროტიულ თემებზე, რომანების გარჩევა, ფილმები, ერთობლივი ფანტაზირება და გათამაშება და ეროტიულად შეფერადებული სიტუაციის და ჰომოსექსუალური რეალიზაცია. (ეროტიკის თამაში, ჰეტეროსექსუალური პარტნიორის ნაცვლად, რეალურ ჰომოსექსუალურზე, რაც არ განიხილება არც უფროსების არც მეგობრების მიერ).

ნეიროჰუმორალური შემაღენლობის მოშლა

1) სქესის დიფერენცირების დარღვევა (გენეტიკური აპარატი და ფერმენტები)

2) კაპულატიური ციკლის ნეიროჰუმორალური შემაღენლობის მოშლა მამაკაცებში

3) ნეიროჰუმორალური შემაღენლობის მოშლა ქალებში

სქესის ბიოლოგიური განსხვავება განისაზღვრება სასქესო ქრომოსომების ნაკრებით, რომელიც ყალიბდება ზიგოტაში დედის და მამის გამეტების შერწყმით. ქალის გამეტა კვერცხუჯრედი შეიცავს იქს ქრომოსომას, მამაკაცის სპერმატოზოიდი ან იქს ან იგრეკ ქრომოსომას.

ამრიგად სასქესო ქრომოსომა ან იქს-იქს ან იგრეკ-იქსი. ემბრიონის სქესი ჯერ კიდევ სხვა ნიშნების არ არსებობისას წარმოადგენს ქრომოსომების ნაკრებს - გენეტიკური სქესი.

ჰონადური სქესი განისაზღვრება სასქესო ჯირკვლებით, რომელსაც აქვს გამეტოგენური და ჰორმონალური ფუნქცია, დამახასიათებელი მოცემული სქესისათვის.

სასქესო ჰორმონების ბიოსინთეზის პროცესში წარმოიქმნება ძირითადი სასქესო ჰორმონი: ტესტოსტერონი, ესტროგენი და პროგესტერონი.

ბიოსინთეზის თავისებურება აყალიბებს ჰორმონალურ სქესს. სასქესო ჯირკვლების გავლენით ყალიბდება მორფოლოგიური ან სომატური სქესი.

მაგალითად 45 ხ კარიოტიპით არა აქვს მეორე სასქესო ქრომოსომა, ასეთი არსება უსქესოა. მას

მიაკუთვნებენ ქალურს. კიდე უფრო გასაკვირია გონადების სუფთა აგენეზია. მამრობითი კარიოტიპით 46 ხყ.

გენეტიკურად ეს მამაკაცია, თუმცა ჰორმონალური კომპონენტებით სუბიექტი უსქესოა.

მამაკაცები 47 ხხყ გენეტიკურად ორსქესიანია.

საკვერცხეების დისგენეზიის სინდრომი

არჩევენ ორ ფორმას, არაფუნქციური საკვერცხეებით, აღნაგობა პუბერტატულ ასაკამდე ნორმალურია. პუბერტატულ ასაკში სარძევე ჯირკვლები არ ვითარდება. საკვერცხე პატარაა და ფუნქციურად არასრულყოფილი.

მეორე ფორმა არის ფუნქციონირებადი საკვერცხეებით. ვლინდება პუბერტატულ ასაკში. ვითარდება ამენორეა, მეორადი სასქესო ნიშნები არასაკმარისად ვითარდება, აქვს უნაყოფობა, ადრეული კლიმაქსი.

გონადების ფუნქციონალური პათოლოგიის ემბრიოგენეტიკურ დარღვევას მიეკუთვნება არასრული მასკულინიზაციის სინდრომი. კარიოტიპი 46 ხყ სათესლე ჯირკვლი გამოხატულია გარდევულ სათესლე პარკში ან საზარდულის არხში.

შინაგანი სასქესო ორგანოები მამრობითია, სათესლე დანამატი, თესლის გამმტანი სადინარი, სათესლე ბუშტუკები.

წინამდებარე ჯირკვალი უმეტეს შემთხვევაში არ ისინჯება. ქალის შინაგანი ორგანოები არ არსებობს. გარეთა სასქესო ორგანოები ნაკლებად გამოხატულია მასკულინიზაციით.

ძირითადი მიზეზი არის ანდროგენების მგრძობელობის დაქვეითება. არჩევენ ანდროგენიტალურ და პევენუხიოდალურ ფორმებს.

გესტიკულარული ფემინიზაციის სინდრომი

დაავადება მემკვიდრეობითია, გადაეცემა ქალისაგან. გენეტიკური სქესი მამრობითია. 46 ხყ. ფუნქციონირებადი სასქესო ჯირკვლები მიმართულია ქალის. სათესლე განლაგებულია მუცლის ღრუში, გაპოხილ სათესლე პარკში ან საზარდული არხში. გარეთა სასქესო ორგანოები ქალურია.

არჩევენ ამ დაავადების ორ ფორმას: სრული კლასიკური და მეორე არასრული ფორმა, აწეული მგრძობელობით ანდროგენებისადმი.

როკიცანსკი - კიუსტნერის სინდრომი

ეს არის საშოს და საშვილოსნოს თანდაყოლილი აპლაზია, კარიოტიპი 46 XX. საკვერცხე ნორმალურად ფუნქციონირებს, გარეთა სასქესო სფერო ქალურია. პუბერტატულ ასაკში მენსტრუაცია არ არის.

ქირურგიული ჩარევის შემდეგ (ხელოვნური საშოს შექმნა) სქესობრივი ცხოვრება ჩვეულებრივ მიმდინარეობს თუმცა უნაყოფოები არიან.

თანდაყოლილი ანდროგენიტალური სინდრომი

ეს გენეტიკურად განპირობებული დაავადებაა. ამ დროს ხდება ფერმენტული სისტემის უკმარისობის განვითარება. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქი ამ დროს გამოყოფს ძირითადად ანდროგენებს.

ვირილური ფორმა: დამოკიდებული ანდროგენებზე. სოლიცერირებული ფორმა (დებრე-ფიბიგერის სინდრომი): დამოკიდებულია ფერმენტების უფრო ღრმა დეფიციტზე. ჰიპერტონული ფორმა: 11 ბეტა ჰიდროქსილაზის დეფიციტის დროს.

პენისის მაგვარი კლიტორი, ურეთრის და საშოს ერთიანი ნაპრალი, სათესლე პარკის მაგვარი დიდი სასირცხვო ბაგეები, ნაადრევი სქესობრივი და ფიზიკური განვითარება ორივე სქესში.

თანდაყოლილი ადრენო-გენიტალური სინდრომი

არის ქალურ-გენეტიკური და ჰონადური სქესით. ნაყოფის თირკმელზედა ჯირკვლი გამოყოფს დიდი რაოდენობით ანდროგენებს, ნაყოფი იზადება გარეთა სასქესო ორგანოებით, რომელიც ახლოსაა მამრობითთან. სათესლზე არ ისინჯება მაგრამ მიაკუთვნებენ მამრობით სქესს, რომელშიც ის შემდგომში აღიზრდება.

დიაგნოსტიკის შემდეგ დეგუბა საკითხი სქესის შეცვლაზე ან ოპერაციაზე. 15-20 წლის ასაკში ხშირია თვითმიკვლელობები. სქესი უნდა შეიცვალოს 3 წლამდე. უარეს შემთხვევაში 7 წლამდე. მშობიარობა ვიწრო მენჯის გამო ოპერაციულია.

თანდაყოლილი ადრენო-გენიტალური სინდრომი მამაკაცებში

ბიჭებში შეინიშნება ნაადრევი სასქესო და ფიზიკური განვითარება, იზოსექსუალური ტიპით. 3-5 წლისას უჩნდება თმინობა. 8

თერთმეტი წლის ასაკში სასქესო სფერო ისეთივე აქვს როგორც მამაკაცებს.

12 წლის შემდეგ ზრდა ჩერდება, 16 წლისას ძელოვანი ასაკი შეესაბამება ზრდასრულისას. აღენიშნება თირკმელზედა ჯირკვლის ორმხრივი ჰიპერპლაზია, მომატებულია 17 კეტოსტეროიდების გამოყოფა შარდით. ავადმყოფები ექიმს მიმართავენ დაბალი ტანის და უნაყოფობის გამო. აღენიშნებათ ოლიგოსპერმია ან აბოსპერმია.

სქესის არჩევა რთული საკითხია, საჭიროა სპეციალიზებული სტაციონარი, სექსოპათოლოგის, ფსიქიარტის, უროლოგის, ვინეკოლოგის კონსულტაცია.

ნეირო ჰუმორალური შემადგენლის მოშლა მამაკაცებში

სასქესო ფუნქციის მოშლა მამაკაცებში ტვინის ნაწილის პათოლოგიისას ნეირო ჰუმორალური შემადგენლი. ტვინის ლოკალური კეროვანი დაზიანება შეიძლება გამოიწვიოს სასქესო ორგანოების ფუნქციების დარღვევები.

კალმანის სინდრომი - ლუთეროპრემონის და ფილიკულომასტიმულირებელი ჰორმონის იკმარისობა. ახასიათებს ჰიპოსმია ან ანოსმია, "კურდღლის ტუჩი", "მგლის ხახა", ფერადი სიბრძავე, სიყრუე, ფსიქიური განვითარების შეფერხება, სინდაქტილია, თირკმლის ფუნქციის დარღვევა და სხვა.

ჰიპოფიზის ფუნქციის მოშლა - იწვევს: 1). პანჰიპოპიტუარიზმს. ვითარდება სასქესო სისტემის და ფიზიკური განვითარების ჩამორჩენა.

2). **ჰიპოფიზალური ნანიზმი** - იძლევა ზრდაში ჩამორჩენას, ისინი უნაყოფოები არიან და განვითარებელი აქვთ სასქესო ორგანოები.

3). **ჰიპოგონადიზმი** - ხასიათდება გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების განუვითარებლობით და მცირადი სასქესო ნიშნების არარსებობით. არჩევენ ემბრიონალურ, პუბერტაციულად და პუბერტაციის შემდგომ გონადიზმს.

ემბრიონალური ვლინდება ანორხიზმის, კრიპტორხიზმის ან კლაინფელტერის სინდრომის სახით. ემბრიონალურ ჰიპოგონადიზმს მივყავართ ჰერმადროდიტიზმამდე. პოსტპუბერტაციულ ფორმას ახასიათებს მორადი სას-

ქესო ნიშნების გაქრობა. ორგანოთა (სასქესო) ატროფიით და მათი ფუნქციის მოშლით. სათესლეების დაზიანება სქესობრივ მომწიფებაზე განპირობებს "საჭურისის სინდრომს".

პუბერტატულ პერიოდში განვითარებული ჰიპოგონადიზმი, ტრავმა, კასტრაცია, სიმსივნე და სხვა. მისი გამოხატულება დამოკიდებული დაავადების დაწყების ასაკზე. გამოირჩევიან მაღალი ტანით, სხეულის აღნაგობა არაპროპორციულია, კიდურები შედარებით გრძელია, კუნთთა ტონუსი სუსტად განვითარებულია. კანქვეშა ცხიმი ქალური ტიპისაა. ზოგიერთს აქვს გინეკომასტია.

კრიპტორქიზმი - როცა ერთი, ან ორივე სასქესო ჯირკვლი არ არის ჩამოსული პარკში. ნაადრევად დაბადებულ ახალშობილებში ითვლება ფიზიოლოგიურად. არჩევენ კრიპტორქიზმის ერთმხრივ ან ორმხრივ მუცლის და საზარდულის ფორმას. პათოლოგიური ცვლილებები სათესლე ჯირკვლებში ორ წლამდე ასაკში არ შეიმჩნევა.

დისტროფია ვლინდება 5 წლიდან. 10 წლის ასაკიდან მცირდება 17 კეტოსტეროიდის გამოყოფა შარდში, განსაკუთრების ორმხრივი კრიპტორქიზმის დროს, რაც მეტყველებს ანდროგენული ფუნქციის დაქვეითებაზე. პაციენტებს დარღვეული აქვთ რეპროდუქციული ფუნქცია, მხოლოდ ათ პროცენტს აქვს სპერმატოზოიდები.

კლაინფელტერის სინდრომი - თანდაყოლილი დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება საჭურისის პროპორციებით, გინეკომასტიით, ჰიპოგონადიზმით და აზოსპერმიით. ავადმყოფებს აქვთ ზედმეტი იქს ქრომოსომა დედის ან მამის გამეტოგენეზში. არჩევენ: 1). ნორმალური მამაკაცის გარეგნობა გინეკომასტიით, 2). ნორმალური მამაკაცის გარეგნობა გინეკომასტიის გარეშე, 3). საჭურისის გარეგნობა, გინეკომასტიის არქონა ან სუსტად გამოხატულებით, 4). მკვეთრი საჭურისობა გინეკომასტიით. ხშირად ექიმს მიმართავენ უნაყოფობის გამო.

სექსუალური დარღვევა თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის მოშლისას

1). თირკმელზედა ჯირკვლის ქრონიკული უკმარისობა (ადისონის დაავადება)

- 2). იცენკო-კუშინგის დაავადება
- 3). (კორტიკოსტერომა, გლაუკოსტერომა) კუშინგის სინდრომი
- 4). კორტიკოსტერომა (მაფენიზირებული სიმსივნე)

სექსუალური დარღვევა ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების დროს

- 1). თირეოტიკოსიკოზი
- 2). ჰიპოტირეოზი

სასქესო ფუნქციის დარღვევა შაქრიანი დიაბეტის დროს ღვიძლის ფუნქციის დარღვევა და სასქესო სფერო

პუბერტაციული განვითარების ტემპის მოშლის სინდრომი

არჩევნ:

1). აჩქარებული პუბერტაციული განვითარება (ნაადრევი) შედარებით ადვილად გამოსაცნობია. ეტიოლოგიაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ინფექციურ-ტოქსიკურ ზემოქმედებას, ტრავმას, სიმსივნეს და მექვიდრებით ფაქტორს. არჩევნ ჭეშმარიტ: ა) კონსტიტუციონალურ ანუ იდიოპათიურს ბ) ცერებრალურ ფორმას და ცრუს: ა) თირკმელზედა ჯირკვლის გენეზით ბ) გონადური გენეზით გ) ეგზოგენური (მედიკამენტოზური გენეზით).

ჭეშმარიტი პუბერტაციული განვითარების ტემპის მოშლა ვითარდება ჰიპოფიზის გონადოროპული ჰორმონის სეკრეციის დარღვევით, რის შედეგადაც ჰიპოთალამუსი-ჰიპოფიზი-გონადების ცვლის შეფერხება იწვევს სქესობრივი განვითარების დარღვევას. ცრუს დროს, გონადოროპული ჰორმონების ნაადრევი სეკრეცია არ ვითარდება და გაძლიერებული გამოყოფა სასქესო ჰორმონებისა რომელსაც გამოიმუშავენს თირკმელზედა ჯირკვალი ან სიმსივნე, არ შეესაბამება ნორმალურ პრეპუბერტაციულ ან პუბერტაციულ პერიოდს, გონადები რჩებიან ინფანტილურები და არ ფუნქციონირებენ.

გოგონებში შეიძლება იყოს პეტერო და იზო სექსუალური გამოვლინებები, ბიჭებში მხოლოდ იზოსექსუალური. დამახასიათებელია მეორადი სასქესო ნიშნების ადრეული ჩამოყალიბება, დაწყებული დაბადებიდან განსაკუთრებით 4-5 წლის ასაკში. ბიჭებში თვალშისაცემია სასქესო ასოს გადიდება. გოგონებში სარძევე ჯირკვლების განვითარება და გენიტალური სისხლდენა. ფსიქი-

ური განვითარების მხრივ აღინიშნება ოლიგოფრენია, ინტელექტუალური უკმარისობა, სუსტი მსჯელობა, სიტყვათა მარაგის სიღარიბე.

ამ ფონზე ზოგიერთს აქვს კარგი მუსიკალური სმენა, მიდრეკილება მსჯელობისაკენ. ემოციურად ან უგრძობელნი არიან ან აგზნებულები, ფეთქებადი აგრესიით, ისტერიით, დარღვეული აქვთ თერმორეგულაცია.

ეს პაციენტები საინტერესოა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის კუთხით.

ჰიპოფიზის ფუნქციის მოშლა და სქესობრივი დარღვევა:

- 1). ჰიპოპიტუიტარიზმი - მშობიარობის შემდგომი ჰიპოპიტუიტარიზმი (შიხანის სინდრომი) - სიმონდის დაავადება
- 2). ჰიპოპიტუიტარიზმი პერსისტირებული ლაქტორეამენორეის სინდრომი

საკვერცხის ფუნქციის მოშლასთან დაკავშირებული სექსუალური დარღვევა

არჩევნ ცენტრალურ და პერიფერიულს, ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის და საკვერცხის.

საკვერცხის პათოლოგია შეიცავს:

1. პრეპუბერტაციული ანოვარიას (საკვერცხის ფუნქციის გამოვარდნა საბავშვო ასაკში) მიეყვარტ ფენოტიპის დარღვევამდე და ასექსუალობამდე.

2. პოსტპუბერტაციული ჰიპოვარიზმი (მეორადი ანოვარია) ქირურგიული კასტრაციის შემდეგ და ახასიათებს სექსუალური ფუნქციის მოშლა.

3. საკვერცხის უკმარისობა მოზრდილ ასაკში

4. საკვერცხის უკმარისობა კლიმაქტერულ ასაკში.

შტაინ-ლევენტილის სინდრომი

- ჰიპერანდროგენული დისფუნქცია საკვერცხის მისი ანოვულაციური მდგომარეობისას. ავადობა მულაგნდება პუბერტატულ პერიოდში, როცა აქტივდება საკვერცხის ფუნქცია. ზოგჯერ აღინიშნება სარძევე ჯირკვლების განვითარებაში ჩამორჩენა, კლიტორის ჰიპერტროფია. საკვერცხეები გადიდებულია, საშვილოსნო დაპატარავებულია. **არენობლასტომა** - გამომდინარეობს მამაკაცური ელემენტებით ქალურ გონადებში, ხდება ნებისმიერ ასაკში, სისხლში მო-

მატებულია ტესტოსტერონი და მკურნალობა ოპერაციულია.

სექსუალური დარღვევები თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევისას:

- 1. კუშინგის სინდრომი
- 2. ანდროსტერომა, ჰორმონალურად აქტიური სიმსივნეა, რომელიც გამოყოფს ანდროგენებს და გეზვდება ახალგაზრდებში. ქალებში შეიძლება მასკულინიზაცია, ჰირსუტიზმი, გამელოტება

ჰიპერტირეოზი - მოშლილია მენსტრუალური ციკლი, დაქვეითებული სქესობრივი ლტოლვა.

ნაადრევი სქესობრივი განვითარების სინდრომი:

ამაში შედის თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური სინდრომი, ქალური გენეტიკური და გონადური სქესით ხასიათდება. ნაადრევი სქესობრივი განვითარების ცერებრალური ფორმა შეიძლება იყოს კეროვანი ან ზოგადი.

კეროვანისათვის დამახასიათებელია უხეში ნევროლოგიური დარღვევა სითხის დინამიკის მოშლით, ჰიპერტენზია, ჰიდროცეფალია და სხვა. ეტიოლოგიაში წამყვანია სამშობიარო ტრავმა, ინტრანატალური პათოლოგია.

სქესობრივი განვითარების შეკავების სინდრომი

მეორადი სასქესო ნიშნების განუვითარებლობა, მენსტრუაციის არქონა 15 წლის ასაკში. არჩევნ ორ ფორმას:

1. ცენტრალური წარმოშობის შეკავება (კონსტიტუციონალური), დამახასიათებელია გვიანი მენარხე, მენსტრუალური და რეპროდუქციული ფრაქცია, დედის ან დების მხრივ, რაც მიუთითებს ჰიპოთალამურ უკმარისობაზე. ამ დროს გვაქვს მაღალი აღნაგობა, მაღალი ფეხები, მენჯის შემცირება, მეორადი სასქესო ნიშნები ჩამორჩება განვითარებაში.

2. საკვერცხეების გენეზის შეკავება. ამ ფორმის დროს ახლო ნათესავებში დარღვევა არ აღენიშნება, მაგრამ ანამნეზში ხშირია წითელა და ეპიდემიური პაროტიტი. მეორადი სასქესო ნიშნები განუვითარებელია. განსაკუთრებით სარძევე ჯირკვლები, გულმკერდი დიდია, შემცირებულია მენჯის ზომები. საშვილოსნო და საკვერცხეები ჰიპოპლაზიურია. ჰორმონების გამოყოფა მომატებულია, ვიდრე ცენტრალურის დროს. ად-

რე დასმული დიაგნოზი და მკურნალობა კარგ შედეგს იძლევა.

სექსუალურობის ჩამოყალიბების ძირითადი ეტაპები

ადამიანის ინდივიდუალურ განვითარებაში შეიძლება გამოვყოთ ასაკობრივი ჯგუფები სექსუალურობის ჩამოყალიბებაში და დინამიკაში.

1. პარაპუბერტალური - (1-7წ) როცა ყალიბდება სქესობრივი თვითშეგნება, განვითარების პირველი ტიპი.

2. პრეპუბერტალური პერიოდი - (13წ) სქესობრივი ქცევის არჩევა და სტერეოტიპის ფორმირება (ფსიქოსოციალური განვითარების მეორე ეტაპი)

3. პუბერტალური პერიოდი - (12-18წ) ორგანიზმის სექსუალური განვითარების ყველაზე ძლიერი პერიოდი, რომლის დროსაც ხდება სქესობრივი მომწიფება, ყალიბდება პლატონური, ეროტიული და საწყისი ფაზა სექსუალური ლიბიდოსი. ეს არის ფსიქოსექსუალური განვითარების მესამე ტიპი.

4. სექსუალური ჩამოყალიბების გარდამავალი პერიოდი - (16-26წ) ეს არის უკანასკნელი სტადია მესამე ეტაპისა (სექსუალური ლიბიდოს ჩამოყალიბება).

5. მომწიფებული სექსუალობის პერიოდი - (26-35წ) გამოირჩევა რეგულარული სქესობრივი ცხოვრებით მუდმივ პარტნიორთან. პირობით ფიზიოლოგიური ხაზი სქესობრივი აქტივობისა.

6. ინოვაციური პერიოდი - (57-75წ) სქესობრივი აქტივობის დაქვეითება, ინტრესების შესუსტება, ლიბიდოს რეგრესიით.

ფსიქოსექსუალური ორიენტაციის ჩამოყალიბება - 12-26 წლის ასაკში იყვება და აღწევს მაქსიმუმს ენდოკრინული სისტემის ფუნქციონირება. ინდივიდუალური ტემპერამენტის და ხასიათის აფუძველზე ყალიბდება პიროვნება. ხდება საკუთარი მდგომარეობის გადახედვა ოჯახში და საზოგადოებაში.

მუშავდება საკუთარი მსოფლმხედველობა, ვითარდება უმაღლესი ემოციები. დამოკიდებულება სქესთა შორის სიმამაცე და სინაზე. მოზარდის ჩაკეტილობისას შეიძლება შეიქმნას სასურველი ნიადაგი სექსუალური ჩამოყალიბების დარღვისათვის, რასაც ხელს უწყობს მიზანმიმართული სქესობრივი აღზრდის არქონა.

მესამე ეტაპის მახასიათებელია ფსიქოსექსუალური ორიენტაციის ფორმირება.

ფსიქოსოციალური განვითარების ტემპის და დროის მოშლა

შეკავება (რეტარაცია). შედარებით ხშირი ვარიანტია ფსიქოსექსუალური განვითარების მოშლაში. სომატოგენური შეკავება დაკავშირებულია სქესობრივი განვითარების ჩამორჩენასთან. ისინი მძიმე დასაძნელებად სამართავია, აქვთ ბიოლოგიური საფუძველი.

ფსიქოგენური შეკავება განპირობებულია ფსიქიკის მოშლით. სომატური და სქესობრივი მომწიფება ხდება სწორედ და შეესაბამება ასაკს. ფსიქოპათიის დამამუხრუჭებელი მოქმედება იწყებს გამოვლინებას ფსიქოსექსუალური ორიენტაციის ჩამოყალიბების დროს. უფრო ადრე და ღრმად დეფორმირდება სექსუალობის დადგომა.

სოციოგენური შეკავება ფსიქოსექსუალური განვითარებისა გამოწვეულია არასწორი სქესობრივი აღზრდით.

ნაადრევი ფსიქოსექსუალური განვითარება გამოიხატება სექსუალობის ადრე ჩამოყალიბებაში, რომელიც უსწრებს ასაკობრივ და სქესობრივიმომწიფების ნორმებს. ძირითადი მიზეზებია სომატური, ფსიქიური და მიკრო სოციალური.

ეს პროცესი არ ექვემდებარება თერაპიულ კორექციას.

ფსიქოსექსუალური განვითარების გადახრა - სქესობრივი თვითშეგნების მოშლა, აუტოიდენტიფიკაცია, ტრანსსექსუალიზმი.

მიუხედავად გონადების სწორი ჩამოყალიბებისა, უროგნიტალური ტრაქტის და მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებისა, დაბეჯითებით მიკუთვნება მოწინააღმდეგე სქესისადმი, არის ტრანსსექსუალიზმი.

ასეთი ბავშვები ირქმევენ საწინააღმდეგე სქესის სახელს, ითხოვენ დაუძახონ ბიჭი ან გოგო. ისინი აღწევენ ჩაიცვან საწინააღმდეგე სქესის ტანსაცმელი. მათი ცხოვრება საფეა ტრაგიზმით. სურთ დაამტკიცონ თავისი "მე". შეიცვალონ სქესი. ეს პათოლოგია კლინიკურად მქდავნიდება 5 წლამდე. ბავშვები ცდილობენ განამტკიცონ თავისი როლი მოწინააღ-

მდევე სქესში, მათ ვერ წარმოუდგენიათ იურიდიული, სოციალური და სამედიცინო შედეგები.

მწვავედ აღიქვავენ სასქესო ნიშნების განვითარებას. გოგონებს აწუხებთ სარძევე ჯირკვლების გადიდება, ბიჭებს სასქესო ასოს ზრდა. ტრანსსექსუალების უმეტესობა სქესობრივ კონტაქტს ამყარებს თავისივე საპასპორტო სქესთან. 20-21 წლის ასაკიდან სქესის შეცვლა გაძნელებულია სოციალური მოტივით. საჭროა არამართო სქესის შეცვლა, არამედ საცხოვრებელი ადგილის შეცვლა, საბუთების გამოცვლა და ასე შემდეგ.

სქესობრივი ქცევის სტერეოტიპის მოშლა - ტრანსფორმაცია ქცევაში ფორმირდება მეორე სქესისათვის დამახასიათებელი ჩვევებით, სწორი სქესობრივი კუთვნილების მიუხედავად.

სქესობრივი ლტოლვის ჩამოყალიბების დროს ამ მოზარდებში არსებობს კომოსექსუალური გატაცების საშიშროება. ხშირად შეინიშნება ინტერსექსუალური ტანსაცმლის ხმარება. გოგონებს არ ადარდებს თავისი სქესის დამოკიდებულება, ურთიერთობა. არ შეუძლიათ გაიპრანჭონ, არ აქვთ ქალურობა. რასაც ისინი აბრალებენ "შინაბერობა"-ს.

ტრანსფორმაცია გამოიხატება აგრეთვე სქესობრივი ურთიერთობის ადრე დაწყებაში. სქესობრივი ურთიერთობისას ისწრაფიან უფროსი ასაკისაკენ. ტრანსფორმაციის მქონე მამაკაცები უფრო ადვილად ეგუებიან გარემოს სოციალურადაც და სქესობრივადაც.

პიპერროლური ქცევა - მომატებული ხაზგასმა სასქესო როლისა. მისთვის დამახასიათებელია არამყარი, ზოგჯერ ისტეროიდული აქცენტაცია და ფსიქოპათია. საღიზიმი მამაკაცებში და მამოხიზიმი ქალებში. საღიზიმის ელემენტები ადრეულ ბავშვობაში გადაიზრდება სექსუალურ პარაფილიაში. აგრესიულობა შეიძლება ჩაითვალოს სქესობრივ ლტოლვაში მოზარდის ან ჭაბუკის, განსაკუთრებით მაშინ როცა რეალიზაცია გაძნელებულია და გადადის ფანტაზიორობაში.

ამ ბავშვებში დასაშვებია სხვა სახეც. სქესობრივი ლტოლვა გადაინაცვლებს უფრო ადრეულ ასაკში და გახდება აგრესიული საღისტური. ამ მექანიზმს გავს პათოლოგიური მამოხისტური პერ-

ვერსიული მექანიზმი. რომლის საფუძველი არა დედობრივი ზრუნვა, არამედ პირიქით, ზედმეტი ყურადღება, ფერება და ასე შემდეგ. მოზარდებში შეინიშნება თანატოლებში ჩხუბი, თამბაქო, ალკოჰოლი, ნარკოტიკი.

შეინიშნება ასევე ანტისოციალური საქციელი, სადისტური ცემა, სასტიკი საქციელი უმცროსების, ზოგჯერ კი თანატოლების და ცხოველების მიმართ.

ფსიქოსოციალური ორიენტაციის მოშლა – ცნობილია როგორც სქესობრივი გარყვნილება, სექსუალური პერვერსია, პარაფილია. ლტოლვაში ჩართულია უმწიფარი საქციელი ბავშვურ და მოზარდ ასაკში. არჩევენ ტრანზისტორულ, შენაცვლებით პარაფილიას, როცა არ არის საშუალება სქესობრივი ლტოლვის რეალიზაციისა.

პერვერსია ინაცვლებს უფრო ადრეულ ასაკისაკენ, მას ახასიათებს პოლიმორფიზმი, მკვდინდება 6-10 წლის ასაკში. შეიძლება განვითარდეს შეცდენისას ან ფსიქიური დაავადებებისას.

ფსიქოპათებს ახასიათებთ ვუაირეზმი, პედოფილია, ფეტიშიზმი, ცხოველებთან ურთიერთობა, ნარციზმი.

ნარცისიზმი – (აუტოეროტიზმი, აუტომონოქესუალიზმი, აუტოფილია) თავის თავისადმი მიმართული სქესობრივი ლტოლვა. საკუთარი სხეულით ტკობა, გატაცება. რომელსაც თან ახლავს სქესობრივი აღზნება. მნიშვნე-

ლობა აქვს თანატოლებისაგან იზოლაციას. როცა შესწავლის ობიექტი მარტო საკუთარი სხეულია. სარკეში ათვალიერებს საკუთარ თავს, სასქესო ორგანოებს, იღებს სურათებს გაშიშვლებული.

ყველა გამოვლენას ახლავს აღზნება, მასტურბაცია განტვირთვისათვის.

ექსტიციონიზმი – სასქესო ორგანოების გაშიშვლების სურვილი ამათუ იმ სქესთან. ხდება მამაკაცებში.

სკოპოფილია – მიყურადების ლტოლვა. სქესობრივი აქტის ან შერჩეული სქესის გაშიშვლების. პორნოგრაფიით გატაცება.

ფეტიშიზმი – (იდოლიზმი, სიმვოლიზმი) გარკვეული ფეტიშის აყვანა სათაყვანებლად და სქესობრივი ლტოლვა მისადმი. ფეტიშის საგანი შეიძლება იყოს ნებისმიერი ნივთი. ის გვხვდება მამაკაცებში. ლტოლვა დაკავშირებული სიამოვნებასთან შეინიშნება ბავშვებში. სუბიექტი ცდილობს მაქსიმალური სქესობრივი აღზნების მიღწევას.

ზოოფილია – სქესობრივი ლტოლვა ცხოველებისადმი და სიამოვნების მიღება მათთან კავშირით. ძირითადად შეინიშნება მამაკაცებში. სოფლელი მოზარდები იმყოფებიან ზოოფილურ კონტაქტში. ის მატულობს 15-დან 25 წლამდე. ქალებში ძირითადად შეინიშნება შინაურ ძაღლებთან და კატებთან.

ნეკროფილია – ბავშვებში ორგანიზმში ორივე სქესთან დაკავშირებულია შიშთან და საშიშროებასთან. ბავშვი თვითონ მიდის საშიშროების განცდამდე წიგნის კითხვით ან ფილმის ცქერით. იშვიათად ნეკროფილები ჩადიან მკვლელობას და შემდეგ ამყარებენ გვაძთან ურთიერთობას.

პედოფილია – ლტოლვა ბავშვებისაკენ. შეინიშნება მოზარდებში, რომლებიც ვერ ამყარებენ ურთიერთობას თანატოლებთან.

ეფებოფილია – სქესობრივი ლტოლვა მოზარდებთან და საცმაწვილის ასაკთან.

ჰომოსექსუალიზმი – სქესობრივი ლტოლვა თავისსავე სქესთან. ჰომოსექსუალური თამაშები გვხვდება ბავშვებში, მაქსიმალური აქტიუობა მოდის ფსიქოსექსუალური ორიენტაციის ჩამოყალიბებისას.

დარღვევების 5% მიმართულია ბავშვებისკენ, 45% მოზარდებისკენ, 45% მოზარდებისაკენ და 5% ხანშიშესულებისაკენ.

ვაგინიზმი – ეს არის ფსიქიკური დარღვევა ქალებში. ამ დროს ხდება საშოს და მენჯის კუნთების კრუნჩხვითი შეკუმშვა, რაც ხელს უშლის სქესობრივ ცხოვრებას.

ამგვარად, ბავშვთა და მოზარდთა ასაკის სექსუალური დარღვევების განხილვა და საკითხის ცოდნა მნიშვნელოვანია.

რეზიუმე

ბავშვთა და მოზარდთა ასაკის სექსუალური დარღვევების საკითხისათვის

ა. ლაბარტკავა

ივჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

ბავშვთა და მოზარდთა ასაკის სექსუალური დარღვევების საკითხის ცოდნა და მისდამი სათანადო ყურადღება მნიშვნელოვანია საზოგადოებისათვის. სწორედ, აღნიშნულმა განაპირობა ამ საკითხის წაშლა და მისი შრომაში განხილვა.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND ATTENTION ABOUT THE DISORDER OF CHILD AND ADULT SEXUALITY

A. LABARTKAVA, (TSU)

Knowledge and attention about the disorder of child and adult sexuality is very important for society. That's why this question is conditioned to be discussed in labour.

პედიატრიული მართვის პრიორიტეტები და მათი განვითარების პერსპექტივების საქართველოში

ა. კვხუაძე
საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის პრეზიდენტი

ყველასათვის ცნობილია საქართველოს სახელმწიფოს მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, რაც ხელს უწყობს მოსახლეობისა და კერძოდ ბავშვთა ასაკის ჯანმრთელობის მდგომარეობის საგრძნობ გაუარესებას. ჯანმრთელობისა და სოციალურ სფეროში უახლოეს მომავალში გამოყოფილი დაფინანსება ჯერ კიდევ ვერ აღწევს იმ პარამეტრებს რომლითაც შესაძლებელი იქნება ჯანდაცვის ყველა დარგის ერთობლივად დაკმაყოფილება.

საქართველოს პედიატრიული სამსახური მუდმივი ყურადღების ქვეშ იმყოფებოდა სახელმწიფოს მიერ, თუმცა დღეს გარკვეული მიზეზების გამო ის ამას მოკლებულია. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში დაიხურა პედიატრიული ფაკულტეტი, პედიატრიის ინსტიტუტი მთლიანად დაიშალა და გაუთანაბრდა ჩვეულებრივ ბავშვთა სტაციონარს, მაშინ როდესაც ეს დაწესებულება მთელი რესპუბლიკის ბაზით ახორციელებდა საორგანიზაციო, მეთოდოლოგიურ, სამეცნიერო და კადრების აღზრდის საქმეს.

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროში დაიხურა დედათა და ბავშვთა დეპარტამენტი, რომელიც კოორდინირებას უწევდა პედიატრიულ სამსახურს, გეგმავდა და ნერგავდა მისთვის საჭირო პრიორიტეტულ მიმართულებებს. ამან კი გამოიწვია გარკვეული ნეგატიური მოვლენები ამ დარგის განვითარებაში. ჯანდაცვის სფეროში გატარებული რეფორმების ღრმა ანალიზმა დაგვანახა, რომ:

1. პედიატრიულ სამსახურში ავადმყოფთა რაოდენობა გაცილებით მეტია არსებულ საწოლების რაოდენობასთან შედარებით.

2. მოუშავე სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა ჩამორჩება საჭირო ნორმატივს.

3. თანხები გამოყოფილი ბიუჯეტიდან და სადაზღვევო კომპანიებიდან საკმარისი არ არის ავადმყოფთა სამკურნალოდ, დაწესებულების შენახვისთვის და ექიმების შრომის ასანახლაურებლად.

ამ დისბალანსის შედეგად სახეზეა:

1. სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი
2. სამედიცინო პერსონალის დაბალი ანაზღაურება
3. სამედიცინო დაწესებულებების მწირი მაერი-ალურ-ტექნიკური ბაზა
4. სამედიცინო მოსახურების დაბალი ხელმისაწვდომობა.

წარმოდგენილი სიტუაციური ანალიზი, რომელიც ასახავს ამჟამად არსებულ პედიატრიული სამსახურის სფეროს, მთლიანად მიუთითებს მის არადა-მაკმაყოფილებელ მდგომარეობაზე. ყოველივე ამას დღეისათვის ემატება საქართველოში არსებული გენოფონდის ტრაგიკული შემცირება, რომელიც უარყოფითი ნიშნით არის წარმოდგენილი.

ბუნებრივია პირველ რიგში მასზე დიდ ზემოქმედებას ახდენს მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, ხშირი განქორწინებები და



ოჯახის დანგრევა, ლტოლვილთა გაუსაძლისი პირობები, პენსიონერთა დიდი არმია, შინაბერების დიდი რიცხვი და ქვეყნიდან მრავალრიცხოვანი მოსახლეობის მასიური ემიგრაცია.

ყოველივე ზემო აღნიშნული ძლიერ ინდიკატორს წარმოადგენს გენოფონდის შემცირების პროცესების განვითარებაში.

საქართველოს პედიატრიული სამსახური თავისი დღევანდელი მდგომარეობით მკვეთრად ჩამორჩება მსოფლიოს მრავალ მოწინავე ქვეყანას. ამის მაგალითია ისეთი სტატისტიკური მაჩვენებელი, როგორცაა ბავშვთა სიკვდილიანობა. თუ შევადარებთ ამ მონაცემებს რამდენიმე ქვეყნის მაგალითზე დავრწმუნდებით რომ განსხვავება საგრძნობლად დიდია:

5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა 2010 წ. ჯანმრთელობის სამინისტროს მონაცემებით:

საქართველო	გერმანია	სომხეთი	აზერბაიჯანი
22	4	20	39

1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა 2010 წ. ჯანმრთელობის სამინისტროს მონაცემებით:

საქართველო	გერმანია	სომხეთი	აზერბაიჯანი
24	4	18	46

აღნიშნული სიკვდილიანობის მაჩვენებლებში მეტად დიდი ადგილი უკავია დღენაკლულ ბავშვებს (50%). დღეს მსოფლიოს მრავალი კომპეტენტური ორგანიზაციის მიერ დადგენილია, რომ ბავშვისა და მოზარდის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და დღეგრძელობა დამოკიდებულია 4 ფაქტორზე: ა) გენეტიკა და გარემო 8-10% (ჩვენს მიერ ნაკლებად მართვადი), ბ) ცხოვრების წესი 49% გ) ჯანმრთელობის დაცვა 8-10%.

ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მოქმედი უარყოფითი ფაქტორებია არსებული სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა და პირველადი ჯანდაცვისა და პოსპიტალური სექტორის ურთიერთ არაკოორდინირებულ მუშაობა. პირველადი

ჯანდაცვის ოჯახის ექიმები ხშირად ვერ სახლ-
რავენ ვინ დატოვონ სახლში სამკურნალოდ და ვინ
გაგზავნონ სტაციონარში.

სტაციონარში მოხვედრილ ავადმყოფ ბავშვს კი
3-4 დღეში ოდნავი გაუმჯობესებითანავე ხშირად წე-
რენ სახლში, იმის მიუხედავად რომ დიდი დრო
სჭირდება ბავშვის სრულ გამოჯანმრთლებას. დე-
და არ აქცევს ამას ყურადღებას და კვლავ აგზავ-
ნის ბავშვს საბავშვო ბაღში, სადაც მას ხვდება ახა-
ლი ვირუსულ-რესპირაციული ინფექციები და მას
ქვყება დაავადების ახალი ციკლი, რომელიც შემ-
დგომში შეიძლება მძიმე დაავადებებში გადაიზარ-
დოს ან მოხდეს პროცესის ქრონიზაცია.

აი ერთერთი მიზეზი ხშირად მოავადე ბავშვთა ჯგუ-
ფების შექმნისა. გაკვირვებას იწვევს ის ფაქტიც რომ
თუ ასეთი ბავშვი მეთრედ მოხვდა სტაციონარში 3
დღის შემდეგ, მის მშობლებს მთლიანად ახდევინებენ
მკურნალობის საფასურს.

მეტად არასახარბილო მდგომარეობაა დღეს საბავ-
შვო ბაღებში და საჯარო სკოლებში რესპირაციული
ვირუსული ინფექციების გავრცელებასთან დაკავში-
რებით და რაც მთავარია არავითარი პროფილაქტი-
კური ღონისძიებების გატარებას ამ მხრივ ადგილი არა
აქვს. პედაგოგიური პერსონალი კატეგორიულად ეწი-
ნააღმდეგება გაცდენებს და ავადმყოფი ბავშვები იძუ-
ლებული არიან იარონ სკოლაში და ბაღში.

მეტად სავალალოდ მიგვაჩნია ის ფაქტი, რომ
დღეს საქართველოს ჯანდაცვამ სრულიად დაი-
ვიწყა პროფილაქტიკური მედიცინის დოქტრინა და
მთლიანად გადავიდა მხოლოდ ავადმყოფთა მკურ-
ნალობის საქმეზე. ამას ხელი შეუწყო კერძო ჰოლ-
დინგებისა და სხვა კერძო პედაგოგიული დაწესე-
ბულებების ფართო ქსელის გაჩენამ საქართველო-
ში, რომლებიც მთლიანად გადართული არიან სამ-
კურნალო საქმეზე და პროფილაქტიკურ ღონისძი-
ებებს ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ.

მრავალი უარყოფითი ფაქტორის გაჩენის გამო,
რაც ხელს უშლის პედაგოგიული დარგის განვითარ-
ებას, დაუშვებლად მიგვაჩნია ბიზნესის ფართო მას-
შტაბებით დახერხვა ჯანდაცვის სისტემაში და გან-
საკუთრებით პედაგოგიულ სამსახურში.

დღეისათვის ნაკლებად კონტროლირებადია სა-
ქართველოს რეგიონებში არსებული პედაგოგიული
სამსახურის მდგომარეობა, მათ შორის ახლად აშე-
ნებულ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებუ-
ლებებში. როგორ არიან ისინი მატერიალურ-ტექ-
ნიკური ხაზით მომარაგებული და მომსახურების
რომელ დონეს მიეკუთვნებიან. არის თუ არა რაი-
მე ცვლილებები უკეთესობისკენ პირველადი ჯან-
დაცვის და ჰოსპიტალურ სფეროში.

რეფერალური სისტემის მონაცემებით თუ ვიმს-
ჯელებთ, ხშირია ავადმყოფთა დაგვიანებული გად-
მოყვანა რესპუბლიკის ცენტრალურ სტაციონარებ-
ში, ეს კი სწორად ორგანიზებული მუშაობის დიდ
ნაკლს წარმოადგენს.

მეტად სავალალო მდგომარეობაშია დღეს პედაგ-
ოგის დარგში მეცნიერული კადრების აღზრდის სა-
კითხიც. ახალგაზრდა მედიკოსებს გაუქრათ ინტერესი
მეცნიერებისადმი, რადგან საკვალიფიკაციო შრო-
მის შესრულება დოქტურანტურის ხაზით დიდი თან-
ხების გაღებას მოითხოვს. სწორედ ამიტომ არის, რომ
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში
მედიცინის დოქტორის ხარისხის მოსაპოვებლად
წელიწადში ერთეული საბჭოს სხდომები იმართება.

მოვლენების განვითარების ამგვარად გაგრძელების
შემთხვევაში, მოკლე ხანში თითქმის აღარ გვეყოლე-
ბა მედიცინის ხარისხის დოქტორები და ახალგაზრ-
და კადრების აღზრდელი პედაგოგები.

ამრიგად წარმოვიდგინეთ უშუალოდ ჩემი ხედვა
დღევანდელი საქართველოს პედაგოგიული სამსახურ-
ის მდგომარეობის შესახებ და ბუნებრივია დაისმის
კითხვა: რა ღონისძიებების გატარებაა საჭირო არსე-
ბული მდგომარეობის გამოსასწორებლად?

დღევანდელი ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური
მდგომარეობიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის სისტემის-
თვის გამოყოფილი შედარებით მწირი ბიუჯეტი გვა-
იძულებს განვსაზღვროთ ყველაზე პრიორიტეტული მი-
მართულება, რომელიც ნაკლებ დანახარჯებს მო-
ითხოვს და სწრაფ რეაგირებას მოახდენს ბავშვთა სა-
მედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების საქმეში.

ასეთ პრიორიტეტულ მიმართულებად ჩვენ დღეს
მიგვაჩნია პერინატალური და ნეონატალური სამსახურ-
ების სწრაფი გაუმჯობესება და მათი სრულყოფა.
დღეისათვის არსებული მატერიალურ-ტექნიკური რე-
სურსები უკლებლივ უნდა მოხმარდეს მედიცინის ამ
პრიორიტეტულ მიმართულებას. რადგან უადრესად აქ-
ტუალურია ანტენატალური პერიოდის ნაყოფის მარ-
თვის, დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალო-
ბის იმ მეთოდების დანერგვა, რომლებიც დღეს მთელ
მსოფლიოში რუტინულ ხასიათს ატარებს, ხოლო სა-
ქართველოს სამშობიარო სახლებში, ერთეულ გამო-
ნაკლისს გარდა, მათი დანერგვა ვერ ხორციელდება.

„კეთილსამედო სტარტი“ ანუ განსაკუთრებული
ზრუნვა და კონტროლი ნაყოფისა და ახალშობილის
განვითარებაზე პრე და პოსტ ნატალურ პერიოდებ-
ში და მას დიდი როლი მიეკუთვნება მომავალი თა-
ობის ჰარმონიული აღზრდისა და მისი პიროვნების ჩა-
მოყალიბების ეტაპობრივ განვითარებაში.

თუნდაც ავიღოთ ნაყოფისა და ახალშობილის პი-
პოქსიური პროცესები, რომელიც იწვევს მოზარდთა დე-
ვიაციურ ქცევებს. 76% მოზარდებისა რომელთაც გა-
დატანილი აქვთ პერინატალური იმედიური დაავადება,
მიდრეკილი არიან ნარკომანიისა და ტოქსიკომანიისად-
მი. ზოგიერთი პერინატალური პათოლოგია 82% შემ-
თხვევაში აყალიბებს მოზარდთა შორის ქურდობის და
სისხლის სამართლის დამნაშავე პიროვნების ქცევებს.

ადრეული ასაკის ბავშვთა გენეტიკურ სტიმებს შო-
რის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაზიანება მალა-
ლი მანვენებული ხასიათდება. გულის სისტემური გა-
დახრები არის საწყისი წყარო მოზრდილობის პერი-
ოდში გულის იშემიური დაავადებების განვითარების-
თვის. ანტენატალურ პერიოდში ადრეული ასაკის დი-
ავნოსტიკას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება.

მაგაითად სანაყოფე წყლების შესწავლის საშუალე-
ბით 4% შემთხვევაში შესაძლებელია დისტრეს სინდ-
რომის პროგნოზირება ნაყოფის დაბადების შემდეგ.
ასევე ადრეული გამოკვლევები უჭყუარია სხვადასხ-
ვა სიყვითლეების დასადგენად და ჰიპერბილირუბინუ-
ლი ენცეფალოპათიების პრევენციის შესაჩერებლად.

საქართველოს პედაგოგიული სამსახურის დღევან-
დელი მდგომარეობის გამოსწორებას მეტად შრომა-
ტევადი სამუშაოს ჩატარება დასჭირდება. მხოლოდ
ჯანდაცვის სამინისტროს ძალისხმევით კი ამ მდგო-
მარეობის გამოსწორება თითქმის შეუძლებელია, თუ
ამსაქმეში არ ჩაერთო მთლიანად საქართველოს პე-
დაგოგიული საზოგადოება და მისი წამყვანი ბირთ-
ვი დარგობრივი ასოციაციები.

დღეისთვის საქართველოში პედაგოგის დარგით

3 ძრითადი ასოციაცია მოქმედებს: საქართველოს პედიატრთა ასოციაცია, 80 წლის მუშაობის გამოცდილებით, საქართველოს პედიატრიული აკადემია, რომელიც ჩამოყალიბდა 4 წლის წინ და სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, დაარსებული 1997 წელს.

დარგობრივი ასოციაციების არებობა და მათი მარტივი ქმედების კოეფიციენტი მთელი მსოფლიოს მაგალითზე დიდი ხანია რაც ცნობილია, მხოლოდ საქართველოში მათი როლი შედარებით დაკნინებულია. გლობალური პრობლემების გადაწყვეტაში დიდი როლის შესრულება შეუძლია პედიატრიის ინსტიტუტს, რომელსაც დღეს დაკარგული აქვს თავის მუშაობის განკუთვნილი სტატუსი და გათანაბრებულია ჩვეულებრივ ბავშვთა სტაციონართან.

რეორგანიზაციის შემთხვევაში იგი შეძლებს ჩამოყალიბდეს ლიდერ პედიატრიულ ცენტრად, რომელიც ქვეყნის მასშტაბით სტანდარტიზაციის დონეზე გაუწევს ხელმძღვანელობას პედიატრიული სამსახურის მრავალ პროფილურ მიმართულებას, ისევე როგორც ამას ასორციელებდა 50 წლის განმავლობაში.

საქართველოს დღევანდელი პედიატრიული სამსახურის მართვისა და განვითარების მიზნით, საჭიროდ მიგვაჩნია შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

- ანტენატალური პერიოდის ნაყოფის დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის იმ მეთოდების დანერგვა, რომლებიც დღეისთვის მთელ მსოფლიოში რეკომენდებულია და მიიხსნება. და საქართველოს სამშობიარო სახლებში ნაკლებად გამოიყენება.
- პერინატალური ცენტრების ჩამოყალიბება საქართველოში (თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი, ზუგდიდი, თელავი)
- რეფერალური სისტემების გაფართოება და სრულყოფა

● ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის და სტატისტიკური სამსახურის გაძლიერება და სრულყოფა

● უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემატიზირება და ექიმთა სერტიფიცირებისა და ლიცენზირების დახვეწა.

● საყოველთაო სამედიცინო დახვეწვის განვითარება და სრულყოფა.

● ბავშვთა დაავადებათა გაიდლაინებისა და პროტოკოლების დამუშავება და მათი დანერგვა სამკურნალო პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში.

● საქართველოში საკუთარი ბავშვთა კვების პროდუქტების შექმნა და მათი ტექნოლოგიური პროცესების ქარხნული წესით გამოშვება.

● საქართველოში მოსახლეობის სიღარიბის მიღმა არსებული ბავშვთა კონტიგენტისათვის გაიხსნას ქვეყნის მასშტაბით 3 მუნიციპალური ბავშვთა სტაციონარი.

● რესპუბლიკის რეგიონებშიაშენებული ახალ სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებებს უნდა მეკუთვნოს კატეგორიები და ამის შესატყვისად დაუყოვნებლივ დაუდგინდეთ მუშაობის უფლებამოსილობის კროტერიუმები.

● დაზუსტდეს რა დონეზეა რეგიონებში პედიატრიული სამსახურის საქმიანობა და რა პრინციპებით რეგულირდება იგი.

● ჯანდაცვის ორგანოების მიერ გამახვილდეს ყურადღება პედიატრიაში სამეცნიერო-კვლევითი საქმიანობის განვითარებაზე და დოქტორანტთა რიცხვის გაზრდაზე.

● განხორციელდეს პედიატრიის ინსტიტუტის რეორგანიზაცია რათა მისი პროფესიული კადრების გამოყენებით განხორციელდეს მრავალი ორგანიზაციული საკითხის დამუშავება და მისი პედიატრიულ პრაქტიკაში დანერგვა.

რეზიუმე

პედიატრიული მართვის პრიორიტეტები და მათი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში

ა. კვეზერელი-კოპაძე
საქართველოს პედიატრთა ასოციაცია

ყველასათვის ცნობილია საქართველოს სახელმწიფოს მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, რაც ხელს უწყობს მოსახლეობისა და კერძოდ ბავშვთა ასაკის ჯანმრთელობის მდგომარეობის საგრძნობ გაუარესებას. ჯანმრთელობისა და სოციალურ სფეროში უახლოეს მომავალში გამოყოფილი დაფინანსება ჯერ კიდევ ვერ აღწევს იმ პარამეტრებს რომლითაც შესაძლებელი იქნება ჯანდაცვის ყველა დარგის ერთობლივად დაკმაყოფილება.

საქართველოს დღევანდელი პედიატრიული სამსახურის მართვისა და განვითარების მიზნით შემუშავებულია ღონისძიებების გატარების გეგმა.

SUMMARY

PRIORITIES OF PEDIATRIC MANAGERMENTS AND THE PERSPECTIVE OF THEIR DEVELOPMENT IN GEORGIA

KVEZERELI-KOPADZE
Georgian Pediatricians Association

Everyone is familiar with Georgia's hard social and economic state, which encourages worsening the health status of the population, especially children.

The finances that are spent in Healthcare and Social field still cannot ensure that every field of medicine is equally satisfied. The association has developed managing plan of pediatric field.

„აბორტის პრობლემა“

(ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამაგისტრო პროგრამა).

თ. მახარაძე

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბორტი არის ორსულობის-ნადრევი შეწყვეტა და საშვილოსნოდან ნაყოფის გამოძევება ორსულობის 22 კვირის შესრულებამდე. აბორტი შეიძლება იყოს სპონტანური ანუ თავისთავადი და ხელოვნური. თვითნებური აბორტი არ არის დამოკიდებული ორსულის სურვილზე და - გამოწვეულია ჯანმრთელობის-მდგომარეობის სხვადასხვა - დარღვევით. ხელოვნური აბორტი არის ორსულობის ხელოვნური - შეწყვეტა ორსულის სურვილის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის-სა სხვა მიზეზის გამო.

აბორტს დიდი ზიანის მოტანა შეუძლია ქალის ჯანმრთელობისთვის. იგი: — ასუსტებს ორგანიზმის დამცველობით უნარს და ხშირად ამწვაებს სასქესო ორგანოების ანთებით დაავადებებს; — შეიძლება გახდეს უშვილობის, თვითნებური აბორტების, გართულებული ორსულობის და მშობიარობის მიზეზი — შეიძლება გახდეს პორმონული მოშლილობებისა და მენსტრუალური ციკლის დარღვევის მიზეზი; — ხელს უწყობს სარძევე ჯირკვლების კიბოს განვითარებას; — ხშირად არის ქალის ნადრეგად დაბერების და კლიმაქსის მიზეზი. — როგორც ფსიქოლოგიური ტრავმა, შეიძლება გახდეს ნევროზებისა და ფსიქიკის სხვადასხვა ტიპის აშლილობის მიზეზი. — შეიძლება გახდეს წყვილის სქესობრივი უთანხმოებისა და შემდგომში

სერიოზული ოჯახური კონფლიქტის მიზეზი ამრიგად, აბორტი უარყოფით ზეგავლენას ახდენს არა მხოლოდ ქალზე, არამედ მის ოჯახსა და მთლიანად - საზოგადოებაზეც.

ყოველწლიურად მსოფლიოში აბორტის შედეგად იღუპება 70 000 ქალი

უკანასკნელ ათწლეულში მეცნიერების ეთიკის იმ მრავალ პრობლემათაგან, რომელიც საზოგადოების განსაკუთრებულ ინტერესსა და ვნებათაღელვას იწვევს, ყველაზე მწვავე აბორტის საკითხია. საზოგადოებრივი აზრი მკვეთრად პოლარიზებულია.

აბორტის მომხრეების აზრით, საკითხი ასე უნდა დავაყენოთ: შეიძლება თუ არა ქალი ვაიძულოთ ატაროს არასასურველი ნაყოფი საკუთარი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის ფასადაც კი? ეს ქალის უფლებაა და მისი არჩევანია ატაროს თუ არა ჩასახული ნაყოფი ან გაიკეთოს აბორტი.

აბორტის მოწინააღმდეგენი მთავარ აქცენტს იმაზე აკეთებენ, რომ ემბრიონს, ნაყოფს სიცოცხლის ისეთივე უფლება აქვს, როგორც ყველა ადამიანს. ხელოვნური აბორტი — ეს ადამიანური არსების სიცოცხლის ხელყოფაა, ე. ი. მკვლელობა და როგორ შეიძლება ვისაუბროთ „მკვლელობის უფლების“ შესახებ?

განსაკუთრებული თემა (რამაც უნდა ააღვლავს აბორტის მომხრეები, თუმცა მას ძირითადად მო-

წინააღმდეგენი წამოჭრიან ხოლმე), გრძნობს თუ არა ნაყოფი ტკივილს? სამეცნიერო თვალსაზრისით ეს საკმაოდ რთული საკითხია, რადგან ტკივილი ფსიქოფიზიოლოგიური ფენომენია. 1997 წელს სამუშაო ჯგუფმა, რომელიც დიდი ბრიტანეთის მეანობისა და გინეკოლოგიის სამეფო კოლეჯმა ჩამოაყალიბა, გამოაქვეყნა მოხსენება „ნაყოფის ცნობიერება“. ეს მოხსენება, რომელიც ლიტერატურის დაწვრილებით ანალიზს ეფუძნება, ამასთანავე ეხება საკითხს, თუ რა ასაკიდან შეიგრძნობს ტკივილს ნაყოფი.

აღნიშნულია, რომ განვითარების ოცდამესამე კვირას ნაყოფს აღმოაჩნდება რეფლექტორული რეაქციები, მხოლოდ მავნე (ზიანის მომტან) სტიმულებზე. პერიფერიული ნერვების, ზურგის ტვინის, ტვინის ღრუს, თავის ტვინის ქერქისა და თალამუსის სტრუქტურული ინტეგრაცია, რაც ნებას გვაძლევს ვისაუბროთ ნაყოფის შეგრძნებაზე, იწყება არაუადრეს ორსულობის ოცდამეექვსე კვირისა. ორსულობის შეწყვეტის პროცედურების ჩატარებისას, თუ ნაყოფი 24 კვირაზე მეტი ასაკისაა, რეკომენდებულია გაუტკივარების ჩატარება ან სედატიური საშუალებების გამოყენება. ამასთანავე, მოხსენებაში გამოყოფილია სფეროები, რომლებიც შემდგომ შემწავლას მოითხოვს.

აბორტის მოწინააღმდეგენი ექიმებს სამართლიანად საყვედურობენ, რომ გვიანი აბორტების ჩატარებისას ისინი არ იყენებენ ნაყოფის გაუტკივარების საშუალებებს. მხედველობაშია მისაღები, რომ ყველა დოკუმენტში, რომლებიც ცხოველებზე ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტების ჩატარების ნორმებს ეხება, პირველ რიგში აღნიშნულია გაუტკივარების აუცილებლობა. თუკი მივუბრუნდებით საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის მეთოდურ რეკომენდაციებს — „ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის ოპერაციის გაუტკივარება“ (1988 წ.), საკითხს ნაყოფის გაუტკივარების შესახებ აქ ვერ შეხ-

ცხრილი 5.12 აბორტების ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2010

	სულ	მათ შორის ასაკობრივი ჯგუფები					
		15 წლამდე ასაკის	15-19 წელი	20-29 წელი	30-39 წელი	40-44 წელი	45 წელი და ზემოთ
აბორტების რაოდენობა	25585	14	1770	12766	5262	1636	137
მარჯვენაპირო	2186.8	11.3	1091.2	3613.4	2889.0	1052.8	76.3
მათ შორის							
თვითმნაშარი	3190	8	271	1620	1063	206	22
ხელოვნური	21503	6	1438	10729	7851	1368	111
12-პირამდე	21-12	6	1432	10686	7814	1363	111
მინი-აბორტი (5 კვირამდე)	10620	3	635	5222	3995	704	61
12-22 კვირამდე	91	0	6	43	37	5	0
საერთო რიგშიდან აბორტები პირველი ორსულობის დროს	498	3	82	310	98	5	0

ვდებით. რეკომენდაციებში მხოლოდ ორსულ ქალზეა საუბარი.

აბორტის ჩატარებისას ექიმების მიერ საკუთარი მომსახურების რეკლამირება დამკვიდრებული პრაქტიკაა. აბორტის მოწინააღმდეგენი სამართლიანად ადანაშაულებენ ექიმებს, ვისთვისაც აბორტი მომგებიანი ბიზნესია. ისინი ხშირ შემთხვევაში არანაირ ინფორმაციას არ აწვდიან სასოწარკვეთილ ქალებს, რომლებიც სრული შესაძლებელია გაუაზრებლად დგამდნენ ამ ნაბიჯს.

დიდი ემოციური ძალა აქვს ნაყოფის განვითარების შესახებ ემბრიოლოგიურ მონაცემებს, რომლებსაც აბორტის მოწინააღმდეგენი იყენებენ სააგიტაციოდ: ნაყოფს გულისცემა ეწყება ჩასახვიდან მეჩვიდმეტე დღეს, ოცდამეერთე დღეს მას გააჩნია სისხლის მიმოქცევის ჩაკეტილი სისტემა, მეორე დღეს შეიძლება შევნიშნოთ ტვინის ელექტრული იმპულსები, მეექვსე-მეშვიდე კვირას ნაყოფი დამოუკიდებელი მოძრაობას იწყებს, მერვე კვირას კი – თითის ლოკვას, მეთერთმეტე – მეორმეტე კვირას იგი აქტიურად სუნთქავს გარემომცველ წყლებში და ა. შ. აქვე უნდა გაესვას ხაზი სამი ფაქტის განსაკუთრებულ მნიშვნელობას: გულისცემის დაწყებას და დამოუკიდებელი სუნთქვის და ტვინის ელექტრონული აქტივობის გაჩენას. მსგავსი არგუმენტებისა და ასევე სამომავლო შედეგებზე ადეკვატური ინფორმაციის მიწოდების საფუძველზე, სრულიად შესაძლებელია ქალმა შეცვალოს თავისი გადაწყვეტილება.

რაც შეეხება რელიგიის დამოკიდებულებას — მართლმადიდებელი ზნეობრიობის პირველი მცნება სიყვარულია. აბორტი არის სიყვარულის მცნების დარღვევა, ამასთან, თვით მისი ადამიანური სიღრმისეული არსის – დედის მიერ შეიღის მოკვლის გამო. ასეთი მიდგომა უკომპრომისოდ გმობს ნაყოფის გამოდევნას, ათანაბრებს რა დედის მუცელში მყოფ ჩანახახს ცოცხალ ადამიანურ არსებასთან, რომლის მკვლელობა ძველი აღთქმის მცნების – „არ კაცკლა“ დარღვევაა და ახალი აღთქმის სიყვარულის მცნების დარღვევა. მაგრამ მაინც არსებობს კითხვები: რა საჭიროა სიღარიბის გამრავლება? როგორ მოვიქცეთ, თუ ორსულობა ძალადობის შედეგია? რა ვქნათ, თუ ფეხმძიმეა 13 წლის გოგონა? თუ დედისთვის

ორსულობის გაგრძელება სიცოცხლესთან შეუთავსებელია და სხვ. მოსკოველი დეკანოზი დიმიტრი სმირნოვი თანამიმდევრობით აანალიზებს რა „როულ“ საკითხებს აბორტთან დაკავშირებით და არ ეთანხმება აბორტის არანაირ გამართლებას. თვლის რა ნებისმიერ ხელოვნურ აბორტს მკვლელობად და არ უშვებს არავითარ კომპრომისს. იგი ამბობს: „ხომ ბუნებრივია დედა დაიღუპოს მშობიარობისას. თუ გოგონა გარყვნილია და ასე იქცევა, მან, ბუნებრივია, უნდა ატაროს თავისი ჯვარი (უნდა დაისაჯოს), როგორც საკუთარი ქცევის შედეგი: ხშირად გაუპატიურებისას თვითონ დაზარალებულია დამნაშავე – გამომწვევი ჩაცმულობის, ქცევის, გაუფრთხილებლობის, უფროსების დაუჯერებლობის და ა. შ. გამო“.

ქართული მართლმადიდებლური ეკლესიის პოზიციას აბორტთან დაკავშირებით კარგად გამოხატავს ღვთისმშობლის ტაძრად მიყვანების ტაძრის წინამძღვარი დეკანოზი მიქაელ ბოტკოველი: – „გავიხსენოთ, რა სიტყვებით მიმართა უფალმა მკვლელ კაცს: „ხმაი სისხლისა ძმისა შენისა დადადებს ჩუენდა მომართ ქუეყანით“ (დაბ. 4, 10). უდანაშაულო ბავშვების სისხლი აბელის სისხლივით ცას შედლადადებს. მკვლევები მხოლოდ საუკუნო ცხოვრებაში როდი ისჯებიან, ისინი საზღაურს ამქვეყნადაც იღებენ. გასვრილი სინდისი ყველაზე მთავარს – სულიერ სიმშვიდეს – ართმევს ადამიანს. მხოლოდ სინანულით ძალუძს სულს მისი დაბრუნება.

რაც შეეხება საკანონმდებლო ბაზას ევროპაში, ის შეიძლება პირობითად ოთხ მიმართულებად დაიყოს:

1. ყველაზე ლიბერალური კანონით ნებადართულია „აბორტი თხოვნით“ (ქვეყნების პატარა ჯგუფი).
2. საკმაოდ თავისუფალი კანონები ნებას იძლევა ჩატარდეს აბორტი მრავალრიცხოვანი სამედიცინო და სოციალური მანქვანების მიხედვით (ექვს ქვეყანაში: ინგლისი, უნგრეთი, ისლანდია, კვიპროსი, ლუქსემბურგი, ფინეთი).
3. საკმაოდ მკაცრი კანონები აბორტის ნებას იძლევა მხოლოდ გარკვეული გარემოების დროს: ქალის ფიზიკური ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობა, ნაყოფის ინკურაბელური დეფექტების, გაუპატიურებისა და ინცესტის შემთხვევა (ესპანეთი,

პორტუგალია და შვეიცარია).

4. ძალიან მკაცრია კანონები, რომლებიც ან საერთოდ კრძალავს აბორტებს ან ნებას რთავს გამონაკლის შემთხვევებში, როცა ორსულობა საფრთხეს უქმნის ქალის სიცოცხლეს (ჩრდილოეთ ირლანდია, ახლო წარსულამდე – ირლანდიის რესპუბლიკა და მალტა).

საქართველოს კანონით „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს თავად განსაზღვროს შეიღების რაოდენობა და მათი დაბადების დრო. სახელმწიფო უზრუნველყოფს დედის უფლებებს რეპროდუქციის სფეროში (მუხლი 140). კონტრაცეპტივების წარმოება, იმპორტი და გავრცელება უნდა მოხდეს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით.

ქალთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება აბორტების შემცირების გზით სახელმწიფოს პრიორიტეტული ამოცანაა. ორსულობის ნებაყოფლობითი შეწყვეტა ნებადართულია:

- მხოლოდ ლიცენზირებული სამედიცინო დაწესებულებებში ლიცენზირებულ ექიმების მიერ;
 - თუ ფეხმძიმობა საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ვადაზე ნაკლები ხანგრძლივობისაა;
 - თუ ორსულს ექიმმა ჩაუტარა წინასწარი გასაუბრება და გასაუბრებიდან ოპერაციამდე გასულია კანონმდებლობით დადგენილი მოსაფიქრებელი ვადა. გასაუბრების დროს ექიმმა უპირატესობა ნაყოფის სიცოცხლის დაცვას უნდა მიანიჭოს, არჩევანი ქალის პრეროგატივაა (მუხლი 142).
- აბორტის საწინააღმდეგო პროპაგანდა და საგანმანათლებლო მუშაობა სახელმწიფოსა და საზოგადოების მოვალეობაა. აბორტის რეკლამა აკრძალულია საქართველოს კანონმდებლობით. განსაზღვრულ ვადაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის შემთხვევაში აბორტი ნებადართულია მხოლოდ სამედიცინო და სოციალური ჩვენებების მიხედვით.

ლიტერატურა:

ბელა მამულაშვილის „ბიოეთიკა“ საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ
 wikipedia.org
 mkurnali.ge
 parliament.ge
 moh. gov. ge

რეზიუმე

„აბორტის პრობლემა“

თ. მახარაძე

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბორტი უარყოფით ზეგავლენას ახდენს არა მხოლოდ ქალზე, არამედ მის ოჯახსა და მთლიანად საზოგადოებაზეც. ამ სახიანო გადაწყვეტილების მიღებაში დიდი წვლილი მიუძღვით ექიმებს, ვისთვისაც აბორტი მომგებიანი ბიზნესია. ისინი ხშირ შემთხვევაში არანაირ ინფორმაციას არ აწვდიან სასოწარკვეთილ ქალებს, რომლებიც სრული შესაძლებელია გაუაზრებლად დგამდნენ ამ ნაბიჯს.

დამაჯერებელი არგუმენტების, ასევე სამომავლო შედეგებზე ადეკვატური ინფორმაციის მიწოდების საფუძველზე, შესაძლებელია ქალმა შეცვალოს თავისი გადაწყვეტილება და გადაარჩინოს კიდევ ერთი ახალი სიცოცხლე.

SUMMARY

“PROBLEM OF ABORTION”

T. MAKHARADZE, I. Javakhishvili TSU

Abortion has negative influence not only on a woman, but its family and society itself. Medical doctors, many of whom see this as their financial interests, have huge part in making this destructive decision. In quite a lot of cases, They do not give full information to desperate women, who then make this step without knowing the effects of those action.

Convincing arguments and adequate information may change women’s decision and save one more life.

რა უნდა გაკეთდეს ბავშვთა და მოზარდთა ჯანდაცვის
გაუმჯობესებისთვის (პირველი შეხედულება)

მარგან შალვა, პროფესორი

ბავშვთა და მოზარდთა ჯანდაცვა ქვეყნის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს პრიორიტეტად მოისაზრება. ღონისძიებათა შემუშავებისთვის პროფესიონალთა აზრის შეჯერებაა საჭირო, რაც შემდეგ უნდა წარედგინოს საკანონმდებლო და აღმასრულებელ ორგანოებს, გადაწყვეტილების მიმღებებს. ვიმედოვნებ, რომ ჩემი პერსონალური შეხედულებების გამოქვეყნება ხელს შეუწყობს სათანადო დისკუსიის დაწყებას.

პირველ რიგში, ვფიქრობ უპრიანი იქნებოდა „ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობისა და განვითარების“ მდგომარეობის შესახებ მომზადდეს კრებული, რომელშიც ასახული იქნება უკანასკნელი 10-20 წლის განმავლობაში ყველა ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგები და ხელთ არსებული სტატისტიკური მონაცემები, საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელი იქნებოდა საექსპერტო მოსაზრებების მოყვანაც, არამკაფიო ლოგიკის პრინციპების მიხედვით ფორმალიზირებული. შემდეგ კი გარკვეული პერიოდულობით (5 წელიწადში ერთხელ) უნდა ტარდებოდეს „ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობისა და განვითარების“ მდგომარეობის შეფასება „ევროპული სტრატეგია-

ის“ შესაბამისი დოკუმენტების მიხედვით. შემდეგი ნაბიჯი იქნებოდა ამ მონაცემების შედარება საერთაშორისო მაჩვენებლებთან, ყველაზე მნიშვნელოვანი ინდიკატორების შერჩევა, ამ ინდიკატორების მოპოვების სტრატეგიის შემუშავება, სათანადო კვლევების სტიმულაცია, სამიზნე ინდიკატორების დადგენა.

საქართველოში ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისაკენ მიმართული რამდენიმე სახელმწიფო პროგრამა მუშაობს, არის სადაზღვევო პროგრამების პაკეტიც. მრავალი საერთაშორისო და არასამთავრობო ორგანიზაციის ძალისხმევაა გასათვალისწინებელი. სამწუხაროდ, არა მარტო მოსახლეობა, ექიმებიც ნაკლებად არიან გარკვეული იმაში, თუ რა კეთდება რეალურად, რა სახის დახმარებაა არის ხელმისაწვდომი. მით უფრო აბსოლუტურად უცნობია წარსული პროექტების შედეგები. ვფიქრობ, აუცილებელია, გამჭვირვალობისა და საჯაროობის გაზრდა, ასევე რეტროსპექტული აუდიტის ჩატარება.

ტრადიციულად, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანდაცვასა და განვითარებაზე მსჯელობისას შემ-

დეგ მიმართულებებს განიხილავენ: დედა და ახალშობილი, კვება, ინფექციური დაავადებები, ფიზიკური გარემო, მოზარდთა ჯანმრთელობა, ტრავმები და ძალადობა, ფსიქოსოციალური განვითარება და ფსიქიკური ჯანმრთელობა, უნარშეზღუდული და ქრონიკული დაავადებების მქონე ბავშვები და მოზარდები. ცხადია, სათანადო ყურადღება უნდა ექცეოდეს უზმირეს დაავადებებსაც, მნიშვნელოვან წილად იგი დაავადებათა ინტეგრალური მართვის პროგრამით იფარება. საერთოდ, უფრო ფართოდ უნდა ინერგებოდეს ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული სხვა პროგრამებიც: ახალშობილებისთვის კეთილგანწყობილი კლინიკა, ბავშვთა განვითარება, ბავშვთა დაცვა, მოზარდებისადმი კეთილგანწყობილი სამედიცინო დახმარება; ასევე ჯანსაღი სკოლების ინიციატივა. აქვე მივუთითებდი, რომ სკოლას და ბავშვთა ჯანდაცვას შორის კავშირი უფრო მეტად უნდა იყოს განმტკიცებული.

ყველაზე აქტუალურად განათლება მესახება, აქ ვგულისხმობ როგორც პროფესიულ მომზადებას, დიპლომამდელს და პოსტდიპლომურს, უწყვეტი განათლების ჩათვლით, საშუალო სამედიცინო რგოლის, პედაგოგების, პარამედიკოსები, ყველასი, ვისაც საქმე აქვს ბავშვებსა და მოზარდებთან, და, ცხადია, მოსახლეობის (როგორც მშობლების, ასევე ბავშვებისა და მოზარდების) განათლებას. საჭიროა ინდიკატორების შემუშავება და მუდმივი მონიტორინგი. ჯანსაღად ცხოვრების წესის დანერგვა, რომელსაც სამწუხაროდ, ნაკლები ყურადღება ექცევა. განათლების პროცესში მოვიაზრებ ხარისხის სამსახურის აქტივიზაციასაც. აუცილებელად მიმაჩნია ასევე გაიდლაინების ადაპტაცია და, კიდევ უფრო უკეთესი, მათი ხელმისაწვდომობის გაზრდა რეფერალური დაწესებულებების თანამშრომლებისთვის მაინც.

უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზაციას, განსაკუთრებით როცა საქმე ეხება რთულ და იშვიათ დაავადებებს. მოსახლეობაც და პროფესიონალებიც უნდა ერკვეოდნენ სად და რა დონის მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარებაა ხელმისაწვდომი. უფრო მეტიც, ყველა სამედიცინო დაწესებულება, სასურველია, რანჟირებული იყოს პედიატრიის სხვადასხვა სუბსპეციალობაში კვალიფიკაციის მხრივ. აქვე აღვნიშნავდი, რომ განვითარებულ ქვეყნებში მზარდი ყურადღება ექცევა ე. წ. „იშვიათ დაავადებებს“. შესაბამისად, აუცილებელია, როგორც პირველი ნაბიჯი მაინც, ბავშვებსა და მოზარდებში „იშვიათი დაავადებების“ საინფორმაციო-რეფერალური ცენტრის ორგანიზაცია. იგივე ეხება ქრონიკული დაავადებების მქონე და უნარშეზღუდული ბავშვებისათვის სპეციალიზირებული და ამავე დროს, ეფექტური პოლისტური დახმარების უზრუნველყოფაც. კიდევ ერთხელ უნდა გადაიხედოს, ალბათ, უნარშეზღუ-

დულობის კრიტერიუმები, ქრონიკული დაავადებების, უნარშეზღუდულობის გამომწვევი დაავადებების /მდგომარეობების, ქვეყნისთვის აქტუალური იშვიათი დაავადებების ნუსხა. მუდმივ ყურადღებას თხოულობს ე. წ. ობოლი წამლების ხელმისაწვდომობაც.

ნეონატოლოგიის პრობლემატიკაში ხაზს გავეუსვამდი შემდეგს – მოზარდების, როგორც გონების ასევე ვაქცების ჯანმრთელობისა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევის ოპტიმიზაციას, რაც ჩემი ღრმა რწმენით, მათი მომავალი შვილების ჯანმრთელობის გაუმჯობესების უმთავრესი გასაღებია. მეორე, ძალზე მნიშვნელოვან საკითხად მიმაჩნია, რეპროდუქციული ჰიგიენისა და ოჯახის დაგეგმარების ოპტიმიზაცია, განსაკუთრებით თანდაყოლილი ინფექციების პრევენცია და დროული დიაგნოსტიკა, ნაყოფზე მომქმედი უარყოფითი ფაქტორების მინიმალიზაცია, სკრინინგის ოპტიმიზაცია.

ვაქცინკონტროლირებად დაავადებების წინააღმდეგ იმუნიზაციის უზრუნველყოფა – ესეც პედიატრიის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუდმივი პრობლემაა. სულ უფრო მეტ ყურადღებას ითხოვს საავადმყოფოს შიდა ინფექციების პროფილაქტიკა.

ეკოლოგიური პედიატრია პრაქტიკულად Terra incognita-დ რჩება საზოგადოებისთვის.

ძალზე მტკივნეულ პრობლემაა მოზარდთა ჯანმრთელობა. ჯანსაღად ცხოვრების წესის იმპლემენტაციის პრაქტიკულად სრული იგნორირება, ვერა და ვერ მოხერხდა მოზარდთა ჯანდაცვის ცენტრის (ების) ორგანიზაცია; რაც არის, ძირითადად უსაფრთხო სექსის სწავლებაზე გადასული.

ეპიდემიის სახეს დებულობს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოსოციალური განვითარების და ფსიქიური დარღვევები. ალბათ სპეციალური დაწესებულებების ცენტრია შესაქმნელი.

როგორც ამბობენ, ძალა ერთობაშია. „გუნდური“ თამაში ყოველთვის უფრო ეფექტურია. აქ განსაკუთრებულად ხაზს გავეუსვამდი მას-მედიისა და პაციენტების მშობლების ორგანიზაციებს.

ნებისმიერი აქტივობა ცოდნაზე უნდა იყოს დამყარებული. არსებული ლიტერატურის სისტემური და მეტა-ანალიზი და შესაბამისი კვლევა ამ ცოდნის მოპოვების წინაპირობაა. მეცნიერების უგულველყოფა მიუღებელია.

და, როგორც ამბობენ, last but not least, ბოლო ჩამოთვლაში და არა მნიშვნელობის მხრივ, ეს არის დაფინანსების საკითხი. ცხადია, ამას სამედიცინო საზოგადოება ვერ გადასწყვიტავს, მაგრამ ყველა უნდა დაეარწმუნოს, თუნდაც პრესის მეშვეობით, რომ ყველაზე პატრიოტული და, საბოლოო ანგარიშით, ყველაზე მომგებიანი ინვესტიციაა ის, რაც მოზარდი თაობის ჯანმრთელობის, განვითარებისა და განათლებას გაუმჯობესებსა და არის მიმართული.

რეზიუმე

რა უნდა გაკეთდეს გაფხვთა და მოზარდთა ჯანდაცვის გაუმჯობესებისთვის (პიროვნული უხედიშლება)

მარტინ შაღაბა, პროფესორი

ბავშვთა და მოზარდთა ჯანდაცვა ქვეყნის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს პრიორიტეტად მოისაზრება. ღონისძიებათა შემუშავებისთვის პროფესიონალთა აზრის შეჯერება საჭირო, რაც შემდეგ უნდა წარედგინოს საკანონმდებლო და აღმასრულებელ ორგანოებს, გადაწყვეტილების მიმღებებს. ვიმედოვნებ, რომ ჩემი პერსონალური შეხედულებების გამოქვეყნება ხელს შეუწყობს სათანადო დისკუსიის დაწყებას.

და, როგორც ამბობენ, last but not least, ბოლო ჩამოთვლაში და არა მნიშვნელობის მხრივ, ეს არის დაფინანსების საკითხი. ცხადია, ამას სამედიცინო საზოგადოება ვერ გადასწყვეტავს, მაგრამ ყველა უნდა დაეარწმუნოს, თუნდაც პრესის მეშვეობით, რომ ყველაზე პატრიოტული და, საბოლოო ანგარიშით, ყველაზე მომგებიანი ინვესტიციაა ის, რაც მოზარდი თაობის ჯანმრთელობის, განვითარებისა და განათლებას გაუმჯობესებისაკენ არის მიმართული.

SUMMARY

WHAT NEEDS TO BE DONE TO IMPROVE HEALTHCARE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS(PERSONAL VIEWS)

K. PAGAVA

Healthcare of children and adolescent is thought to be one of the main priorities of the state. To work out the plans various thoughts and opinions must be discussed and only after that sent to legislative or executive government. I hope, My personal views will help with the start of public discussion.

And as they say, last but not the least, the financing is vitally important. This cannot be changed by only medical personnel and by using mass media we should convince people that the best investment is the one that can ensure healthy generation, with fast development and improving education.

იმუნური სისტემის მდგომარეობა და მისი კორექცია აკვიზიტით ეუთირაოილული ჩიყვის დროს

ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოშუაშვილი, ნ. ბაღრაშვილი, ძ. ჩახუნაშვილი, ს. ღლონტი სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, ირ. ციციშვილის სახ. პედიატრიული კლინიკა

თანამედროვე მონაცემებით იმუნური და ენდოკრინული სისტემა, ეს ორი მნიშვნელოვანი სისტემა ადამიანის ორგანიზმში, საკმაოდ ღრმა გავლენას ახდენენ ურთიერთზე. კერძოდ, ადამიანის ორგანიზმში გამომუშავებულ ჰორმონთა უმრავლესობა გავლენას ახდენს იმუნოლოგიურ პროცესებზე და უზრუნველყოფს მათ ნორმალურ ფუნქციონირებას. ამავე დროს გარედან ინდუცირებულ გარკვეულ ჰორმონთა დონის ცვლილებას შეუძლია ორგანიზმის იმუნოლოგიური რეაქტიულობის შეცვლა. შედეგად, წარმოიშვა შეხედულება იმუნოგენების ენდოკრინულ რეგულაციაზე(1,5,6).

თანამედროვე ეტაპზე ფართოდ შეისწავლება ჰიპოფიზურ-ადრენალინური სისტემის გავლენა იმუნოგენებზე და პირიქით ფარისებრი ჯირკვლის ზემოქმედება იმუნოლოგიურ რეაქტიულობაზე. გამოკვლევებით დადგინილია: რომ ლიმფოციტების პროლიფერაციის ინტენსივობა,

შეფასებულ იქნა-თიმიდინით, საკმაოდ მჭიდროდ და დადებითად კორელირებს პერიფერიულ სისხლში ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების შემცველობასთან; ასევე თირეოიდექტომიის შემდეგ აღინიშნება თიმუსის ჰუმორული ფაქტორის სინთეზის ინტენსივობის და მისი სისხლში გადმოსროლის შემცირება;

ამასთანავე თირეოსტატიკების შეყვანისას ადგილი აქვს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური აქტივობის დაქვეითებას, რაც განაპირობებს თიმოციტების დესტრუქციის გააქტივებას. ყოველივე ზემოთქმული თიმუსისა და ფარისებრი ჯირკვლის ურთიერთკავშირის მაჩვენებელია(2, 3, 8, 10).

გარდა ამისა, ფარისებრი ჯირკვლი მიეკუთვნება ე. წ. „ბარიერს იქითა“ ქსოვილებს, ვინაიდან ის ემბრიოგენეზის პროცესში ლიმფოციტურ ქსოვილთან არ კონტაქტირებს. ამ თავისებურების გამო ის სხვა ორგანოებთან შედარებით უფრო ხშირად ზიანდება აუტო-

მუნური პროცესებით, ანტიტირეოიდული აუტოანტისხეულებითა და იმუნური კომპლექსებით.

მრავალრიცხოვანი გამოკვლევებით დადასტურებულია, რომ თირეოიდული პათოლოგიის მრავალი ფორმის დროს შეიძლება განვითარდეს იმუნური დარღვევები და პირიქით, აუტოიმუნური პათოლოგიების დროს ყველაზე ხშირად სწორედ ფარისებრი ჯირკვლი ზიანდება. კერძოდ, ტოქსიური ჩიყვითა და ჰიპოთირეოზით დაავადებულთა იმუნური სტატუსის შესწავლისას აღინიშნა მნიშვნელოვანი ცვლილებები უჯრედული იმუნიტეტის მხრივ, რომელიც დაავადებების კლინიკურ მიმდინარეობასთან კორელირებდა. ფარისებრი ჯირკვლის პრეპარატებით (თირეოიდინი) თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის პოსტოპერაციული მკურნალობა კი იმუნომაკორეგირებელ ეფექტს იძლეოდა(1,4,9).

ამგვარად, ზემოაღნიშნული გამოკვლევები გვიჩვენებს, რომ იმუნური და ენდოკრინული სისტემე-

ბი მჭიდრო ურთიერთკავშირშია, რომელშიც მნიშვნელოვანი როლი ფარისებრ ჯირკვალს ენიჭება.

ამ თვალსაზრისით, პერსპექტიულია აპივიტის ჩართვა ეუთირეოიდული ჩიყვის მკურნალობის კომპლექსში.

პირველი ქართული ნატურალური დანამატი, რომელიც მთლიანად აკმაყოფილებს საერთაშორისო სტანდარტების ყველაზე მაკაცრ კრიტერიუმებს და მათ შორის უმთავრესს-უსაფრთხოებას, სოციალური პედაგოგიის ფონდის სამეცნიერო-კვლევითი საწარმო „GGW“-ს მიერ შექმნილი კვებითი დანამატი „აპივიტი“ წარმოადგენს.

იგი ბუნებრივი მაღალხარისხოვანი კონცენტრირებული და ბიოლოგიურად აქტიური კვებითი პროდუქტია, რომელიც შეიცავს ცოცხალი ორგანიზმის შენების, განვითარებისა და სიცოცხლისათვის აუცილებელ ყველა ნივთიერებას: ცილებს, ცხიმებს, ნახშირწყლებს, ვიტამინებს A, B₁, B₂, B₆, C, E, D, PP ფოლის მჟავა და სხვა. ამინომჟავებს, ვანადს, ლიზინს, ლეიცინს, გლუტამინის მჟავას, საიტინს და ა. შ. სულ მათ ოცდამდე სახეობას. ასევე, გლუკოზიდ რუტინს, ზრდის ჰორმონს და სხვა.

აპივიტის ძირითად მასას ფუტკრის მიერ შეგროვებული პროდუქტის ნახევარფაბრიკატი შეადგენს. მის („აპივიტის“) გამოყენებას უდღედი მნიშვნელობა აქვს ჯანმრთელი ორგანიზმის ცხოველქმედების ნორმალურად მიმდინარეობისათვის. „აპივიტის“ ერთ-ერთი ძირითადი კომპონენტია რუტინი, რომელიც ხელს უწყობს კაპილარების კედლების რეზისტენტობას და აუმჯობესებს გულის მუშაობას.

ის აწესრიგებს ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების ცვლას, ჟანგვა-აღდგენით პროცესებს; აძლიერებს ქსოვილის მიერ ჟანგბადის უტილიზაციას და შედეგად ზრდის გონებრივ და ფიზიკურ შრომისუნარიანობას; უზრუნველყოფს ორგანიზმის ზრდისა და განვითარების პროცესებს; გააჩნია იმუნომოდულაციური, იმუნომასტიმულირებელი და ანტიმიკრობული თვისებები; აუმჯობესებს რეპროდუქციული სისტემის ფუნქციონირებას; აძლიერებს ექსტრემალური და სტრესული ფაქტორებისადმი ორგანიზმის ადაპტაციის უნარს და მის დაცვით მუქანიზმებს. პრეპარატში შემავალი ამინომჟავები აღვიდად ათვისებადია, რაც

ხელს უწყობს აზოტოვანი ბალანსის შენარჩუნებასა და ორგანიზმის ზრდა-განვითარებას; „აპივიტი“ ბიოლოგიური სტიმულატორია, რომელიც ზედმიწევნით ზემოქმედებს სასქესო ჰორმონებზე, იგი მაღალპოტენციურია ენერგეტიკული თვალსაზრისითაც.

„აპივიტი“ სამედიცინო და ბიოლოგიური დისციპლინების სპეციალისტთა აზრით-მოკლე დროში იწვევს სხვადასხვა ინტენსივობის ეტიოლოგიის პათოლოგიური პროცესის შესუსტებას ან აღადგენს. აპივიტის გამოყენება წელიწადში რამდენიმეჯერ, ყოველი ახალი სეზონის დაწყების წინ, რეკომენდირებულია არამხოლოდ ავადმყოფებისათვის, არამედ ნებისმიერი ასაკის და განსხვავებული სქესის ჯანმრთელი ადამიანებისთვისაც. არ არის მიზანშეწონილი მისი მიღება გვიან საღამოს ან ძილის წინ.

შრომის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა უჯრედული და ჰუმორული იმუნიტეტისა და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია ეუთირეოიდული ჩიყვით დაავადებულებში. გაგვესაზღვრა ურთიერთდამოკიდებულება უჯრედული იმუნიტეტსა და ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების დონეს შორის.

მასალა და მეთოდები: ჩვენი დაკვირვებების ქვეშ იმყოფებოდა ეუთირეოიდული ჩიყვით დაავადებული 60 პაციენტი. მათგან 40 ქალი და 20 მამაკაცი, პაციენტთა საშუალო ასაკი იყო 36±12;

საკონტროლო ჯგუფს შეადგენდა იმავე ასაკის პრაქტიკულად ჯანმრთელი 25 მოზრდილი.

ფარისებრი ჯირკვლის გამოკვლევა ტარდებოდა ულტრაბგერითი სკანირებით (აპარატით სონილაინსი). პერიფერიული სისხლის T-ლიმფოციტები და მათ იმუნომარეგულირებელი სუბპოპულაციები ისაზღვრებოდა მონოკლონური ანტისხეულებით (CD3+, CD4+, CD8+), B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობა კომპლემენტური როზეტკის წარმოქმნის მეთოდით(7), სისხლის შრატში IgG, IgA, IgM-ის შემცველო-

ბა მანჩინის რადიალური იმუნოდიფუზიის მეთოდით(12), ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების- თიროქსინისა(T₄) და ტრიოდთირონინის(T₃) კონცენტრაცია რადიო-იმუნოლოგიური მეთოდით.

მიღებული მასალის სტატისტიკური დამუშავება განხორციელდა კომპიუტერული პროგრამა SPSS პაკეტით.

პაციენტთა 25%(14)-ს აღენიშნებოდა ფარისებრი ჯირკვლის I ხარისხის ჰიპერპლაზია, 55%(36)-ს II ხარისხის და 20%(10)-ს კი III ხარისხის ჰიპერპლაზია. ექოგენურობა 5 შემთხვევაში იყო დაქვეითებული, დანარჩენ შემთხვევაში ნორმის ფარგლებში, კისტა ან კვანძი არ დაფიქსირებულა.

ჩატარებულმა გამოკვლევებმა გვჩვენა, რომ ეუთირეოიდული ჩიყვით დაავადებულებს ახასიათებდათ სისხლის შრატში თიროქსინისა და ტრიოდთირონინის კონცენტრაციის შემცირება. ეს ცვლილებები კორელირებდა ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზიის ხარისხთან და შესაბამისად თიროქსინისა და ტრიოდთირონინის შემცველობა სისხლის შრატში ყველაზე დაბალი იყო III ხარისხის ჰიპერპლაზიის დროს(ცხრილი №1).

იმუნური სტატუსის შესწავლისას ეუთირეოიდული ჩიყვით დაავადებულებში უჯრედული იმუნიტეტის მხრივ აღენიშნებოდა CD3 და CD8 ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობის შემცირება, იმუნომარეგულირებელი სუბპოპულაციების გამოსატული დისბალანსი CD4/CD8 კოეფიციენტის გაზრდით. ჰუმორული იმუნიტეტის მხრივ აღვიციტა B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობისა და სისხლის შრატში სამივე კლასის იმუნოგლობულინების IgG, IgA, IgM-ის შემცველობის მატებას. ეს მანჩენებლები ფარისებრი ჯირკვლის III ხარისხის ჰიპერპლაზიის დროს უფრო მკვეთრად იყო დარღვეული, ვიდრე II ხარისხის ჰიპერპლაზიის დროს, I ხარისხის ჰიპერპლაზიის დროს კი იმუნოლო-

ცხრილი №1
თიროქსინისა და ტრიოდთირონინის კონცენტრაცია სისხლის შრატში ეუთირეოიდული ჩიყვის დროს

მაჩვენებლები	საკონტროლო ჯგუფი n=25	ეუთირეოიდული ჩიყვი I ხარისხი n=14	ეუთირეოიდული II ხარისხი n=36	ეუთირეოიდული ჩიყვი III ხარისხი n=10
თიროქსინი(T ₄) (ნ. მოლი/ლ) P<	113.87±3.93	110.76±4.65	107.62±5.4	61.79±8.77
ტრიოდთირონინი(T ₃) (ნ. მოლი/ლ) P<	1.54±0.15	1.44±0.25	1.05±0.25	0.93±0.12

გიური მახვენებლები ნორმიდან უმნიშვნელოდ იყო გადახრილი.

იმუნიტეტის T და B სისტემაში მიმდინარე ცვლილებებსა და ფარისებრი ჯირკვლის პორმონების დონეს შორის კორელაციური ურთიერთკავშირის შესწავლამ გვიჩვენა, რომ თიროქსინისა და ტრიოდთირონინის კონცენტრაციის დაქვეითება სარწმუნოდ კორელირებდა იმუნოლოგიური მახვენებლების ცვლილებებთან.

ეუთიროიდული ჩიყვის მკურნალობისას თიროქსინის კონცენტრაციის მომატებისა და ნორმასთან მიახლოებისას T-ლიმფოციტების რაოდენობა მატულობდა, დაავადება ადვილად ემორჩილებოდა მკურნალობას და დროის უფრო მოკლე შუალედში დგებოდა განკურნება.

ამგვარად, ეუთიროიდული ჩიყვის დროს ძირითადი იმუნოლოგიური მახვენებლებია სისხლში CD3, CD8 პროცენტული რაოდენობის შემცირება, B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობისა და IgG, IgA, IgM-იმუნოგლობულინების შემცველობის მომატება. იმუნოლოგიურ ძვრებს თან ახლავს სისხლის შრატში თიროქსინისა

(T4) და ტრიოდთირონინის(T3) კონცენტრაციის დაქვეითება.

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ „ფარისებრი ჯირკვალი – თიმუსი“ წარმოადგენს მანკიერ წრეს: დარღვევები იმუნურ სისტემაში განპირობებს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის ცვლილებებს და პირიქით.

მიღებული მონაცემები საშუალებას გვაძლევს გავწიოთ შემდეგი რეკომენდაციები:

ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის დროს შესწავლილი იქნას იმუნური სტატუსი.

მიზანშეწონილად მიგვანჩია ეუთიროიდული ჩიყვის მკურნალობაში აპივიტის გამოყენება, რომელიც ხელს შეუწყობს იმუნური პომოსტაზის ნორმალიზებას და დადებით ზეგავლენას მთავარ დავადებებს მიმდინარეობაზე.

ლიტერატურა:

Быков В. Л. //, Иммуитет, воспаление, эндокринная система., СТ-Петербург 2012г. С-27-30 //
Буйдина Т. А. Побединцева М. В. //, Опыт раннего использования тиреоидных гормонов у пациентов с оперирован-

ной шитовидной железой., Матерялы IV международного конгресса эндокринологов. СТ-Петербург 2011г. С-276/

Насонов Е. Л. //, Функция шитовидной железы и аутоимунные нарушения., Тер. Архив 2009 №5 с. 38-42//

Иллек Я. Ю., Зайцева Г. А., Смердов В. Л., //, Иммунологическая реактивность и функция шитовидной железы при острой пневмонии у детей с тимо-мегалией. * Реф журн. Клиническ. Им-мун. И аллерг. 2008г. Ст. 28//

Энгельгардт Н. В. /,Имуннологические аспекты биологии развития” М. 2010 с92-106/

Byron M. A. Mowat A. J. //Am. Rheum. Diseases 2010 sol m85N4 p174-177//

Bianco A. PatricR. /Wussenrweig Exp. Med. 1970 132-702-720/

Daro et all//Clin. Exp. Immunol. 2008 v93 N3 p430-435//

Gabriel E. M. Btrgert E. M. et all//Germline polymprphismof codon 727of Human Thyroidstimulatinghormone receptor associatedwith toxic multinodular goiter//J. Clin. Endokrin. Metab. 2011vol94p3328-3335//

Gon K. L. Wang F. A. //Am. Rheum. Di-seases 2009 sol m99N2 p201-204//

Key words Immune system, **Euthyroid goiter**, **Apivit**

რეზიუმე

იმუნური სისტემის მდგომარეობა და მისი კორექცია აპივიტით ეუთიროიდული ჩიყვის დროს

ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოფჩიოვი, ნ. ბაქრაშვილი, ძ. ჩახუნაშვილი, ს. ღლონტი
სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, ირ. ციციშვილის სახ. პედიატრიული კლინიკა

ვლევის მიზანი იყო, გამოკვლეულიყო ფარისებრი ჯირკვლის და ჰუმორული-უჯრედული იმუნური სისტემის ფუნქცია ეუთიროიდული ჩიყვისას. ვლევა ცატარდა 60 პაციენტზე, ეუთიროიდული ჩიყვით, რომელთაც ცაუტარდათ ულტრაბგერითი კვლევები და თლიმფოციტების და მისი სუბპოპულაციის გამოკვლევები (CD3, CD4, CD8), განისაზღვრა b ლიმფოციტების დონე, IgG, IgA, Ig M, სისხლის შრატის ანალიზი და თიროიდული პორმონების დონე (თიროქსინი, ტრიოდთირონინი)

შედეგებმა აჩვენა, უჯრედული იმუნიტეტი გაცილებით უფრო მეტად აზიენებს ფარისებრ ჯირკვალს ეუთიროიდული ჩიყვისას, ვიდრე ჰუმორული იმუნიტეტი. განისაზღვრა დრამატული კლება CD3, CD8 ლიმფოციტების და b ლიმფოციტების, იმუნოგლობულინ G, A და M ის მატება. გამოვლინდა, თიროიდული პორმონების კლება სისხლის შრატში.

კვლევის მიხედვით, იმუნური სისტემის როლი ეუთიროიდული ჩიყვისას მნიშვნელოვანია და საჭიროებს შესწავლას, ისევე როგორც პორმონების რაოდენობის განსაზღვრა.

SUMMARY

IMMUNE SYSTEM AND EUTHYROID GOITER

ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოფჩიოვი, ნ. ბაქრაშვილი, ძ. ჩახუნაშვილი, ს. ღლონტი
სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, ირ. ციციშვილის სახ. პედიატრიული კლინიკა

The aim of the study was to investigate function of thyroid glands as well as cellural and humoral immune system in patients with **Euthyroid goiter**. The investigation was carried out on 60 patients with **Euthyroid goiter** who underwent **Ultrasonography of the thyroid glands, who also** were studed on T- lymphocytes and its subpopulations CD3, CD4, CD8, the percentage levels of B lymphocytes, Ig G, Ig A, Ig M, testomonies in serum of blood, concentration of thyroid hormones **T4 and T3**.

The results show that, the cell’s immun system damages more hevier then hummor immun status during **Euthyroid goiter**. There was detected dramatic decrease of CD3 and CD8 lymphocytes, and increase of levels of B lymphocytes, Ig G, Ig A, Ig M. Changes in Immune system are accompanied by decrease of thyroid hormones **T4 and T3 level** in serum of blood.

Based on our study we can conclude that studding Immune system is important in patients with thyroid gland pathology, as well as studing thyroid gland hormones **T4 and T3** in the patients with autoimmune diseases.

პელოლოგია (სანოლოგია-საპედიატრიკო ვიპარტულა), როგორც „ჯანმრთელობის პედიატრია“

0. ზოქიძე, ბ. ჩახუნაშვილი

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ვალეოლოგია, როგორც ახალი დისციპლინათა-შორისო სამეცნიერო-პედაგოგიური მიმართულება წარმოიშვა რუსეთში გასული საუკუნის 80-იან წლებში. სწორედ მაშინ პროფესორმა ი. ბრეხმანმა მოგვაწოდა ტერმინი „ვალეოლოგია“, როგორც „ადამიანის ჯანმრთელობის“ აღმნიშვნელი. 1987 წელს მან გამოაქვეყნა პირველი მონოგრაფია იმ პრობლემაზე, რომელშიც მოყვანილია მტკიცებულება, რომ მეცნიერება ჯანმრთელობაზე უნდა იყოს ინტეგრირებული ფიზიკური კულტურის თეორიისა და პრაქტიკის და სხვა მეცნიერებათა მიღწევებთან ერთად [2].

ვალეოლოგიის განვითარებას ხელი შეუწყო მედიკო-ბიოლოგიური მიმართულების გამოჩენილ მეცნიერთა და პრაქტიკოსების შრომებმა კლასიკურ მედიცინაში, ფიზიოლოგიაში, პიზიენაში, სანოლოგიაში, გენეტიკაში და სხვ., რომელთა სამეცნიერო კონცეფციებმა ხელი შეუწყო ვალეოლოგიას, როგორც ინტეგრალური მეცნიერების ჩამოყალიბებაში [4].

დღეს არსებული („ძველი“) ჯანდაცვის სისტემის მოდელის არსი არის ბრძოლა დაავადებებთან და არა ჯანმრთელობის შენარჩუნებასთან. ის მთელი რიგი მიზეზების ძალისხმევით ყველაზე მეტად გახდა სამკურნალო, ვიწრო სპეციალიზაციის პოს-პიტალური დარგი და თავისი არსით ჩამოყალიბდა, როგორც მეცნიერება დაავადების შესახებ. ეს, თავის მხრივ, აისახა დიდ სამედიცინო ენციკლოპედიაშიც („მედიცინა-ერთი უძველესთაგანი მეცნიერებაა, რომლის მიზანია ადამიანთა დაავადებების თავიდან აცილება და მკურნალობა“), სადაც საერთოდ არ არის გახსენებული სიტყვა: „ჯანმრთელობა“.

ამას მიაქვია ყურადღება დიდმა ფიზიოლოგმა ივანე პავლოვმა, როცა 1903 წლის აპრილში მადრიდის საერთაშორისო სამედიცინო კონგრესზე აღნიშნა: „სამწუხაროდ, ჩვენ დღემდე არ გაგვაჩნია ორგანიზმის ძირითადი ფუნქციის აღმნიშვნელი-შინაგანი და გარეთა გარემოს გამაწონასწორებელი სუფთა სამედიცინო ტერმინი“.

ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული ხარვეზები ქმნის მრავალ გაუგებრობებს, როგორც მოსახლეობაში, ისე ქვეყნის სამთავრობო სტრუქტურებში, რაც უშლის ხელს ქვეყნის კონსტიტუციით დაცულ ნებისმიერი ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნების უფლებამოსილებას. ჯანდაცვის სახელმწიფოებრივი სტრუქტურები დღევანდელი გადმოსახელიდან უპირატესად გადატვირთულია უიმედოდ მიშვებული მრავალრიცხოვანი სოციალური პრობლემებით და რადიკალურად უნარგარეშეა მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხარისხის გასაუმჯობესებლად. ამ სავალალო მდგომარეობიდან გამომდინარე საჭიროა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაც-

ვის მიზნით შემუშავდეს ადეკვატური სახელმწიფოებრივი სტრატეგია და მისი მართვის ბერკეტები. ეს მოთხოვნა ისტორიული აუცილებლობით არის განპიროვნებული, რადგან თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემა ვერ ჩაეწერა სახელმწიფოებრივ სტრუქტურაში, რადგან მოშლილი მართვის სისტემის ფონზე დეცენტრალიზებულია მისი მრავალდარგობრივი ეკონომიკა.

მედიცინა, მიუხედავად პროფესიული მაღალი დონისა ვერ გვაძლევს ამომწურავ პასუხს კონკრეტულ შეკითვებზე: რატომ განიცდის რღვევას ადამიანის ჯანმრთელობა და რატომ ვერ ხერხდება დაავადების მკურნალობისა და ნაწილობრივი რეაბილიტაციის შემდგომ ჯანმრთელობის სრული აღდგენა. ამის მიზეზად უნდა ჩაითვალოს სახელმწიფოებრივი უყურადღებობა ჯანმრთელი მოსახლეობის შენარჩუნებისათვის და ამასთან, ჯანდაცვის სისტემა მთლიანად გადართულია ავადმყოფთა პრობლემებზე და ისიც დესტრუქციული მიდგომით. მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხარისხი ჯერ კიდევ არ განიხილება ქვეყნის ძირითად ფასეულობად და ამასთან, თანამედროვე მედიცინას ზემოთაღნიშნული მიზეზით დღემდე არ გააჩნია „ჯანმრთელი ადამიანის ორგანიზმის ფსიქოფიზიკური მოდელი“, რომლის გადასინჯვა ყოველწლიურად უნდა ხდებოდეს, რადგან გარეთა გარემოს, ტექნოცივილიზაციისა და სხვა ფაქტორების ზემოქმედებით პროგრესულად იცვლება ადამიანის ჰომეოსტაზი. ნორმის დადგენას კი უდიდესი მნიშვნელობა გააჩნია დიფერენცირებულ დიაგნოსტიკაში, რადგან ჯანმრთელობის პარამეტრებიდან უნდა ხდებოდეს პათოლოგიური გადახრების ხარისხობრივი თუ რაოდენობრივი მახვენებლების ათვისება, რაც ობიექტურად შეუწყობს ხელს სწორ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას. ამის უგულველყოფა არის მიზეზი იმისა, რომ გახშირდა ფარულად მიმდინარე გართულებები ორგანიზმის სხვადასხვა ორგანოებში და სისტემებში, რამაც გაზარდა გადაუდებელი ქირურგიული დაავადებების ნუსხა და სიცოცხლისათვის საშიში პროგნოზი. ამით ქირურგია აღმოჩნდა „გაფურჩქნის ფაზაში“ მაშინ, როცა თერაპია განიცდის „ჰკნობის“ პროცესს. ეს თვალთ შესამჩნევი ფაქტი უყურადღებოდ რჩება სახელმწიფოებრივი სტრუქტურების მიერ, რაც პროგრესულად ზრდის ე. წ. „ცივილიზაციის დაავადებებს“, ქრონიკულ პათოლოგიებს, ინვალიდობისა და სიკვდილიანობის მახვენებლებს. სახელმწიფოს სტრუქტურები რეკლამირებას კი არ უნდა უკეთებდეს სავადმყოფოების მომრავლებას, არამედ უნდა ზრუნავდეს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე და ამ მიზნით სპორტულ-გამაჯანსაღებელი ცენტრების გახსნაზე. ერის სიჯანსაღე უნდა იყოს სახელმწიფო-

ებრივი პრიორიტეტი და ჯანდაცვის სისტემა უნდა ზრუნავდეს ამ მიმართულებით.

ჩვენს პლანეტაზე მიმდინარე კატაკლიზმებმა და უცნობი დაავადებების მომრავლებამ კიდევ ერთხელ დაგვარწმუნა თანამედროვე ცივილიზაციის თვითმკვლელობის აცილების ჭეშმარიტებაში და ნებისმიერი ადამიანის საკუთარი ჯანმრთელობის შენარჩუნებისათვის პასუხი მოქმედებიდან აქტიურ მოქმედებაზე გადასვლის აუცილებლობაში.

მრავალი დარგის სპეციალისტისათვის ჯერ კიდევ გააზრებული არ არის ვალეოლოგიის მეცნიერული აზროვნების მასშტაბურობა. თანამედროვე ვალეოლოგია ითვლის ჯანმრთელობის 100-ზე მეტ განმარტებას, ხოლო საბოლოო ვარიანტად მიჩნეულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის დებულება, სადაც ჯანმრთელობა განიხილება, როგორც ადამიანის ფიზიკური, სულიერი და სოციალური კეთილდღეობა. თანამედროვე ცივილიზაციის პირობებში ჯანმრთელი ადამიანის პრობლემა უნდა გახდეს სამედიცინო კვლევის ობიექტი და ექიმებმა „დაავადების ისტორიის“ გარდა, უნდა დაიწყო „ჯანმრთელობის ისტორიის“ შედგენა, რაც საშუალებას მოგვცემს შევისწავლოთ ადამიანის ფსიქოფიზიკური შესაძლებლობები ახალ გარემო პირობებთან და ცხოვრების წესთან შეგუების ხარისხის გათვალისწინებით. ჯანმრთელი ადამიანის ორგანიზმის წონასწორობიდან გამოყვანა ძალზე ძნელია, რადგან მას საკმარისად აქვს განვითარებული დაცვით-კომპენსატორული მექანიზმები, თუმცა ეს უსაზღვრო არ არის. ადამიანის ორგანიზმის ბიოენერგეტიკული რეზერვები ადრე თუ გვიან შეიძლება გამოიფიტოს და გამოვლინდეს დაავადებისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები, რაც მიზანდასახულ, დროულ კორექციას საჭიროებს. ეს კი ექიმისაგან მოითხოვს ჯანმრთელი ადამიანის ფსიქოფიზიკური მოდელის კლინიკურ ცოდნას და შესაბამის კვლევის მეთოდოლოგიას, რაც მას არ გააჩნია. ამის გამო, ის ავადმყოფს იშვიათად კურნავს და გარკვეულწილად ითვლება ექიმ-სპეციალისტის მომზადების სერიოზულ ხარვეზად.

კლასიკური მედიცინა, მიუხედავად დიდი წარმატებებისა, ჯერ კიდევ სრულყოფილი არ არის. ვალეოლოგია, როგორც ადამიანის კვლევის მეცნიერება განიხილება, როგორც ბიოენერგო-ინფორმაციული სისტემა, რომელიც სამი ქვესისტემისაგან: სულიერი, ფსიქიკური და ფიზიკურისაგან შედგება. სამწუხაროდ, ექიმის შესაძლებლობები ზემოქმედება მოახდინოს ადამიანის სულიერ სფეროზე მკვეთრად შეზღუდულია, რადგან კლასიკური მედიცინა ამ სფეროში განსხვავებით აღმოსავლური მედიცინისაგან საგრძნობლად ჩამორჩენილია, რადგან არა აქვს სათანადო გამოცდილება და შესაბამისი ცოდნა.

დღევანდელი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების ძირითადი ნაკლი არის არამარტო ფინანსური დეფიციტი, არამედ მცდარი შეხედულებები ბრძოლა დაავადებებთან და არა ჯანმრთელი ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა, ადამიანის ორგანიზმში მხოლოდ ფიზიკური სხეულის აღიარება და

უფრო ფაქიზი სტრუქტურების (ბიოველების) უარყოფა, რაც განსაკუთრებულ ზიანს აყენებს ადამიანის ჯანმრთელობას.

თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემა გადაუდებლად მოითხოვს ადამიანის ჯანმრთელობის ხარისხის შეფასების ექსპრეს-დიაგნოსტიკის მეთოდის შემუშავებას, რომელსაც შეეძლება პოლისტიკური მიდგომით სრულფასოვნად შეაფასოს ყველა სისტემის ფუნქციონირების ხარისხი დროის მცირე მონაკვეთში (სამედიცინო ტექნიკის ინჟინერ-გამომგონებლებს ჯანდაცვის სამსახურისათვის ასეთი აპარატი ჯერ არ შეუქმნიათ). ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი აპარატები არსებობს და ისინი წარმატებულად გამოიყენება სამედიცინო პრაქტიკაში [3, 5]. ჩვენ, სპორტსმენების (მოჭიდავეების, მძლეოსნების) ჯანმრთელობის ხარისხის დასადგენად გამოვიყენეთ აირგანმუხტვითი ვიზუალიზაციის კომპიუტერიზებული მეთოდის ორ ვარიანტ: კამერა და ბეოტომოგრაფია [1, 6]. სპორტსმენების ორგანიზმის ტალღური მოდულების ანალიზმა გრაფიკული გამოსახულებებით გამოავლინა ჯანმრთელობის დარღვევა სპორტსმენების 70-80 პროცენტში, რომელიც მოითხოვდა გადაუდებელ რეაბილიტაციური ღონისძიებების ჩატარებას. ეს კი მიგვიბრუნებს იმაზე, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის ხარისხის დადგენა და მისი კონტროლი სპორტსმენების ფსიქოფიზიკურ მომზადებაში.

ამრიგად, სახელმწიფოებრივი ჯანდაცვის სისტემა ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას და პრინციპულად ითხოვს ამ სოციალური ინსტიტუტის დემონტაჟს დამოუკიდებელი სამსახურების შექმნით: ცალკე ავადმყოფებისათვის და ცალკე ჯანმრთელი ადამიანებისათვის. აქედან გამომდინარე, ვალეოლოგია უნდა განვიხილოთ, როგორც „ჯანმრთელობის მედიცინა“, რომელიც ხელს შეუწყობს პიროვნებისა და ოჯახის კეთილდღეობას, გაზრდის ქვეყნის შრომით პოტენციალს, კულტურის დონეს და ა. შ.

ლიტერატურა

დოლიძე ი. სპორტული ვალეოლოგია – ზოგადი ვალეოლოგიის განვითარების საფუძველი // საქართველოს განათლების მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, №9, თბილისი, 2006, 150-153.

Брехман Н. И. Валеология – Наука о здоровье, М., 2001. 206 с.

Коротков К. Г., Струков Е. Ю., Ширков Д. М. Метод газоразрядной визуализации (ГРВ) в практике врача-исследователя, Санкт-Петербург, 2003. 102 с.

Петрушина В. А., Петрушин Н. В. Валеология – Учебн. пос., М., 2002. 186 с.

Шадури М. И., Чичинадзе Г. К. Работа с программным-аппаратным комплексом «ГРВ-камера» по методике М. Шадури (БЭО-томография) // Вестник Северо-Западного отделения медико-технических наук Р. Ф. под ред. К. Г. Короткова – СПб: Агенство «РДК-принт», 2001, 119-137.

Dolidze I. D., Kakhabrishvili Z. G., Ganelidze G. D. Valeometric Approach To Determining Psychophysical Fitness of Wrestlers. / 4 Th International Baltic Congress on Sports Medicine 2005, Riga, Latvia, p. 20.

რეზიუმე

ვალეოლოგია, როგორც «ჯანმრთელობის მედიცინა»

0. დოლიძე, ბ. ჩახუნაშვილი

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემაში ვალეოლოგიური ცოდნის ინტეგრირება ექიმების, პედაგოგების და ფსიქოლოგების მხრიდან ხელს შეუწყობს ჯანმრთელი ადამიანის ფსიქოფიზიკური მოდელის შექმნას, რაც უნდა იყოს დაფუძნებული ჯანმრთელობის პოლისტიკური დიაგნოსტიკის ახალ მეთოდოლოგიაზე და ვალეოლოგია განვიხილოთ, როგორც „ჯანმრთელობის მედიცინის“ საფუძველი.

SUMMARY

VALEOLOGY OF "HEALTH MEDICINE"

I. DOLIDZE G. CHAKHUNASHVILI

Tbilisi State Medical University

In modern public health system the integration of valeological knowledge into doctors, psychologist, pedagogical psychologist, from theirs side will promote the creation of healthy person's psychophysical model. The model will be based on a holistic methodology of diagnostics. In the article is considered valeology as basis of the 'health medicine'

სკორტსმენტა და ორსულთა კვების რაციონში „აპიპურის“ აუსილუბოგა

ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. ბაბიაშვილი, მ. თოფჩიძე, ნ. ჯობაბაძე, ბ. ჩახუნაშვილი, ზ. შხალაძე, ირ. კალსნაძე, დ. ჩახუნაშვილი

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, ირ. ციციშვილის სახ. პედიატრიული კლინიკა, თბილისის სახ. სამედიცინო უნივერსიტეტი

საკვები პროდუქტი „აპიპური“. გამდიდრებულია ჯანმრთელობისათვის აუცილებელი ამინომჟავებით, ვიტამინებით და მინერალებით. ახალი ტექნოლოგიით დამზადებული პური საქართველოში შეამცირებს მასიურად გავრცელებულ ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებებს. საქართველოში პურის მოხმარება საკმარისზე უფრო მაღალია. სამწუხაროდ, დღეისთვის საქართველოში პური ძირითადად ისეთი ფქვილისგან ცხვება, რომელიც მიკრონუტრიენტების შემცველობის ეროვნულ სტანდარტებს არ შეესაბამება. პური ასაკის, სქესის და მოხმარების სიხშირის მიხედვით უნიკალური პროდუქტია; იზრდება პრემიალური ჯანსაღი პროდუქტის წილი; ეტაპობრივად ხდება ბაზრის სეგმენტაცია შეფუთვის, დიზაინის ხარისხის და მოხმარების გამარტივების მიხედვით. ბაზარზე გაიზარდა ადგილობრივად წარმოებული ხორბლის ფქვილისაგან დამზადებული პურის ჯამური სიმძლავრე. გაიზარდა მოთხოვნები ვიტამინებით და მინერალებით გამდიდრებულ პურზე. სადღეისოდ ბაზარზე არსებუ-

ლი ვიტამინებით და მინერალებით გამდიდრებული პურეულის რაოდენობა და შემადგენლობა ვერ აკმაყოფილებს მოთხოვნილებას. ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით ზოგადად დადგინდა, რომ პურის ნიმუშების მხოლოდ 24.9% იყო შესაბამისად ფორტიფიცირებული, რაც არ არის საკმარისი მოსახლეობაში მიკრონუტრიენტების დეფიციტის შემცირებისთვის. ჩვენი ტექნოლოგიით დამზადებული პური, გამდიდრებული ჯანმრთელობისათვის აუცილებელი ამინომჟავებით, ვიტამინებით და მინერალებით უნიკალური და მაღალმოთხოვნადია. ჩვენ გამოკვლევებზე დაყრდნობით „აპიპური“-ს მომხმარებელი მოსახლეობის ფართო ფენაა. სპეციფიურად კი, ძირითადი მყიდველი და მომხმარებელი - ბავშვი, ხანდაზმული ადამიანი და სპორტსმენია. ვინაიდან, პოლიდეფიციტს ყველაზე მეტად აღნიშნული კატეგორია განიცდის. ესეა განვიხილოთ პროსპექტულად ამინომჟავები, ვიტამინები და მინერალები: რა არის ამინომჟავები? ამინომჟავა (Amino Acid) - ორგანული ნაერთია, რომელიც ცი-

ლებისდა კუნთოვანი ქსოვილების სამშენებლო მასალას შეადგენს. ადამიანის ორგანიზმში ამინომჟავებს ბევრი მნიშვნელოვანი ფუნქცია ეკისრებათ - ისინი გამოიყენებიან ორგანიზმის ზრდის, აღდგენის, გაძლიერებისათვის, ჰორმონების, ანტისხეულების და ფერმენტების გამომუშავებისათვის. გარდა ამისა, ამინომჟავები კარგია ვარჯიშის შემდგომში ზიკური და ფსიქოლოგიური ტონუსის აღსამადლებლად, კანქვეშა ცხიმის კატაბოლიზმისათვის და ტვინის ინტელექტუალური მოქმედებისათვისაც კი. სულ 21 სახის ამინომჟავა არსებობს, მათ შორის 9 ე. წ. შეუცვლელს უწოდებენ, რადგან ორგანიზმს მათი დამოუკიდებლად სინთეზირება არ შეუძლიათ, დანარჩენი ამინომჟავები კი შეცვლადს წარმოადგენენ. ამინომჟავების მნიშვნელობა და სარგებელი ბოდილდინგში დიდხანია მეცნიერულად დადასტურებული ფაქტია. დატვირთული ვარჯიშის დროს ორგანიზმში მეტ ენერჯიას ითხოვს, რომლის წყაროც კუნთოვანი ქსოვილები ხდება. კუნთების კატაბოლიზმი (დაშლა) ბოდილდინგის ყველაზე დიდი მტერია - ის

იწვევს მტკივნეულ შეგრძნებებს, კრუნხვით მოვლენებს და ტრავმის გამოწვევაც კი შეუძლიათ. ამის მიზეზი კი ორგანიზმში მიმდინარე გლუკონეოგენეზის პროცესია, როდესაც ხდება გლუკოზის წარმოქმნა არანახშირწყლოვანი წყაროებიდან - ამინომჟავები კუნთოვან ქსოვილებს გამოეყოფიან და ღვიძლში გადაიტანებიან, სადაც გლუკოზად გარდაიქმნებიან. საშუალო ინტენსივობის დატვირთვის დროსაც კი დაახლოებით ამინომჟავების 80%-ის მოხმარება ხდება. კუნთების კატაბოლიზმის თავიდან აცილებისათვის ამინომჟავების სწრაფი და შეუფერხებელი მიწოდება ორგანიზმისთვის აუცილებელია.

ამინომჟავებია სევესაჭიროა გამოშრობის ან წონაში კლების პერიოდში კუნთების შენარჩუნებისათვის. ბოლიბილინგში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია BCAA ამინომჟავების კომპლექსი, რომელიც კუნთოვანი ქსოვილის 35% შეადგენს, აქვს მაღალი ბიოლოგიური ეფექტურობა და ცალკე ფორმით გამოიშვება.

აზინომჟავების დახასიათება

შეუცვლელი ამინომჟავები (Essential Amino Acids):

- ვალინი (Valine)** - ერთ-ერთი მთავარი კომპონენტი ქსოვილების ზრდისა და სინთეზისათვის. მთავარი წყარო ცხოველური პროდუქტებია. ჩატარებულმა ლაბორატორულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ვალინი ზრდის კუნთების კოორდინაციას და ამცირებს მგრძობელობას ტკივილის, სიცვის და სიცხის მიმართ.
- ჰისტიდინი (Histidine)** - ხელს უწყობს ქსოვილების ზრდას და აღდგენას. მას დიდი როლი ენიჭება შეიცავს ჰემოგლობინი, გამოიყენება რევმატიული ართრიტების, ალერგიის, წყლულის და ანემიის მკურნალობისას. ჰისტიდინის უკმარისობა შეიძლება სმენის დაქვეითების გამოწვევი მიზეზი გახდეს.
- იზოლეიცინი (Isoleucine)** - მოიპოვება ყველა სრულფასოვანი ცილის შემცველ პროდუქტში - საქონლის ხორცი, ქათმის ხორცი, თევზი, კვერცხი, რძის პროდუქტები.
- ლეიცინი (Leucine)** - ასევე მოიპოვება ყველა სრულფასოვანი ცილის შემცველ პროდუქტში - საქონლის ხორცი, ქათმის ხორცი, თევზი, კვერცხი, რძის პროდუქტები. აუცილებელია არა მხოლოდ პროტეინის სინთეზის

სათვის, არამედ იმუნური სისტემის გაძლიერებისათვისაც.

ლიზინი (Lysine) - შეიცავს ყველი, თევზი. ერთერთი მთავარი კომპონენტი კარნიტინის გამოსაძენად. უზრუნველყოფს კალციუმის სათანადო ათვისებას, მონაწილეობს კოლაგენის წარმოქმნაში (რისგანაც შემდგომ ხრტილები და შემაერთებელი ქსოვილები ფორმირდება), აქტიურად მონაწილეობს ანტისეპსისის, ჰორმონების და ფერმენტების წარმოქმნაში. უკანასკნელმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ლიზინია უმჯობესებს რა საკვები ნივთიერებების ბალანსს, ხელს უწყობს ჰერპესთან ბრძოლას. მისი უკმარისობა შეიძლება დადღივობით, კონცენტრაციის დაქვეითებით, გალიზიანებადობით, თავლის სისხლძარღვების დაზიანებით, თმის ცვენით, ანემიით და რეპროდუქციულ სფეროში პრობლემებით გამოვლინდეს.

მეთიონინი (Methionine) - მისი წყაროა: მარცვლეული, თხილეული. მნიშვნელოვანი როლი უკავია ცხიმების და ცილების მეტაბოლიზმში, ორგანიზმს ისასევე ცილისტეინის გამოსაძენად ეხმარება. არის სულფატის ძირითადი მიწოდებელი, რომელიც თავის მხრივ თმების, კანის და ფრჩხილების ფორმირებაში მონაწილეობს; აძლიერებს ღვიძლის ათვისებას ღვიძლის მიერ დახელს უწყობს ქოლესტეროლის დონის დაწევას; ამცირებს ცხიმების დონეს ღვიძლში, იცავს თირკმელებს, მონაწილეობს ორგანიზმიდან მძიმე მეტაბოლიზმის გამოდევნაში; არეგულირებს ამიაკის წარმოქმნას და ასევე თავებს მისგან შარდს, რაც ამცირებს შარდის ბუშტუც დატვირთვას; ხელს უწყობს თმის ზრდას.

თრეონინი (Threonine) - კოლაგენის, ელასტინის და კბილის მინანქრის შემადგენელი ნაწილი; მონაწილეობს ღვიძლში ცხიმის დაგროვების წინააღმდეგ ბრძოლაში; უზრუნველყოფს საჭმლის მომხელელები სისტემის და კუჭნაწლავის ტრაქტის ნორმალურ მოქმედებას; მონაწილეობს მეტაბოლიზმის და ათვისების პროცესებში.

ტრიპტოფანი (Tryptophan) - მონაწილეობს ნიატინის (ვიტამინი B) და სეროტონინის სინთეზში; ბუნებრივი რედაქსანტი, ებრძვის უძილობას, დეპრესიას, აუმჯობესებს განწყობას, ხელს უწყობს შაკითხან ბრძოლას, აძლიერებს

ს იმუნურ სისტემას, ამცირებს არტერიების და გულისკუნთების სპაზმების რისკს, ლიზინთან ერთად დაბლა სწევს ქოლესტეროლის დონეს.

ფენილალანინი (Phenylalanine) - ორგანიზმის მიერ ტიროზინის და სამი მნიშვნელოვანი ჰორმონის - ეპინერფინის, ნორეპინერფინის და ტიროქსინის წარმოქმნაში მონაწილეობს. უზრუნველყოფს კარგ განწყობას, ამცირებს მადამ, მოქმედებს როგორც ანტიდეპრესანტი და აუმჯობესებს მეხსიერებას.

შეცვლადი ამინომჟავები (Nonessential Amino Acids):

ალანინი (Alanine) - ენერჯის მნიშვნელოვანი წყაროა კუნთოვანი ქსოვილების, თავის ტვინის და ცენტრალური ნერვული სისტემისათვის; აძლიერებს იმუნურ სისტემას ანტისეპსისის გამოძენის გზით; აქტიურად მონაწილეობს შაკრის და სხვა ორგანული მჟავების მეტაბოლიზმში.

არგინინი (Arginine) - ანელებს კიბოს და სიმსივნის განვითარებას. ასევე თავებს ღვიძლს, ხელს უწყობს ზრდის ჰორმონის გამოყოფას, აძლიერებს იმუნურ სისტემას, ხელს უწყობს სპერმის გამოძენას, სასარგებლოა თირკმელების ტრავმების და დარღვევების მკურნალობისათვის. აუცილებელია პროტეინის სინთეზისათვის. არგინინის არსებობა ორგანიზმში ხელს უწყობს კუნთოვანი მასის ზრდას და ცხიმოვანი მარაგების შემცირებას. კარგია ღვიძლის დაავადებების, მაგალითად ცეროზის მკურნალობისას. არაა რეკომენდებული ორსულებისთვის და მეტუძური დედებისათვის.

ასპარაგინი (Asparagine) - მონაწილეობს ორგანიზმიდან ცენტრალური ნერვული სისტემისათვის მავნე ნივთიერების - ამიაკის გამოდევნაში. უკანასკნელი პერიოდის კვლევებმა აჩვენა, რომ ასპარაგინის მკურნალობის მიმართ რეზისტენტულობას ზრდის.

გლუტამინი (Glutamine) - მნიშვნელოვანია შაკრის დონის ნორმალიზებისათვის, ტვინის ქმედუნარიანობის ასამაღლებლად, იმპოტენციის მკურნალობისათვის, ალკოჰოლიზმის მკურნალობისათვის, ებრძვის დაღლილობას, ტვინის ფუნქციასთან დაკავშირებულ დაავადებებს - ეპილეფსიას, შიზოფრენიას და უბრალოდ შე-

ნელეზულ რეაქციებს, საჭიროა კუჭის წყლულის მკურნალობისას და ჯანმრთელი საჭმლის მომწოდებელი ტრაქტის ფორმირებისათვის. ტვინში გადაძაბვადება გლუტამინის მჟავად, რომელიც აუცილებელია ტვინის ფუნქციონირებისათვის. გამოყენების დროს უნდა განვასხვავოთ გლუტამინის მჟავა გლუტამინისგან, რადგან ეს პრეპარატები მოქმედებით ერთმანეთის განგანსხვავდება. გლუტამინის მჟავა თავის ტვინის ბუნებრივ „საწვავად“ ითვლება, აუმჯობესებს გონებრივ შესაძლებლობებს.

გლიცინი (Glycine) - აქტიურად მონაწილეობს ახალი უჯრედების ჩამოყალიბების პროცესის უანგბადით უზრუნველყოფაში. მნიშვნელოვანი ფუნქცია აქვს პორმონების გამოყოფის პროცესში, რომლებიც პასუხისმგებლები არიან იმუნურ სისტემაზე.

კარნიტინი (Carnitine) - კარნიტინი მონაწილეობს ცხიმის მჟავების გრძელი ჯაჭვის შექმნის და მათ ორგანიზმიდან გამოდენის პროცესში. ღვიძლი და თირკმელები გამოიმუშავებენ კარნიტინს ორი სხვა ამინომჟავისაგან - ლიზინის და მეტიონინისგან. კარნიტინი ორგანიზმს ხორცის და რძის პროდუქტების საშუალებით მიეწოდება. განასხვავებენ რამდენიმე ტიპის კარნიტინს. - კარნიტინი საშიშია, რადგან ამცირებს ორგანიზმის მიერ კარნიტინის დამოუკიდებლად გამოყოფის უნარს. - კარნიტინი ამ მხრივ ნაკლებად სახიფათოდ ითვლება. ცხიმოვანი მარაგების ზრდის პროცესის შეფერხების უნარის გამო - კარნიტინი მნიშვნელოვანია წონის კლებისათვის და გულის დაავადებების რისკის შესამცირებლად. ორგანიზმი კარნიტინს გამოიმუშავებს მხოლოდ საკმარისი რაოდენობის ლიზინის, რკინის და 19 და 69 ენზიმების არსებობის დროს. კარნიტინის დეფიციტის მიმართ ვეგეტარიანელები უფრო მგრძობიარეები არიან, რადგან მათ რაციონში შედარებით მცირეა ლიზინი. კარნიტინი ასევე ამდლავს ანტიოქსიდანტების C და E ვიტამინების ეფექტურობას. ითვლება, რომ ცხიმის შედგენიანი უტილიზაციისათვის კარნიტინის დღიური ნორმა უნდა 1500 მილიგრამს შეადგენდეს.

ორნიტინი (Ornithine) - ხელს უწყობს ზრდის პორმონის გამოყოფას, რომელიც ლ-არგინინის და ლ-კარნიტინის კომბინაცი-

აში ნივთიერებათა ცვლის პროცესში ჭარბი ცხიმის მეორად გამოყენებას ასტიმულირებს. აუცილებელია ღვიძლის და იმუნური სისტემის ფუნქციონირებისათვის.

პროლინი (Proline) - აუცილებელია ხრტილების და სახსრების გამართული ფუნქციონირებისათვის, ასევე მონაწილეობს გულის კუნთების მუშაობასა და გაძლიერებაში.

სერინი (Serine) - მონაწილეობს ღვიძლის და კუნთების მიერ გლიკოგენის მარაგის შექმნაში. ამცირებს იმუნურ სისტემას, უზრუნველყოფს მას ანტისხეულებით, ნერვული ბოჭკოების გარშემო ქმნის ცხიმის „შალითებს“.

ტაურინი (Taurine) - ასტიმულირებს მემბრანების აღზნებადობას, რაც მნიშვნელოვანია ეპილეფსიური შეტევების კონტროლისათვის. მნიშვნელოვანია მრავალი ბიოქიმიური ცვლილების კონტროლისათვის, რომელსაც ადვილი აქვს დაბერების პროცესში. მონაწილეობს ორგანიზმის თავისუფალი რადიკალებისაგან გათავისუფლების პროცესში.

ტიროზინი (Tyrosine) - პირობითად შეუცვლადი ამინომჟავაა, სინთეზირდება ორგანიზმის მიერ არასაკმარისი რაოდენობით. ორგანიზმის მიერ ფენილალანინის ნაცვლად ცილების სინთეზისათვის გამოიყენება. მისი წყაროა რძე, ხორცი, თევზი. ტვინი ტიროზინს ნორეპინეფრინის გამოსაყოფად მისიხმარს, რომელიც ამაღლებს მენტალურ ტონუსს.

ცისტინი (Cysteine) - პირობითად შეუცვლადი ამინომჟავაა, სინთეზირდება ორგანიზმის მიერ არასაკმარისი რაოდენობით. თუ რაციონში საკმარისი რაოდენობის ცისტინია, ორგანიზმს შეუძლია ის მეტიონინის ნაცვლად გამოიყენოს ცილების გამოსაყოფად. ცისტინის წყაროა - ხორცი, თევზი, სოიო, ხორბალი, შვრია. ცისტინი კვების მრეწველობაში როგორც ანტიოქსიდანტს გამოიყენებენ მზა პროდუქტებში C ვიტამინის შესანარჩუნებლად.

ამინომჟავების უწყობი

- *ენერჯის წყარო* - ამინომჟავების მეტაბოლიზმი სხვა მეთოდით ხდება ნახშირწყლებისაგან განსხვავებით, ამიტომ ორგანიზმს ვარჯიშის დროს შეუძლია გაცილებით დიდი ენერჯის მიღება, თუ ამინომჟავების დეპო შევსებული იქნება.

- *ცილების სინთეზის დაჩქარება* - ამინომჟავები ახდენენ ანაბოლური პორმონის - ინსულინის სეკრეციის სტიმულაციას და ააქტიურებს mTOR-ს (ცილა, რომელიც არეგულირებს უჯრედების ზრდას და დაყოფას), რომლებიც თავის მხრივ კუნთების ზრდის დამაჩქარებელი მექანიზმი.

- *კატაბოლიზმის შეფერხება* - ამინომჟავებს გამოკვეთილი ანტიკატაბოლური მოქმედება ახასიათებთ, რომელიც განსაკუთრებით აუცილებელია ვარჯიშის შემდეგ. წონის კლების ან გამოშრობის პროცესში.

- *ცხიმის წვა* - ამინომჟავები ხელს უწყობენ ცხიმების წვას mTOR-ს საშუალებითა დიპოციტებში ლეპტინის ექსპრესიის ხარჯზე.

რა ბანსხვამება ამინომჟავებსა და პროტეინებს შორის

როგორც ვთქვით პროტეინი შედგება იგივე ამინომჟავებისაგან, ამიტომ ხშირად დგება კითხვა, რა განსხვავებაა ამინომჟავებსა და პროტეინებს შორის, რომლის მიღება ჯობია და თუ შეიძლება მათი შეთავსება? ამ კითხვაზე პასუხის გასაცემად უნდა განვასხვავოთ ამ შენაერთების სტრუქტურა. პროტეინი ეს არის ამინომჟავებისაგან შედგენილი კონსტრუქცია, ხოლო ამინომჟავებს შორის არსებობს ქიმიური კავშირები, რომელთა დაშლა საჭირო მათ ასათვისებლად. ამინომჟავები კი თავისუფალი ანაჰკტიდური სახით (რისგანაც შედგება სპორტული კვების პროდუქტები) უკვე დაშლილია ადვილად ასათვისებელ ფორმად. აქედან გამომდინარე, ამინომჟავების და პროტეინების მიღების დრო განსხვავებულია.

რა არის ვიტამინები?

ვიტამინები და მინერალები სასიცოცხლო და უცილებელი ელემენტებია, რომელთა მიღება მხოლოდ საკვები პროდუქტების, საკვები და სპორტული დანამატების საშუალებით არის შესაძლებელი. ამ ელემენტებს ხშირად როგორც „მიკრონუტრიენტებს“ ისე მოიხსენიებენ, რადგან ვიტამინები და მინერალები ორგანიზმს შედარებით მცირე რაოდენობით ესაჭიროება, ვიდრე ცილები, ცხიმები და ნახშირწყლები.

ვიტამინები

ვიტამინები ეს არის ორგანული ნივთიერებები, რომლებიც აუცილებელია ადამიანის ორგანიზმის ყ-

ველა სასიცოცხლო ბიოლოგიური ფუნქციის უზრუნველსაყოფად. ჩვენს ორგანიზმს არ შეუძლია მათი დამოუკიდებლად გამოქმნა და ვიტამინების ძირითად ნაწილს საკვების საშუალებით ვღებულობთ, ხოლო მათი ნაწილი ჩვენს ორგანიზმში სინთეზირდება. ვიტამინები არ წარმოადგენენ ენერჯის წყაროს, თუმცა ისინი აუცილებელია სხვადასხვა სასიცოცხლო პროცესის ნორმალური მიმდინარეობისათვის: სისხლის და ძვლოვანი უჯრედების წარმოქმნისათვის, კბილებისა და კანისთვის, ნერვული იმპულსების გადაცემისათვის, იმუნური სისტემის ფუნქციონირებისათვის, ვიტამინები ასევე აქტიურად მონაწილეობენ ნივთიერებათა ცვლაში.

ვიტამინები იყოფა ორ ჯგუფად: წყალში და ცხიმში ხსნად ვიტამინებად. წყალში ხსნად ვიტამინებს მიეკუთვნებიან B ჯგუფის ყველა ვიტამინი და ვიტამინი C, ასევე ფოლიუმის მჟავა, ნიაცინი (PP), ბიოტინი (H). ხოლო ცხიმში ხსნად ვიტამინებს - რეტინოლი (A), კალციფეროლი (D), E და K ვიტამინები.

ვიტამინი A და D ორგანიზმს არ მიეწოდებიან დამოუკიდებელი სახით, ისინი შემდგომ სინთეზირებიან. არსებობს მცდარი მოსაზრება, თითქოს ვიტამინებს მხოლოდ ხილისა და ბოსტნეულის საშუალებით ვიღებთ. რეალურად კი მცენარეული საკვები ჩვენ მხოლოდ C ვიტამინით, ფოლიუმის მჟავით, ვიტამინით და კაროტინით (A ვიტამინის პროვიტამინი) გვამარაგებს, საიდანაც ნივთიერებათა ცვლის პროცესში A ვიტამინი გამოქმნდება. B ჯგუფის ვიტამინებს ცხოველური წარმოშობის საკვები შეიცავს, D ვიტამინს კი თევზი და ხდვის პროდუქტები. ამიტომ ადამიანის კვება მრავალფეროვანი უნდა იყოს, რომ საკმარისი რაოდენობის ვიტამინების მიწოდება მოხდეს ორგანიზმისათვის.

ერთი ან მეტი ვიტამინის დეფიციტს შეუძლია იმ ფიზიოლოგიური პროცესების დარღვევა, რომელზეც ის არის პასუხისმგებელი. გარდა ამისა, ორგანიზმში ვიტამინების ქრონიკულ უკმარისობას ზოგიერთი დაავადებების გამწვავება შეუძლია.

მიწვეული ნივთიერებები

საკვებ პროდუქტებთან ერთად ორგანიზმს გარდა ვიტამინებისა, მინერალური ნივთიერებებიც მიეწოდება. ვიტამინების მსგავსად

არც მინერალებს აქვთ ენერგეტიკული ფასეულობა, თუმცა ორგანიზმს მათ გარეშე არსებობა არ შეუძლია. მინერალები მონაწილეობენ ჩვენი ძვლოვანი ქსოვილების ფორმირებაში, მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ნივთიერებათა ცვლაში და უზრუნველყოფენ ნორმალურ სასიცოცხლო ფუნქციებს. მინერალების ძირითადი ნაწილი ორგანიზმის ძვლოვანი ქსოვილებში ან სხვადასხვა თხევად გარემოშია კონცენტრირებული. ორგანიზმიდან მინერალების გამოღვევა ბუნებრივი გზით ხდება და ამიტომ აუცილებელია მათი მუდმივად განახლება და შევსება.

მინერალებს მიკრო და მაკროელემენტებად ჰყოფენ. მაკროელემენტებია: გოგირდი, ფოსფორი, ქლორი, მაგნიუმი, ნატრიუმი. მათ ორგანიზმში საკმარისად დიდი რაოდენობით შეიცავს და შეიძლება რამდენიმე ასეულ მილიგრამს შეადგენდეს სხეულის 100 გრამზე. ამ მინერალების გარეშე არსებობა შეუძლებელია. ისინი აქტიურად მონაწილეობენ ცვლის პროცესებში და უზრუნველყოფენ ჩვენი ორგანოების და სისტემის ნორმალურ ფუნქციონირებას. ეს მაკროელემენტები ჩვენი უჯრედების შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენენ. მაკროელემენტების შემცველობა ჩვენს ორგანიზმში უმნიშვნელოა. მაკროელემენტებია - რკინა, მარგანეცი, თუთია, სპილენძი, კობალტი, ფტორი, ქრომი, იოდი, სელენი და სხვ. სულ მეცნიერები ჯანმრთელობისათვის აუცილებელ 25 მაკროელემენტს ითვლიან.

დადგენილია, რომ ფერმენტების დიდი ნაწილი აქტიური მოქმედებას მხოლოდ ორგანიზმშია მათ უიმინერალის არსებობისას იწყებს. მათი მონაწილეობის გარეშე ცვლის პროცესები არ აქტიურდება. ისინი მონაწილეობენ სისხლის წარმოქმნის და შედეგების პროცესებში, უზრუნველყოფენ მუავა-ტუტოვან ბალანსს, ქმნიან ვიტამინების ასათვისებლად საჭირო გარემოს, მონაწილეობენ ძვლოვანი და სხვა ქსოვილების ფორმირებაში, ასრულებენ მნიშვნელოვან როლს გულ-სისხლძარღვთა და ნერვული სისტემის ნორმალურ ფუნქციონირებაში, მონაწილეობენ საჭმლის გადამუშავების პროცესში. ფაქტიურად, ორგანიზმის ყველა სასიცოცხლო პროცესის მათ უიმინერალეობის მონაწილეობის საშუალებით მიმდინარეობს.

ვიტამინების და მინერალების დეფიციტი

შეიძლება ითქვას, რომ პრაქტიკულად ვერც ერთი ჩვენგანი ვერ იღებს საკმარისი რაოდენობით ვიტამინებსა და მინერალებს დღევანდელ რაციონში არსებული პროდუქტების საშუალებით, რაც სხვადასხვა ფაქტორებითაა გამოწვეული. ხშირ შემთხვევაში, ნიადაგი დამუშავებულია დიდი რაოდენობის სასუქებისა და ქიმიკატების საშუალებით, რაც მიწის იმ საკვები ნივთიერებების განამოფიტვას იწვევს, რომელიც აუცილებელია ვიტამინებით და მინერალებით სრულყოფილად გამდიდრებული მცენარეული პროდუქტების მისაღებად.

ასევე მნიშვნელოვანია აქვს ნიადაგს, რომელზეც გამოზრდილია ხილი და ბოსტნეული, რადგან როგორც კვლევები აჩვენებს სხვადასხვა რეგიონებში მოყვანილ ერთი და იგივე პროდუქტს შეიძლება სხვადასხვა საკვები ფასეულობა გააჩნდეს, მაგალითად პროდუქტის ერთი პარტია საკმარისი რაოდენობით რკინას შეიცავდეს, ხოლო სხვა რეგიონში მოყვანილ იგივე პროდუქტში კი მინიმალური იყო მისი შემცველობა.

ბევრი ვიტამინი და მინერალი იმ მომენტიდან იწყებენ დაშლას, რაც დაიკრიფება. მათი შენახვის ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში კი საკვები ფასეულობა მნიშვნელოვნად იწვევს ქვევით. სასარგებლო ნივთიერებების დარჩენილი ნაწილი პროდუქტის საკვებად მომზადების პროცესში კვლავ ხემოქმედებას განიცდის და ნადგურდება. ასე, რომ რეალურად ჩვენს რაციონში ვიტამინებითა და მინერალებით საკმაოდ გაღარიბებული პროდუქტი ხდება.

ყურადსაღებია, რომ ვიტამინების და მინერალების დეფიციტი ხშირად თავს იჩენს დიეტის დაცვის დროს, რადგან კალორიების რაოდენობის შემცირებას თან ერთად მცირდება სასარგებლო ნივთიერებების რაოდენობა.

ასეთ დროს, ჯანმრთელობისა და ორგანიზმის სასიცოცხლო სისტემის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის აუცილებელი ხდება ვიტამინებისა და მინერალების შემცველი სპეციალური და ნამატების მიღება.

ვიტამინები და მინერალები ბოლიბილინგში

როგორც პრაქტიკა გვიჩვენებს, ბოლიბილინგში, ფიტნესში და ს-

პორტის სხვა სახეობებში შეუძლებელია წარმატებული შედეგების მიღება ვიტამინების და მინერალების დანამატების გამოყენების გარეშე. სწორი კვების და სისტემატიური ვარჯიშის მიუხედავად, სპორტსმენებს ხშირად უხდებათ „პლატოსეფექტთან“ (შედეგების ერთ მაჩვენებელზე გაყინვა) შეჯახება, როგორც კუნთოვანი მასის ზრდის, ასევე ცხი მის ფუნქციების შემცირების პროცესში. ამის მიზეზი კი შესაძლებელია მინერალების და ვიტამინების დეფიციტი იყოს, რადგან ორგანიზმი საკვები პროდუქტებიდან ვერ ღებულობს მათ საჭირო რაოდენობას, და ეს მაშინ, როდესაც ათლეტიზმით და ბოლიბილინგიტით დაკავებული ადამიანების ორგანიზმს ვიტამინების და მინერალების უფრო მაღალი მოთხოვნილება გააჩნია, ვიდრე ნაკლებად აქტიური ცხოველები დაკავებულ ადამიანებს.

აღნიშნულ ფაქტორები განაპირობებს ვიტამინების და მინერალების დანამატების მიღების აუცილებლობას. საჭიროა არჩევანი გაკეთდეს სწორედ და ოპტიმალურ კომპლექსზე. ვიტამინების და მინერალების კომპლექსის ხარისხი მატრიცების მიხედვით განისაზღვრება, რომელიც საშუალებას აძლევს ნივთიერებას გარკვეული სისწრაფით და კომბინაციით გამოთავისუფლდეს, რაც მისი ათვისების ეფექტს განაპირობებს. გარდა ამისა, სპორტით და ბოლიბილინგიტით ვარჯიშის დროს იცვლება ორგანიზმის მოთხოვნილებები: ერთი ტიპის ვიტამინებზე საჭიროება 20%-ით იზრდება, ხოლო სხვა ზეკი 100%-ით. ამიტომ ათლეტებს სპეციალიზირებული კომპლექსების შექმნა ესაჭიროებათ, რომელიც ვარჯიშის დროს ორგანიზმის სპეციფიური მოთხოვნილებების მიხედვითაა შექმნილი. ვიტამინების და მინერალების მიღება საჭიროა როგორც კუნთოვანი მასის და ძალოვანი მაჩვენებლების ზრდის დროს, ასევე რელიეფზე მუშაობის და წონაში კლების დროს.

მიღების წესები

დაიცავით მწარმოებლის რეკომენდაციები. მიიღეთ კომპლექსი 1-2 თვის განმავლობაში, შემდეგი 1 თვის პერიოდში კი შუალედი გააკეთეთ. მუდმივი მიღება არაა რეკომენდირებული, რადგან ორგანიზმს უქვეითდება საკვებიდან რთულად მისაღწევი ვიტამინების

ათვისების უნარი. ასევე მცირდება ვიტამინების სინთეზი ორგანიზმს შიგნით. კომპლექსის მიღების პერიოდიზაცია ორგანიზმის ჯანმრთელ მდგომარეობას და ტოლერანტობის განვითარების პროფილაქტიკას უზრუნველყოფს.

ცალკეული ვიტამინების აღწერა ვიტამინი A (რეტნოლი) –

მისი წყარო აცხოველური წარმოშობის პროდუქტები. ასევე ის წარმოიქმნება ორგანიზმის მიერ ბეტა-კაროტინის საშუალებით, რომელსაც ხილი და ბოსტნეული შეიცავს. ის უკეთესად აითვისება ცხიმთან ერთად. A ვიტამინი აძლიერებს იმუნიტეტს, უზრუნველყოფს კანის, კბილების, ძვლების, თმების ჯანმრთელობას. ძალიან მნიშვნელოვანია მხედველობისათვის.

ვიტამინის უკმარისობის შემთხვევაში ვითარდება „ქათმის სიბრმავე“, კანის და თმის სიმშრალე, გამონაყარი, წონის კლება, უძილობა.

ვიტამინის ჰიპერვიტამინოზის სიმპტომები დეფიციტის სიმპტომებს წააგავს. მისი სიჭარბე იწვევს თავის ტკივილს, ფრჩხილების და თმის მტვრევას, სახსრებში ტკივილს.

დღიური ნორმა: 900მკგ.

დღიური ნორმა ბოლიბილინგიტში: 1200მკგ.

ვიტამინი B₂ (ტიამინი) –

აუმჯობესებს ნერვული სისტემის მუშაობას, დადებითად მოქმედებს კუნთების ფუნქციონირებაზე, არეგულირებს ამინომჟავების და ნახშირწყლების ცვლას, უზრუნველყოფს დვიდლის და კუჭნაწლავის მუშაობას, აძლიერებს იმუნიტეტს.

B₂-ის დეფიციტის სიმპტომებია უძილობა, თავის ტკივილი, ნერვული აშლილობა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადება, მესიერების გაუარესება, კუნთების სისუსტე. ტიამინის ხანგრძლივი უკმარისობა იწვევს ნერვული სისტემის დაავადება ბერძენერს.

B₁ ნაკლებად ტოქსიკურია და მისი სიჭარბე იშვიათად ვლინდება. B₁-ის ხანგრძლივი ჰიპერვიტამინოზი იწვევს თირკმელების და დვიდლის ფუნქციის დარღვევას. იშვიათ შემთხვევაში იწვევს ალერგიას.

B₁ ვიტამინს შეიცავს ღერძილი, მარცვლეული, მშრალი საფუარი, ბრინჯის ჩენჩო, ხორბალი, შვრიის ღერძილი, არაქისი, ბოს-

ტნეულის უმეტესობა, ქატო, ღორის და ხბოს ხორცი, კვეციხი, რძე.

დღიური ნორმა: 1, 5მგ.

დღიური ნორმა ბოლიბილინგიტში: 10-20მგ.

ვიტამინი B₂ (რიბოფლავინი) –

გავლენას ახდენს უჯრედების ზრდასა და აღდგენაზე. შედის ფერმენტების შემადგენლობაში, რომლებიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ ქსოვილებში მიმდინარე და ჟანგვის რეაქციებში და ცილების, ცხიმების და ნახშირწყლების ცვლის რეგულაციაში. აუცილებელია თვალის ნორმალური ფუნქციისათვის. რიბოფლავინს იყენებენ წყლულების და ხანგრძლივად შეუხორცებელი ჭრილობების, კუჭნაწლავის ფუნქციის დარღვევების მკურნალობისათვის და ა. შ. საჭიროა კანის, ფრჩხილების, თმების ჯანმრთელობისათვის.

რიბოფლავინის უკმარისობა ვლინდება მადის დაქვეითებაში, წონის კლებით, სისუსტით, თავის ტკივილით, მხედველობის პრობლემათ, ტუჩის კუთხეში ნაპრალების გაჩენით და დერმატიტით.

B₂ შეიცავს რძე, ვაიტი, თირკმელები, საფუარი, მწვანე ფურცლიანი ბოსტნეული, პომიდორი, ასკილი, კომბოსტო, კვეციხი.

დღიური ნორმა: 1, 8მგ.

დღიური ნორმა ბოლიბილინგიტში: 10-20მგ.

ვიტამინი B₃ (PP) (ნიაცინი) –

მონაწილეობს ცხიმისა და შაქრისგან ენერჯის წარმოქმნაში. აფერხებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარებას, არეგულირებს სისხლში ქოლესტერინის დონეს, ამცირებს ტრიგლიცერიდების დონეს, რომელიც ახდენს ჰიპერტონიის და დიაბეტის განვითარების პროვოცირებას, მონაწილეობს კუჭის წვენი წარმოქმნაში და საკვების გადატანის პროცესებში, უზრუნველყოფს ნერვული სისტემის ნორმალურ ფუნქციონირებას. ერთადერთი ვიტამინია რომელიც მონაწილეობს იღებს ორგანიზმის ჰორმონალური ფონის ფორმირებაში. ტიროქსინი, ინსულინი, კორტიზოლი, ტესტოსტერონი, ესტროგენი, პროგესტერონი გამომწვევება PP ვიტამინის მონაწილეობით.

B₃-ის უკმარისობის სიმპტომებია ნერვული აშლილობა, დიარეა, უძილობა, მადის დაკარგვა, საჭმლის მოუნებლობა, სისუსტე კუნთებში, ტკივილი კიდურებში.

B₃-ის სიჭარბე ვლინდება სახის, კისრის, მკერდის კანის სიწითლით და სიმხურვალის შეგრძნებით. B₃-ის წყაროა: ქათმის ხორცი, ღვიძლი და თირკმელები, ყველი, თევზი, კვერცხი, არაქისი, სოკო, მწვანე მუხუდო, კარტოფილი, ბარდა, საფუარი.

დღიური ნორმა: 20მგ.

დღიური ნორმა ბოლიბილდინგში: 50მგ.

ვიტამინი B₅ (პანტოტენისმჟავა)

- მის გარეშე არ ხდება ცხიმოვანი მჟავების და ჟანგვა და ბიოსინთეზი, ლიპიდების, სტეროიდული ჰორმონების და ჰემოგლობინის სინთეზი. გამოიყენება ართრიტის, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და ალერგიის სამკურნალოდ. ის საჭიროა სხვა ვიტამინების ასათვისებლად და იმუნური სისტემის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის.

B₅-ის დეფიციტი იშვიათად წარმოიშობა და ძირითადად წერილი ნაწლავის დაავადებების, ანტიბიოტიკებით ხანგრძლივი მკურნალობის ან სტრესის შედეგია. მისი უკმარისობა ვლინდება დერმატიტით, თმის დეფიციენტაციით, მადის დაკარგვით და ნერვული სისტემის მძიმე დაავადებებით.

B₅-ის სიჭარბე ნაკლებად საგარაუდოა, მისი დიდი დოზებით მიღების შემთხვევაშიც კი, რადგან ის ადვილად გამოიდევენება ორგანიზმიდან.

B₅ ვიტამინის ის წყაროა: ღვიძლი, საფუარი, კვერცხისგულიდან ცენარეებისმწვანენაწილები, გარდა ამისა B₅ სინთეზირდება ნაწლავების მიკროფლორაშიც.

დღიური ნორმა: 5მგ.

115მგ.

ვიტამინი B₆ (პირიდოქსინი) - აღიერებს იმუნიტეტს, ამცირებს ინფარქტის, ინსულტის, ათეროსკლეროზის განვითარების საფრთხეს, არეგულირებს არტერიულ წნევას. მონაწილეობს ამინომჟავების, ცილების და ცხიმების ცვლაში, სისხლის წარმოქმნის პროცესში, ამაღლებს ტვინის მუშაობის ეფექტურობას, აუმჯობესებს მეხსიერებას. უზრუნველყოფს ღვიძლის ნორმალურ ფუნქციონირებას.

B₆-ის დეფიციტი ვლინდება დერმატიტით, მეხსიერების და ყურადღების გაუარესებით, თავის ტკივილით, ანემიის განვითარებით, მადის დაკარგვით, ნერვული სისტემის დარღვევით.

B₆-ის სიჭარბეს შეუძლია ალერგიული რეაქციის გამოვლენა და სისხლის მიმოქცევის დარღვევა.

B₆-ის წყაროა: გაღვივებული მარცვლეული, თხილი, ისპანახი, კარტოფილი, კომბოსტო, სტაფილო, ლობიო, მარწყვი, ლიმონი, ფორთოხალი, ღვიძლი, კვერცხი, თევზი.

დღიური ნორმა: 2მგ.

დღიური ნორმა ბოლიბილდინგში: 20მგ.

ვიტამინი B₉ (ფოლიუმის მჟავა)

- არეგულირებს სისხლის წარმოქმნის პროცესებს, მონაწილეობს ჰემოგლობინის სინთეზში, ამცირებს სისხლში ქოლესტერინის დონეს. აფერხებს ათეროსკლეროზის დაანემიის განვითარებას. არეგულირებს ნერვული სისტემის ფუნქციას, ამაღლებს სტრესების მიმართ მდგრადობას. აუმჯობესებს კუჭ-ნაწლავის და ღვიძლის ფუნქციონირებას.

B₉-ის დეფიციტი ვლინდება თავის ტკივილით, სისუსტით, სწრაფი დაღლით, ცუდი მეხსიერებით, გაღიზიანებლობით, უძილობით. ჰიპოვიტამინოზის სერიოზული შემთხვევების დროს კი ხდება წონის დაკარგვა, ვითარდება ანემია, პარანოია.

B₉-ის დიდი დოზებით ხანგრძლივი მიღების პერიოდში მცირდება სისხლში B₁₂-ის კონცენტრაციის დონე. შეიძლება გამოწვეული იქნა სანორექსია ან ძილის დარღვევა.

B₉-ის წყაროა: კომბოსტო, ისპანახი, პარკოსნები, სალათი, მწვანე მუხუდო, ლობიო, მწვანე ხახვი, ჭარხალი, სტაფილო, პომიდორი, უხეშად დაქუცმაცებული ფქვილი, ღვიძლი, თირკმელები, ყველი, ხიზილალა, ხაჭო, საფუარი.

დღიური ნორმა: 400მკგ.

დღიური ნორმა ბოლიბილდინგში: 600მკგ.

ვიტამინი B₁₂ (ციანკობალამინი)

- მთავარ როლს თამაშობს ნერვების მიელინის გარსის ჩამოყალიბებაში დაიცავს მათ დაშლისაგან. B₁₂, ისევე როგორც B₉ მონაწილეობს ცხიმების და ნახშირწყლების ცვლაში, ასევე სისხლის წარმოქმნის პროცესში და აფერხებს სისხლნაკლებობის განვითარებას. B₁₂ მნიშვნელოვანია B₆-ის სწორი მოქმედებისათვის, ასევე ნუკლეინის მჟავების - გენეტიკური მასალის წარმოებისათვის.

B₁₂-ის დეფიციტის სიმპტომებია: თავბრუსხვევა, დაღლილობა, დეპრესია, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და კუჭ-ნაწლავის მოქმედების დარღვევა, ანემია. B₁₂-ის ხანგრძლივი უკმარისობა იწვევს ზურუნველყოფის ზრდის და ნერვული სისტემის მოშლას.

რესია, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და კუჭ-ნაწლავის მოქმედების დარღვევა, ანემია. B₁₂-ის ხანგრძლივი უკმარისობა იწვევს ზურუნველყოფის ზრდის და ნერვული სისტემის მოშლას.

B₁₂-ის ჰიპერვიტამინოზის სპეციფიური სიმპტომები არაა დაფიქსირებული. თუმცა არსებობს მონაცემები ინტოქსიკაციის შემთხვევებში კანზე გამონაყარის გამოვლინების.

B₁₂-ის წყაროა: გული, თირკმელები, ღვიძლი, ხამანწკები, ზღვის პროდუქტები, თევზი, ყველი, კვერცხის გული. მცენარეული საკვები B₁₂-ს პრაქტიკულად არ შეიცავს.

დღიური ნორმა: 3მკგ.

დღიური ნორმა ბოლიბილდინგში: 10-50მკგ.

ვიტამინი C (ასკორბინისმჟავა)

- უზრუნველყოფს კბილების, ღრძილების და ძვლოვანი ქსოვილების ჯანმრთელობას, აუმჯობესებს რკინის და კალციის ათვისებას, ის ადამიანის ორგანიზმისთვის აუცილებელ ანტიოქსიდანტად ითვლება. ზრდის იმუნიტეტს, ეხმარება ორგანიზმს დაავადებების დაინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლაში, ჭრილობების მოშუშებასა და ოპერაციების შემდეგ აღდგენაში. გარდა ამისა, ვიტამინი C საჭიროა კოლაგენის სინთეზისთვის, რომელიც მონაწილეობს ქსოვილების ფორმირებაში.

ვიტამინი C-ს შეიცავს ციტრუსები, ნესვი, ბრიუსელის და ყვავილოვანი კომბოსტო, შეიმოცხარი, ბულგარული წიწაკა, მარწყვი, პომიდორი, ვაშლი, გარგარი, ატამი, ასკილი, ღვიძლი და თირკმელები.

დღიური ნორმა: 90მგ.

დღიური ნორმა ბოლიბილდინგში: 200მგ.

ვიტამინი D (კალციფეროლი)

- არეგულირებს ადამიანის ორგანიზმში კალციის და ფოსფორის დონეს. აღნიშნული ვიტამინი ორგანიზმის მიერ სინთეზირდება მზის სხივების საშუალებით. აფერხებს კბილის უჯრედებს ზრდას, უზრუნველყოფს ძვლების ნორმალურ ზრდასა და განვითარებას, ხელს უშლის ოსტეოპოროზის, ართრიტის და რაქიტის განვითარებას, ამცირებს ათეროსკლეროზის და დიაბეტის რისკს. D ვიტამინის დიდდოზით დეფიციტი ზრდის ზემოაღნიშნული დაავადებების განვითარების რისკს, მცირე

რე დეფიციტი იწვევს მხედველობის გაუარესებას, წონის და მადლის დაკარგვას, უძილობას.

D ვიტამინს აქვს ორგანიზმში დაგროვების უნარი, ამიტომ შეესაძლებელია ტოქსიკური მოწამვლა. შეიძლება გამოვლინდეს კურუნხვები, მაღალი წნევა, ძლიერი ტკივილი მუცელსა და კუნთებში, გულისრევა, არითმია. D ვიტამინის დიდ და ხანგრძლივ დოზას შეუძლია გამოიწვიოს გულითი ან თირკმელების უკმარისობით სიკვდილი. ამიტომ სამედიცინო კონტროლის გარეშე შეუძლებელია ამ ჯგუფის ვიტამინების მიღების განთავის შეკავება.

დღიური ნორმა: 10მკგრ.

დღიური ნორმა ბოდიბილდინგში: 20მკგრ.

ვიტამინი E (ტოკოფეროლი) - ძლიერი ანტიოქსიდანტია, რის გამოც კარგად ებრძვის თავისუფალ რადიკალებს, რომლებიც იწვევენ სხვადასხვა პათოლოგიებს და ხელს უშლის ორგანიზმში კანცეროგენების წარმოქმნას. კარგია ქსოვილების რეგენერაციისათვის და ამცირებს ტრავმების შემდეგ ნაწიბურების წარმოქმნის ალბათობას. უზრუნველყოფს კუნთების ნორმალურ ფუნქციონირებას, ხსნის ფეხებში კურუნხვას, ზრდის ამტანობას.

E ვიტამინის დეფიციტის ნიშნებია კუნთების დისტროფია, გულის და რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევა, სისხლნაკლულობა.

E ვიტამინი საკმაოდ არატოქსიკურია, მისი ჭარბი დოზით ხანგრძლივად მიღების შემთხვევაში შეიძლება გამოვლინდეს დიარეა, გულისრევა, მეტეორიზმი, მაღალი წნევა.

E ვიტამინის წყაროა: მხესუმხირის, სოიოს, სიმინდის არაქისის ზეთი, ორაგული, ღვიძლი, სტაფილო, შვრია, ისპანახი. E ვიტამინის ასათვისებლად საჭიროა სელენი და თუთია, ხოლო ცომეული და ტკბილეული, პირიქით მისთვის აფერხებს.

დღიური ნორმა: 15მკგრ.

დღიური ნორმა ბოდიბილდინგში: 100მკგრ.

ვიტამინი F (ომეგა-3, ომეგა-6) - ხელს უშლის ქოლესტერინის არტერიებში დალექვას; მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ოსტეოქონდროზის, რადიკულიტის, რევმატიული პათოლოგიების მკურნალობაში, არეგულირებს ღიპი-

დურ ცვლას და სისხლის მიწოდებას, უზრუნველყოფს ქსოვილების კვებას. ხელს უწყობს წონის დაკლებას, წვავს ნაჯერ ცხიმებს.

F ვიტამინის ნაკლებობა იწვევს იმუნური სისტემის დარღვევას, მხედველობის პრობლემას, ქოლესტერინის დონის აწევას, გულის დაავადებებს, თმების დაკანის ხარისხის გაფუჭებას, გამონაყარის და ალერგიული რეაქციების გამოვლენას.

F ვიტამინის მოქმედების გასაძლიერებლად რეკომენდირებულია მისი ანტიოქსიდანტებთან ერთად მიღება, ასევე B₆ ვიტამინთან დათუთიასთან ერთად. თავის მხრივ F ვიტამინი აძლიერებს A, B, D, E ვიტამინების მოქმედებას, ხოლო სნანშირწყლების დიდი რაოდენობით მოხმარება კი პირიქით ასუსტებს ვიტამინის ათვისებას.

F ვიტამინის ძირითადი წყაროა: ზეთუნის, სელისზეთი, თევზის ქონი, ზოგიერთი მცენარის კურკები, გამომშრალი ზილი, არაქისი, სოიო, ნუში, ავოკადო.

დღიური ნორმა: 1მკგრ.

დღიური ნორმა ბოდიბილდინგში: 2-3მკგრ.

ცალკეული მიწარმოების ალუმბა

კალიუმი (Potassium) - სისტემური ელექტროლიტი, აუცილებელია ყველა უჯრედების ფუნქციონირებისათვის, მონაწილეობს ATP ცვლაში.

წყაროა: პარკოსნები, კარტოფილი, პომიდორი, ბანანი.

დღიური ნორმა: 4700მკგრ.

ქლორი (Chlorine) - აუცილებელია კუჭში მარილოვანი მჟავის პროდუქციისათვის, მონაწილეობს უჯრედის მიერ შეწოვის ფუნქციაში.

წყაროა: სუფრის მარილი

დღიური ნორმა: 2300მკგრ.

ნატრიუმი (Sodium) - სისტემური ელექტროლიტი, მონაწილეობს ATP ცვლაში, ურთიერთქმედებს კალიუმთან ერთად.

წყაროა: სუფრის მარილი

დღიური ნორმა: 1500მკგრ.

კალციუმი (Calcium) - აუცილებელია კუნთების, გულის დასაჭმლის მომხელელებელი სისტემის მუშაობისათვის, ამაგრებს ძვლებს, უზრუნველყოფს სისხლის ელემენტების ფუნქციას.

წყაროა: რძის პროდუქტები, თევზის კონსერვი (ძვლოვანი ნა-

წილები), მწვანილი, თხილი, თესლი.

დღიური ნორმა: 1000მკგრ.

ფოსფორი (Phosphorus) - ფოსფორის 85% შეიცავს ძვლები, ფოსფორი ასევე აუცილებელია ენერგეტიკული პროცესების მიმდინარეობისათვის (მონაწილეობს ATP ცვლაში)

წყაროა: ზღვის პროდუქტები, კვერცხი, რძის პროდუქტები.

დღიური ნორმა: 700მკგრ.

მაგნიუმი (Magnesium) - მონაწილეობს ATP ცვლაში, უზრუნველყოფს ძვლების სიმტკიცეს, შედის ფერმენტების შემადგენლობაში.

წყაროა: კვერცხი, მწვანილი, პარკოსნები, პომიდორი, წიწიბურა, თხილი, სოიო, კაკაო.

დღიური ნორმა: 420მკგრ.

თუთია (Zinc) - შედის ბევრი ფერმენტის შემადგენლობაში, საჭიროა ტესტოსტერონის გამოსაშუშავებლად.

წყაროა: ხორბლის მარცვალი, რძის პროდუქტები.

დღიური ნორმა: 11მკგრ.

რკინა (Iron) - შედის პროტეინების და ფერმენტების შემადგენლობაში, მონაწილეობს ჟანგბადის გადატანაში.

წყაროა: ხორცი, თევზი, კვერცხი, შედის ბევრი მცენარის შემადგენლობაში, თუმცა იქიდან რთულად აითვისება.

დღიური ნორმა: 8მკგრ.

მანგანუმი (Manganese) - ზოგიერთი ფერმენტის კო-ფაქტორი.

დღიური ნორმა: 2,3მკგრ.

სპილენძი (Copper) - მონაწილეობს დამუხანგავ-აღდგენით რეაქციებში.

წყაროა: თხილი, კვერცხი, ღვიძლი, რძის პროდუქტები

დღიური ნორმა: 900მკგრ.

იოდი (Iodine) - საჭიროა ფარისებრი ჯირკვლის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის, შედის მისი ჰორმონების შემადგენლობაში.

წყაროა: ზღვის პროდუქტები, ზღვის კომბოსტო, კვერცხი, იოდიზირებული მარილი.

დღიური ნორმა: 150მკგრ.

სელენიუმი (Selenium) - ანტიოქსიდანტი.

დღიური ნორმა: 55მკგრ.

სადღვამისო მოთხოვნილება ვიტამინებზე სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფისათვის

კატეგორია	ასაკი	A			D		K	C	B ₁	B ₂	B ₅	B ₆	E	B ₁₂	PP
		სე	მკგ	მგ	სე	მკგ									
მულთა ბავშვები	0-3,5	1250	400	3	300	10	5	30	0,3	0,4	2	0,3	0,025	0,3	5
	3,5-1	1250	400	4	400	10	10	35	0,4	0,5	3	0,6	0,025	0,5	6
ბავშვები	1-3	1340	450	6	400	10	15	40	0,7	0,8	3	1	0,05	0,7	9
1-დან 10 წლამდე	4-5	1670	500	7	400	2,5	20	45	0,9	1,1	4	1,1	0,075	1	12
	7-10	2335	700	7	400	2,5	30	45	1	1,2	5	1,4	0,1	1,4	7
მშობრ.	11-14	3333	1000	10	400	2,5	45	50	1,3	1,5	4,7	1,7	0,15	2	17
სქესას	15-18	3333		10	400		65	60	1,5	1,8	4,7	2	0,2	2	20
მომარდები	19-24	3333		10	400		70	60	1,5	1,7	4,7	2	0,2	2	19
და	25-50	3333		10	700		80	60	1,5	1,7	4,7	2	0,2	2	19
მოზრდელები	>51	3333		10	200		80	60	1,2	1,4	4,7	2	0,2	2	15
მშდედრ.	11-14	2667	300	8	400	2,5	45	50	1,1	1,3	4,7	1,4	0,15	2	15
სქესას	15-18	2667		8	400		55	60	1,1	1,3	4,7	1,5	0,15	2	15
მომარდები	19-24	2667		8	400		60	60	1,1	1,3	4,7, 7, 4, 7	1,6	0,15	2	15
და	25-50	2667		8	200		65	60	1,1	1,3		1,6	0,15	2	15
მოზრდელები				8	200		65	60	1	1,2		1,6	0,15	2	13

verboten, Jun 6 2007, 11:07

მოლიბდენი (Molybdenum) - შედის ფერმენტების კომპლექსში. დღიური ნორმა: 45 მკგ.

ვიტამინების ძირითად წყაროს საკვები წარმოადგენს. საკვებ რაციონში ვიტამინების

გენლობაზე (მაგ. ნახშირწყლების სიჭარბის პირობებში ორგანიზმს ესაჭიროება მეტი B₁, B₂ და C ვიტამინი), შენახვის ვადასა და ფორმაზე, საკვების ტექნოლოგიურ დამუშავებაზე, კვების ჩვევებზე და სხვ.

ციონში შ. პ. ს. „პურის“ - „აპიპურის“ აუცილებლობას.

ლიტერატურა:

- G. Chakhunashvili, N. Kandelaki - Children and security: "Child has the right to be defended from birth" NATO science for peace and security series E: Human and societal Dynamics - vol. 37 complexity and Security - 2008 Chap. 126. p. 405-410 www.iospress.nl
- Sustainable development and child security. /G. Chakhunashvili, I. Phavlenishvili /. Social, Ecological and Clinical Pediatrics. - 2011. - #13-8-7. - pp. 25-46. - geo.; abs.: geo., eng.
- ჩახუნაშვილი გ. მედიცინის მეცნიერებათა უცილებელი გზა XXI საუკუნეში მისი განვითარებისაკენ „ჩახუნაშვილი გ. ბავშვის უფლება აქვს იყოს დაცული“ სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. - თბილისი, 2009. - 11-6-5. - გვ. 54-60
- Daro et al//Clin. Exp. Immunol. 2008 v93 N3 p430-435//
- Gabriel E. M. Btrgert E. M. et al//Germline polymorphism of codon 727 of Human Thyroidstimulating hormone receptor associated with toxic multinodular goiter//J. Clin. Endokrin. Metab. 2011 vol94p3328-3335//
- Gon K. L. Wang F. A. // Am. Rheum. Diseases 2009 vol 99 p201-204//

საინტერესოა და საყურადღებოა შ. პ. ს. „პურის“ - „აპიპურის“ შემადგენლობა:

Micronutrients	Daily standard	Normal Bread (100g)	Additive "Apipuri" (enriched 0.5 KG bread)
Essential Amino acids	183 mg/kg (WHO)	7 300 mg (20% essential amino acids)	1135 mg(40-50% essential +4-5% of daily standard)
Carbohydrates	300 000 mg	79 000 mg	1462 mg
Minerals (Z, Fe, Mg, Cu, I, Ca, P)	2275 mg (Ca 1200mg, P- 1000 mg)	657 mg (Na - 500mg, Ca 150 mg, Fe -7mg)	292.5 mg (Fe, Z, Mg, Cu, I; +315% daily standard of those minerals)
Vitamins (A,C,B (12,6,1),E,K,D)	97 mg (Vit C 90mg/day or 280mg/week)	1-4mg (Vitamin B)	350 mg (Vit C - 40%, + B (12,6,3, 2,1), E, D; 315-400% daily standard of vitamins; +92% of Vitamin C)
Fats	75 000 mg	11 000 mg	N/A

შემცველობა იცვლება სხვადასხვა მიზეზის ზეგავლენით და დამოკიდებულია პროდუქტის სახეობაზე, საკვების შემად-

გასკვნა: ყოველივე ზემო აღნიშნული განაპირობებს სპორტსმენთა და ორსულთა კვების რა-

ფუნქციონირება და მეტაბოლური ქალების სადღვამისო მოთხოვნილება ვიტამინებზე

	A	EE	D		C	B ₁	B ₂	B ₆	B ₁₂
			სე	მკგ					
ფუნქციონირება	1000	10	400	12,5	90	1,5	1,6	2,1	3,4
მეტაბოლური ქალები	2000	12	400	12,5	110	1,7	1,8	2,3	3,3

რეზიუმე

სპორტსმენთა და ორსულთა კვების რაციონში „აპიპურის“ აუცილებლობა

ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. ბადრიასვილი, მ. თოფურაძე, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი, ზ. შხალაძე, ირ. კალანდია, დ. ჩახუნაშვილი, შ. იუსუპოვი

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, ირ. ციციშვილის სახ. პედიატრიული კლინიკა, თბილისის სახ. სამედიცინო უნივერსიტეტი, შ. პ. ს. „პური“

საკვები პროდუქტი „აპიპური“. გამდიდრებულია ჯანმთელობისათვის აუცილებელი ამინომჟავებით, ვიტამინებით და მინერალებით. ახალი ტექნოლოგიით დამზადებული პური საქართველოში შეამცირებს მასიურად გავრცელებულ ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებებს. საქართველოში პურის მოხმარებასაკმარისზე უფრო მაღალია. ყოველივე ზემო აღნიშნული განაპირობებს სპორტსმენთა და ორსულთა კვების რაციონში შ. პ. ს. „პურის“ - „აპიპურის“ აუცილებლობას.

SUMMARY

IMPORTANCE OF INCLUDING “APIPURI” IN SPORTSMEN AND PREGNANT

G. CHAKHUNASHVILI, N. BADRIASHVILI, M. TOPURIDZE, N. JOBAVA, K. CHAKHUNASHVILI, Z. FKHALADZE, I. KALANDIA, D. CHAKHUNASHVILI, S. YUSUPOV SPPF, Children’s New Hospital After I. Tsitsishvili, TSMU, LLC `puri”

“Apipuri” is enriched with minerals, amino acids and vitamins, all the micronutrients needed for normal function of the organism. The new technology pf baking bread is aimed to reduce widespread micronutrients deficiencies, as the Bread is affordable almost by whole population. All above said, confirms that “Apipuri” produced by LLC `puri” is likely to be in food ration of sportsmen.

„ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის ურთიერთობის პრინციპები“

(ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის პრობრამა).

თ. მახარაძე

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობა წარმოადგენს სამედიცინო პრაქტიკისა და შესაბამისად სამედიცინო ეთიკის ქვაკუთხედს.

უკვე 15 საუკუნის განმავლობაში ექიმები დებენ ფიცს, იმის შესახებ, რომ ისინი უპირატესობას საკუთარ ინტერესებზე მეტად მიანიჭებენ პაციენტთა ინტერესებს.

გარკვეულ წილად ჰიპოკრატეს იდეები დღესაც აქტუალურია, თუმცა ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის ზოგიერთი ეთიკური ასპექტი კარდინალურად შეცვლილია.

1949 წელს მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის მიერ მიღებული იქნა „სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი“, რომელშიც სამედიცინო პროფესიული ეთიკის პრინციპები და ზნეობრივი ნორმები უფრო ფართოდ აისახა, ვიდრე ჰიპოკრატეს ფიცში. ტექსტში გაჩნდა ისეთი ტერმინები, როგორცაა „ექიმის ვალდებულებები“, „ავადმყოფის უფლებები“ და სხვა.

სწორედ ადამიანის უფლებების იდეოლოგიის კონტექსტში აღმოცენდა პაციენტთა უფლებების ცნება და ავადმყოფის ავტონომიის კონცეპცია.

ტრადიციული საექიმო ეთიკის ძირითადი თემა ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის საკითხია, და პირველადი ამ ურთიერთობებში ექიმის ავტორიტეტი.

სამედიცინო ეთიკას წმინდა კორპორაციული ხასიათი გააჩნდა, ის განიხილავდა ექიმს, როგორც

ერთადერთ მორალურ სუბიექტს, რომელსაც გააჩნდა გავლენა პაციენტზე. პაციენტი ამ შემთხვევაში ურთიერთობების პასიური მხარედ აღიქმებოდა, რომელიც არ ღებულობდა მონაწილეობას მისთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილების მიღებაში. თვით ტერმინიც „patient“ ლათინური სიტყვაა და ნიშნავს პასიურს. არც ისე შორეულ წარსულში ექიმს გააჩნდა სრული უფლება და ის ვალდებულიც იყო თვითონ შეერჩია და ერთპიროვნულად მიეღო გადაწყვეტილება პაციენტის მკურნალობის ტაქტიკის შესახებ. ექიმს არ ესაჭიროებოდა პაციენტისაგან ინფორმირებული თანხმობის აღება. დღეს პაციენტი ექიმთან ერთად ღებულობს მონაწილეობას გადაწყვეტილების მიღებაში. როგორც ვხედავთ, დროთა განმავლობაში ურთიერთობებმა „ექიმი-პაციენტი“ ევოლუცია განიცადა.

ტრადიციული სამედიცინო ეთიკით ურთიერთობა შემოფარგლული იყო ურთიერთობით ორ მხარეს შორის: ექიმსა და პაციენტს შორის. დღეს ექიმმა შეზღუდული სამედიცინო რესურსების გადანაწილების პირობებში უნდა გაითვალისწინოს საზოგადოებაში არსებული მოთხოვნილებებიც.

ექიმი პასუხისმგებელი იყო მხოლოდ საკუთარი თავისა და კოლეგების წინაშე. დღეს ექიმი პასუხისმგებელია პაციენტის და მესამე მხარის-საავად-

მყოფობის, სამედიცინო ლიცენზიის და მარეგულირებელი ხელისუფლების, და ზოგჯერ სასამართლოს წინაშეც კი.

დროთა განმავლობაში ცვლილება განიცადა ექიმის სტატუსმა საზოგადოებაში. თუ პაციენტები უსიტყვოდ ასრულებდნენ ექიმის ნებისმიერ მითითებას და დანიშნულებას, დღეს პაციენტები ექიმებისგან მოითხოვენ განმარტებებსა და მკვეთრ არგუმენტებს მკურნალობის ტაქტიკაში ამა თუ იმ გადაწყვეტილების მიღების თაობაზე.

აქედან გამომდინარე, შესაძლებელია ვისაუბროთ ექიმის სტატუსის შესუსტებაზე. ექიმთა უმრავლესობა გრძნობს, რომ მათ მიმართ პაციენტებმა ისეთი აღარ არის, როგორც ეს ადრე იყო.

ზოგიერთ ქვეყანაში ჯანდაცვაზე კონტროლი ექიმებიდან მენეჯერებისა და ბიუროკრატების ხელში გადავიდა, რომლებიც ექიმებს განიხილავენ უფრო როგორც დაბრკოლებას, ვიდრე პარტნიორებს რეფორმების პროცესში. პაციენტები, რომლებიც ოდესღაც უსიტყვოდ ასრულებდნენ ექიმის დანიშნულებას, დღეს ექიმისაგან ითხოვენ მათი რეკომენდაციების დასაბუთებას, თუკი ექიმის მიერ გაცემული დანიშნულება განსხვავდება სხვა ექიმის რეკომენდაციებისაგან ან ინტერნეტში მოძიებული მასალისაგან. ზოგიერთი პროცედურები ადრე მხოლოდ ექიმების პრეროგატივა იყო, დღეს მათ ტექნიკური სპეციალისტები, ექთნები ან პარამედიკოსები ასრულებენ.

დღეს ბევრ ადამიანს მიაჩნია, რომ ისინი თვითონ უზრუნველყოფენ სამედიცინო მომსახურებას საკუთარი თავისთვის, ხოლო ექიმის როლი შემოიფარგლება კონსულტანტის ან ინსტრუქტორის როლით.

მიუხედავად ექიმის სტატუსის მიმდინარე ცვლილებისა, მედიცინა კვლავ პროფესიაა, რომელსაც მნიშვნელოვნად აფასებენ დაავადებული ადამიანები, რომელთაც მათი მომსახურება ესაჭიროებათ.

მიუხედავად ყველაფრისა, მაინც შეუცვლელია ექიმის როლი ჯანდაცვის სისტემაში, იმ პაციენტთა ზრუნვის პროცესში რომლებიც საჭიროებენ სამედიცინო დახმარებას. სამყაროსა და საზოგადოების ნებისმიერი ცვლილებების ფონზე ექიმი იყო, არის და იქნება მედიცინის საბაზო ღირებულებების (თანაგრძნობა, კომპეტენტურობა, დამოუკიდებლობა) დამცველი. ეს ღირებულებები ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებთან ერთად წარმოადგენენ ბიოეთიკის საფუძვლებს.

სამედიცინო ეთიკა განსხვავდება ყველა სხვა სფეროში გამოყენებული ეთიკისაგან იმიტომაც, რომ მისი გაქვადობა ხდება ღიად ფიცში, რომლის მაგალითს წარმოადგენს მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ქუნების დეკლარაცია და/ან კოდექსი. ფიცები და კოდექსები შესაძლებელია იყოს განსხვავებული სხვადასხვა ქვეყანაში ან თუნდაც ერთი ქვეყნის ფარგლებში, მაგრამ მათ აქვთ ბევრი საერთო მახასიათებელი, მათ შორის: ექიმის პირობა პაციენტი სცეს პაციენტის ინტერესებს საკუთარ ინტერესებზე მეტად, არ გაუწიოს დისკრიმინაცია პაციენტებს სქესის, რელიგიის ან სხვა მახასიათებლების მიხედვით, დაიცვას კონფიდენციალობა და გაუწიოს სამედიცინო დახმარება ყველას, ვისაც ეს ესაჭიროება.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, უკანასკნელი წლების განმავლობაში კანონმდებლობაში და ეთიკაში უარყოფილია ექიმისა და პაციენტის ტრადიციული პარტნერული მოდელი, რომლის დროსაც ექიმი იღებდა გადაწყვეტილებას, ხოლო პაციენტი მას ასრულებდა. მაგრამ ვინაიდან პაციენტთა დიდ ნაწილს არ აქვს უნარი ან არ სურთ მიიღონ გადაწყვეტილება

მათ მკურნალობასთან მიმართებაში, პაციენტის ავტონომიის პრინციპი ხშირად პრობლემური ხდება.

არა ნაკლებ რთულია ურთიერთობათა სხვა ასპექტები, მაგალითად ექიმის ვალდებულება უზრუნველყოს პაციენტის მონაცემების კონფიდენციალობა - სამედიცინო ჩანაწერების კომპიუტერული დამუშავებისა და სამედიცინო მომსახურების რეგულირების ექსპაში ან ექიმის სიცოცხლის შენარჩუნების მოვალეობა სიკვდილის დაჩქარების თხოვნის შემთხვევაში

ბიოეთიკის შესწავლის ობიექტი, სწორედ, პაციენტისა და მედიკოსის ურთიერთობის მორალური მხარეა. ბიოეთიკის უმთავრესი პრინციპი ისაა, რომ მედიკოსისა და პაციენტის ურთიერთობის საფუძვლში ადამიანის არაგანსხვავადი უფლება და თითოეულის ღირსების პატივისცემა დევს. პაციენტმა, რომელთანაც ექიმს ურთიერთობა უხდება, შეიძლება განიცადოს მძიმე ტანჯვა, რის გამოც, მან შეიძლება „ადამიანური სახეც კი დაკარგოს“; იგი შეიძლება იყოს ჩამოყალიბებული ღირსი ან ნარკომანი, გონებრივად არასრულფასოვანი, საშიში დამნაშავე; ის შეიძლება იყოს მძიმედ დაშავებული, უგონოდ მყოფი, სიკვდილის პირას მისული, ჭუჭყიანი და ა. შ... უფრო მეტიც, ექიმებს ზოგჯერ შეხება აქვთ მიცვალებულის სხეულთან ან არსებებთან, რომლებიც ადამიანურ სიცოცხლეს მხოლოდ პერსპექტივაში შეიძენენ. ყველა ამ ისევე როგორც მრავალ სხვა, არანაკლებ მძიმე სიტუაციაში, მედიკოსმა არ უნდა დაივიწყოს, რომ ადამიანი, უსულო საგნისაგან ან თვით ყველაზე მაღალგანვითარებული ცხოველისაგან განსხვავებით, განსაკუთრებულ მოპყრობას იმსახურებს; ადამიანი, მიუხედავად მისი სოციალური სტატუსის, ღვაწლის, ფინანსური ან სხვა შესაძლებლობებისა, ადამიანური ღირსების მატარებელია.

რაც შეეხება ადამიანის უფლებებს, აქ უპირველეს ყოვლისა, უნდა დასახელდეს ყოველი მათგანის უფლება - აღიარებული იყოს პიროვნებად და არა სხვათა მიხედვის განხორციელების საშუალებად. ასევე თითოეულის მორალური ვალდებულებაა პიროვნებად აღიაროს სხვა ადამიანი. თუ ექიმსა და პაციენტს შორის ღირებულებათა და ინტერესთა კონფლიქტი წარმოიშვა, რაც სრულიად ბუნებრივია, მაშინ, ბიოეთიკის პოზიციებიდან გამომდინარე, მისი გადაჭრის ერთადერთ მისაღებ საშუალებად სიტუაციის ღია, პატიოსანი განხილვა ითვლება. აუცილებელია, დაინტერესებულ მხარეთა მხრივ, გონივრული არგუმენტების ძიება საკუთარ პოზიციათა დასაცავად, ოპონენტის მიუკერძოებელი გაგების სურვილი და ბოლოს, ურთიერთმისაღები გადაწყვეტილების მოძებნა. უწყებრივი, პროფესიული და იძულების სხვა ფორმის მაგიერ, რაც ჯანდაცვის სფეროში სოციალური ურთიერთობებისთვის არის დამახასიათებელი, ბიოეთიკა ისწრაფვის წამოჭრას დიალოგის სტრატეგია რომელიც თანხმობის ძიებისაკენ იქნება მიმართული.

ბამოყენებული ლიტერატურა:

ნინო ჩიხლაძე – „ბიოეთიკა და სამედიცინო სამართალი“
ბელა მამულაშვილი- „ბიოეთიკა“
მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია- „სამედიცინო ეთიკის სახელმძღვანელო“
„ Four models of the physician-patient relationship“ –Ezekiel J. Emanuel, MD, PhD, Linda L. Emanuel MD, PhD.
„ The Doctor-Patient Relationship“ Challenges, Opportunities, and Strategies, MD, MHSA, MA¹ and., MD²
Patient-Doctor Relationships

რეზიუმე

„ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის პრინციპები“

თ. მახარაძე

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობა წარმოადგენს სამედიცინო პრაქტიკისა და შესაბამისად სამედიცინო ეთიკის ქვაკუთხედს.

სამყაროსა და საზოგადოების ნებისმიერი ცვლილებების ფონზე ექიმი იყო, არის და იქნება მედიცინის საბაზო ღირებულებების (თანაგრძნობა, კომპეტენტურობა, დამოუკიდებლობა) დამცველი. ეს ღირებულებები ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებთან ერთად წარმოადგენენ ბიოეთიკის საფუძვლებს. ბიოეთიკა ისწრაფვის წამოჭრას დიალოგის სტრატეგია რომელიც თანხმობის ძიებისაკენ იქნება მიმართული.

SUMMARY

PRINCIPLES OF DOCTOR-PATIENTS RELATIONS

T. MAKHARADZE, TSU

Relation between doctor and a patient is a foundation of medical ethics.

Despite a lot of changes in society, Doctor was and will be defender of basic value of medicine (competency, independence, empathy). Those values are basis of bioethics together with humans fundamental rights. Bioethics is rushing to bring up strategies of dialogue, which will be aimed towards Consent.

ღააკვალბის პათოგენეზისა და სანოგენეზის სისტემური ანალიზი

იბ. დოლიძე, ბ. ჩახუნაშვილი

საქართველოს პუბლიცისტური და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემია

ადამიანის დაავადების არსიდან გამომდინარე, როგორც დიაგნოსტიკურად მიმდინარე ფიზიოლოგიური პროცესი, პროფესორმა ს. პავლენკომ წამოაყენა დებულება იმის შესახებ, რომ ნებისმიერი დაავადების მიმდინარეობაში (დაავადების მიმდინარეობაში) არა მხოლოდ პათოგენეზი (დაავადების განვითარების მექანიზმი), არამედ მასში აქტიურად მონაწილე სანოგენეზიც (ორგანიზმის დაცვით-შეგუებითი მექანიზმების კომპლექსი), რომელთა ურთიერთხემოქმედებაზე დამოკიდებული დაავადების გამოსავალი და ჯანმრთელობის ხარისხი. სამწუხაროდ, ქართულ მედიცინაში არ მიმდინარეობს განხილვები ისეთი ნოზოლოგიური ხასიათის საკითხებისა, როგორცაა პათოგენეზი და განსაკუთრებით სანოგენეზი. სხვათა შორის, ისინი მჭიდროდაა დაკავშირებული ერთმანეთთან თანამედროვე თეორიული და პრაქტიკული მედიცინის ძალზე მნიშვნელოვანი და პერსპექტიული პრობლემების გადაწყვეტაში და საგრძნობლად განაპირობებს მათი შემდგომი განვითარების პერსპექტივას.

პათოგენეზი – ორგანიზმის თვითრეგულაციის დარღვევის დინამიკური კომპლექსია, რომელიც ვითარდება ფუნქციური ან სტრუქტურული დაზიანების შედეგად შესაბამისი რეფლექტორული აპარატების ზეგარბი გაღიზიანების შედეგად. ამ განმარტებით გამოყოფენ

ორ ყველაზე არსებით, ერთმანეთთან უწყვეტად დაკავშირებულ პათოგენეზის ელემენტებს: ა) ორგანიზმის თვითრეგულაციის დარღვევას და ბ) ორგანიზმის რეფლექტორული აპარატების დაზიანებას, რაც ექიმს საშუალებას აძლევს მიზანმიმართულად შეისწავლოს მექანიზმები არამარტო პათოგენეზის, არამედ სანოგენეზისაც, რომელთა ზემოქმედებას შეუძლია დაავადების განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე შეასუსტოს ან უკუგანავითაროს პათოლოგიური პროცესი.

პათოგენეტიკური და სანოგენეტიკური რეაქციების ინტენსივობა და ხარისხი ერთი დაავადების მიმდინარეობის შემთხვევაში, შეიძლება საგრძნობლად შეიცვალოს ერთი პროცესის მეორეში გადასვლით. ამიტომ, თანამედროვე მედიცინაში სანოგენეზსა და პათოგენეზს შორის არსებული ურთიერთდამოკიდებულების შესწავლა უნდა იკავებდეს ერთ-ერთ მთავარ ადგილს.

შესაძლებელია, მრავალი მეცნიერის მიერ გამოხატული არასაკმარისი ინტერესი პათოგენეზისა და სანოგენეზის ურთიერთდამოკიდებულების სისტემური შესწავლისადმი, გარკვეულწილად აიხსნება ამ ფიზიოლოგიური რეაქციების მკაფიო წარმოდგენის უქონლობით.

ნაკლებად ცნობილია მათ შორის არსებული მსგავსებები და განსხვავებები, და აგრეთვე მათთან და-

კავშირებული თანამედროვე მედიცინის აქტუალური ამოცანების გადაწყვეტის შესაძლებლობები. მეცნიერების უმეტესობა დაავადების განვითარების ანალიზისას ჩვეულებრივ არ იზიარებს პათოგენეტიკური და სანოგენეტიკური ხასიათის ეფექტებსა და მექანიზმებს. ყველაზე ხშირად ამ საპირისპირო, ურთიერთსაწინააღმდეგო პროცესების მიმდინარეობას აერთიანებენ დაავადების პათოგენეზის ერთ ცნებაში. ზოგჯერ კიდევაც უარყოფენ პათოგენეზისა და სანოგენეზის დამოუკიდებელად შესწავლას, თითქოსდა ისინი წარმოადგენს ერთიან განუყოფელ პროცესს. ამგვარი მიდგომა ზოგიერთი ავტორის მხრიდან მიუთითებს მათ მცდარ თეორიულ-პრაქტიკულ შეხედულებაზე, რაც დაკავშირებულია ნებისმიერი დაავადებისას შინაგანი მექანიზმებისა და კანონზომიერებების ინტიმური ხასიათის თავისებურებების ცოდნის არსებულ დეფიციტთან.

სხვათა შორის დაავადების პათოგენეზი, ამ ტერმინის საყოველთაოდ აღიარებული გაგებით, მხოლოდ იმ საკითხებს მოიცავს, რაც დაკავშირებულია ამ თუ იმ ფიზიოლოგიური მექანიზმების დაზიანებასთან, რაც გამოწვეულია ზეგარბი გამღიზიანების ზემოქმედებით. წარმოქმნილი ფუნქციურ-მორფოლოგიური „მსხვრევა“ ამ შემთხვევაში წარმოადგენს ავადმყოფური პროცე-

სის განვითარების წამყვან ფაქტორს.

პათოგენეზის ცოდნა, ე. ი. დაავადების წარმოშობისა და განვითარების გზების მექანიზმების ამოქმედება, უშუალოდ დაკავშირებულია რომელიმე ფიზიოლოგიური აპარატების დაზიანებაზე, რომელსაც უდავოა, გააჩნია განსაკუთრებული თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა, რადგან ექიმს აძლევს ფართო შესაძლებლობას დასაბუთებულად უმკურნალოს ან თავიდან აიცილოს დაავადება. ამასთან, დაავადების პროცესის განვითარებისა და კლინიკური გამოვლინების რთული დინამიკა განპირობებულია არამარტო შესაბამისი ორგანიზმული აპარატების „მსხვერვით“, არამედ აუცილებელი სანოგენეტური ეფექტების ჩართვით. ე. ი. რიგი დაცვით-ფიზიოლოგიური რეაქციების ამოქმედებით, რომელიც მიმართულია ორგანიზმში დაზიანებული ფუნქციების აღდგენისათვის ან ჩანაცვლებისათვის, ხოლო ეს კი ავადმყოფის დაავადებიდან გამოსვლას – გამოჯანმრთელებას ნიშნავს.

პათოგენეზსა და სანოგენეზს შორის ბრძოლა განსაზღვრავს დაავადების ხარისხობრივ და რაოდენობრივ თავისებურებებს, მისი განვითარების დინამიკას, და აგრეთვე დაავადების ამა თუ იმ გამოსავალს: გაჯანსაღებას ან სიკვდილს. ამგვარად, მეტად აუცილებელია შესწავლით იქნეს არამარტო „მსხვერვების“ ელემენტები, არამედ ორგანიზმში განვითარებული რთული დაცვით-შეკუთვითი რეაქციების თავისებურებანი, რომლის დროს ირთვება სხვადასხვაგვარი სანოგენეტური მექანიზმები.

სანოგენეზის პრობლემის ჯერ კიდევ ნაკლებად შესწავლილ მიზნებად გამოგანსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ და ფუნქციურ-ფუნქციურ მიზანმიმართული კვლევები სპეციალურად შემუშავებული მეთოდური მიდგომებით, რაც მოგვცემს შესაძლებლობას გამოვავლინოთ მისი ექსპერიმენტული და კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებანი.

სანოგენეზი განსხვავებით გამოჯანმრთელებისა და კომპენსატორული რეაქციების, არის ნაკლებად სპეციფიური პროცესი, რომელშიც მონაწილეობას იღებს დაცვით-შეკუთვითი რეაქციების მექანიზმები, მეტაბოლური, გამომყოფი, იმუნური, რეპროდუქტული ხასიათის კომპლექსები, რითაც ხორციელდება კონკრეტული ორგანიზმის მიზანმიმართული ბრძოლა დაავადების წინააღმდეგ. სანოგენეტური ტიპის

რეაქციები დაკავშირებულია ორგანიზმის საწყის მდგომარეობასთან, ასახავს რა მისი ზოგადი რეაქტიულობის ხარისხს და შეიძლება წარმოიშვას არა მარტო გამოსატოვლი პათოლოგიის დროს, არამედ იმ შემთხვევებშიც, როცა ზეგარბი გამოზიანებული ორგანიზმში ჯერ კიდევ არ იწვევს შესამჩნევ ავადმყოფურ ეფექტს. პათოგენური ფაქტორის ზემოქმედებისას სანოგენეზის მექანიზმები პირველ რიგში მიემართება „მტრის უკუგაღებისათვის“, ამიტომ მათი სრულყოფისა და აქტიურობის ხარისხი განსაზღვრავს იმის შესაძლებლობას, რომ კონკრეტული ინდივიდი არ დაავადდეს ან შემდგომში ავად გახდეს.

თანამედროვე კლინიკის ინტერესები დაუნიებულად მოითხოვს სანოგენეზის პრობლემის ყოველმხრივ შესწავლას. ექიმის მნიშვნელოვანი ამოცანაა – არამარტო აღკვეთოს ორგანიზმში არსებული „მსხვერვები“ ან შესუსტოს მათი პათოგენური ზემოქმედება ამა თუ იმ ფუნქციურ მოქმედებაზე, არამედ (ხოვჯერ ის ყველაზე მთავარია) შეინარჩუნოს და შესაძლებლობების მიხედვით გააქტიუროს ავადმყოფის სანოგენეტური რეაქციები. სანოგენეზის არსისა და ძირითადი მექანიზმების დადგენის გარეშე შეუძლებელია მედიცინის თეორიისა და პრაქტიკის შემდგომი ნაყოფიერი განვითარება.

სანოგენეზის შესწავლისათვის სერიოზულ წინააღმდეგობას წარმოადგენს საქმის ტექნიკური მხარე. მოცემული პრობლემისადმი სათანადო უყურადღებობით დღემდე არ დამუშავებულა სპეციალური მეთოდური ხერხები სანოგენეტური პროცესების ექსპერიმენტული კვლევებისათვის. სანოგენეტური რეაქციები ყველაზე გამოსატოვლი ფორმით ჩვეულებრივად ვლინდება ორგანიზმის ისეთი განსაკუთრებული მდგომარეობებისას, როგორცაა, მაგალითად, ხანგრძლივი იძულებითი უმძობარობა, სენსიბილიზაცია, უწონობა, ვიბრაციული ეფექტი და ა. შ. სანოგენეზის სხვადასხვა მხარეების შესწავლის მეთოდების დამუშავება უპირველესად უნდა იყოს დაკავშირებული კონკრეტული ექსტრემალური მდგომარეობების თავისებურებასთან. სანოგენეზის მექანიზმების ობიექტური მეთოდური შესაძლებლობების გამოყენება მოითხოვს მრავალ ავადმყოფურ პროცესის სხვადასხვა ფაზის დრმა ექსპერიმენტულ ანალიზს, რომელიც უნდა იყოს განხილული დინამიკაში. ამასთან, სანოგენეტური ეფექტი მოითხოვს მიზანმიმართულ

შესწავლას, როგორც დაავადების პათოგენეზთან ერთიანობაში, ასევე მისგან განცალკავებით, დამოუკიდებელი პროცესის სახით, რომელსაც გააჩნია მრავალმხრივი დაცვით-დაპტაციური ხასიათი.

თუ სანოგენეზის პრობლემას ექსპერიმენტატორებისა და კლინიკისტების მხრიდან მიექცევა სათანადო ყურადღება, მაშინ საქმის მეთოდური მხარე არ წარმოადგენს დიდ სიძნელეებს, პრობლემას წარმოადგენს იქნება გადაწყვეტილი და მედიცინის მეცნიერებისა და პრაქტიკის წინაშე გაიხსნება ცოდნის ახალი ჰორიზონტები.

კონკრეტული სანოგენეზზე შეიძლება გახდეს დაავადების განვითარების რთული დინამიკის შემდგომი შემეცნების საფუძველი, როგორც მთლიანი პროცესისა. ასე მაგალითად: 1. ჯანმრთელობას განსაზღვრავს სანოგენეტური მექანიზმების საკმარისი ფუნქციური აქტიუობა და მათი კომპლექსების ჰარმონიული შერწყმა; 2. დაავადების წინა მდგომარეობა, როგორც ჯანმრთელობის დაავადებაში გადასვლის სტადია წარმოიშობა რომელიმე სანოგენეტური მექანიზმების ჯგუფის ან მათი კომპლექსების ფუნქციური აქტიუობის დაქვეითებით, რაც განპირობებს მათი კოორდინაციის მოშლას; 3. თუ პათოგენური გამომზიანებლის ძალა აღმოჩნდება საკმარისი, ხოლო გარეთა გარემოს პირობები გახდება ხელშემწყობი, მაშინ დაავადების წინა მდგომარეობის ფონზე ორგანიზმში განვითარდება რიგი სანოგენეტური მექანიზმების „მსხვერვა“ და მათი კომპლექსების დეზორგანიზაცია, რაც შემდგომში გამოიწვევს დაავადებას; 4. სანოგენეტური მექანიზმების პათოგენეტურზე პრევალირება განსაზღვრავს ორგანიზმის დაავადებიდან გამოსვლის დინამიკასა და გამოჯანმრთელების ხარისხს; 5. პათოგენეტური მექანიზმების ფუნქციური პრევალირება სანოგენეტურზე განსაზღვრავს დაავადების დამიმეებასა და ორგანიზმის სიკვდილს.

მეცნიერებას, რომელიც შეისწავლის ზეგამომზიანებლების ზემოქმედებისას ორგანიზმის რეაქტიულობის, პომოსტაზის შენარჩუნებისა და დარღვეული ფუნქციების მიზანმიმართულ მექანიზმებს წარმოადგენს სანოლოგია (სამედიცინო მიმართულების ვალუოლოგია), რომლის საფუძველია სანოგენეზის ფიზიოლოგიური პროცესი – პათოლოგიური ფიზიოლოგიის განვითარების პირდაპირი შედეგი.

სანოლოგია ისევე, როგორც პათოლოგიური ფიზიოლოგია, უნდა

ისწავლავდეს უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებში, რადგან ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და დაავადებულის განკურნებაში დიდი როლი ენიჭება დაცვით-შეგუებითი მექანიზმების დროულ და ეფექტურ გამოყენებას, რაც მიმართული უნდა იყოს ორგანიზმში დარღვეული ფიზიოლოგიური პროცესების, ორგანიზმის შემგუებლობისა და შრომისუნარიანობის აღსადგენად. დაავადების მიმდინარეობის პროცესში აქტიურად მონაწილეობენ როგორც პათოგენური, ასევე სანოგენური მიმართულების ფიზიოლოგიური რეაქციები. დაავადების მკურნალობისას ექიმის მოვალეობას შეადგენს დროულად შეაფასოს და განსაზღვროს, ორგანიზმში მიმდინარე თუ რომელი ფიზიოლოგიური რეაქცია უნდა გააძლიეროს ან დათრგუნოს. ცნობილია, რომ მედიცინა თავისი არსით ძირითადად სამ ამოცანას წყვეტს: ეს არის ადამიანის ჯანმრთელობის განმტკიცება, დაავადებების თავიდან აცილება და ავადმყოფობიდან გაჯანსაღება. სახელმწიფოებრივი ჯანდაცვის სისტემა თავისი ორგანიზაციული ფუნქციის შესასრულებლად მთლიანად გადართულია ავადმყოფთა მკურნალობასთან დაკავშირებული ამოცანების გადასაწყვეტად და ისიც დესტრუქციული, დაუბალანსებელი მიდგომით. თუ მხოლოდ ამ სტრატეგიით იხელმძღვანელებს ჯანდაცვის სტრუქტურები, მაშინ მოსახლეობის ჯანმრთელობის განმტკიცება და სიცოცხლის გახანგრძლივება მიუღწევად ოცნებად დარჩება. ჩვენს ქვეყანაში სახელმწიფო-

ებრივი ზრუნვის ქვეშ უნდა დამკვიდრდეს ჯანსაღი ცხოვრების წესის პრინციპები, შეიქმნას გამაჯანსაღებელი ცენტრების ფართო ქსელი, დაინერგოს საგანმანათლებლო სისტემაში მოზარდების სამედიცინო კონტროლი და ა. შ. იმის გამო, რომ ჯანდაცვის სოციალური ინსტიტუტი ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას, პრინციპულად მოითხოვს ამ სისტემის დემონტაჟს დამოუკიდებელი სამსახურების შექმნით: ცალკე ავადმყოფობისათვის და ცალკე ჯანმრთელი ადამიანებისათვის. უნდა გვახსოვდეს, რომ ადამიანების ჯანმრთელობა ბავშვობის პერიოდიდან იწყება და მისი რეზერვები ამოუწურავი როდია, უმეტესობას ის ბავშვობაში არასაკმარისად აქვს მობილიზებული, მომწიფებულ ასაკში ეს „რეზერვები“ თვლემს და ყოველივე ამის გამო ადვილად ქრება სიბერეში. ამრიგად, დაავადების პათოგენეზისა და სანოგენეზის სისტემურმა ანალიზმა განაპირობა თანამედროვე მედიცინაში სისტემური მიდგომის გამოყენების მიზანშეწონილობა, რამაც მიზანდასახულად მოითხოვა როგორც პათოგენეტიკური, ასევე სანოგენეტიკური თერაპიის ფართო გამოყენებისა და სრულყოფის აუცილებლობა. სანოლოგიის მეცნიერულმა იდეოლოგიამ სტიმულირება მისცა ჯანმართვის განვითარების პროცესს და მისმა პრაქტიკაში დამკვიდრებამ ხელი უნდა შეუწყოს მედიცინის პათოცენტრისტული მიმართულების პრინციპების რღვევას. ეს კი განაპირო-

ბებს ჯანმრთელობის კრიტერიუმების შემუშავების აუცილებლობას და მოსახლეობაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებას. ჯანმართვა უნდა გადაიქცეს სანოლოგიის ძირითად სტრატეგიად.

ლიტერატურა:
 ი. დოლიძე – ვალეოლოგია, როგორც „ჯანმრთელობის მედიცინა“ \ საქართველოს სამედიცინო ჟურნალი, 2009, 2, 146 – 148;

ი. დოლიძე – რეაბილიტოლოგია და ვალეოლოგიის ადგილი ჯანმართვის სისტემაში და კლინიკური მედიცინა, 2010, № 4, 80 – 82

ი. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი – ჯანმრთელობის მართვის პრინციპები სკოლის ასაკის ბავშვებში \ სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედაგოგია, 2011, №13–8–7, 67–68

ი. დოლიძე – სანოლოგია – ჯანმრთელობის მართვის ფუნდამენტური მოძღვრება \ ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, 2011, №2, 12 – 17

ი. დოლიძე – სამკურნალო პედაგოგიის როლი სამედიცინო ვალეოლოგიაში \ საქართველოს განათლების მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, 2012, №12, 173 – 176

ი. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი – ჯანმრთელობის მართვის პრინციპები სკოლის ასაკის ბავშვებში \ საქართველოს განათლების მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, 2012, № 12, 188 – 190

С. М. Павленко – Патогенез и са-ногенез болезни \ Терапевтический архив, 1965, т. 37, №3, 115 – 119

Г. Л. Апанасенко – Медицинская Валеология, К., „Здоровье „, 1998.

რეზიუმე

დაავადების პათოგენეზისა და სანოგენეზის სისტემური ანალიზი

ი. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი

საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემია

დაავადების პათოგენეზისა და სანოგენეზის სისტემურმა ანალიზმა თანამედროვე მედიცინაში განაპირობა სისტემური მიდგომის მიზანშეწონილობა, რამაც მიზანდასახულად მოითხოვა როგორც პათოგენეტიკური, ასევე სანოგენეტიკური თერაპიის ფართო გამოყენებისა და სრულყოფის აუცილებლობა. სანოლოგიის მეცნიერულმა იდეოლოგიამ სტიმულირება მისცა ჯანმართვის განვითარების პროცესს და მისმა პრაქტიკაში დამკვიდრებამ ხელი უნდა შეუწყოს მედიცინის პათოცენტრისტული მიმართულების პრინციპების რღვევას. ეს კი განაპირობებს ჯანმრთელობის კრიტერიუმების შემუშავების აუცილებლობას და მოსახლეობაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებას. ჯანმართვა უნდა გადაიქცეს სანოლოგიის ძირითად სტრატეგიად.

SUMMARY

SYSTEMIC ANALYSIS OF PATHO- AND SANOGENESIS

I. DOLIDZE, G. CHAKHUNASHVILI
Georgian academy humanitarian and art sciences

Systemic analysis of patho and sanogenesis of a disease determined that sanogenetic therapies need to be polished. Development of sanology must change the vector of general medicine towards developing sanogenetic and prophylactic vectors, rather than pathogenetic. This leads to following problem, that new criterias of healthiness need to be worked out and healthy way of life must be advertised among the people. Sanology must be the main strategy for the healthcare ministry.

„სიღარიბე და ჯანმრთელობა“

(ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამაგისტრო პროგრამა).

თ. მახარაძე

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

„სიღარიბე ადამიანის მდგომარეობაა, რომელიც ხასიათდება რესურსების, შესაძლებლობების, არჩევანის, უსაფრთხოებისა და უფლების დაკარგვით, რაც აუცილებელია ცხოვრების ადექვატური პირობების და სხვა სამოქალაქო, კულტურული, ეკონომიკური, პოლიტიკური და სოციალური უფლებების დასაკმაყოფილებლად“

კარგი ჯანმრთელობა სოციალური და ეკონომიკური განვითარების უმნიშვნელოვანესი რესურსია, ჯანმრთელობასა და მდგრად განვითარებას შორის მჭიდრო კავშირი არსებობს. ჯანმრთელობის ცნება მრავალფაქტორულია და გარდა ბიოლოგიურისა, ის სოციალურ, კულტურულ, ეკონომიკურ და პოლიტიკურ ელემენტებსაც მოიცავს, რაც თავის მხრივ, ადამიანის ჯანმრთელობაზე პოზიტიურ ან ნეგატიურ ზემოქმედებას ახდენს.

ადამიანის ჯანმრთელობა კეთილდღეობის მრავალ ფაქტორთან მჭიდროდ არის დაკავშირებული, ესენია: კვების რაციონი, ცხოვრების წესი, სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობა და სხვ. აქ უდიდესი როლი სოციალურ-ეკონომიკურ დეტერმინანტებს ენიჭება, რადგანაც

სწორედ ისინი მოქმედებს რისკის ფაქტორთა მიმართ მგრძობიანობის დონეზე. საკვანძო კი ისეთი პარამეტრებია, როგორცაა შემოსავალი, განათლების დონე და დასაქმება. ეს სამი დეტერმინანტი ერთმანეთთან გარკვეულ კავშირშია, თუმცა თითოეული მათგანი მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის სხვადასხვა ასპექტს ასახავს. ამ ფაქტორებს შორის არსებული ურთიერთობები ძალიან რთულია და მათ უდიდესი ზეგავლენის მოხდენა შეუძლიათ მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. სხვადასხვა ფაქტორების წილი ავადობის ტვირთში მოცემულია ცხრილში:

ჯანმრთელი არ შეიძლება იყოს ადამიანი, რომელიც არ ავადმყოფობს, მაგრამ იმავედროულად იძულებულია იშემშინოს, განიცდიდეს ხარისხიანი წყლის ნაკლებობას, არ ჰქონდეს სახლ-კარი და ა. შ. დღესდღეობით მსოფლიოში მცხოვრები 6 მილიარდზე მეტი ადამიანიდან 1 მილიარდი სიღარიბის ზღვარს მიღმა ცხოვრობს, 3 მილიარდი მოიხმარს დღეში 1 აშშ დოლარზე ნაკლებს, 3 მილიარდისათვის ხელმისაწვდომი არ არის სუფთა სასმელი წყალი, 2 მილიარდი სა-

ერთოდ ვერ მოიხმარს ელექტროენერგიას. არ შეიძლება ჯანმრთელად ჩაითვალოს ის საზოგადოება და მთლიანად მოსახლეობა, სადაც ფართოდაა გავრცელებული ნარკომანია, ალკოჰოლიზმი, მოსახლეობისათვის მიუწვდომელია სათანადო განათლება, თანამედროვე საკომუნიკაციო საშუალებები, სამედიცინო დახმარება. ყველა ზემოხაზოთვლილი და სხვა მრავალი ფაქტორი ხელს უწყობს როგორც ცალკეული პიროვნების დასნებოვნებას, ისე - მოსახლეობაში დაავადებათა გავრცელებას, რაც კიდევ უფრო ამძიმებს საერთო სიტუაციას. მოსახლეობის ჯანმრთელობა საზოგადოების განვითარების ძირითადი პირობაა და ამავე დროს მისი მოქმედების საბოლოო შედეგი.

სიღარიბე გლობალური მოვლენაა, რომლის დაძლევა ხორციელდება ზედმიწევნით ნელი ტემპებით. დღეისათვის 1,1 მილიარდი ადამიანი, ანუ მსოფლიოს მოსახლეობის მეექვსედი, განიცდის უკიდურეს სიღარიბეს, ისინი არიან ლატაკები ღარიბთა შორის და ცხოვრობენ განვითარებად ქვეყნებში. უკიდურესად ღარიბები (1,1 მილიარდი ადამიანი) და ღარიბები (1,5 მილიარდი ადამიანი) მსოფლიოს მოსახლეობის 40%-ს შეადგენენ. ყოველწლიურად 8 მილიონზე მეტი ადამიანი კვდება იმ მიზეზით, რომ არიან ძალიან ღარიბები და არა აქვთ ელემენტარული სამედიცინო დახმარებისადმი ეკონომიკური ხელმისაწვდომობა. პლანეტის უმდიდრესთა 20%-ისა და უღარიბესთა 20%-ის შემოსავლების შეფარდება 1960 წელს იყო 30:1, 1991 წელს 61:1, 1994 წელს 78:1 და 2004 წელს 150:1.

სიღარიბესთან ასოცირებული დაავადებების უმეტესობა არის ინფექციური დაავადებები - შიდსი, მალარია, ტუბერკულოზი, დიარეა და ა. შ. ეს დაავადებები და-

ავადობის ტვირთის დეტერმინანტები

№	ფაქტორი	წილი (%)
1	სიღარიბე	3,1
2	უმუშევრობა	2,9
3	პროფესიული საქმიანობით გამოწვეული	3,6
4	ნარკოტიკების მოხმარება	2,4
5	ალკოჰოლის მოხმარება	8,4
6	თამბაქოს მოხმარება	9,0
7	ჰარბი წონა	3,7
8	ხილისა და ბოსტნეულის არასაკმარისი მოხმარება	3,5
9	ცხიმიანი საკვების ჰარბი მოხმარება	1,1
10	ჰიპოლინამია	1,4

წყარო: Determinants of the burden of disease in the European Union, Stockholm, National Institute of Public Health, 1997.

ბალ შემოსავლებთან, სუფთა წყლისა და სანიტარიის ნაკლებობასთან, საკვების არასრულფასოვან მოხმარებასთან, სამედიცინო დახმარებაზე ხელმისაწვდომობის არარსებობასთან არის დაკავშირებული. გენდერული დისკრიმინაციით, ასაკით, რასით, რელიგიით, ეთნიკური ჯგუფით, სექსუალური და გეოგრაფიული ფაქტორებით გამოწვეული უთანასწორობა მთავრდება სიღარიბით. სიღარიბე, ჯანდაცვაში უთანასწორობა და უსამართლობა ღრმად აისახება ადამიანებზე და ისინი ინფექციური რისკებისადმი, დაავადებებისა და დაზიანებებისადმი მოწყვლადნი ხდებიან. არსებობს სიღარიბის სარწმუნო კორელაცია არა მარტო ინფექციურ, არამედ ფსიქიკურ დაავადებებთანაც. მიუხედავად იმისა, რომ სიმდიდრე არ არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის აუცილებელი წინაპირობა და არც სიღარიბე არის ამ დაავადებათა აუცილებელი გამომწვევი მიზეზი, არსებობს მოსაზრება, რომ სიღარიბე არის დეტერმინანტი და ცუდი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შედეგიც.

სიღარიბე უკვე აღარ თავსდება ნაციონალურ საზღვრებში, ის გლობალური გახდა და ნარკოტი-

კების, დაავადებების, გარემოს და ბინძურების, მიგრაციის, ტერორიზმის და პოლიტიკური არასტაბილურობის სახით გადაკვეთს საზღვრებს.

სიღარიბის ჯანდაცვაში რეზილენციის მისაღწევად

უკანასკნელ ათწლეულში მსოფლიოში მიმდინარე გლობალური პროცესების ფონზე საქართველოში, ისევე როგორც ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონის გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში, აღინიშნა სიღარიბის დონის მნიშვნელოვანი ზრდა. მთლიანი შიდა პროდუქტის ახლანდელი მოცულობა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება გარდამავალ პერიოდამდე არსებულს, რაც ძირითადად პოლიტიკურ, ეკონომიკურ და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მომხდარმა ცვლილებებმა განაპირობა.

„სიღარიბის გლობალიზაციის“ გამო 2000 წლის სექტემბერში გაეროს მე-8 პლენარულ სხდომაზე, 193 სახელმწიფოსა და მთავრობის მეთაურმა და 23 საერთაშორისო ორგანიზაციის ხელმძღვანელმა მიიღეს „ათასწლეულის დეკლარაცია“, რომელშიც ჩამოყალიბებულია მსოფლი-

ოს მშვიდობის, უსაფრთხოების და განვითარების საკითხები, აგრეთვე წარმოდგენილია გარემოს დაცვის, ადამიანის უფლებების დაცვისა და ეფექტიანი სახელმწიფო მართვის პრინციპები. დეკლარაციაში განსაზღვრულია ათასწლეულის განვითარების 8 მიზანი, რომელიც 2015 წლამდე სიღარიბისა და მისი გამომწვევი მიზეზებისა და გამოვლინებების დაძლევის ფართომასშტაბიან პროგრამას წარმოადგენს. თითოეული მიზნისათვის შემუშავებულია კონკრეტული ამოცანები, მათი შეფასებისათვის შერჩეულია შესაბამისი ინდიკატორები.

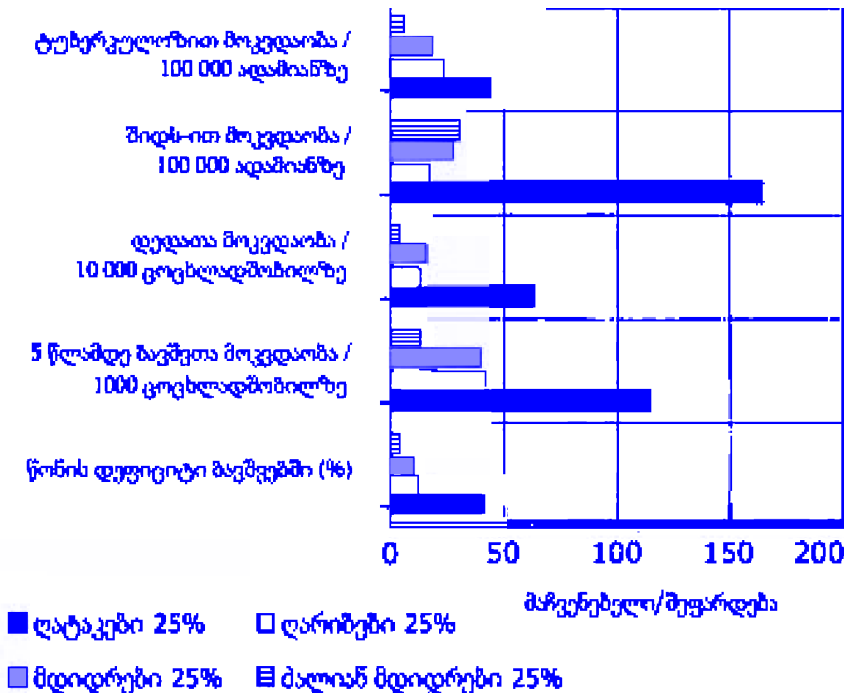
ქვეყანაში სიღარიბის მასშტაბის შესაფასებლად აუცილებელია საარსებო მინიმუმის დადგენა, რომელიც შრომისუნარიანი ასაკის ადამიანის არსებობისთვის საჭირო მინიმალური სამომხმარებლო კალათის ღირებულებას წარმოადგენს. ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, სხვადასხვა ქვეყანაში, როგორც სამომხმარებლო კალათის შემადგენლობა, ისე მისი ღირებულება და აქედან გამომდინარე, საარსებო მინიმუმიც სხვადასხვანაირია.

2002 წლის მდგომარეობით საქართველოში ოფიციალურად დადგენილი საარსებო მინიმუმით (თვეში 124 ლარი) არ იყო უზრუნველყოფილი მოსახლეობის 48%, ამასთან უკიდურესი სიღარიბის ზღვარს ქვემოთყოფთა (ვინც თვეში 50-55 ლარზე ნაკლებს მოიხმარდა) ხვედრითი - წილი 14%-ს შეადგენდა.

სიღარიბის დონე 2004 წელს 52%-ს, ხოლო 2005 წელს - 57,7%-ს შეადგენდა (სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემები). 2004-2005 წლებში აღინიშნებოდა როგორც სიღარიბის სიღრმის, ისე სიმწვავის მატება საარსებო მინიმუმის მიმართ, რაც ღარიბი მოსახლეობის სიღარიბის ზღვრის დონიდან დაშორების წილის ზრდას და ღარიბ ოჯახთა შორის უთანასწორობის გაღრმავებას აღნიშნავდა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა შორის მოკვდაობის 10,5 მილიონი შემთხ-

ავადობის ტვირთი მოსახლეობის მდიდარ და ღარიბ ჯგუფებში



წყარო: <http://www.ihf.ru/files/common/health/>

ვევიდან 97% განვითარებად ქვეყნებზე მოდის და უმეტესობა პნევმონიითა და დიარეით არის გამოწვეული; 2 მლნ ბავშვის სიკვდილის თავიდან აცილება შესაძლებელი იქნებოდა ვაქცინაციის ფართოდ დანერგვით; ყოველწლიურად 585 000 ახალგაზრდა ქალი იღუპება ორსულობის ან მშობიარობის დროს (ევროპაში - 1400-დან ერთი, აზიაში - 65-დან ერთი, ხოლო აფრიკაში - 16-დან ერთი). ცუდი ჯანმრთელობა და სიღარიბე ერთმანეთთან მიზეზ-შედეგობრივად არის დაკავშირებული. ეს ნიშნავს, რომ ავადმყოფი ადამიანისთვის არსებობს გაღარიბების უფრო მეტი შესაძლებლობა, ხოლო ღარიბები ავადმყოფობისა და ინვალიდობის მიმართ უფრო მოწყველად ჯგუფს განეკუთვნებიან. ცუდი ჯანმრთელობა და ჯანმრთელობაზე გადებული ხარჯები ღარიბ მოსახლეობას მძიმე ტვირთად აწევა და „შექლებულთა“ მნიშვნელოვან ნაწილსაც გარდამავალი სიღარიბისკენ უბიძგებს.

სიღარიბე ქალაქად და სოფლად მნიშვნელოვნად განსხვავებულ მოვლენას წარმოადგენს. სიღარიბე ქალაქად ძირითადად არასრულფასოვან კვებასთან არის დაკავშირებული, რაც საერთო ჯამში უფრო მწვავე და ღრმა

სიღარიბის მაჩვენებელია. სოფლად კი სიღარიბე კვებას იშვიათ შემთხვევაში უკავშირდება, თუმცა ეს მხოლოდ იმ ფაქტითაა განპირობებული, რომ სოფლად კვების პროდუქტების მოხმარებას ძირითადად საკუთარი წარმოების სურსათი განსაზღვრავს. სოფლად მოსახლეობის უმთავრეს პრობლემას ფულადი რესურსების დეფიციტი და ინფრასტრუქტურის არასაკმარისი განვითარება განაპირობებს, რაც შესაბამისად მომსახურების ძირითად სახეებზე ხელმისაწვდომობას ამცირებს.

სიღარიბის დონის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორი არის უმუშევრობა. რაც უფრო მეტია შინამეურნეობაში უმუშევარი წევრები, მით უფრო მეტია ასეთი შინამეურნეობების სიღარიბის ზღვარს მიღმა მოხვედრის რისკი. სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი შინამეურნეობების თითქმის 40%-ში არცერთი წევრი არ არის დასაქმებული. ღარიბი შინამეურნეობების თითქმის 45%-ში ერთ მომუშავეს საშუალოდ 2 ან მეტი სული ჰყავს სარჩენი თავის ჩათვლით. შინამეურნეობებში, რომელთა ყველა წევრი უმუშევარია, სიღარიბის დონე საშუალოზე თითქმის 3-ჯერ მაღალია.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, როგორც უმუშევრობა, ისე სამუშაოს დაკარგვის შიში უარყოფითად მოქმედებს ჯანმრთელობაზე, ზრდის ფსიქოლოგიური დარღვევებისა და სუიციდების რისკს, განურჩევლად ადამიანის განათლების დონისა და საცხოვრებლის საკუთრებისა.

ამრიგად, საქართველოში ამჟამად არსებული სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა ჯერჯერობით ოპტიმიზმის საფუძველს არ იძლევა. «ღარიბი ერი ჯანმრთელი ვერ იქნება» – საყოველთაოდ ცნობილი ეს გამონათქვამი ზედმიწევნით სწორად ასახავს ქვეყანაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მხრივ შექმნილ ვითარებას, რაზეც მეტყველებენ კიდევაც ზემოაღნიშნული მონაცემები. აქედან გამომდინარე, მეტად აუცილებელი და აქტუალურია ქვეყანაში სიღარიბის დაძლევის ამოცანის გადაჭრა.

ბამოყენებული ლიტერატურა:

- <http://www.greenadvocacy.net/photos/7424-National%20Report%202005.pdf>
- <http://www.who.int/hdp/poverty/en/>
- <http://whiteband.caucasus.net>
- http://www.cdc.gov/dhds/maps/sd_poverty_2004.htm

რეზიუმე

„სიღარიბე და ჯანმრთელობა“

თ. მახარაძე

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

მოსახლეობის ჯანმრთელობა საზოგადოების განვითარების ძირითადი პირობაა და ამავე დროს მისი მოქმედების საბოლოო შედეგი. ცუდი ჯანმრთელობა და სიღარიბე ერთმანეთთან მიზეზ-შედეგობრივად არის დაკავშირებული. ეს ნიშნავს, რომ ავადმყოფი ადამიანისთვის არსებობს გაღარიბების უფრო მეტი შესაძლებლობა, ხოლო ღარიბები ავადმყოფობისა და ინვალიდობის მიმართ უფრო მოწყველად ჯგუფს განეკუთვნებიან. ცუდი ჯანმრთელობა და ჯანმრთელობაზე გადებული ხარჯები ღარიბ მოსახლეობას მძიმე ტვირთად აწევა და „შექლებულთა“ მნიშვნელოვან ნაწილსაც გარდამავალი სიღარიბისკენ უბიძგებს. ამიტომ მეტად აუცილებელი და აქტუალურია ქვეყანაში სიღარიბის დაძლევის ამოცანის გადაჭრა, ვინაიდან «ღარიბი ერი ჯანმრთელი ვერ იქნება»

SUMMARY

“POVERTY AND HEALTH”

T. MAKHARADZE, TSU

Healthy population is the basis of social development and at the same time its' final result. Bad health condition and poverty are almost always linked together. This means that unhealthy person can easily be converted to poor and poor people are more likely to catch various disease or inabilities. Bad health and finances spent in healthcare facilities are heavy burden not for only poor but even for the people above average income. That is why it is vitally important for our country to solve the problem of poverty, otherwise, 'poor nation will never be healthy'.

კლავიური ნაკლის კლინიკური გამოყენებისა და ნაწოლების სიმპიომის პროგნოზულ-ანალოგიური სკალის შეფასების პირველი გამოცდილება კრიტიკულ ავადმყოფებში

ზ. ხელაქე, ს. ჯაიანი, ბ. ცხეტირიძე, ნ. კვიციანი, ბ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი
კრიტიკული მდგომარეობების მედიცინის ინსტიტუტი, რესპუბლიკური სეფსისის საწინააღმდეგო ცენტრი, თბილისი, საქართველო

პრობლემის აბსტრაქტი

ნაწოლები - დისტროფიული წყლულოვან-ნეფროზული პროცესებია, ისინი უვითარდებათ ხანგრძლივად საწოლში მყოფ დასუსტებულ ავადმყოფებს, რომლებსაც არ აქვთ მოძრაობის საშუალება და მიეკუთვნება კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა მკურნალობის პროცესში ერთერთ ყველაზე გავრცელებულ პრობლემას, განსაკუთრებით ხშირად - ნევროლოგიური პროფილის ავადმყოფში. ნაწოლების წარმოქმნაში ხანგრძლივად მწოლიარე მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფებისათვის აუცილებელია დამატებითი ფაქტორები, რომლებიც აუცილებელია მათი განვითარებისათვის. მათ მიეკუთვნება ორგანიზმის დამცველობითი ძალების დაქვეითებით მიმდინარე მძიმე დაავადებების არსებობა, რის გამოც ქსოვილთა რეგენერაციის უნარი მცირდება. ყველაზე ხშირად ნაწოლები უვითარდებათ ავადმყოფებს ინსულტით, დამბლით და ხერხემლისა და ზურგის ტვინის ტრავმებით და გამოწვეული არიან, როგორც მექანიკური ფაქტორებით (ე.წ. ეგზოგენური), რომელსაც მიეყვართ ქსოვილების დანეკროზებისაკენ, ასევე ენდოგენური ფაქტორებით, რომელთა განვითარება განისაზღვრება ორგანიზმის ცხოველქმედების დარღვევით (ქსოვილთა ნეიროტროფიკული ცვლილებები).

დღემდე ნაწოლების განვითარების სიხშირე, პერსონალის მიერ ავადმყოფის სწორი მართვის მიუხედავად, რჩება მაღალი. კერძოდ, ნაწოლები აღინიშნება 40-ზე მეტ შემთხვევაში ყოველ 100 000 მოსახლეზე. აღნიშნული დაავადება უვითარდებათ ასაკოვან პირებს, რომელთაც 65%-ში აღინიშნებათ ბარდაყის ყელის მოტეხილობა, იმ პაციენტთა 30%-ს, რომლებიც მთავასეხული არიან ინტენსიური თერაპიის ბლოკში, ავადმყოფთა 60%-ს, რომელთაც აღინიშნებათ ტეტრაპლეგია. ნაწოლების განვითარების სიხშირე პაციენტებში, რომელთაც გადაიტანეს ხერხემალ-ზურგის ტვინის ტრავმა აღწევს 40-60%-ს, ხოლო ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით ზურგის ტვინის დაზიანებისას 80%-საც კი. ამასთან ნაწოლის გართულების განვითარების ალბათობა ისეთები როგორცაა ტკივილი, დეპრესია, ინფექციები (აბსცესები, სეპტიკური ართრიტები, ბაქტერიემიები, სეფსისი) გვხვდება ავადმყოფთა 20-30%-ში. ხანგრძლივი შეუხორცებელი ნაწოლების შემთხვევაში ვითარდება ოსტეომიელიტი, ხოლო დეტალური გამოსავლის რისკი იზრდება 4-5-ჯერ. ჩვენს ქვეყანაში აღნიშნულ პრობლემას უფრო მკაფიო მნიშვნელობა აქვს, ეს დაკავშირებულია იმასთან, რომ ნაწოლები ანალოგიური კატეგორიის ავადმყოფებს ემართებათ სარწმუნოდ ხშირად უწინდებით რა იფი წოლით რეჟიმში მყოფ მძიმე ავადმყოფებს. ასეთი ავადმყოფების 50-60%-ს აქვთ III-IV ხარისხის ნაწოლები.

ნაწოლების მკურნალობა საკმაოდ ხანგრძლივი და ძვირადღირებული პროცესია. ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით ასეთი ავადმყოფების მკურნალობის ღირებულება ევროპისა და აზიის ზოგიერთ ქვეყანაში მერყეობს 10000-დან 40000 ამერიკულ დოლარამდე. ოპერაციული მკურნალობის შემთხვევები ეს ციფრი იზრდება რამოდენიმეჯერ, ამასთან აღინიშნება ოპერაციის შემდგომი გართულებების და ლეტალობის მაღალი პროცენტი. საშუალოდ, ოპერაციის შემდგომი ნაწოლების მხოლოდ 50-75% ხორცდება პირველად, დანარჩენ შემთხვევებში აუცილებელია დამატებითი, საკმაოდ ხანგრძლივი კონსერვატიული თერაპია ან განმეორებითი ოპერაცია. ამის გამო მსოფლიოს წამყვან კლინიკებში, რომლებიც დაკავებული არიან ამ პრობლემით, ოპერაცია უტარდებათ მხოლოდ ავადმყოფთა 20-30%-ს, ძირითადად ეს არიან პაციენტები IV ხარისხის ნაწოლებით. ოპერაციას წინ უძღვის ხანგრძლივი მომზადება, რომელიც გრძელდება 2-3 თვიდან 1 წლამდე. II და III ხარისხის ნაწოლების მკურნალობა კონსერვატიულია. საქართველოში ოპერაციული მკურნალობა გამოიყენება იშვიათად, ოპერირდება ავადმყოფთა დაახლოებით 10%, დანარჩენი პაციენტების მკურნალობა კონსერვატიულია.

ამასთან ნაწოლების მკურნალობის ახალ პერსპექტივებს ხსნის პლაზმური გამოსხივების კომპონენტების გამოყენება (საკუთრივ პლაზმური ნაკადი, ოზონი, ულტრაიისფერი გამოსხივება და აზოტის ოქსიდი). ექსპერიმენტული და კლინიკური კვლევების ზოგიერთმა მონაცემებმა გვიჩვენა, რომ პლაზმური ნაკადის გამოყენება საშუალებას იძლევა სწრაფად, ეფექტურად და ხარისხიანად შეასრულოს ჰემოსტაზი, საიმედოდ გაუწიოს ჭრილობის ზედაპირს ჰერმეტიზირება, მოაცილოს ნეკროზულად შეცვლილი ქსოვილები, გააკეთოს ჭრილობის სტერილიზება. ასევე გამოვლენილი იქნა ოზონის და ულტრაიისფერი სხივების გამოხატული ბაქტერიოციდული მოქმედება და აზოტის ოქსიდის ბიომასტიმულირებელი ეფექტი.

კვლევის მიზანი.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ჩვენს მიერ შემუშავებული სკალის გამოყენება და პრაქტიკაში დანერგვა ნაწოლების სიმპიომის, მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკისა და პროგნოზის გარკვევის მიზნით, აგრეთვე ნაწოლებით გართულებული კრიტიკული ავადმყოფების მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესების შესაძლებლობა პლაზმური ნაკადის კომპლექსურ მკურნალობაში გამოყენების დროს.

კვლევის შედეგები.

ჩვენს მიერ შედგენილ და შემუშავებულ იქნა ნაწოლების ახალი კლასიფიკაცია ბალების მიხედვით. მასში გათვალისწინებულია ნაწოლებისა და პაციენტის მდგომარეობის მთელი რიგი მნიშვნელოვანი კრიტერიუმები. ეს კლასიფიკაცია გვეხმარება განვსაზღვროთ ნაწოლების სიმძიმის ზოგადი სურათი და შევაფასოთ იგი არა მარტო სტადიების, არამედ ლოკალიზაციის, ხასიათის, სიღრმის, ფართობისა და ნაწოლების განვითარების ხელშემწყობი დამატებითი ფაქტორების მიხედვით. ეს საშუალებას გვაძლევს განვსაზღვროს ნაწოლებიანი ჭრილობის მდგომარეობისა და ქირურგიული ოპერაციებისათვის მზადების კრიტერიუმები, დადგინდეს ნაწოლების მდგომარეობა, აგრეთვე გაკონტროლდეს ავადმყოფის მკურნალობის სწორი ტაქტიკისა და ეფექტურობის შერჩევა.

ნაწოლების სიმძიმის შეფასების პროგნოზულ-ანალოგიური სკალა:

ავადმყოფის სიმძიმის შეფასება:

- 1 ქულა - დამაკმაყოფილებელი.
 - 2 ქულა - საშუალო სიმძიმის (სასიცოცხლო ფუნქციების კომპენსირება).
 - 3 ქულა - მძიმე (სასიცოცხლო ფუნქციების ხანგრძლივი კომპენსირება).
 - 4 ქულა - უკიდურესად მძიმე (კრიტიკული მდგომარეობა).
 - 5 ქულა - ტერმინალური.
- ნაწოლების განვითარების ხელშემწყობი დამატებითი ფაქტორები:
- 1 ქულა - სისხლის მიმოქცევის ადგილობრივი დარღვევა.
 - 2 ქულა - შაქრიანი დიაბეტი, გადატანილი ოპერაციები.
 - 3 ქულა - სეფსისი, ონკოლოგიური დარღვევები.
 - 4 ქულა - ტვინის დარღვევები.
 - 5 ქულა - სპინალური დარღვევები.

ნაწოლების დაყოფა ლოკალიზაციის მიხედვით:

- 1 ქულა - ერთუ ქვედა კიდური.
- 2 ქულა - ორივე ქვედა კიდური.
- 3 ქულა - კუდუსუნი, დუნდულო, მენჯი.
- 4 ქულა - ბეჭი, მხარი.
- 5 ქულა - თავი.

ნაწოლებიანი ჭრილობის ხასიათი:

- 1 ქულა - დანაწიბურება და ეპითელიზაცია.
- 2 ქულა - გრანულაცია.
- 3 ქულა - სეროზული გამონადენი.
- 4 ქულა - მშრალი ნეკროზი.
- 5 ქულა - სველი ნეკროზი.

ნაწოლების სიღრმის შეფასება:

- 1 ქულა - გაფერმკრთალება, სილურჯე, ადგილობრივი ჰიპოთერმია.
- 2 ქულა - ბუშტუკების არსებობა, ადგილობრივი ჰიპერემია, შეშუპება.
- 3 ქულა - წყლულის ფორმირება, რომელიც არ ვრცელდება კანის ქვეშ.
- 4 ქულა - ნეკროზი, რომელიც ვრცელდება კანის ქვეშ, მაგრამ არ აღწევს ძვლებს.
- 5 ქულა - მეკროზი, რომელიც აღწევს ძვლისაზრდელას და ძვლებს.

ნაწოლების ფართობის საერთო დახასიათება:

- 1 ქულა - 10 სმ-ზე ნაკლები.
- 2 ქულა - 10-20 სმ.

3 ქულა - 20-35 სმ.

4 ქულა - 35-50 სმ.

5 ქულა - 50 სმ-ზე მეტი.

ქულების საერთო მინიმალური რაოდენობა - 6.

ქულების საერთო მაქსიმალური რაოდენობა - 30.

ანღიშნული სკალა დღესდღეისობით აპრობირებულია ჩვენს ინსტიტუტში სამკურნალოდ მყოფ 103 ავადმყოფზე. მიღებული მონაცემები საშუალებას იძლევა სკალის გამოყენებით რეკომენდირებულ იქნას ნაწოლებიანი ჭრილობების საოპერაციოდ მომზადების აუცილებლობისა და მზადების განსაზღვრისათვის. ამ მიზნით, ჩვენი მონაცემებით, ყველაზე მისაღებად ითვლება ქულების საერთო რაოდენობის 15-დან 22-მდე შუალედი. უფრო მაღალი ციფრები მიუთითებს ადგილობრივი პათოლოგიური პროცესისა და ზოგადი მდგომარეობის გამოხატულ სიმძიმეზე, რაც საჭიროებს ავადმყოფის ოპერაციისათვის დამატებით მომზადებას. ქულების საერთო რაოდენობა 15-ზე დაბლა მიუთითებს კონსერვატიული მკურნალობის მეთოდის უპირატესობაზე.

ასევე წარმოდგენილია მნიშვნელოვნად სკალის გამოყენება პროგნოზირების მიზნით, აგრეთვე მკურნალობის მიმდინარეობის დროული კორექციებისათვის. 22-ის ზევით პროგნოზი გვესახება საეჭვოდ, ხოლო 26-ზე და მაღლა - უკიდურესად არაკეთილსაიმედოდ. მკურნალობის პროცესში 10-12 დღის განმავლობაში დადებითი დინამიკის არარსებობას, რეკომენდირებულია მკურნალობის კორექციის ჩატარება ანტიბიოტიკების დანიშნით (ან შეცვლით), დუხინტოქსიკაციური თერაპია, იმუნომოდულატორების დანიშნა, სამკურნალო ფიზიკულტურის დამატებითი ჩატარება, ფიზიოთერაპიული მკურნალობა, ოქსიგენოთერაპია, ვიტამინოთერაპია და ა. შ.

მიღებული შედეგები საფუძველს იძლევა მოცემული სკალა ჩავთვალოთ საკმაოდ ობიექტურად და პრაქტიკულ საქმიანობაში მოხერხებულად და რეკომენდაცია გაეწვიოს მის აპროვაციას ავადმყოფთა ნაწოლების პროფილაქტიკასა და მკურნალობისას კრიტიკულ მედიცინაში.

ყველა ავადმყოფს უტარდებოდათ კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტში მიღებული სტანდარტული კვლევა და მკურნალობა, ასევე პლანიმეტრიული კვლევა და ფოტომეტრია. მათ უტარდებოდათ, პლაზმური ნაკადის გამოყენებით, ნაწოლების კომპლექსური მკურნალობა, ხოლო ჩვენებების მიხედვით - ნეკრექტომია, პლაზმური ნეკრექტომიის მეთოდის ჩათვლით.

პროფილაქტიკის მიზნით, იმისათვის, რომ ყველა ჩვენი პაციენტისთვის შეგვენარჩუნებინა კანი ჯანმრთელ მდგომარეობაში უტარდებოდათ შესაბამისი კვება (საკვები უნდა შეიცავდეს არა ნაკლებ 20%-ისა ცილას), ვიტამინ „ც“-ს პრეპარატების ჩართვით (500მგ 2-ჯერ დღეში) და სითხე (თუ არ არსებობდა შეზღუდვა ავადმყოფი იღებდა არანაკლებ 1,5ლ დღეში), დატენიანებულ კანს ვაშრობდით, ხოლო მშრალს - ვატენიანებდით, შესაძლებლობის მიხედვით ავადმყოფს ვუწყობდით ჰაერის აბაზანებს დღეში რამოდენიმეჯერ, თუ ავადმყოფი თავისი მდგომარეობით იძლეოდა ამის საშუალებას ვაბრუ-

ნებით გვერდზე. პაციენტის უმოძრაობის შემთხვევაში მის მდებარეობას ვცვლიდით ყოველი 2 საათის შემდეგ. თვითეული ნაწოლებიანი ავადმყოფი უზრუნველყოფილი იყო დრეკადი გასაბერი ლეიბით (სისქით არანაკლებ 1,5სმ.). კუდუსუნის ქვეშ ვადებდით რეზინის გასაბერ რგოლს, რომელზეც ჩამოცმული იყო ბალიშის პირი, ხოლო უმოძრაო ხელებისა და ფეხების ქვეშ ვათავსებდით ტოპრაკებს, რომლებიც ავსებული იყო სპეციალური შემაკვებლებით ან ტილოთი. ყოველდღიურად კანს ვუხელოდით ქაფურის სპირტით, თბილი წყლით ან მადენზიფიცირებული ხსნარით დასველებული პირსახოცით, კანი იწმინდებოდა პირსახოცით. გაშრობის შემდეგ კანის პრობლემურ ადგილებს ვაყრიდით ტალკს. ჰიპერემიის შემთხვევაში კანის ზედაპირს ვასხივებდით პლაზმური სხივების განფოკუსირებული ნაკადით.

ძირითად №1ჯგუფში (53 პაციენტი) დამატებით კომპლექსურ მკურნალობაში გამოიყენებოდა ნაწოლების დასხივება პლაზმური ნაკადით. მეთოდიკა რეჟიმში „პლაზმური დასხივება“ ეფუძნებოდა 5 (33 პაციენტი) ან 10 (20 პაციენტი) ხანმოკლე, ყოველდღიურ განფოკუსირებულ დასხივებას პლაზმური ნაკადით ნაწოლებიანი ჭრილობის გავრცელების ზონებში, 5-7წუთის განმავლობაში, 10-15სმ-ის დაშორებით კანის ზედაპირიდან. პლაზმური ნაკადის დახრის კუთხე ჭრილობის ზედაპირის სიბრტყესთან შეადგენდა 30-45 გრადუსს. მანძილი საქმენიდან ქსოვილებამდე შეადგენდა 40-დან 60მმ-მდე. პლაზმური სხივის ტემპერატურა კანის ზედაპირზე იყო უხიფათო და შეადგენდა 40-42 გრადუსს ჩით, თვითონ მეთოდიკა არ საჭიროებდა წინასწარ მომზადებას და არ იყო დამოკიდებული ავადმყოფის მდგომარეობის სიმძიმეზე. პლაზმური ნაკადი „პლაზმური აორთქლების“ რეჟიმში გამოიყენებოდა შემდეგი მეთოდიკით: ჭრილობის ზედაპირის კედლის პარალელურად ედებოდა ნესტიანი, სტერილური, დოლბანდის საფენი, რათა დაცული ყოფილიყო თერმული დაზიანებისაგან ჭრილობის კიდეები ჭრილობის ზედაპირიდან არეკილი მაღალტემპერატურული შემობრუნებული ტურბულენტიური ნაკადებით. 30-45 გრადუსიანი დახრით თანდათანობით და წრიული მოძრაობით ჭრილობის ზედაპირის გარშემო 5-15 მმ-ის მანძილზე ტარდებოდა მისი დამუშავება. ნეკროზული ქსოვილების მოშორების შემდეგ ჭრილობის ზედაპირს ვამუშავებდით პლაზმური სკალპელით, რომლის ზემოქმედებით ელვისებურად ორთქლდებოდა დარჩენილი სიცოცხლისუნარო ქსოვილები და ექსუდატი, ამასთან ადგილი აქონდა კოაგულაციას და ჰემოსტაზს. დამუშავების შემდეგ ჭრილობის ზედაპირი პრაქტიკულად ხდებოდა სტერილური. აღნიშნული მანიპულაციების ჩატარების დრო ვარირებდა 5-8 წუთის შუალედში.

გამოყენებული იყო ნაწოლების მკურნალობის სქემები, რომლებიც მოიცავდა პათოგენეზის ყველა რგოლს. აღნიშნული სქემები ნაწოლებიანი ჭრილობის ადგილობრივ მკურნალობასთან ერთად აუცილებლად მოიცავდა ქირურგიულ დამუშავებას პლაზმური ნაკადით. ტარდებოდა გადახვევები და სხვა მანიპულაციები, რომლის დროსაც ავადმყოფ-

თა ნაწოლისათვის აუცილებელ კომპონენტს წარმოადგენდა მიდამოს დასხივება პლაზმური კომპონენტებით. აგრეთვე ტარდებოდა ავადმყოფთა საერთო მკურნალობა ზოგადად მიღებული მეთოდებით, როგორცაა ინფუზიურ-დეზინტოქსიკაციური, ანტიბაქტერიული, იმუნოთერაპიული, ფიზიოთერაპიული, სამკურნალო ფიზიკულტურის, ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილზე ზოგადმასტიმულირებელი ზემოქმედების და ა. შ. მეთოდები.

№2 საკონტროლო ჯგუფში (50 პაციენტი) ჭრილობის დასუფთავება ხდებოდა მომაკვდავი ქსოვილების მოცილებით, რის შემდეგ იგი იხურებოდა კალიუმის 1%-იანი პერმანგანატის ხსნარით დასველებული სტერილური საფენით. ნახვევს ცვლიდნენ არანაკლებ 2-ჯერ დღეში. შემდეგ გადადიოდნენ დოლბანდის საფენებზე, რომლებიც ჭრილობას ედებოდა შემდგომი ფიქსაციით ვიშნევსკის მაღამოს ან სხვა პრეპარატების გამოყენებით, ისინი აჩქარებენ რეპარაციულ პროცესებს ნელა მიმდინარე გრანულაციური და მავიტიულიზირებელი ჭრილობების დროს („ლეეომიკოლი“, „ლეეოსინი“, ქაცვის ზეთი და სხვა). ნაწოლზე მეორადი ინფექციის თანდართვისას გამოიყენებოდა ანტისეპტიური და ანტიბაქტერიული საშუალებები: ბორის მჟავა, წყალბადის 3%-იანი ხეჟანგი, მაღამოები „ლეეომიკალი“ და „ლეეოსინი“. ჭრილობისათვის სველი პირობების შესაქმნელად გამოიყენებოდა ალგინატები, ჭრილობების საფენებისა და ფხვნილების სახით შესავსებად, ხოლო ჰიდროკოლოიდური ნახვევები მისი გაწმენდისა და დახურვის მიზნით.

აკლავის შედეგები. №1 ჯგუფში უშუალოდ პლაზმით დამუშავების შემდგომ ჭრილობის ზედაპირი მნიშვნელოვნად გასუფთავდა, მიკრობული მოთესვა შემცირდა რამდენჯერმე. პლაზმით დამუშავების შემდგომ პირველივე დღე-ღამეში პაციენტთა 80%-ს აღენიშნებოდა თვითშეგრძნების გაუმჯობესება, შეუმცირდათ ტკივილი ჭრილობის არეში, რაც პლაზმური ნაკადის მანესთეზირებელი ეფექტით განისაზღვრება. №2 ჯგუფში თვითშეგრძნება და ტკივილის შემცირება ჭრილობის არეში აღენიშნათ მხოლოდ პაციენტთა 30-35%-ს, დანარჩენებს შეუწინაღებელი ინტენსიური ტკივილი, ადგილობრივი გართულებები მხოლოდ 1-2 ერთეულით.

№1 ჯგუფის პაციენტთა 80%-ს 3-4 დღე-ღამის განმავლობაში გაუგრძელდათ მდგომარეობის სუბიექტური გაუმჯობესება, სხეულის ტემპერატურული მაჩვენებელი შემცირდა საშუალოდ 0, 8-0, 9±0, 2°C-ით. მნიშვნელოვნად დაქვეითდა ლეიკოციტების მაჩვენებელი პერიფერიულ სისხლში (11, 9±1, 1*10⁹/ლ) და ინტოქსიკაციისა ლიმფოციტარული ინდექსი (3, 0±0, 3). №2 ჯგუფში, იმავე პერიოდში, მდგომარეობა გაუმჯობესდა პაციენტთა 45%-ში, ტემპერატურის საშუალო მაჩვენებელი შემცირდა დაახლოებით 0, 4-0, 5±0, 2°C-ით. ლეიკოციტების მაჩვენებელი სისხლში შემცირდა და გახდა (13, 1±0, 6*10⁹/ლ) და ინტოქსიკაციის ლიმფოციტარული ინდექსი კი (3, 5±0, 3).

მე-5-7 დღე-ღამეზე №1 ჯგუფის პაციენტთა 60%-ზე მეტის მდგომარეობა ფასდებოდა როგორც დამაკმაყოფილებელი, დანარჩენებისა კი, როგორც საშუალო სიმძიმის. სხეულის ტემპერატურული მაჩვენებელი ვარირებდა 37, 4±0, 2°C-ის ფარგლებში, ინტო-

ქსიკაციის ლიმფოციტარული ინდექსი პროგრესულად მცირდებოდა 2, 5±0, 2-მდე. გაუმჯობესდა სისხლში ლეიკოციტების მაჩვენებელი (საშ. 8, 2±1, 1* 10⁹/ლ). ამასთანავე შემთხვევათა 30%-ის ჭრილობის გამონადენში მიკროორგანიზმების ზრდა არ ხდებოდა. №2 ჯგუფში ავადმყოფთა 40%-ის მდგომარეობა ფასდებოდა როგორც შედარებით დამაკმაყოფილებელი, 50%-ისა როგორც საშუალო სიმძიმის, ხოლო 10%-ის - როგორც მძიმე. ინტოქსიკაციის ლიმფოციტარული ინდექსი №1 ჯგუფთან შედარებით დაქვეითდა მცირედით (2, 8±0, 3-მდე). იგივე ითქმის ლეიკოციტარულ მაჩვენებელზე (საშ. მაჩვენებელი გახდა 9, 8±0, 8*10⁹/ლ); სხეულის ტემპერატურა იყო 37, 7±0, 3°C-ის ფარგლებში. ამასთანავე შემთხვევათა მხოლოდ 5%-ს არ აღენიშნებოდა მიკროორგანიზმთა ზრდა.

მე-7-10 დღე-ღამის პერიოდში №1 ჯგუფში პაციენტთა 75%-ის მდგომარეობა ფასდებოდა, როგორც შედარებით დამაკმაყოფილებელი. ორგანიზმის ტემპერატურული მაჩვენებლები მცირდებოდა 37, 0±0, 2°C-ით. ინტოქსიკაციის ლეიკოციტარული ინდექსი მცირდებოდა 2, 0±0, 2-მდე. პერიფერიულ სისხლში ლეიკოციტარული მაჩვენებლის დონე შემცირდებოდა 7, 5±0, 6*10⁹/ლ-მდე. ორგანიზმის ტემპერატურა ნორმალისა და 70%-ზე მეტ პაციენტში. შემცირდა ინფილტრაცია, ჭრილობის კიდეები გამკვრივდა, ჭრილობები პრაქტიკულად მთლიანად გაიწმინდა. №2 ჯგუფში დაშავებულთა 55%-ის მდგომარეობა ფასდებოდა როგორც შედარების დამაკმაყოფილებელი. ინტოქსიკაციის ლიმფოციტარული ინდექსის მაჩვენებელი და ლეიკოციტოზის დონე №1 ჯგუფთან შედარებით მცირდებოდა შედარებით ნელა, ორგანიზმის ტემპერატურა ნორმალისა და დაშავებულთა 30%-ში. ზომიერად მცირდებოდა ინფილტრაცია, ჭრილობის კიდეები მკვრივდებოდა და იწმინდებოდა. ბაქტერიოლოგიური კვლევებისას ხშირად ვლინდებოდა შერეული მიკროფლორა სტაფილოკოკური, ჩირქოვანი და სოკოვანი კულტურების სიჭარბით.

„პლაზმური დასხივების“ რეჟიმის გამოყენებამ ინფიცირებული ნაწოლების ზედაპირზე მიგვიყვანა მოულოდნელ შედეგამდე. დასაწყისში პლაზმური დასხივება გამოიყენებოდა მხოლოდ ჭრილობის ზედაპირის დამატებითი გამოწმობის მიზნით, ხოლო მოგვიანებით შემჩნეულ იქნა, რომ „პლაზმური მობერვა“-ს გააჩნია არამარტო გამოწმობის, არამედ უფრო მეტად ბიოსტიმულატორული ეფექტი. ჭრილობის მიმდინარეობის პროცესის მაჩვენებლები მიუთითებენ, რომ ჭრილობის დეფექტის დინამიური პლაზმური დასხივება სისხლძარღვოვანი დარღვევების ფონზე ხელს უწყობდა მიკრობული მოთესვიანობის დონის და ქვეითების 2-4 რიგირს, მიკროფლორის სახეობისა და შტამებისაგან დამოუკიდებლად. პირველი 2-3 დასხივების შემდეგაც კი მნიშვნელოვნად ქვეითდებოდა ჭრილობების არეში ტკივილების ინტენსივობა, ხოლო 4-5-ის შემდეგ მათ ზედაპირზე ჩნდებოდა გრანულაციის ერთეული ფოკუსები, რომლებიც 1-2 დღის შემდეგ ერთიანდებოდა კუნძულებად. ერთდროულად გრანულაციების ზედაპირზე ჩნდებოდა ეპითელიური ქსოვი-

ლის უბნები. დამახასიათებელია, რომ ჭრილობის ეპითელიზაცია რიგ შემთხვევებში ხშირად იწყებოდა არა ნაპირებიდან, არამედ ცენტრიდან წერილი კერების, ხიდეების ან რადიალური ბილიკების სახით. პროცესის ასეთი მიმდინარეობა, ზოგადად მიღებულ მეთოდებთან შედარებით, უზრუნველყოფდა წყლულოვანი დეფექტის სწრაფ შეხორცებას.

ჩვენს მიერ დადგენილ იქნა, რომ პლაზმური ნაკადის გამოყენება კიდურების ჭრილობების მკურნალობაში საშუალებას იძლევა უფრო სწრაფად გაიწმინდოს ჭრილობა პათოგენური მაკროფლორისაგან, პლაზმური სხივების მაღალტემპერატურული ულტრაიისფერი გამოსხივებისა და ოზონის ბაქტერიოციდული ზემოქმედების გამო. პლაზმური ნაკადის გამოყენება საშუალებას იძლევა უმრავლეს შემთხვევაში მივიღოთ ჭრილობის პრაქტიკულად სტერილური ზედაპირი, დანარჩენ შემთხვევებში მიკრობების კონცენტრაცია ბევრად მაღალია „კრიტიკულ“ დონესთან შედარებით. ჩატარებულმა კვლევებმა საშუალება მოგვცა მიგველო სარწმუნო შედეგები, რომლებიც ამტკიცებენ პლაზმური ნაკადის გამოყენების მიზანშეწონილობის ჭრილობების სტერილიზაციისა და ჩირქოვანი გართულებების განვითარების აღკვეთის მიზნით.

დასკვნები. აქედან გამომდინარე, ნაწოლების კომპლექსური მკურნალობა კრიტიკულ ავადმყოფებში, რომელიც მოიცავს ჭრილობის ზედაპირის დამუშავების და დასხივების პლაზმისა და მისი კომპონენტების (ოზონი, ულტრაიისფერი სხივები აზოტის ოქსიდი) დახმარებით, საშუალებას იძლევა მივიღოთ გამოხატული დადებითი ეფექტი. ამავე დროს მცირდება მკურნალობის საშუალო ვადები 20-30%-ით, შეიმჩნევა ჭრილობაში რეგენერაციული პროცესების უფრო ინტენსიური მიმდინარეობა, მდგომარეობა უფრო იშიათად რთულდება სეფსისით, უმჯობესდება (მათ შორის პოსტოპერაციული ტკივილების შემცირების ხარჯზე) ოპერაციის შემდგომი პერიოდის მიმდინარეობა და ფუნქციის ადრეული აღდგენა ხდება შესაძლებელი. ნაწოლების მკურნალობის ახალი მეთოდიკა პლაზმური ნაკადის გამოყენებით საშუალებას გვაძლევს მოვახდინოთ ნაწოლების გართულებების პროფილაქტიკა უფრო მაღალი ხარისხით და აგრეთვე უკვე განვითარებული ნაწოლების ეფექტური მკურნალობა. ჭრილობის ზედაპირების დამუშავება რეკომენდირებულია რეჟიმებით „კოაგულაცია“ და „პლაზმური დასხივება“.

ლიტერატურა

1. Басков А. В. Хирургическое лечение пролежней у больных со спинномозговой травмой // Вопросы нейрохирургии. – 2000. – № 1. – С. 30-33.
2. Гаркави А. В. Комплексное лечение пролежней у спинальных больных: Дис.... канд. мед. наук. – М., 1991.
3. Дудченко М. А. и др. Комплексное лечение трофических язв // Лечащий врач. — 2002. — № 10. — С. 72—75.
4. Джаиანი С. В. «Применение плазменных потоков при лечении хронических гнойных ран». Конференция «Сепсис». Тбилиси. 1999, стр. 8-9.

4. Климиашвили А. Д. Профилактика и лечение пролежней // Русский медицинский журнал. – 2004. – № 12. – С. 40-45.

5. Мусалатов Х. А., Елизаров М. Н., Насридинов М. А. Лечение пролежней у больных с повреждением позвоночника и спинного мозга // Медицинская помощь. – 2002. – № 3. – С. 22-28.

6. Новикова Н. Ф., Мордовцев В. Н., Паренькова Т. В. Новые возможности лечения трофических язв, ран кожи и мягких тканей, пролежней и свищей // Provisorium. – Т. 1, № 4. – С. 30—33.

7. Телешов Б. В. и др. Принципы профилактики и лечения пролежней // Хирургия / приложение. – 2002. – № 2. – С. 32—35.

8. Цуцкиридзе Б. Н. Применение плазменных потоков при боевых повреждениях конечностей. Дисс. acad. ст. доктора медицины. – 2007. – 163 с.

9. Цуцкиридзе Б. Н., Джаиани С. В., Мгалоблишвили Г. И. Применение плазменных потоков в хирургической обработке гнойно-септических осложнений при повреждениях конечностей // Georgian Medical News. – 2007. – № 6. – С. 19 – 22.

9. Fowler E., Papen J. C. // Decubitus. – 1991. – Vol. 4. № 3. – P. 47-53.

10. Yacony G. M., Hememann A. W. Spinal Cord Injury. – 1995. – P. 100-119.

11. Kheladze Z. «New Steps in Critical Care Medicine». Critical care medicine institute, Tbilisi, 1998, 215 p.

რეზიუმე

პლაზმური ნაკადის კლინიკური გამოყენებისა და ნაწოლების სიმძიმის პროგნოზულ-ანალოგიური სკალის შეფასების პირველი გამოცდილება კრიტიკულ ავადმყოფებში

ზ. ხელაძე, ს. ჯაიანი, ბ. ცუცკირიძე, ნ. კვიციანი, ბ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი
კრიტიკული მდგომარეობების მედიცინის ინსტიტუტი, რესპუბლიკური სეფსისის საწინააღმდეგო ცენტრი, თბილისი, საქართველო

ავტორების მიერ შემუშავებულია კრიტიკული მედიცინის ავადმყოფებისათვის ნაწოლების შეფასების ახალი პროგნოზულ-ანალოგიური სკალა. გამოყენებული იქნა 6 ყველაზე მნიშვნელოვანი პროგნოზული კრიტერიუმები, რომელთა მიხედვითაც ნაწოლებიანი ჭრილობების მქონე ავადმყოფების შეფასება ხდებოდა. ახალი სკალა ეხმარება განისაზღვროს ნაწოლების სიმძიმის ზოგადი სურათი და შეფასდეს ნაწოლები არა მარტო მისი სტადიების, არამედ ლოკალიზაციის, ხასიათის, სიღრმის, ფართობისა და ნაწოლების განვითარების ხელშემწყობი დამატებითი ფაქტორების მიხედვით. ეს საშუალებას იძლევა განისაზღვროს ნაწოლების მზადების კრიტერიუმები ქირურგიული ოპერაციებისათვის, დაზუსტდეს ნაწოლების ადგილმდებარეობა. მიღებული მონაცემები საშუალებას იძლევა რეკომენდირებულ იქნას სკალის გამოყენება ნაწოლებიანი ჭრილობის ოპერაციული მკურნალობის აუცილებლობისა და მზადყოფნის განსაზღვრისათვის, მკურნალობის მიმდინარეობის დროული კორექციისათვის და პროგნოზის მიზნით.

ავტორები წარმოდგენილ სტატიაში, 103 ნაწოლებიანი კრიტიკულ ავადმყოფის მკურნალობის გამოცდილებაზე დაყრდნობით, გვთავაზობენ მკურნალობის ახალ მეთოდს, რომელიც დაფუძნებულია პლაზმური გამოსხივების გამოყენებაზე. აღნიშნული კატეგორიის ავადმყოფების კომპლექსური მკურნალობა, მოიცავს პლაზმური ნაკადის გამოყენებით ჭრილობის ზედაპირის დამუშავებას და დასხივებას, რაც სარწმუნოდ აუმჯობესებს მკურნალობის შედეგებს, ამცირებს გართულებების რაოდენობას, ამცირებს მკურნალობის საშუალო ვადებს. მიღებული შედეგები, საშუალებას იძლევა ფართოდ იყოს რეკომენდირებული მოცემული მეთოდი ნაწოლებით გართულებული ავადმყოფების მკურნალობისას.

საკვანძო სიტყვები: ნაწოლი, კრიტიკული მდგომარეობები, პროგნოზულ-ანალოგიური სკალა, პლაზმა.

SUMMARY

NEW STEPS IN CRITICAL CARE MEDICINE - THE PLASMA ERADIATION

Z. KHELADZE, S. JAANI, B. TSUTSKIRIDZE, N. KVITSIANI, G. CHAKHUNASHVILI, D. CHAKHUNASHVILI

Institute of Critical Care Medicine, Anti-Sepsis Republican Centre, Tbilisi, Georgia

The new prognostic-analogue scale of rating the bedsores of the critically ill patients was elaborated by authors. 6 most important prognostic criterions were used, by which the patients with the bed sore wounds were evaluated. The new scale aids in defining the general picture of the bed sore and rate the bedsores not only by its' stages, but also with determining localization, character, depth, area and the additional factors that favor the development of the bedsores. The above mentioned gives the possibility to determine the preparation criterions for the surgical operations, to ascertain the exact localization of the bed sore. The achieved results give the opportunity to recommend using of this scale to determine the necessity and readiness of the surgical treatment of the bed sore wound, for timely correction and prognosis of the treatment course.

In this article, the authors, based on the treating experience of the critically ill 103 patients with bed sore wounds, offer the new method of treatment, which is based on using the plasma eradiation. The complex treatment of the above mentioned category of patients includes treating and irradiating the surface of the wound with the plasma flow, which significantly improves the results of treatment, lowers the numbers of complications and shortens the general dates of treatment. Achieved results, give us the possibility to widely recommend this method for treating the patients with bed sore complications.

Keywords: bed sore, critical condition, prognostic-analogue scale, plasma.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ АНТРОПОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ДИАГНОСТИКЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

БАГРИЙ А., ДИЛЕНЯН Л., БЕЛКАНИЯ Г., ПУХАЛЬСКАЯ Л.,
ГВИНДЖИЛИЯ И., МАТИАШВИЛИ Э., ДЖАЯНИ С.

Винницкий национальный медицинский университет, Украина; Нижегородская медицинская академия, Россия; Лаборатория медицинских экспертных систем «Антропос Системс Лэб.», Винница, Украина; Варшавский медицинский университет, Польша; Лечебно-оздоровительный центр «АНТРОПОС», Тбилиси, Грузия; Институт критической медицины, Тбилиси, Грузия

ВВЕДЕНИЕ.

Состояние здоровья человека определяется многими факторами, но в первую очередь оно лимитируется состоянием его основных физиологических систем, среди которых ведущее место принадлежит сердечно-сосудистой системе (ССС). Именно она, первая из начинающих свое функционирование еще при внутриутробном развитии организма, обеспечивает адаптивные возможности, а, в конечном счете, и жизнеспособность организма в целом на всех этапах его развития и существования.

Поэтому неслучайно врожденные дефекты развития СССР или ее заболевания, а также возрастные и инволютивные процессы и «сцепленные» со старением состояния и заболевания наиболее существенно, чем аналогичные состояния других систем, ограничивают адаптивные возможности и продолжительность жизни организма. Ярким подтверждением тому является и структура нозологического профиля человека и причин смерти, по которой ведущее место принадлежит, как известно, именно сердечно-сосудистым заболеваниям.

Успешное развитие превентивного направления в современной медицине, включая информационную поддержку здоровья, требует новых методологических подходов в разработке диагностических средств во всем диапазоне соматического состояния организма: здоровье–нездоровье–болезнь. Это предвзывает определенные требования к диагностической чувствительности таких средств, особенно при оценке состояния СССР, как системы базового обеспечения любого соматического состояния организма и здоровья в целом.

В качестве такого подхода предлагается антропофизиологическое представление об актуальности и адекватности для человека, как прямоходящего существа, системно связанной мультипараметровой характеристики СССР не только в стандартно практикуемого в диагностике положении тела лежа, но и в наиболее типичных для человека условиях жизнедеятельности в вертикальном положении тела – стоя, сидя, при ходьбе. Это позволяет охватить полное информационной пространство (лежа и стоя) состояния больного и здорового человека. При этом адекватность и объективность оценки кровообращения обеспечивается не только связанной по позным условиям стоя – лежа, но и по основным гемодинамическим механизмам (объем–емкость–насос–кровоток) и отделам СССР оценкой центрального и периферического кровообращения.

Целью работы является обоснование диагностической информативности антропофизиологического подхода в клинической практике при такой типичной для человека нозологии как облитерирующий эндартериит (недостаточность артериального кровообращения нижних конечностей).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Исследования были проведены в рамках клинических испытаний [1] на базе отделений сосудистой хирургии Варшавского и Каунасского медицинских университетов разработанной на основе антропофизиологического подхода диаг-

ностической системы и ее аппаратно-программной реализации в виде компьютерного комплекса АНТРОПОС-СА-VASCREEN (Лаборатория медицинских экспертных систем, г. Винница, Украина; Институт медицинских технологий и приборостроения, г. Забже, Польша).

Клиническую группу составили больные (мужчины и женщины) с облитерирующим эндартериитом (артериосклерозом) с разной степенью нарушения проходимости артериальных сосудов (n=126), контрольную одновозрастную группу составили женщины и мужчины (n=233) без клинических проявлений (диагноза) нарушений артериального кровообращения нижних конечностей. Онтогенетический анализ проявляемости (в % по возрастным выборкам) циркуляторных синдромов по артериальному кровообращению нижних конечностей (ишемии, гиперрезистивности сосудов) проведен по общей базе данных по следующим возрастным группам: до 5 лет (n=4), 6-7 лет (n=5), 8-21 год (n=297), 22-35 лет (n=326), 36-60 лет (n=598) и старше 60 лет (n=578). Возрастные группы выделялись соответственно критическим периодам формирования онтогенетической адаптации к гравитации в условиях прямохождения [2, 3].

Больные клинической группы обследовались по стандартному унифицированному протоколу, который включал в себя полное клиническое обследование с использованием рентгеноконтрастной и компьютерной ангиографии, ультразвуковой дуплексной доплерографии. Состояние артериального кровообращения пациентов контрольной группы оценивалось клиническими методами без использования ангиографии.

У всех больных и здоровых лиц проводилось комплексное реографическое исследование состояния СССР с использованием стандартных технических характеристик приборного оборудования (аналогичных тетраполярному реографу типа РПГ2-02). Оригинальной схемы наложения токовых и потенциальных электродов (рис. 1). Определенной последовательности позных условий регистрации импедансных эквивалентов гемодинамических параметров – исследование сначала проводилось в положении стоя, а затем через 15-20 минут пребывания в положении лежа [4].

С данными клинических исследований сопоставлялась проявляемость циркуляторных синдромов недостаточности артериального кровотока, которые диагностировались по амплитуде дифференциальной реограммы (показатель артериального притока (АП)) соответствующего сегмента тела: таз-бедро (слева и справа) и голени (левая и правая). Циркуляторный синдром недостаточности артериального кровообращения диагностировался при величине АП меньше нижнего нормативного предела по диагностической шкале. Синдром повышения сосудистого сопротивления и гиперрезистивности артериальных сосудов оценивался по показателям артериального импеданса. Он определялся по соотношению параметров центральной гемодинамики – ударного объема сердца (УОС), ударного индекса сердца (УИ) и среднего артериального давления (АДср.) с величиной АП по соответствующему сегменту тела: по режиму давления – АДср/АП, насосному режиму – УОС/АП и УИ/АП,

а также по режиму перфузии АДср×УИ/АП. Циркуляторный синдром гиперрезистивности артериальных сосудов диагностировался при величинах этих показателей больше верхнего нормативного предела. Оценка используемых гемодинамических показателей проводилась по положению стоя и лежа с учетом их соотношения – стоя/лежа с использованием стандартных методов непараметрического статистического анализа [5, 6].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Проведенный анализ показал высокую сопоставимость результатов оценки состояния кровообращения нижних конечностей, полученных стандартными (референтными) клиническими и инструментальными методами, и с использованием диагностической системы АНТРОПОС-CAVASCREEN. Для повышения надежности определения диагностической информативности сопоставление проводилось не по проявляемости циркуляторного синдрома недостаточности артериального кровообращения (ишемии) по тому или иному сегменту (таз-бедро или голени) одноименной (левой или правой) нижней конечности, а по каждому из 4-х сегментов – таз-бедро (слева, справа) и голень (слева и справа). Таким образом, выборка сосудистых сегментов сопоставления по клинической группе составила n=489, а по контрольной группе n=1060. В 99% случаев отмечалось совпадение диагностических заключений по идентификации недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей по клинической выборке пациентов с облитерирующим эндартериитом или артериосклерозом (рис. 2). Такое информационное соответствие свидетельствует о высокой диагностической чувствительности представляемой диагностической системы.

Важным результатом, явилось заметное расхождение в диагностике по контрольной группе. Совпадение результатов клинических исследований по стандартному протоколу и по АНТРОПОС-CAVASCREEN было в 74% – по обоим методам не отмечено нарушений артериального кровообращения по нижним конечностям. В отличие от протокольных клинических исследований, которые стандартно проводятся в положении лежа, при диагностике с использованием АНТРОПОС-CAVASCREEN гемодинамические синдромы недостаточности артериального кровообращения в положении лежа обнаруживались по разным отделам нижних конечностей (таз-бедро или голень, слева или справа) от 18% до 26% случаев. Но что особенно важно – от 31% и до 44% случаев эти синдромы выявлялись именно в положении тела стоя. Фактически это и есть реальный объем группы риска лиц с начальными состояниями развития сосудистой патологии, которые скрыты от стандартных клинических исследований уже в силу просто ограниченного диагностического пространства проведением исследования в стандартных условиях положения тела лежа.

Полученные данные свидетельствуют о более высокой диагностической чувствительности и полноте исследований с использованием АНТРОПОС-CAVASCREEN, а также об особой актуальности проведения диагностики в положении тела стоя. Еще более убедительным обоснованием этому являются данные по онтогенетической динамике проявления недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей, полученные на выборке из 1808 лиц (мужчин и женщин) в возрасте от 3 и до 94 лет (рис. 3, верхняя часть рисунка).

По старшим возрастным группам (36-60 лет и старше) при диагностике в положении лежа стандартными методами и с использованием АНТРОПОС-CAVASCREEN отмечается практическое совпадение диагностического вывода. Однако в положении тела стоя отмечается четкое и достоверное выявление гемодинамического синдрома недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей.

Еще более выразительно это выглядит, если учитывать не только синдром артериальной недостаточности, но и гемодинамический синдром, не выявляемый в клинике сосудистой хирургии при стандартных методах инструментальной диагностики, повышение сосудистого сопротивления и гиперрезистивности артериальных сосудов. Это такое циркуляторное состояние, которое, с одной стороны, явно ограничивает адаптивные возможности периферического кровообращения; а с другой стороны, предшествует развитию клинически выраженной сосудистой патологии, включая недостаточность артериального кровообращения.

На представленном рисунке 3 (нижняя часть) хорошо видно, что при такой интегральной диагностической характеристике достоверно увеличивается количество и диагностируемых состояний уже по положению тела лежа, но особенно выразительно по положению тела стоя. С позиций превентивной медицины особенно важна высокая диагностическая чувствительность исследований с использованием именно антропофизиологически ориентированной диагностической системы АНТРОПОС-CAVASCREEN на всех остальных возрастных выборках до 35 лет – как в положении тела лежа, так и, особенно, стоя. Из данных представленных на рис. 3 хорошо видно, как проявляемость циркуляторных синдромов ограниченности и недостаточности артериального кровообращения по нижним конечностям распространяется на период детства. Именно на тот возрастной этап, на протяжении которого формируется ростовая адаптация к гравитационному (гидростатическому) фактору кровообращения [2, 3]. Данное обстоятельство представляется особо важным, учитывая актуальность сосудистой патологии нижних конечностей у человека (облитерирующий эндартериит и артериосклероз, варикозная болезнь и др.), как по заболеваемости, так и по фатальности ее протекания [7]. В связи с этим и имеющимися другими данными [8, 9] представляется целесообразным все же обозначить значение гравитационного фактора кровообращения для человека, как прямоходящего существа, как антропогенетической основы формирования нарушений кровообращения нижних конечностей.

Для проведенного нами исследования именно данная патология (разные формы и степень окклюзии артериальных сосудов) была использована и в связи с наиболее четко отрабатанным алгоритмом референтных методов клинической и инструментальной диагностики, включая и возможность дополнительной верификации диагноза во время оперативного пособия. Однако, при этом следует отметить, что в диагностической практике именно при данной патологии, за редким исключением [8, 9], ориентируются на состояние кровообращения, в том числе и нижних конечностей, в условиях горизонтального положения тела лежа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование антропофизиологического подхода в системной оценке состояния кровообращения позволяет осуществлять раннюю диагностику циркуляторных состояний, которые лежат в основе недостаточности артериального кровообращения. Причем, задолго до формирования уже клинически выраженных проявлений такой недостаточности. В свою очередь, это позволяет объективно выявить до-нозологический этап данной сосудистой патологии и сдерживать практически всегда фатальное ее развитие.

Дальнейшее развитие на основе антропофизиологического подхода средств диагностики, ориентированных не только на больных людей, а на весь диапазон соматических состояний, актуально как для методического обеспечения превентивной медицины, так и институций поддержки здоровья в целом.

РЕЗЮМЕ

**ИНФОРМАТИВНОСТЬ АНТРОПОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА
В ДИАГНОСТИКЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

БАГРИЙ А., ДИЛЕНЯН Л., БЕЛКАНИЯ Г., ПУХАЛЬСКАЯ Л.,
ГВИНДЖИЛИЯ И., МАТИАШВИЛИ Э., ДЖАЯНИ С.

Сопоставлены оценки состояния артериального кровообращения нижних конечностей у больных с облитерирующим эндартериитом (артериосклерозом), полученные стандартными клиническими и инструментальными методами в традиционных для таких исследований условиях положения тела пациентов лежа, с антропологической оценкой состояния кровообращения в положениях тела стоя и лежа. Показано, что проявляемость циркуляторных синдромов ограниченности и недостаточности артериального кровообращения по клинической и контрольной группам пациентов, а также по всем возрастным выборкам была достоверно более высокой в положении стоя.

Ключевые слова: антропологический подход, облитерирующий эндартериит, артериальное кровообращение, диагностика.

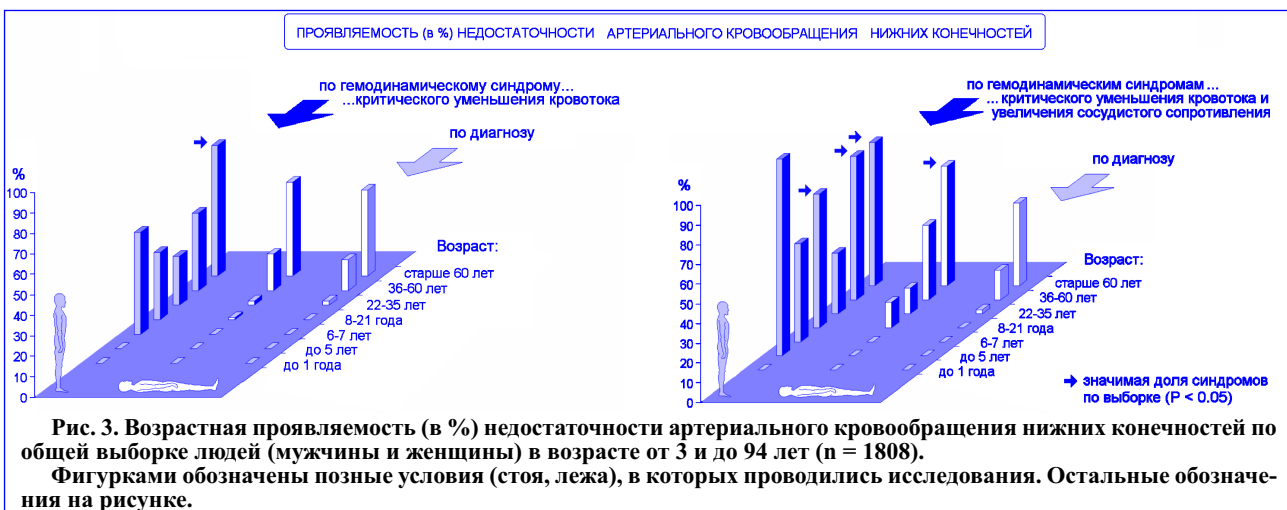
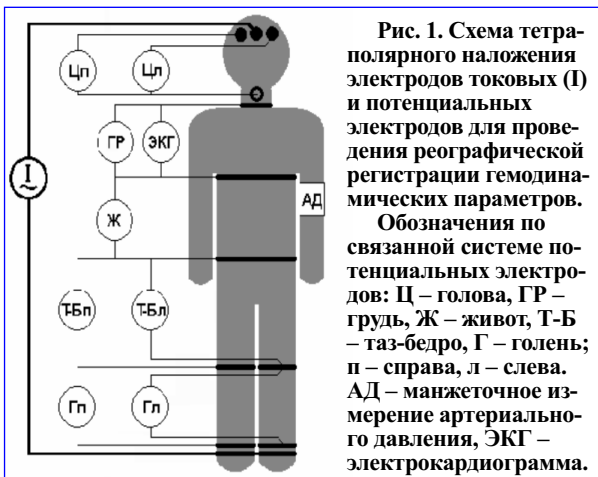
SUMMARY

**INFORMATIVENESS OF THE ANTHROPOPHYSIOLOGICAL APPROACH IN DIAGNOSING
THE ARTERIAL BLOOD FLOW FAILURE OF THE LOWER LIMBS**

BAGRI A., DILENIAN L., BELKANIAG, PUKHALSKAYA L., GVINJILIAI, MATIASHVILI E., JAIANI S.

The evaluations, of the condition of the arterial blood flow of the lower limbs in the patients with the obliterating endarteritis (arteriosclerosis), were obtained using standard clinical and instrumental methods. The position of the patients' body was lying which is traditional for these kind of researches. The anthropophysiological evaluation of the condition of the blood flow was executed in the lying and standing position. It was shown, that the appearance of the circulatory syndromes of the restrictions and failures of the arterial blood flow, both in the case and control and also by all age groups, it was more trustworthily high while standing.

Keywords: anthropophysiological approach, obliterating endarteritis, arterial blood flow, diagnostics.



ქირურგიული სეფსისის მკურნალობა

ს. ჯაიანი, ბ. ცხეტიძე, დ. ჩახუნაშვილი, ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. კვიციანი
რესპუბლიკური სეფსისის საწინააღმდეგო ცენტრი, კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტი, თბილისი, საქართველო

პრობლემის აქტუალობა.

ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა – ქირურგის ერთერთი გადაუჭრელი და რთული პრობლემაა. მისი აქტუალობა დაკავშირებულია ჩირქოვანი გართულებების ფართოდ გავრცელებასთან, რასაც განაპირობებს ოპერაციული ჩარევების მოცულობები, ანტიბიოტიკოტერაპიის ტენდენციური მიკროფლორის მკვეთრი ზრდა და მრავალმხრიობა, ასევე პაციენტების იმუნობიოლოგიური რეაქტიულობის დარღვევები.

ქირურგთა მსოფლიო კონგრესზე აღნიშნულ იყო, რომ უკანასკნელ ათწლეულში ჩირქოვან-სეპტიურმა დაავადებებმა მსოფლიოში მნიშვნელოვნად იმატა, ცალკეულ რეგიონებში კი წინა წლებთან შედარებით 2-ჯერ, 4-ჯერ და უფრო მეტჯერად.

ავტორთა მონაცემებით დაახლოებით ავადმყოფთა 30-40%, ქირურგიული პათოლოგიით, სტაციონარში იმყოფებიან ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებებით.

არადამაკმაყოფილებელი რჩება ქირურგიული ავადმყოფების, რომელთაც ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებები აღენიშნებათ, მკურნალობა. მაღალია ლეტალობა, რომელიც სეფსისით დაავადებულებებში შეადგენს 60-70%-ს.

ქირურგიული პაციენტები ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებებით, საჭიროებენ ხანგრძლივ და ძვირადღირებულ მკურნალობას. ავადმყოფების მკურნალობა, რომელთაც აღენიშნებათ დაჩირქებები, 10-ჯერ უფრო ძვირია ვიდრე იმ ქირურგიული ავადმყოფებისა, რომელთაც არ აქვთ ჩირქოვანი გართულებები.

მონაცემები ზოგიერთი ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და კლინიკური მიმდინარეობის შესახებ ლიტერატურაში საკმაოდ წინააღმდეგობრივია, მრავალი მნიშვნელოვანი საკითხი კი გადაუჭრელი.

პრაქტიკული თვალსაზრისით ჩირქოვანი ინფექციის ადრეული დიაგნოსტიკის მხრივ სიძნელეები კიდევ რჩება. ის მდგომარე-

ობს იმაში, რომ ჩირქოვანი პროცესი მიმდინარეობს ძირითადი დაავადების ფონზე, უფრო ხშირად – გადატანილი ოპერაციული ჩარევის ფონზე და პრაქტიკოსი ექიმისათვის ხშირად ძნელია განისაზღვროს მოცემული გართულების დასაწყისი.

ქირურგიული ავადმყოფების ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებების დაწყების სხვადასხვა ასპექტების შესწავლა წარმოადგენს თანამედროვე ქირურგთა ერთერთ აქტუალურ პრობლემას.

გადაუჭრელი რჩება საკითხი სხვადასხვა ლოკალიზაციის ჩირქოვანი პროცესისა და ოპერაციული ჩარევის მოცულობისა და მითუმეტეს ეჭვი სეფსისის დაწყების შესახებ.

ადრეული გამოვლენა და ბაქტერიოლოგიური ეტიოლოგიის დაზუსტებაც კი ვერ იცავს ავადმყოფს სიცოცხლის საფრთხისაგან.

დასნებოვნების მექანიზმისა და ჩირქოვან-სეპტიური გართულებების განვითარების შესწავლა აგრეთვე წარმოადგენს კლინიკური ქირურგიის მნიშვნელოვან ამოცანას, რომელიც მოითხოვს შემდგომ დაზუსტებას.

კონსერვატიული მკურნალობის მეთოდის შერჩევის პრონციპი, ოპერაციული ჩარევის მოცულობა, ოპერაციის შემდგომი პერიოდის წარმართვა, განსაკუთრებით კი ანაერობული და შერეული ეტიოლოგიის შემთხვევაში საჭიროებენ მნიშვნელოვან დახვეწას.

კვლევის მასალა და მეთოდები.

ჩვენ მიერ შესწავლილი იყო 2875 შემთხვევა ავადმყოფებისა სხვადასხვა ქირურგიული პათოლოგიით, რომლებიც მკურნალობდნენ აკად. ვ. ბოჭორიშვილის სახელობის სეფსისის საწინააღმდეგო ცენტრის ქირურგიული ინფექციის განყოფილებაში. მათ შორის 488 ავადმყოფს ჰქონდა ქირურგიული სეფსისი (16,9%), სწორედ ამ ავადმყოფებმა შეადგინა ჩვენი კვლევის საფუძველი. მამაკაცები იყო 137 (40%), ქალები – 291 (60%).

ავადმყოფები გაყოფილ იყვნენ 2 ჯგუფად პათოლოგიის სახეობის მიხედვით: პერიტონიტის (179) და პაციენტები რბილი ქსოვილების ჩირქოვანი დაავადებებით (309).

პერიტონიტის ჯგუფში იყო 71 მამაკაცი (39,7%), 108 (60,3%) ქალი. უნდა აღინიშნოს, რომ გავრცელებული პერიტონიტი აღინიშნა 86 ავადმყოფში, მამაკაცები და ქალები ამ ჯგუფში იყვნენ დაახლოებით თანაბარი რაოდენობით (45 მამაკაცი და 41 ქალი). სხვა სურათი აღინიშნა შემოსაზღვრული პერიტონიტის შემთხვევაში (93 პაციენტი) – მამაკაცი იყო 27,9% და 72,1% ქალი. ეს ალბათ უნდა აისახას იმით, რომ შემოსაზღვრული პერიტონიტის დროს ხშირად ადვილი ჰქონდა გინეკოლოგიური წარმოშობის მუცლის ღრუს ჩირქოვან დაზიანებას.

რბილი ქსოვილების ჩირქოვანი პათოლოგიისას 309 პაციენტიდან შეგვხვდა 40,8% (126) მამაკაცი და 59,2% (183) ქალი.

ავადმყოფები რბილი და ჯირკვლოვანი ქსოვილის პათოლოგიით გვხვდებოდა შემთხვევათა 63,3%-ში, პერიტონიტით – 36,7%-ში. ჩვენს მიერ გამოსაკვლევი 488 პაციენტიდან გავრცელებულ პერიტონიტს ადვილი ჰქონდა 17,6%-ში, შემოსაზღვრული – 19,1%-ში, ქვედა კიდურების ჩირქოვანი დაავადებები – 17,4%-ში, მათ შორის აღნიშნული ლოკალიზაციის ანაერობული დაზიანების პროცესს ადვილი ჰქონდა 26 შემთხვევაში (ქვედა კიდურების პათოლოგიის მქონე ავადმყოფთა მთლიანი რაოდენობის 30,5%-ს), ღუნდულოს მიდამოს აბსცესს ადვილი ჰქონდა პაციენტთა 14,7%-ში, მათ შორის ანაერობული დაზიანება აღენიშნებოდა 12 ავადმყოფს (16,9% ღუნდულოს მიდამოს ჩირქოვანი დაავადებების საერთო რიცხვიდან), რბილი ქსოვილების ანაერობულმა დაზიანებამ შეადგინა ავადმყოფთა საერთო რაოდენობის 7,8%.

ძირითად კონტინგენტს შეადგენდა 20-39 წლის ქირურგიული სეფსისით დაავადებული ახალ-

გაზრდები (64,5%), უფრო ასაკოვანი ადამიანები (60 წლის და მეტი) შეადგენდა – 5,7%-ს, მაგრამ დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმის მიხედვით მათ ეკავათ მოწინავე პოზიცია. ამ ასაკობრივ ჯგუფში ლეტალურმა გამოსავალმა შეადგინა 4%.

ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებების განვითარების მიხედვით წარმოადგენდა პირველადი-ჩირქოვანი ჭრილობები (22,3%), ოპერაციის შემდგომი ჭრილობები (41,4%), პოსტტრავმატული ჩირქოვანი ჭრილობები (36,3%).

ყველა ავადმყოფს, შესაბამისი პათოლოგიის მიხედვით, ჩაუტარდათ ქირურგიული მანიპულაცია.

ობიექტური ინფორმაციის მისაღებად პაციენტის ორგანოებისა და სისტემების მდგომარეობას, ჩირქოვანი პროცესის დინამიკის, სრულფასოვანი მკურნალობის, აგრეთვე ქირურგიული სეფსისით ავადმყოფთა მკურნალობის მეთოდების ეფექტური გამოყენების საკითხთა გადაწყვეტის შესახებ, ჩვენს მიერ შემუშავებულ იქნა დიაგნოსტიკური და კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევების კომპლექსი.

ანამნეზის შეგროვების დროს გამოყენებული იყო სპეციალურად შემუშავებული რუქა, რომელმაც მნიშვნელოვნად შეამსუბუქა პირველად დოკუმენტაციაზე მუშაობა. განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა ციების ხანგრძლივობას, გამოსაყენებელი მკურნალობის მეთოდებს, ჩირქოვანი პროცესის დინამიკას.

ყველა ავადმყოფს განესაზღვრათ სისხლის მაჩვენებლები (სისხლის საერთო ანალიზი, ბიოქიმიური, იმუნოლოგიური, კოაგულაციური), შესწავლილი იყო ინტოქსიკაციის ლეიკოციტარული ინდექსის ცვლილება (ილი), ნეიტროფილურ-ლიმფოციტარული ინდექსი (ნ/ლ), სისხლის ოსმოსურობა.

ასევე ყველა ავადმყოფს ჩაუტარდა სისხლის ბაქტერიოლოგიური, ჭრილობიდან გამონაჟონის, ჩირქოვანი მიდამოს, ექსუდატის გამოკვლევა. შესწავლილი იყო ანტიბიოტიკოგრამები.

რუტინული ფიზიკალური კვლევის შემდეგ ყველა ავადმყოფი ისინჯებოდა შესახვევში ჩირქოვანი დაზიანების სიმძიმის განსაზღვრისათვის, საჭიროების შემთხვევაში ტარდებოდა ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება, ხოლო პაციენტთა ნაწილი

ცხრილი №1.
მუშაობის დროს გამოყენებული მკურნალობის ორიგინალური მეთოდები.

ქირურგიული ჩარევა	პაციენტთა რაოდენობა
რელაპარატომია და მუცლის დრუს დრენირება	179
ჩირქოვანი რბილი ქსოვილების გახსნა და დრენირება	246
თითების ფალანგების ამპუტაცია (პანარიციუმისას)	4
ქვედა კიდურების სეგმენტების ამპუტაცია	59
სულ	488

გადაიყვანებოდა საოპერაციოში, ჩვენების მიხედვით ქირურგიული ჩარევისათვის (ხშირად – სასიცოცხლოდ).

488 ავადმყოფიდან დაიღუპა 101 პაციენტი. საშუალო ლეტალობა შეადგენდა – 20,6%-ს. პერიტონიტით ავადმყოფებში ლეტალობა იყო 18% (179-დან 32 პაციენტი), ხოლო რბილი ქსოვილების ჩირქოვანი დაზიანებით ავადმყოფებში – ლეტალობა იყო 22,4% (309-დან 69 პაციენტი).

ერთი შეხედვით რბილი ქსოვილების ჩირქოვანი დაზიანების შემთხვევაში, გაუგებარია ავადმყოფთა უფრო მაღალი ლეტალობა, ვიდრე პაციენტებში რომელთაც აღენიშნებოდათ პერიტონიტი. მაგრამ ყველაფერი გასაგები გახდება თუ მივუთითებთ რომ რბილი ქსოვილების ჩირქოვანი დაზიანების დროს ადგილი ჰქონდა ანაერობულ ფლემონებს, ხშირად გვხვდებოდა დეკომპენსირებული დიაბეტის შემთხვევები, ამ პათოლოგიის დროს კი დაავადება მიმდინარეობს უფრო მძიმედ და იძლევა მაღალ ლეტალობას. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ლეტალობის ყველა შემთხვევაში, შეუცვლელად დიაგნოსტირებულ იყო სეფსისი, ე. ი. ადგილი ჰქონდა ინფექციის გენერალიზაციას.

ქირურგიული მკურნალობის ჩვეულებრივ მეთოდებთან ერთად მუშაობის პროცესში გამოყენებული იყო ჭრილობების ადგილობრივი მკურნალობის ორიგინალური მეთოდები (ცხრილი №1).

ჩირქოვან-სეპტიური ავადმყოფების მკურნალობა იყო მრავალფეროვანი, რაც განპირობებული იყო ფაქტორთა სიმრავლით, რომლებიც შეადგენდნენ აღნიშნული პათოლოგიას. ავადმყოფის მდგომარეობის უეცარი დამძიმება, რომელსაც მივყავართ პროცესის შეუქცევადობასთან, საჭიროებს

გადაუდებელ სამკურნალო ღონისძიებებს. როგორც კლინიკურმა პრაქტიკამ გვიჩვენა, მკურნალობის შედეგები დამოკიდებულია მის დროულ დასაწყისზე.

ჩვენთვის მნიშვნელოვანი იყო პრაქტიკოსი ექიმებისათვის შეგვექმნა სამკურნალო ღონისძიებების პროგრამა, რომელიც აუცილებელია ქირურგიული სეფსისის მქონე ავადმყოფის სრულყოფილი ეტიოპათოგენეზური მკურნალობისათვის.

ჩვენს ნაშრომში მივიჩნიეთ აუცილებლად და მიზანდასახულად, რომ ავადმყოფთა მკურნალობის დროს გასატარებელი ღონისძიებები დაგვეყოფიერებოდ:

ჩირქოვანი და მეტასტაზური კერების ადგილობრივი მკურნალობა;

ქირურგიული მკურნალობის ტრადიციული მეთოდები (ჭრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება, გახსნა, სანაცია, ჩირქოვანი მიდამოს დრენირება და სხვა); არატრადიციული მეთოდები: პლაზმური და ლაზერული სკალპელების გამოყენება.

გეგმიური რელაპარატომია (“ელვა”) პერიტონიტის დროს.

სორბციული ქსოვილების გამოყენება.

ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებების მქონე ავადმყოფების ზოგადი მკურნალობა:

ანტიბაქტერიული თერაპია; იმუნომაკორექტირებელი თერაპია;

გ) ანტიკოაგულანტური თერაპია; დ) ანტიფერმენტული თერაპია; ე) ექსტრაკორონალური დეტოქსიკაცია.

როგორც წარმოდგენილი მონაცემებიდან ჩანს, ჩვენს მიერ მოწოდებული სამკურნალო პროგრამა, ქირურგიული სეფსისით დაავადებულთა სამკურნალოდ, თავის არსენალში მოიცავს ყველა არსებული თანამედროვე მკურნა-

ლობის მეთოდს, რასაც მივყავართ მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესებისაკენ და აღნიშნული პროფილის ავადმყოფთა ლეტალობის შემცირებისაკენ.

№2 ცხრილში ნაჩვენებია ოპერაციული ჩარევის სხვადასხვა სახეობა, რომლებიც უტარდებოდათ პაციენტებს ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებებით.

ცენტრში შემოსვლამდე პირველადი და მეორადი (მეტასტაზური) კერების გამო, ავადმყოფთა უმრავლესობა რამოდენიმეჯერ იყვნენ ოპერირებული (2-5-ჯერ).

რიგ შემთხვევებში ჩვენ იძულებული ვიყავით ქირურგიული ოპერაცია ჩავგვეტარებინა იმ დეფექტების სალიკვიდაციოდ, რომლებიც დაშვებული იყო მკურნალობის წინა ეტაპზე.

ჩირქოვანი ინფექციის კერების რევიზიამ თითქმის შემთხვევათა 2/3-ში გამოავლინა პრაქტიკულად ერთნაირი დეფექტები: პატარა განაკვეთი, არასაკმარისი დრენირების გამო ბევრი ჩირქის შემცველი ღრუ, ნეკროტიზირებული ქსოვილის შემცველი ჩირქოვანი ღრუს კედლები, ჩირქოვანის ნეკროტიზირებული ფსკერი, ე. წ. „ჯიბების“ მსგავსი ჩირქოვანი 361 შემთხვევაში (73,9%) ავადმყოფები სტაციონარში შემოდის ოდნეუ ჭრილობაში ტამპონებით, რომლებიც მათში ხანგრძლივი ყოფნის გამო, ქმნიდნენ ჩირქოვანი ღრუდან ჩირქის გამოდინების საწინააღმდეგოდ შექმნილ ხელოვნურ დაბრკოლებას. ხშირად ტამპონებს ემატებოდათ რეზინის მილები ან რეზინის ხელთათმანების ზოლები, რომელთა გამოყენებაც ასევე ვერ ასრულებდა თავის პირდაპირ ფუნქციას – ჩირქოვანი ღრუს დრენირების მოყვანილი მონაცემები არ არიან შერჩეული, ისინი წარმოადგენენ უმრავლესი ზოგადი პროფილის ქირურგიული სტაციონარების ტიპურ დეფექტებს. ისინი კიდევ ერთხელ გვიჩვენებენ ჩირქოვანი პათოლოგიების მქონე პაციენტების სპეციალიზირებულ სტაციონარში მკურნალობის აუცილებლობაზე, მითუმეტეს, რომ დღესდღეობით ჩირქოვანი ინფექციის გაუყენებლყოფისათვის მხოლოდ ერთი ან ორი მეთოდის გამოყენებაც კი ყოველთვის არ შეიძლება იყოს წარმატებული.

დღესდღეობით პირველადი ჩირქოვანი კერის ტრადიციული მეთოდებით ლიკვიდაციისას კარ-

გი შედეგები შეიძლება იქნას მიღებული მხოლოდ შემდეგ პრინციპზე დაყრდნობით: ჭრილობა რაც შეიძლება ადრეულ პერიოდში უნდა დაექვემდებაროს რადიკალურ ქირურგიულ მოკვეთას, აუცილებელია შესაძლებლობების მიხედვით ამოკვეთილი იყოს ყველა არასიცოცხლისუნდარიანი ქსოვილი.

ოპერაციული ჩარევა უნდა წარმოებდეს ნარკოზის ქვეშ, რათა ოპერაციაში გამოირიცხოს აქტიური ავადმყოფის ფაქტორი (ავადმყოფი ტკივილზე რეაქციის გამო ხელს უშლის წარმოებულ ოპერაციას), ზოგადი გაუტკივარება ერთდროულად ხელს უწყობს პირველადი ჩარევით განხორციელდეს მეტასტაზური კერების ქირურგიული დამუშავება.

შემდგომში ჩირქოვანი ჭრილობის ქირურგიული დამუშავების შემდეგ აუცილებელია უზრუნველყოფილი იყოს მისი საკმარისი დრენირება. ჩვენ, 157 ავადმყოფზე ბილი ქსოვილების ჩირქოვანი ჭრილობებით, განვახორციელეთ მისი ნაკადური დრენირება კარგი კლინიკური შედეგით. ჭრილობების ნაკადური ამორეცხვის სისტემა საკმაოდ მარტივი და ეფექტურია. ჭრილობის ნაკადური ამორეცხვა საშუალებას იძლევა მისი ქირურგიული დამუშავების შემდეგ ჭრილობა დაიხუროს ნაკერით.

იმ შემთხვევაში თუ რიგი მიზეზების გამო ავადმყოფს არ ჩუტარდა ჭრილობის ნაკადური ამორეცხვა, გამოვიყენეთ ჭრილობის ტამპონირება და წყალში ხსნად ფუძეზე დამზადებული მაღამოსნახვევი.

მაგრამ რიგ შემთხვევებში, განსაკუთრებით ანაერობული ინფექციის არსებობის დროს, მოცემული მეთოდი (ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება და დრენირება) ყოველთვის არ არის სრულფასოვანი, რადგანაც ანაერობულ გამომწვევებზე აუცილებელია რამდენადმე სხვაგვარი ზემოქმედება. აღნიშნულმა სიძნელეებმა ჩვენ მივყვანა მკურნალობის ახალი მეთოდების შემუშავებამდე, კერძოდ, პლაზმური სკალპელის გამოყენებით ოზონისა და პლაზმური ულტრაიისფერი ნაკადის გამოყენებამდე, რომელიც შემუშავებულია დანერგულია ჩვენი მონაწილეობით. ამ დროის მანძილზე განხორციელებულია ოპერაციული ჩარევა 118 ავადმყოფზე.

პერიტონიტების დროს პლაზმური სკალპელი გამოყენებული იყო 6 შემთხვევაში, რბილი ქსოვილების ჩირქოვანი დაზიანების დროს კი – 112 შემთხვევაში.

ჩვენს მიერ გამოყენებული იყო პლაზმური ნაკადის ისეთი თავისებურებები, როგორიცაა დიდი კონცენტრაციის ოზონის, რომელიც საქმენიდან წნევის ქვეშ გამოდის, და პლაზმის წარმოშობის მკვრივი ულტრაიისფერი კონის გამოყოფა.

პერიტონიტის დროს ჩვენს მიერ გამოყენებული იყო მუცლის მიდამოს დასხივება ოზონითა და პლაზმის ულტრაიისფერი კონით 6 ავადმყოფზე ოპერაციის დროს, ხოლო 4 შემთხვევაში – დაგეგმილი რელაპარატომიისას (“ელვა”-ის გამოყენებისას). ბაქტერიოლოგიურმა კონტროლმა პერიტონეალურ შიგთავსზე მოგვცა შემდეგი შედეგები: პლაზმუ-

ცხრილი №2. ქირურგიული ოპერაციების სახეობები, რომლებიც უტარდებოდათ ავადმყოფებს.

მეთოდი	პაციენტების ზოგადი რაოდენობა	პერიტონიტი	რბილი ქსოვილების ჩირქოვანი დაავადებები
პლაზმური სკალპელი	118	6	112
ლაზერული სკალპელი	69	-	69
გუმბიური რელაპარატომია “ელვა”	14	14	-
კრიოდესტრუქცია	5	-	5
მასობირებელი ქსოვილი	63	11	52
მაგნეტიტის შეჩერება	9	9	-
სულ	278	40	238

რი ნაკადით დამუშავებას მიეყვანა მკერდით მიკროორგანიზმების მკვეთრი შემცირებისაკენ მძლევს. თუ დასხივებამდე მიკრობების რაოდენობა შეადგენდა 10^7-10^8 , პროცედურის შემდეგ იყო 10^3-10^4 1 გრამ ქსოვილზე გადაანგარიშებით, ამასთან შემცირებას ადგილი ჰქონდა ერთჯერადი დასხივებისას.

გეგმიური რელაპარატომიების დროს მუცლის მიდამოს დასხივება ხსნარებით მის ამორეცხვასთან ერთად იძლეოდა კიდევ უფრო მნიშვნელოვან ეფექტს. მიკროორგანიზმების კონცენტრაციის შეფასებისას პლაზმური ნაკადის გამოყენების გარეშე შემჩნეული იყო, რომ მკურნალობას კარგი კლინიკური ეფექტის დროსაც კი მუცლის მიდამოს მოთესვიანობა შეადგენდა 10^6-10^5 1 გრამ ქსოვილზე.

პლაზმური სკალპელის გამოყენება რბილი ქსოვილების ჩირქოვანი დაავადებების დროს იყო საკმაოდ ფართო, როგორც ცხრილიდან ჩანს, ყველაზე ხშირად პლაზმური სკალპელით ოპერირებულ იყვნენ ავადმყოფები ქვედა კიდურების ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებების წგუფში (33, 9%). უნდა აღინიშნოს, რომ პლაზმური ნაკადით დამუშავებისას, გამოიყენებოდა მისი თერმული ეფექტი ჩირქოვან ქსოვილზე ტერფის, წვივისა და ბარძაყის ფლეგმონებისას.

შესაძლებელი იყო უკვეპირველივე მანიპულაციების დროს შეგვექმნა ასეპტიური გარემო, გამოგვეშრო ჭრილობა, მაღამოებისა და ხსნარების გამოყენების გარეშე „მშრალი“ მეთოდით წარმართულიყო მკურნალობა. მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ მანიპულაცია უნდა ჩატარდეს დღე-ღამეში 2-3 გრ. ჩვენ ჩავატარეთ „მშრალი“ მეთოდით აღნიშნული მკურნალობა სხვადასხვა ლოკალიზაციის პათოლოგიით 35 ავადმყოფზე და არც ერთ შემთხვევაში არ იყო არასაბედლო შედეგი, ჭრილობები პირველივე სეანის შემდეგ ხდებოდა მშრალი და 2-3 დღის განმავლობაში იწმინდებოდა.

ჩვენს მიერ გამოყენებული პლაზმური სკალპელი, განსაკუთრებით მისი ოზონისა და ულტრაისფერი კომპონენტები რბილი ქსოვილების ანაერობული დაზიანების სამკურნალოდ.

ჩვენ გამოვიყენეთ ჭრილობის გახსნის შემდეგ მის ცენტრში დამუშავება 14 ავადმყოფზე ანა-

ერობული ინფექციით, რომელთაც აღენიშნებოდათ ცელულიტთან შეუღლებული ფასციტი.

დაზიანება ყველა ავადმყოფში ლოკალიზდებოდა ღუნდულოს მიდამოში, ბარძაყისაკენ გავრცელებით. ყველა პაციენტს სასწრაფოდ უტარდებოდათ ფართო განაკვეთი ღუნდულოზე და ბარძაყზე დაზიანებული ქსოვილის მთლიანი ამოკვეთით. საოპერაციო მაგიდაზე ვატარებდით პლაზმური სკალპელის საშუალებით ჭრილობის პირველ დასხივებას იმის გამო, რომ ოზონე და ულტრაისფერი სხივები ვრცელდებიან 10-15 სმ-ის მანძილზე. ჭრილობის კიდეების ამოწვევით შესაძლებელი იქნა ქსოვილების დასხივება, რომლებიც განლაგებულია საკმაოდ ღრმად.

ფართოდ გახსნილი და დამუშავებული ანაერობული ჭრილობების შეხორცება მიმდინარეობს საკმაოდ სწრაფად, დაახლოებით 1,5-ჯერ უფრო ჩქარა ვიდრე ანალოგიური ავადმყოფების ჩვეულებრივი მკურნალობის დროს.

CO₂ – ლაზერით მკურნალობისას დასხივების 5-6 სეანის შემდეგ ჭრილობა იწმინდებოდა ნეკროზული ქსოვილისაგან, ჩირქოვანი გამონადენი მნიშვნელოვნად მცირდებოდა 71% შემთხვევაში, როგორც პერიტონიტის, ასევე რბილი ქსოვილების ჩირქოვანი დაზიანების დროს ჭრილობის გამონადენის ნათესში მიკროფლორა მნიშვნელოვნად შემცირდა (10^9-10^8 -დან 10^4-10^3 -მდე ქსოვილის თითოეულ გრამზე).

ჰელიუმ-ნეონის ლაზერის დახმარებით მკურნალობის დროს აღინიშნებოდა უფრო სწრაფი გრანულირება ჭრილობის დაახლოებით 1,5 გრ იმ ავადმყოფთან შედარებით, რომელთაც არ უტარდებოდათ დასხივება.

ამგვარად, ლაზერული ტექნიკის გამოყენება ქირურგიული სეფსისით დაავადებული ავადმყოფების მკურნალობის დროს (ლაზერის ნახშირორჟანგისა და ჰელიუმ-ნეონის სახეობები) საშუალებას იძლევა მნიშვნელოვნად გაფართოვდეს ქირურგიული მკურნალობის შესაძლებლობები აღნიშნული პათოლოგიის დროს და გაუმჯობესდეს მისი შედეგები.

დაგეგმილი რელაპარატომია გამოყენებული იყო 14 ავადმყოფის შემთხვევაში დიფუზური პერიტონიტით, 11-ს აღენიშნათ ჩირ-

ქოვანი პერიტონიტის, 3-ს – ფიბროზული. ავადმყოფები ოპერირებული იყვნენ პირველი ოპერაციიდან 4-6 დღის შემდეგ. უნდა აღინიშნოს, რომ 5 ავადმყოფის მუცლის ღრუს ამორეცხვა უტარდებოდათ 4 დღის განმავლობაში, 7-ს – 6 დღის, ხოლო 3-ს – 8 დღის განმავლობაში.

5 ავადმყოფს ჩაუტარდათ დასხივება დაგეგმილი რელაპარატომიის შემთხვევაში პლაზმური სკალპელის ოზონისა და ულტრაისფერი კომპონენტებით კარგი კლინიკური ეფექტით (მიკრობული ფლორის შემცირება ქსოვილის 1 გრამზე 10^7-10^8 -დან 10^3-10^4 -მდე).

დაგეგმილი რელაპარატომიები აუცილებელია გამოყენებულ იქნას დიფუზური პერიტონიტებით ავადმყოფების კომპლექსურ მკურნალობაში, აგრეთვე დაავადებული პოსპიტალიზაციის, პერიტონიტის პროგრესირებული მიმდინარეობის, მრავლობითი ნაწლავშია ჩირქოვანი პროცესების დროს.

ჩვენ აზრით მეთოდი საკმაოდ მარტივია, ეფექტური, საშუალებას იძლევა მუცლის ღრუს დამატებითი ოპერაციული გახსნის გარეშე განხორციელდეს მუდმივი კონტროლი მასზე, ჩირქოვანი შიგთავისაგან გაწმენდა ხარისხიანია, აგრეთვე ხორციელდება ამორეცხვასთან ერთად სხვა მანიპულაციები, მაგ., პლაზმური ნაკადით დასხივება ბაქტერიოციდული მიზნით.

ჩვენ გამოვიყენეთ კრიოქირურგიული დანადგარი 4 ავადმყოფზე რბილი ქსოვილების ჩირქოვანი დაზიანებით, ძირითადადში (3 შემთხვევა) ქვედა კიდურებზე. სიცვიის ზემოქმედებით ბარძაყის ფლეგმონის დროს, მისი ჩვეულებრივი გზით გახსნისას, 3-5 წუთის განმავლობაში ხანგამოშვებით ვაცივებდით და ვყინავდით ჩირქოვანი პროცესით ყველაზე უფრო დაზიანებულ ადგილებს. ასეთი მანიპულაცია ტარდებოდა 3 დღის განმავლობაში. აღნიშნული იყო, რომ პათოლოგიური ქსოვილების გაყინვის ზონებში უფრო სწრაფად ხდებოდა არასიცოცხლისუნარიანი ქსოვილოვანი ფრაგმენტების მოცილება.

ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებით 63 ავადმყოფის მკურნალობა ჩავატარეთ სორბციული მეთოდის დახმარებით (სორბენტი-AUVM). 11 მათგანში ადგილი ჰქონდა პე-

რიტონიტის, 52-ში რბილი ქსოვილების ჩირქოვან დაავადებებს. სორბციული მეთოდის გამოყენება (კერძოდ, ქსოვილი-AUVM) ხელს უწყობენ ჩირქოვანი ტრილობის ადრეულ გაწმენდას. ყველაზე უფრო გამოსატყული კლინიკური ეფექტი სორბენტის გამოყენებისას გამოვლინდება ოპერაციული ჩარევიდან პირველ საათებში, რომელიც მიმართულია პირველადი ან მეტასტაზური ჩირქოვანი კერის მოშორებისაკენ.

შეჯამება.

არც ერთი ლაბორატორიული, ინსტრუმენტული და კვლევის სხვა მეთოდი თავისთავად არ იძლევა საშუალებას საიმედოდ გამოვლინდეს სეფსისის საწყისი ნიშნები, რაც აუცილებლობას ქმნის შეიქმნას პროგრამები თანამედროვე დიაგნოსტიკური შესაძლებლობების გათვალისწინებით საერთო ჩირქოვანი ინფექციის საწყისი პერიოდის განვითარე-

ბის დასაბუთებულად გამოვლინებისათვის.

სეფსისის სიმძიმის ხარისხის საბოლოო დიაგნოსტიკა ჩირქოვანი ინფექციით ავადმყოფებში ეფუძნება კლინიკო-ლაბორატორიული მონაცემების კომპლექსს, რომელიც საშუალებას იძლევა შეფასდეს პათოლოგიური პროცესის სიღრმე, სადაც წამყვანი ადგილი რჩება დაავადების კლინიკურ სურათს.

ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებებით პაციენტების სამკურნალო პროგრამაში, ქირურგიული მკურნალობის ტრადიციულ მეთოდებთან ერთად, აუცილებელია ჩაერთოს ძემოქმედების ახალი საშუალებები, როგორცაა ლაზერული და კრიოქირურგია, სორბციული მეთოდი, პროგრამირებული ლაპაროსკოპია, ექსტრაკორპორალური დეტოქსიკაციის მეთოდები (პლაზმოფერეზი, ჰემოსორბცია, ქსენოსპლენოპერფუზია).

პლაზმური ქირურგიული და-

ნადგარის გამოყენება საშუალებას იძლევა დაჩქარდეს ჭრილობის შეხორცების ვადები მისი ისეთი თვისებების დადებითი ზემოქმედების ხარჯზე, როგორცაა პლაზმური ნაკადის სითბური ეფექტი, აგრეთვე მისი ულტრაიისფერი და ოზონური კომპონენტები.

ოპერირების პლაზმური მეთოდი საშუალებას იძლევა გაძლიერდეს სამკურნალო ეფექტი ჩირქოვანი ინფექციით ავადმყოფების კომპლექსურ მკურნალობაში და მიღწეულ იქნა დადებითი შედეგი წინა ეტაპებზე დაშვებული არასრული მკურნალობის შემთხვევებშიც კი.

კომპლექსური მკურნალობის პროგრამა ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებებით პაციენტებში, ახალი არატრადიციული მეთოდების გამოყენებით საშუალებას იძლევა შემცირდეს მკურნალობის ხანგრძლივობა, ხოლო ლეტალობა შემცირდეს 20,6%-მდე.

რეზიუმე

ქირურგიული სეფსისის მკურნალობა

ს. ჯაიანი, ბ. ცუცქირიძე, ჯ. ჩახუნაშვილი, ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. კვიციანი
რესპუბლიკური სეფსისის საწინააღმდეგო ცენტრი, კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტი, თბილისი, საქართველო

ჩირქოვან-სეპტიური დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ქირურგის ერთერთი გადაუჭრელი და რთული პრობლემაა. მისი აქტუალობა დაკავშირებულია ჩირქოვანი გართულებების ფართოდ გავრცელებასთან, რასაც განაპირობებს ოპერაციული ჩარევების მოცულობები, ანტიბიოტიკორეზისტენტული მიკროფლორის მკვეთრი ზრდა და მრავალმხრიობა, ასევე პაციენტების იმუნობიოლოგიური რეაქტიულობის დარღვევები. ავტორების მიერ შემოთავაზებული პლაზმური ქირურგიული დანადგარის გამოყენება საშუალებას იძლევა დაჩქარდეს ჭრილობის შეხორცების ვადები მისი ისეთი თვისებების დადებითი ზემოქმედების ხარჯზე, როგორცაა პლაზმური ნაკადის სითბური ეფექტი, აგრეთვე მისი ულტრაიისფერი და ოზონური კომპონენტები.

ჩვენს მიერ შემოთავაზებული ოპერირების პლაზმური მეთოდი საშუალებას იძლევა გაძლიერდეს სამკურნალო ეფექტი ჩირქოვანი ინფექციით ავადმყოფების კომპლექსურ მკურნალობაში და მიღწეულ იქნა დადებითი შედეგი წინა ეტაპებზე დაშვებული არასრული მკურნალობის შემთხვევებშიც კი. მიღებული შედეგები იძლევა საშუალებას მოცემული მეთოდიკის გამოყენება რეკომენდირებულ იქნას აღნიშნული გართულებების მქონე პაციენტებში.

საკვანძო სიტყვები: სეფსისი, კრიტიკული მდგომარეობა, პლაზმა.

SUMMARY

TREATING SURGICAL SEPSIS

JAIANI S., TSUTSKIRIDZE B., CHAKHUNASHVILI D., CHAKHUNASHVILI G., KVITSIANI N.
Anti-Sepsis Republican Centre, Institute of Critical Care Medicine, Tbilisi, Georgia

The treatment and diagnostics of purulent-septic diseases is one of the most unsolved and tough problems of surgery. Its' actuality is related to the spreading of the purulent complications, which caused the numbers of the surgeries and the antibiotic-resistant microflora to increase, as well as the disfunctions of the patients' immunobiological reactions. The authors offer using the plasma-surgical device, which gives the opportunity to hasten the cicatrization dates of the wound using its' positive effects such as thermal effect of the plasma flow and the ultraviolet and ozone components.

The proposed plasma method of surgery makes it possible to improve the treating effect of the patients with purulent infection and the positive results were achieved even at the early stages of using this method. The achieved results gives us the possibility to recommend using this method for treating the patients with the above mentioned complications.

Keywords: sepsis, critical condition, plasma.

მიტოქონდრიული დნმ-ი და ალკოჰოლის ეთნიკური ნაკრებობა

მ. ზიპაშვილი, მ. აბოიანიძე, ც. ბიბინაშვილი, მ. იმნაძე
მოლეკულური და სამედიცინო გენეტიკის დეპარტამენტი

ყოველი ორგანიზმის ბიოქიმიური პროცესების მნიშვნელოვანი ნაწილი მიმდინარეობს მიტოქონდრიების მატრიქსზე, სადაც ჟანგვა-ფოსფორილირების შედეგად წარმოიქმნება თ -ი, რომელიც შემდგომში ტრანსფორმირდება მექანიკურ, ბიოელექტრიკულ და სხვა სახის ენერჯიაში. მიტოქონდრონში მიმდინარე პროცესები განაპირობებენ ორგანიზმის მეტაბოლიზმის დონეს. პათოლოგიური პროცესების გამომჟღავნების ხარისხი დამოკიდებულია სათანადო ორგანოს ქსოვილების ჟანგბადით და ენერჯით მომარაგების დონეზე.

ერთროციტების და კერატინოციტების გარდა მიტოქონდრიები გააჩნია ყველა უჯრედს. ციტოპლაზმაში მათი ლოკალიზაცია განაპირობებს მიტოქონდრიული დნმ-ის დამემკვიდრების უნიკალურობის - დედისეულ მემკვიდრეობას, რეპლიკაციურ სეგრეგაციას და ჰეტეროპლაზმიას.

მიტოქონდრიების გენომის თავისებურებას წარმოადგენს მუტაგენეზის უფრო დიდი სიხშირე - 6-17-ჯერ ბირთვულთან შედარებით. ასევე, ცნობილია, მიტოქონდრიული დარღვევების პოლისინდრომული ხასიათი (ნერვული, კუნთოვანი და სხვა სისტემების პათოლოგიურ პროცესში ჩართვით), გვიანი ექსპრესია, პროგრადიენტული მიმდინარეობა ანტიციპაციით.

მიტოქონდრიული დნმ-ის გაშიფრა მოხდა 1981 წელს კემბრიჯის მოლეკულური კვლევების ცენტრში ფრედერიკ სანგერის, პოლ ბერგის და უოლტერ გილბერტის ლაბორატორიაში.

მიტოქონდრიული გენომის გენეტიკურ პოლიმორფიზმს უზრუნველყოფს ჰეტეროპლაზმია, რომელიც მიმდინარეობს, როგორც სომატურ უჯრედებში, ასევე - კვერცხუჯრედებში. ამის გამო მიტოქონდრიები წარმოადგენენ მაღალალიმორფულ ინფორმაციულ გენეტიკურ სისტემებს, რაც გამოიყენება ევოლუციურ და კრიმინალურ კვლევებში.

მიტოქონდრიული გენომის გეოგრაფიული კორელაცია პირველად დადგინდა იქნა დუგლას უოლესის ლაბორატორიაში, სადაც ჩატარდა მიტოქონდრიული დნმ-ის რესტრიქტიული ანალიზი 5 ეთნიკურ ჯგუფში. აღარ უიღოსონის მიერ დადგინდა ნუკლეოტიდური თანამიმდევრობა, ცალკეული მუტაციების წარმოშობის დრო. კვლევების შედეგად დადგინდა თანამედროვე ადამიანის მიტოქონდრიული დნმ-ის ყველა ტიპების მინათესავება „აფრიკულ ევასთან“. ეს მტკიცდება დღეს ბევრი პალეონტოლოგიური მონაცემებით, მათ შორის ჩვენს ტერიტორიაზეც.

დადგენილია, რომ თანამედროვე ადამიანის ჰაპლოჯგუფების უმრავლესობა კონტინენტ - სპეციფიურია. საქარის ნეგროიდული მისახლეობის 70% მიეკუთვნება მიტოქონდრიული დნმ-ის - ჯგუფს, სადაც იდენტურობის დამამტკიცებელია მუტაცია 3. 592 მუკლეოტიდთა წყვილების პოზიციაში. ადამიანის გენეტიკური დაშორება მოხდა თანდათან: - 110 ათასი წლის წინ გამოეყო ნეგროიდული რასა, მონღოლოიდების და ევროპელების დაშორება კი - 40 - 50 წლის წინ.

აღმოსავლეთ აზიაში და ციმბირში აღმოჩენილია მუტაციები მიტოქონდრიული ხაზების 55%-ში ორ პოზიციაში. აქედან 50% მიეკუთვნება აზიური წარ-

მოშობის მოსახლეობას. ამ გენეტიკური ინფორმაციის მხოლოდ 2% და მისი ცალკეული დერივატები აღინიშნებოდა ევროპულ პოპულაციაში. ზოგადად ევროპულ და აზიურ მოსახლეობაში არ აღინიშნება ჰაპლოჯგუფების ინფორმაციის ინტენსიური შერევა (მხოლოდ 5%). შუა აზიის კონტაქტურ ტერიტორიებზე კი აღინიშნება, როგორც ევროპული, ასევე აზიური მიტ-დნმ-ის ჰაპლოჯგუფები.

ამერიკის აბორიგენულ მოსახლეობაში აღინიშნება აზიური წარმომამგლობის 4 ჰაპლოჯგუფი, რაც ამტკიცებს ამერიკის მოსახლეობის წარმოშობის ციმბირის ეთნოსების გენეტიკურ საფუძველზე. მოგვიანებით აღმოჩენილი ერთ-ერთი ჰაპლოჯგუფი მიუთითებს ევროპული კომპონენტის არსებობაზეც.

1998 წელს მ. რიჩარსმა დაადგინა ევროპელების 5 ძირითადი ჰაპლოჯგუფი ტრანზიციებით ედენტურ პოზიციებში.

უკრაინელების პოლულაცია გენეტიკურად განეკუთვნება ისეთ სუბკლასტერს, რომელიც ახლოს არის სერბებთან, გერმანელებთან, მოლდოველებთან, ქორვატებთან და ჩეხებთან. აღინიშნული სუბკლასტერში გაერთიანებულია ცენტრალური და აღმოსავლეთის ევროპელები, რომელთა წინაპრები გადმოსახლდნენ ევროპაში აზიიდან და სამხრეთი რუსეთიდან.

უკრაინული პოპულაციის მიტოქონდრიული დნმ-ის კლასტერიზაცია მიუთითებს იმაზე, რომ მიტ-დნმ-ის ტიპების უმრავლესობა მიეკუთვნება ევროპული წარმოშობის ჰაპლოტიპებს. მაგრამ, მათ შორის მოიპოვება აზიური კომპონენტიც.

რაც შეეხება ჩვენ პოლულაციას, რა თქმა უნდა, დღეს მტკიცდება ჩვენი ნათესავობა საერთო გენეტიკურ წინაპართან - „აფრიკულ ევასთან“. რეგიონების მიხედვით ჩატარებული კვლევების მიხედვით, რომლებსაცატარებდნენ ლონდონის და იზრაელის უნივერსიტეტების მეცნიერთა ჯგუფები, აღმოჩნდა, რომ აღმოსავლეთი საქართველოს პოპულაციებში აღინიშნებოდა აზიური წარმომამგლობის ჰაპლოტიპები (ირანელებთან და თურქებთან ასოციერებული). სვანების და აფხაზეთის პოლულაციებში აღინიშნება მიტ-დნმ-ის ჰაპლოტიპები, რომლებიც აზიური წამოშობისაა და, ამავე დროს, ახლოს არის დადესტნურ და ადიგენურ პოპულაციებთან. დასავლეთ საქართველოს პოპულაციაში კი ჭარბობს ევროპული მიტოქონდრიული დნმ-ის ტიპები. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ, ზოგადად, ქართველთა ყველა პოპულაციაში მეტი რაოდენობით არის არმოჩენილი ევროპული წარმოშობის მიტ-დნმ-ის ჰაპლოტიპები.

ლიტერატურა:

1. „სამედიცინო გენეტიკა“ - ე. გრეჩანინოვა, რ. ბოგატროვა, ა. ვოლოსოვეცი. კიევი, გამომცემლობა „მედიცინა“, 2010
2. „სამედიცინო გენეტიკა“ - ნ. ბოჩკოვი. მოსკოვი, გამომცემლობა „აკადემია“, 2007
3. „გენები და გენომები“ - მ. სანგერი, პ. ბერგი, 1998
4. „სამედიცინო გენეტიკა“ - მ. ჭიპაშვილი, ნ. მოროშკინა, ე. იმნაძე, ც. გვიგინიშვილი, გამომცემლობა „ტორი“, 2011.

რეზიუმე

მიტოქონდრიული დნმ-ი და ადამიანის ეთნიკური წარმოშობა

მ. ჰიპაშვილი, მ. აბზიანიძე, თს. გიგინეიშვილი, ე. იმნაძე
მოლეკულური და სამედიცინო გენეტიკის დეპარტამენტი

მიტოქონდრიული დნმ-ის პოლიმორფიზმები მიუთითებს ადამიანთა პოპულაციების ეთნიკურ და გეოგრაფიულ წამომავლობაზე.

SUMMARY

MITOCHONDRIAL DNA AND ETHNIC LINEAGE

M. TCHIPASHVILI, E. ABZIANIDZE, TS. GIGINEISHVILI, E. IMNADZE
Department of Molecular and Medical DNA

The polymorphism of the mitochondrial DNA explains the ethnic and geographical origins of human populations.

იმუნური ჰომეოსტაზი თიმოგეალით
ვიმდინარე ბრონქოპნევმონიების დროს ბავშვებში
აპიკეპატი მკურნალობის ფონზე

მ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოფჩიშვილი, ნ. ბაღრაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი
სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, ირ. ციციშვილის სახ. პედიატრიული კლინიკა

ადაპტაციური მექანიზმების განვითარებასა და რეაქტულობის ჩამოყალიბებაში თიმუსს მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს (1, 2).

თიმუსისა და მისი მიკროგარემოს გავლენით ძვლის ტვინის დეროვანი უჯრედები ტრანსფორმირდება T-ლიმფოციტებად, რომლებიც მიგრირებენ პერიფერიულ ორგანოებსა და ქსოვილებში, და ანხორციელებენ იმუნოლოგიურ ზედამხედველობას(4, 7, 8).

ავტორთა მონაცემებით, საკმაოდ დიდია თიმომეგალიის, როგორც პრემორბიდული ფონის გავლენა პნევმონიების მიმდინარეობასა და გამოსავალზე. თიმომეგალიის დროს პორმონალურ ჰომეოსტაზში გამოვლენილი ფუნქციური ცვლილებები, განაპირობებს ორგანიზმის ადაპტაციური შესაძლებლობების დარღვევას, განსაკუთრებით სტრესული სიტუაციის დროს, რაც ამ ბავშვებზე დიფერენცირებული დაკვირვების აუცილებლობაზე მეტყველებს(3, 5, 6, 9).

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

აპიკეპატი წარმოადგენს ბუნებრივ, ნატურალურ მცენარეულ კომპონენტთა ჯგუფს: წიწვოვანის ექსტრაქტის, ფუტკრისა და ყურძნის პროდუქტების ნაზავს, რომელიც შეიცავს: ამინომჟავების 22

სახეობას 20% პროტეინს ალბუმინების სახით, ვიტამინებს (A, B₁, B₂, B₆, C, D, PP, E, K, ფოლის მჟავა), ბიოტინს, რუტინს, ბეტა-სიტოსტერინს (ფოსფოტერინი), მიკროელემენტებს(Fe, Ca, Mg, Zn, Cu, F), გლიკოზიდებს, ქლოროფილს, ცხიმოვან მჟავებს.

ის ზრდის ორგანიზმის ფიზიკურ და გონებრივ შრომისუნარიანობას; აწესრიგებს ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების ცვლას, ჟანგვა-აღდგენით პროცესებს; პრეპარატში შემავალი ამინომჟავები ადვილად ათვისებადია, რაც ხელს უწყობს აზოტოვანი ბალანსის შენარჩუნებას და უზრუნველყოფს ორგანიზმის ზრდისა და განვითარების პროცესებს; გააჩნია იმუნომოდულაციური, იმუნომასტიმულირებელი და ანტიმიკრობული თვისებები;

მოცემული შრომის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა იმუნოლოგიური

მაჩვენებლების დინამიკა თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების

დროს ბავშვებში აპიკეპატი 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 ავადმ-

ყოფს) აღინიშნებოდა დაავადების მძიმე, 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 აპიკეპატი - სქემით 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 მონოკ-

იმუნოლოგიური მაჩვენებლები, თიმომეგალით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების დროს ბავშვებში, აპიკეპატი მკურნალობის ფონზე. M+M

იმუნოლოგიური მაჩვენებლები	საკონტროლო ჯგუფი n=20	მკურნალობამდე (n=45)	I ჯგუფი (ბაზის. თერაპია) n=20	II ჯგუფი (ბაზის.+აპიკეპატი) 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

ლონური ანტისხეულებით, B- ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობა – კომპლექსური როზეტკების 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 სტოუდენტის 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 11-5-ის გამოყენებით.

მიღებული მასალის სტატისტიკური დამუშავება განხორციელდა კომპიუტერული პროგრამა SPSS პაკეტით.

გამოკვლევის შედეგები და მათი განხილვა:

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

II ჯგუფში (25) დაავადების მწვავე მიმდინარეობით ჰოსპიტალიზებული იყო 16(64%) პაციენტი, გახანგრძლივებული მიმდინარეობით – 9(36%).

კლინიკური დაკვირვებისა და გამოკვლევის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ ადრეული ასაკის ბავშვებში თიმომეგალით 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 (თსაკერთო), CD4- ჰელპერების პროცენტული რაოდენობისა და იმუნოლოგიური ინდექსის CD4/CD3

შემცირება, ჰუმორული იმუნიტეტის მხრივ დარღვევები შედარებით ნაკლებად იყო გამოხატული: აღვილი ჰქონდა B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობისა და სისხლის შრატში სამივე კლასის იმუნოგლობულინების კონცენტრაციის დაქვეითებას.

გამოკვლევის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ მკურნალობაში აპიკეპატი მოახდენა იმუნომოდულაციური ზემოქმედება, რაც გამოიხატა T-ლიმფოციტებისა (nD3) და T-ჰელპერების(nD4) პროცენტული რაოდენობის მომატებითა და T-სუპრესორების(nD8) შემცირებით იმ პაციენტებში, რომელთაც CD3 და CD4 ლიმფოციტების რაოდენობა დაქვეითებული ჰქონდათ. კომპლექსური მკურნალობის გავლენით ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობა არ იცვლებოდა იმ ბავშვებში, რომელთაც ეს მაჩვენებლები ნორმაში ჰქონდათ.

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

იმუნოლოგიური მაჩვენებლების დინამიკა აპიკეპატი მკურნალობის ფონზე მოცემულია ცხრილში №1.

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

ბრონქოპნევმონიის კომპლექსური მკურნალობის შემდეგ, II ჯგუფის ავადმყოფებში, აღინიშნებოდა იმუნოლოგიური მაჩვენებლების გაუმჯობესება. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია CD4-ჰელპერების პროცენტული რაოდენო-

ბისა და იმუნოლოგიური ინდექსის მომატება, აგერთვე 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 ღრმა, ხოლო ჰუმორული იმუნიტეტის შედარებით ნაკლები ცვლილებებით.

ბრონქოპნევმონია 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.

მკურნალობის კომპლექსში აპიკეპატის ჩართვამ განაპირობა იმუნოლოგიური მაჩვენებლების გაუმჯობესება;

შედეგად, მიხანმეწონილად მიგვაჩნია თიმომეგალით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების მკურნალობაში აპიკეპატის გამოყენება, რომელიც ხელს შეუწყობს იმუნური ჰომეოსტაზის ნორმალიზებას და დადებით ზეგავლენას მოახდენს დაავადების მიმდინარეობაზე.

ლიტერატურა:

მ. ღუმბაძე / „ორგანიზმის არასპეციფიური და სპეციფიური იმუნოაქტივობა ბრონქოპნევმონიური დაავადებების დროს ადრეულ ასაკის ბავშვებში” თ. ს. ს. უ. შრომათა

კრებული XXXVII–2005წ. /
 Караулов А. В. „Иммунотерапия респираторных заболеваний М. 2011 с. 19.
 Иллэк Я. Ю., Зайцева Г. А., Смердов В. Л., /, Иммунологическая реактивность и функция щитовидной железы при острой пневмонии у детей с тимомегалией. `2011
 Реброва О. Ю. / Статистический анализ медицинских данных. -Москва: Медия Сфера. - 2010. – 312с/

Энгельгардт Н. В. /, „Иммунологические аспекты биологии развития” М. 2009 с92-106/
 Чернушенко Е. Ф. / `местный иммунитет при заболеваниях легких” Реф журн. Клиническ. Имму. И аллерг. 2010г. Ст. 28/
 Чихрадзе М. В. / `Клинико-иммунологическая характеристика больных хроническим бронхитом в динамике иммунореабилитации. `

Автореферат 1999г.
 Чернушенко Е. Ф.. / `местный иммунитет при заболеваниях легких” Реф журн. Клиническ. Имму. И аллерг. 2010г. Ст. 28/
 Boanco A. PatricR. /Wussenrweig Exp. Med. 2008 132-702-720/

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

რეზიუმე

იმუნური კომპოსტაზი თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების დროს ბავშვებში აპიჰეპატი მკურნალობის ფონზე

ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოფურიძე, ნ. ბადრიასვილი, კ. ჩახუნაშვილი
 სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, ირ. ციციშვილის სახ. პედიატრიული კლინიკა

კვლევის მიზანი იყო, აღმოგვეჩინა ხერხი, რომლითაც ადრეულ ასაკში ბავშვებში ავიცილებთ ბრონქოპნევმონიურ დაავადებებს.
 შევისწავლეთ თ-ლიმფოციტები და მისი სუბპოპულაციები CD3, CD4, CD8, ანტისხეულები, ბ ლიმფოციტის დონე, IgG, IgM, IgA–ს დონეები.
 კვლევის მიზანი იყო ჰუმორული და უჯრედული იმუნური სისტემის მდგომარეობის შესწავლა ბავშვებში. შედეგებმა გვიჩვენა, რომ უჯრედული იმუნური სისტემა დიდ დეფიციტს განიცდის ბრონქოპნევმონიის დროს. გამოვიყენეთ პრეპარატი აპიჰეპატი, იმუნომოდულატორი, რომელმაც სხვა პრეპარატებთან ერთად კომბინაციაში ჰუმორული და უჯრედული იმუნური სისტემის ბრძოლის უნარიანობა გაცილებით გაზარდა.

SUMMARY

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

G. CHAKHUNASHVILI, N. TOPURIDZE, N. BADRIASHVILI, K. CHAKHUNASHVILI, SPPF, Childrens New Clinic After I. tsitsishvili

The aim of our trail research the immune system among the children of early age with bronchopneumonia. We studied T- lymphocytes and its subpopulations CD3, CD4, CD8, antibodies. 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 study the cell and hummoral immune system among the children of early age. Given results show us that cell immune system is more damaged during bronchopneumonia. We used immune modulating – apihepati. The results showed that Apihepati combined with basic treatment significantly enhances cellular as well as hummoral Immune status of the patients with bronchopneumonia diseases.

კალთბურთულთ გვგოგაკოგა აპიჰეპატის კვების რასიონში ჩართვებზე (კვლევის I ეტაპი)

ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. ბადრიასვილი, მ. თოფურიძე, ნ. ჯოგაძე, კ. ჩახუნაშვილი
 (სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია, თბილისის სახ. სამედიცინო უნივერსიტეტი)

დღეისათვის უმნიშვნელოვანესია სპორტსმენთა კვების საკითხი.
 ორგანიზმის ფიზიკური განვითარება განისაზღვრება როგორც ადამიანის ორგანიზმის მორფოფუნქციური თავისებურებების ცვლილებათა რთული პროცესი. ის ემორჩილება ბიოლოგიურ კანონებს და ასახავს ზრდისა და განვითარების ზოგად კანონზომიერებებს.
 ვარჯიშის პროცესის ინტენსიფიკაცია(2,3) და ორგანიზმის სისტემატიური გადატვირთვა იწვევს

სტრუქტურული, ფიზიოლოგიური და სხვა რეზერვების შემცირებას(1,5). დიდი ფიზიკური დატვირთვა გავრდილ მოთხოვნებს უყენებს ორგანიზმს, სპორტსმენებში დეფიციტური მდგომარეობა იჩენს თავს, რასაც შეიძლება თან ახლდეს ფუნქციური რეზერვების ამოწურვა, ადაპტაციის უარყოფითი ეფექტები და ჯანმრთელობის დარღვევა (4, 7, 9, 11). ამდენად, სპორტული მედიცინის უმნიშვნელოვანეს პრობლემას მწვავე და ქრონიკული გადაძაბვა და მისი პროფილაქტიკა წარმოადგენს. სწორედ ამინომ

ცხრილი №1

კალათბურთელთა ანთროპომეტრული, ფიზიკური და ფუნქციური მაჩვენებლების ანალიზი „აპიპურის“ მიღებამდე

მაჩვენებლები	„აპიპურმა“ მიღებამდე		
	მაქსიმუ	მინიმუ	საშუალო
სხეულის წონა	100	38	61,61±2,24
სიმაღლე დამჯდარი	136	94	123,40±1,23
სიმაღლე ფეხზე	190	151	168,00±1,39
მხრის დიამეტრი	36	21	26,86±0,56
გულმკერდის საგიტალური	85	35	44,17±1,20
გულმკერდის ფრონტალური	87	36	45,18±1,24
მარჯვენა მა-ჯის დიამეტრი	19	15	17,31±0,18
მენჯის დიამეტრი	102	65	82,64±1,35
მხრის გარშემო-წერილობა აბაბვისას	89	23	31,29±1,55
წინამხრისგარშემო-წერილობა	31	20	25,60±0,38
მხრის გარშემოწერილობა	36	22	27,57±0,44
წვივის გარშემოწერილობა	43	27	33,74±0,60
წელის გარშემოწერილობა	100	64	75,38±1,15
T/A -სისტოლური	130	90	114,17±1,20
T/A -დიასტოლური	80	60	65,60±0,82
R-დატვირთვამდე	29	20	25,55±0,37
R-დატვირთვის შემდეგ-30წმ	36	25	30,52±0,30
R-დატვირთვის შემდეგ-1 წთ	38	28	33,67±0,34
R-დატვირთვის შემდეგ-2 წთ	40	31	36,43±0,34
P-დატვირთვამდე	88	58	75,43±0,99
P-დატვირთვის შემდეგ-30 წმ	122	86	103,79±1,44
P-დატვირთვის შემდეგ-1 წთ	130	94	113,31±1,27
P-დატვირთვის შემდეგ-2წთ	136	100	118,50±1,23
P-დატვირთვის შემდ დასვენებისას1წთ	110	84	94,67±1,02
ულსური წნევა(52)	65	30	48,57±1,20
საშუალო წნევა (86)	105	75	89,88± 0,84
კეტლეს ინდექსი(21)	30,61	16,67	21,57±0,49
პროპორციულობის -(87-92) მანუერის	93,62	23,44	36,72±1,93
გულმკერდის პროპ. განვით.კოეფიციენტი-8სმ	27	-6	7,55±1,08
პინიეს ინდექსი(10-15)	36	-35	14,84±2,62
რუფიეს ინდექსი (1-5)	11,6	4	7,39±0,25
ამეკი(2600)	5720	1980	3682,98±117,35
ამტანობის კოეფიციენტი (16)	23,33	12,31	15,89±0,42
ლილიენისტრადის კოეფიციენტი	70,27	35,29	54,02±1,23
ცანდერის ინდექსი	6183,78	2320	4093,96±122,55
შტანგეს სინჯი(60)	68	34	54,21±1,53
გენჩის სინჯი(30)	39	18	27,00±0,74

ვაგებითა და ვიტამინებით გამდიდრებულმა „აპიპურმა“ შეიძლება შეასრულოს მნიშვნელოვანი როლი სპორტსმენთა რეაბილიტაციაში ენერჯის აღსადგენად, პოლიდეფიციტური მდგომარეობების, ფიზიკური და გონებრივი გადაღლის დროს. (6, 8, 10).

ამინოჰაჰებითა და ვიტამინებით გამდიდრებული ენერგეტიკული „აპიპურის“ გამოყენება აუმჯობესებს სპორტსმენთა შრომისუნარიანობას, აფართოვებს ადაპტაციური მექანიზმებს სავარჯიშო და საშუალო პირობებისადმი; აჩქარებს აღდგენით პროცესებს ინტენსიური ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ; ამდენად ინტერესს იწვევს ადაპტაციის უარყოფითი ეფექტების თავიდან ასაცილებლად ამინოჰაჰებით გამდიდრებული „აპიპურის“ მოქმედების შესწავლა.

მიზანი: კალათბურთელთა ფუნქციური მდგომარეობის შეფასება მაღალი ფიზიკური დატვირთვის პირობებში და ამინოჰაჰებით გამდიდრებული „აპიპურის“ შესწავლის პირველი ეტაპი მოხარდ სპორტსმენთა რეაბილიტაციაში. **მასალა და მეთოდები:** სამუშაოს საფუძვლად დაედო 12-დან 18 წლამდე ასაკის 100 კალათბურთელის ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლების გამოკვლევის შედეგები „აპიპურის“ მოქმედებამდე.

ჩართვის კრიტერიუმები: დამაკმაყოფილებელი სოციალურ-ეკონომიური პირობები, დამაკმაყოფილებელი და კარგი სპორტული შედეგები.

საკონტროლოდ აღებული იყო იგივე მონაცემების 50 კალათბურთელი, რომელთაც არ ეძლეოდათ აღნიშნული „აპიპური“. ჩატარდა რანდომიზებული ღია კონტროლირებადი კვლევა 6 თვის განმავლობაში.

შესწავლილ იქნა შემდეგი მახასიათებლები: რამდენ დღეს ვარჯიშობს კვირაში, რამდენ საათს ვარჯიშობს დღეში, განწყობა ვარჯიშის შემდეგ, აქვს თუ არა გადაღლა და გადაძაბვა, გულის შეკუმშვათა სისშირე, სუნთქვის შეკვრის დრო, ზოგადი მდგომარეობა, სიმაღლე მჯდომარე და ფეხზე დგომისას; წელის, გულმკერდის, მხრების, კიდურების გარშემოწერილობა, პულსი, არტერიული წნევა სისტოლური და დიასტოლური, დატვირთვამდე და დატვირთვის შემდეგ. ამ მაჩვენებლების მიხედვით გამოთვლილ იქნა შემდეგი სპორტული ინდექსები: სისხლის მიმოქცევის სისტოლური და წუთობრივი მოცულობები (ლილიენისტრადისა და ცანდერის ფორმულები), სისხლის მიმოქცევის ეფექტურობის კოეფიციენტი, კეტლეს ინდექსი (სიმაღლისა და წონის თანაფარდობა), მინუერიეს ინდექსი (სხეულისა და ფეხების სიგრძეთა თანაფარდობა), პინიეს ინდექსი.

რაოდენობრივი მაჩვენებლების სარწმუნოების შეფასებას ვახდენდით სტიუდენტის კრიტერიუმით 9მზ ხარისხოვანის χ^2 კრიტერიუმით, ჯგუფებს შორის შედარებას Pearson-ით. განსხვავება ითვლებოდა სარწმუნოდ, თუ $t > 1$, $96 p < 0,05$ და $c > 3$, $84, p < 0,05$ (10, 11). მათემატიკური უზრუნველყოფა განხორციელდა პროგრამების პაკეტის SPSS 11-5 -ის გამოყენებით.

კვლევის შედეგები და მათი განხილვა:

კვლევის პირველ ეტაპზე შევისწავლეთ კალათბურთელთა ანთროპომეტრული, ფიზიკური და ფუნქციური მახასიათებლები „აპიპურის“ მიღებამდე. (ცხრ№1) **ვინაიდან არსებობს შრომა** (G. Chakhunashvili; N. Badriashvili; M. Topuridze;

N. Jobava; K. Chakhunashvili, „**Assessment of Anthropological, Physical and Functional Indices in Sportsmen Receiving During the Training** „, (11), **რომელშიც აღნიშნულია,**

სასმელის „ივერიული ფიტოს“ მიღების შემდეგ, (რომლის შემადგენლობაც თითქმის „აპიპურის“ ანალოგიურია) აღინიშნა სხეულის წონის; სიმძლავის; მხრის და გულმკერდის საგიტალური და ფრონტალური დიამეტრის სარწმუნო მომატება.

ასევე სარწმუნოდ გაუმჯობესდა ფიზიკური და ფუნქციური მაჩვენებლები.

სასმელის მიღების შემდეგ ადგილი ჰქონდა სუნთქვის სიხშირის და პულსური წნევის მომატებას; აგრეთვე დატვირთვის შემდეგ გულის შეკუმშვათა სიხშირის, საშუალო წნევის შემცირებას; გარდა ამისა გაუმჯობესდა ისეთი ფუნქციური მონაცემები როგორცაა სუნთქვითი ინდექსები (შტანგეს სინჯი; გენჩის სინჯი) რუფიეს ინდექსი, ამტანობის კოეფიციენტი, სისხლის მიმოქცევის სისტოლური და წუთობრივი მოცულობები (ლილიენსტრადისა და ცანდერის ფორმულები), გაუარესდა სისხლის მიმოქცევის ეფექტურობის კოეფიციენტი.

იგივე მაჩვენებლების შედარებამ საკონტროლო

ჯგუფში (რომელსაც არ ეძლეოდა სასმელი „ივერიული ფიტოს“) 3 თვის შემდეგ არსებითი განსხვავება არ აღინიშნება.

3 თვის შემდეგ იმ ჯგუფში, რომელსაც არ ეძლეოდა სასმელი, წონის, სიმძლავის, მხრის და გულმკერდის დიამეტრის, მხრის და წინამხრის გარშემოწერილობის მაჩვენებლების მიხედვით რაიმე მკვეთრი ცვლილება (სარწმუნო მატება) არ აღინიშნებოდა, სასმელი „ივერიული ფიტოს“ სჯგუფისაგან განსხვავებით გაიზარდა მხოლოდ დატვირთვის შემდეგ სუნთქვის და პულსის სიხშირეები.

ყოველივე ზემო აღნიშნულის გამო აუცილებელია კვლევების გაფართოვდეს „აპიპურის“ სპორტსმენებში კვების რაციონში შეტანის შემდეგ და მიეცეს მათ შესაბამისი ინტერპრეტაციით რეკომენდაციები.

ლიტერატურა:

Флетчер Р., Флетчер С. Вагнер Э. Клиническая эпидемиология(основы доказательной медицины). Москва: Медиасфера – 2008. - 345с
Гайятт Г., Ренни Д. Путеводитель читателя медицинской литературы – Принципы клинической практики, основанной на доказанном. Издательство. Медия Сфера. –М. 2003
11. Assessment of anthropological, physical and functional indices in sportsmen (basketball players) against the background of high physical loading.
Chakhunashvili G, Jobava N, Guchashvili M, Chakhunashvili K, Gogilashvili T, Shvangiradze M, Pagava K. Georgian Med News. 2011 Jul-Aug;(196-197):12-8.

რეზიუმე

კალათბურთელთა მდგომარეობა „აპიპურის“ კვების რაციონში ჩართვამდე (კვლევის I ეტაპი).

მ. ჩახუნაშვილი, ნ. ბადრიაშვილი, მ. თოფურაძე, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი, ირ. კალანდია, ჯ. ფხალაძე, დ. ჩახუნაშვილი

(სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია, თბილისის სახ. სამედიცინო უნივერსიტეტი)

დღეისათვის უმნიშვნელოვანესია სპორტსმენთა კვების საკითხი. ორგანიზმის ფიზიკური განვითარება განისაზღვრება როგორც ადამიანის ორგანიზმის მორფოფუნქციური თავისებურებების ცვლილებათა რთული პროცესი. ის ემორჩილება ბიოლოგიურ კანონებს და ასახავს ზრდისა და განვითარების ზოგად კანონზომიერებებს.

მიზანი: კალათბურთელთა ფუნქციური მდგომარეობის შეფასება მაღალი ფიზიკური დატვირთვის პირობებში და ამინომჟავებით გამდიდრებული „აპიპურის“ შესწავლის პირველი ეტაპი მოზარდ სპორტსმენთა რეაბილიტაციაში.

მასალა და მეთოდები: სამუშაოს საფუძვლად დაედო 12-დან 18 წლამდე ასაკის 100 კალათბურთელის ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლების გამოკვლევის შედეგები „აპიპურის“ მოქმედებამდე.

დასკვნა: ყოველივე ზემო აღნიშნულის გამო აუცილებელია კვლევები გაფართოვდეს „აპიპურის“ სპორტსმენებში კვების რაციონში შეტანის შემდეგ და მიეცეს მათ შესაბამისი ინტერპრეტაციით რეკომენდაციები.

SUMMARY

STATUS OF BASKETBALLERS BEFORE ADDING `APIPURI` INTO FOOD RATION (FIRST STEP OF RESEARCH)

G. CHAKHUNASHVILI, N. BADRIASHVILI, M. TOPURIDZE, N. JOBAVA, K. CHAKHUNASHVILI, I. KALANDIA, Z. FKHALAZDE, D. CHAKHUNASHVILI
(Social Pediatric Protection Fund, Association Of Georgian Pediatric Cardiology, TSMU)

Nutrition of Sportsmen is quite actual subject these days. Physical development of human body is hard morphological process. Its growth depends on biological processes.

Aim: Evaluation of basketball players' functional state under stress, before they start receiving `Apipuri`.

Methods: The research had been done on 100 basketball players of age 12-18 by evaluating their development, before adding `Apipuri` into their ration.

Conclusion : The research needs to continue after adding “Apipuri” into their ration and the functional state needs to be evaluated again and compared to previous results.

მონოზიგოტურ ტყუპებში ნიშან-თვისებათა განსხვავების გობიერთი თავისებურებანი

დ. ცხომელიძე, მ. აბისონაშვილი, პ. რუხაძე, დ. ჩახუნაშვილი, ვ. ოზაშვილი
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ჩვენი კვლევის მიზანი იყო დაგვედგინა პოსტნატალურ პერიოდში მონოზიგოტურ ტყუპისცალებს შორის ისეთი ნიშან-თვისებების მიხედვით განსხვავება. როგორცაა წონა, სიმაღლე, ტემპერატურა, კანის შეფერილობა, თავის. შუბლის, ცხვირისა და ყურის ფორმა, სახის სიგრძე, სხეულზე ხალის არსებობა. ამავე დროს შევეცადეთ ყურადღება გავვქაჩვილებინა ადამიანის განვითარების ისეთ ეტაპებზე, როგორცაა კბილების ამოსვლა და სიარულის დაწყება.



სურ. 1

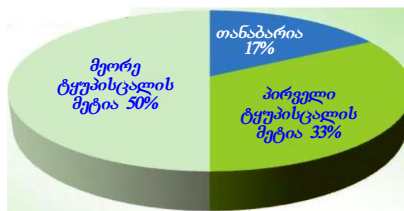
სულ ჩვენს ექსპერიმენტებში მონაწილეობდა 18 წვეილი მონოზიგოტური ტყუპი(აქედან 8 წვეილი მამრობითი სქესის და 10 მდედრობითი) მიღებულ შედეგებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვნად მივიჩინეთ შემდეგი გარემოებები:

1) 5 მონოზიგოტური წვეილიდან თითოეულში ერთერთ ტყუპისცალს აუცილებლად გააჩნდა ხალი სახეზე, რაც როგორც მშობლებისათვის, ასევე ტყუპების ნათესავებისა და ახლობლებისათვის მათი ერთმანეთისაგან გარჩევის ერთერთ მნიშვნელოვან საშუალებას წარმოადგენდა. თუმცა სხვა მონოზიგოტურ წვეილში ხალი ორივეს გააჩნდა და ამ ნიშნით მათი იდენტიფიკაცია შეუძლებელი იყო. დარჩენილ 12 წვეილში სახეზე ხალის არსებობა არ შეინიშნებოდა, მაგრამ ტყუპების დედები ყოველთვის ახერხებდნენ შვილების განსხვავებას ისეთი ნიშნებით როგორცაა სხეულის ზომა, თავის ფორმა, სახის სიგრძე, კანის შეფერილობა, თვალების ფერი, ყურისა და ცხვირის ფორმა, ან თუნდაც სხეულისთვის ნაკლებად შესამჩნევი სხვა ნიშნით, იხ. სურ. 1

2) კვლევის შემდგომ ეტაპზე ჩვენ ერთმანეთს შევადარეთ თითოეული ტყუპისცალის დაბადებისას დაფიქსირებული წონა და მივიღეთ, რომ მეორე

რედ დაბადებული ტყუპისცალის წონა ჭარბობდა პირველს, თუმცა არც თუ ისე იშვიათად მათი წონები ერთმანეთს ემთხვეოდა. იხ. სურ. 2

3) რაც შეეხება პირველი კბილის ამოსვლას და სიარულის



სურ. 2. წონათა სხვაობა

დაწყებას ამ მხრივ მონოზიგოტური ტყუპების დიდ უმრავლესობაში პირველი ტყუპისცალი იწარჩუნებდა საგრძნობ უპირატესობას. იხ. სურ. 3

4) ერთ-ერთ მონოზიგოტურ წვეილში (გოგონები) მეორე ტყუპისცალს აღმოაჩნდა მესამე

არასრულად განვითარებული სარძევე ჯირკვალი, რომელიც იყო შემკვიდრებით მიღებული რუდიმენტი მამისაგან. ამავე მონოზიგოტურ წვეილში დაფიქსირდა ტემპერატურათა სხვაობა პირველად დაბადებულ ტყუპისცალსა და მეორე ტყუპისცალს შორის. პირველ ტყუპისცალს მუდმივად ჰქონდა ტემპერატურა – 36,8 ხოლო მეორეს – 36,4

5) რაც შეეხება სხვა ნიშნებს, დისკონკორდანტობა შეინიშნებოდა ტყუპების სიმაღლეშიც(ძირითადად 1–2 სანტიმეტრის ფარგლებში) მაგრამ ამ ნიშან-თვისების მიხედვით არცერთ ტყუპისცალს არ გააჩნდა უპირატესობა, ზოგჯერ მეორე ტყუპისცალი იყო 1 სმ-ით მაღალი და ზოგჯერ პირველი, თუმცა თანაბარი სიმაღლეც რამოდენიმეჯერ დაფიქსირდა.

6) რაც შეეხება სახის სიგრძეს, აქ ერთ შემთხვევაში სხვაობამ ტყუპისცალებს შორის 6 მილიმეტრსაც კი მიაღწია. ხოლო სხვა შემთხვევებში განსხვავება იყო 1,2 ან 3 მილიმეტრი. აქედან გამომდინარე, ჩვენ ვაკაკეთეთ დასკვნა, რომ ნამდვილად შემთხვევით არ ხდებოდა, რომ ერთერთი მონოზიგოტური ტყუპების დედა, რომლის შვილები ძალიან გავგნენ ერთმანეთს მათ სწორედ სახის სიგრძის მიხედვით ანსხვავებდა, მაშინ როცა უცხო თვალისათვის ეს ერთი შეხედვით „ადვილად შესამჩნევი“ განსხვავება(რომელიც ამ შემთხვევაში 3 მმ



სურ. 3.

აღწევდა) უცხო თვალისთვის შეუმჩნეველი იყო.

ამრიგად, როგორც ვხედავთ, მონოზიგოტურ ტყუპებში დიდი მსგავსების მიუხედავად ტყუპისცალებს შორის ბევრი განმასხვავებელი ნიშან-თვისებაც არსებობს. ზოგი მათგანი შედარებით ადვილი გამოსაცნობია (ვთქვათ ხალის არსებობა სახეზე ან ყურის ბიბილოს განსხვავებული ფორმა), მაგრამ იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც ტყუპისცალებს შორის კონკორდანტობა ძალიან დიდი იყო, ტყუპების დედები მაინც იოლად ახერხებდნენ მათი ერთმანეთისაგან განსხვავებას. თუმცა ისიც უნდა ითქვას, რომ სხვა ოჯახების მონოზიგოტური ტყუპებში განსხვავების პოვნა მათთვის ისეთივე პრობლემა აღმოჩნდა, როგორც სხვა ადამიანებისათვის..

და ბოლოს, ჩვენს მიერ ნანახი მუტაცია – მესამე განუვითარებული სარძევე ჯირკვალი ერთერთი ტყუპისცალის ეპიგასტრიუმის არეში საინტერესოა იმ მხრივაც, რომ ტყუპისცალს ეს უჩვეულო რუდიმენტული ნიშანი მამის მხრიდან გადაეცა და არა დედიდან, რაც კიდევ ერთხელ მიუთითებს იმაზე, რომ ტყუპების ბიოლოგიის დრმად შესწავლაში სხვა მნიშვნელოვან ბიოლოგიურ მოვლენებთან ერთად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება როგორც საკუ-

თარ ორგანიზმში, ასევე მათ მშობლებში მიმდინარე ეპიგენეტიკურ პროცესებს, განსაკუთრებით კი გენომურ იმპრინტინგს.

ლიტერატურა

Mathew W, Dykens E. M———
-“Genetics of childhood disorders”, 2010
Alberty and at all—“Molecular Biology of the cell” 2006
Nino Khvitia, G. Shatirishvili—
“Medical Biology” 2011
M. Chipashvili, E. Imnadze———
-“Secret of Genomic imprinting and reality”
SOCIAL, ECOLOGICAL AND CLINICAL PEDIATRICS -20012, TBILISI

რეზიუმე

მონოზიგოტურ ტყუაპში ნიშან-თვისებათა განსხვავების ზოგიერთი თავისებურებანი

დ. ცხომელიძე, მ. აბისონაშვილი, ბ. რუხაძე, დ. ჩახუნაშვილი, ვ. ოზაშვილი
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

კვლევის მიზანი იყო დაგვედგინა პოსტნატალურ პერიოდში მონოზიგოტურ ტყუპისცალებს შორის ისეთი ნიშან-თვისებების მიხედვით განსხვავება. როგორცაა წონა, სიმაღლე, ტემპერატურა, კანის შეფერილობა, თავის. შუბლის, ცხვირისა და ყურის ფორმა, სახის სიგრძე, სხეულზე ხალის არსებობა. ამავე დროს შევეცადეთ ყურადღება გაგვემახვილებინა ადამიანის განვითარების ისეთ ეტაპებზე, როგორცაა კბილების ამოსვლა და სიარულის დაწყება.

მონოზიგოტურ ტყუპებში დიდი მსგავსების მიუხედავად ტყუპისცალებს შორის ბევრი განმასხვავებელი ნიშან-თვისებაც არსებობს. ზოგი მათგანი შედარებით ადვილი გამოსაცნობია (ვთქვათ ხალის არსებობა სახეზე ან ყურის ბიბილოს განსხვავებული ფორმა), მაგრამ იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც ტყუპისცალებს შორის კონკორდანტობა ძალიან დიდი იყო, ტყუპების დედები მაინც იოლად ახერხებდნენ მათი ერთმანეთისაგან განსხვავებას. თუმცა ისიც უნდა ითქვას, რომ სხვა ოჯახების მონოზიგოტური ტყუპებში განსხვავების პოვნა მათთვის ისეთივე პრობლემა აღმოჩნდა, როგორც სხვა ადამიანებისათვის.

ნანახი მუტაცია–მესამე განუვითარებული სარძევე ჯირკვალი ერთერთი ტყუპისცალის ეპიგასტრიუმის არეში საინტერესოა იმ მხრივაც, რომ ტყუპისცალს ეს უჩვეულო რუდიმენტული ნიშანი მამის მხრიდან გადაეცა და არა დედიდან, რაც კიდევ ერთხელ მიუთითებს იმაზე, რომ ტყუპების ბიოლოგიის დრმად შესწავლაში სხვა მნიშვნელოვან ბიოლოგიურ მოვლენებთან ერთად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება როგორც საკუთარ ორგანიზმში, ასევე მათ მშობლებში მიმდინარე ეპიგენეტიკურ პროცესებს, განსაკუთრებით კი გენომურ იმპრინტინგს.

SUMMARY

SOME PECULIARITIES OF DIFFERENT TRAITS IN MONOZYGOTIC TWINS

D. TSKHOMELIDZE, M. ABISONASHVILI, B. RUKHADZE, D. CHAKHUNASHVILI, V. OZASHVILI (TSMU)

The aim of our research was to find the differences between single monozygotic twins by different signs, for example weight at birth, height, form of head, nose, ear, length of face, color of skin, developing birth mark on the body and so on. At the same time we established one strange rule for monozygotic twins: The first one (who was born first) more often begins walking earlier compared to the second one and the same process was going on with first teeth appearing. To consider problems of epigenetics and genomic imprinting in future we have to find some interesting exceptions:

- 1) The single monozygotic twin(girl) with an undeveloped lachrymal gland was located in the epigastric area of the body and it was inherited to daughter from father.
- 2) We established that some single twins are different from each other by length of face(maximum in our case was- 6 mm) and the mother of these twins can distinguish between them by this sign. But at the same time she is unable to catch the difference between the other monozygotic twins.

ეპიდემიური ზრდის ფაქტორის ექსპრესია ალბინოს ენდომეტრიუმის პიპერპლაზიისა და კარცინომის დროს

ნ. ბენეაშვილი ა. მარტიაშვილი დ. კასრაძე ა. თაყაიშვილი
დავით ტვილიდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტი პათოლოგიის დეპარტამენტი

ეპიდემიური ზრდის ფაქტორი 1962 წელს იქნა გამოყოფილი. მრავალ სხვა ეფექტთან ერთად ეპიდემიური ზრდის ფაქტორი (EGF) ააქტივებს საკვრეცხის გრანულოზური უჯრედების პროლიფერაციას და აფერხებს მათ დიფერენციაციას, ასევე თრეპნინს მათში პროგენიტორის, ესტრადიოლის და ინჰიბინის პრომოციას; ის ააქტივებს პლაცენტის კულტივირებული ტროფობლასტის უჯრედების პროლიფერაციას, მაგრამ არა მათ დიფერენციაციას; ასევე ის აჩქარებს ემბრიონის განვითარებას; ის ხელს უწყობს სარძევე ჯირკვლის უჯრედების პროლიფერაციას და აფერხებს მათ დიფერენციაციას; ასევე ეპიდემიური ზრდის ფაქტორი გააღწეას ახდენს საშვილოსნოს ენდომეტრიუმზე. მას შეუძლია იყოს სინერგიზმში ესტრადიოლთან /7/, ესტროგენი ასტიმულირებს EGF-ის სინთეზს ენდომეტრიუმში /5/. რაც მეტია ესტროგენის შემცველობა პლამაში, მით მეტადაა გამოხატული ენდომეტრიუმის პროლიფერაცია, იზრდება ეპიდემიური ზრდის ფაქტორის აქტივობაც და მისი რეცეპტორების ექსპრესიაც /5/. თუმცა EGF-ს შეუძლია იმოქმედოს დამოუკიდებლად /7/ და აწარმოოს ეპითელიური უჯრედების ზრდის სტიმულაცია /7/. EGF რისკის მატრებელია სიმსივნეების პათოგენეზში, შესაბამისად – მისი რეცეპტორის დათრეგუნვა შეამცირებს სიმსივნეების განვითარების შესაძლებლობას. EGF-ის მაღალი დონე ენდომეტრიუმის კარცინომებში კორელაციაშია ჰისტოლოგიურად ცუდ დიფერენციაციასთან, - დაბალდიფერენციაციასთან /12/.

ჩვენთვის საინტერესო იყო ეპიდემიური ზრდის ფაქტორის ექსპრესიის შესწავლა ენდომეტრიუმის პიპერპლაზიისა და კარცინომის შემთხვევაში. კლინიკურად და მორფოლოგიურად შევისწავლეთ 45 პაციენტი, მათ შორის იყო რეპროდუქციული ასაკისა (27-45 წწ) 27 პაციენტი, რომელთაც აღენიშნებოდა მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, გამოვლენილი მენომეტრორაგით; ასევე – პრეკლიმაქტერული ასაკის 8 პაციენტი, არარეგულარული მენსტრუალური ციკლით და დისფუნქციური სისხლდენებით (კლინიკური კვლევებით (ენდოგინალური ექოსკოპია) დადიაგნოზდა ენდომეტრიუმის პიპერპლაზია, რაც ვლინდებოდა მეტრორაგიით) და 10 პაციენტი პოსტმენოპაუზური პერიოდის სისხლდენით.

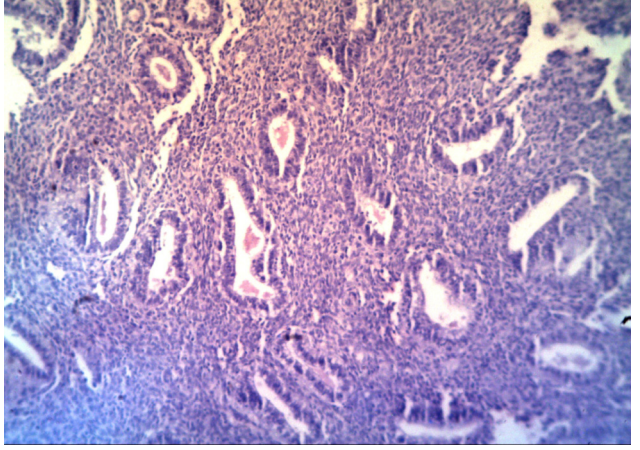
მორფოლოგიური კვლევისთვის მასალა მიღებული იქნა ენდომეტრიუმიდან გამონაფხეკის სახით. ვაწარმოეთ ჰისტოლოგიური და იმუნოჰისტოქიმიური კვლევები.

მორფოლოგიური მასალის ფიქსაცია მოხდა 4% ნეიტრალურ ბუფერულ ფორმალინში, 24 სთ განმავლობაში და შემდგომ ჩაყალიბებულ იქნა პარაფინში. 4 მკმ-ის სისქის ანათლები დაეკარით poly-L-lysine-ით დაფარულ მინებზე. ანათალების ნაწილი შევლეთ ჰემატოქსილინით და ეოზინით

(H&E) – ჰისტოლოგიური პრეპარატების მისაღებად. იმუნოჰისტოქიმიური კვლევისთვის პირველად ანტი-EGF-ის გამოყენებული იქნა anti-EGFR (Novocastra; Leica biosystems Newcastle Ltd, UK). მოვახდინეთ ანათლების დეპარაფინიზაცია და 3% ჰიდროგენპეროქსიდაზით დავამუშავეთ (10 წთ) - ენდომეტრიური პეროქსიდაზის ბლოკირებისათვის. ანტიგენის აღდგენა ვაწარმოეთ 0.01 M ციტრატულ ბუფერში და გავაცივეთ 20 წთ-ს განმავლობაში. შემდეგ გავრეცხეთ ტრიფოსფატურ ბუფერში (Tbs) (5 წთ). მოვახდინეთ ინკუბაცია პროტეინ ბლოკით 5 წთ-ის განმავლობაში. გავრეცხეთ Tbs-ში (2x5 წთ). ვაწარმოეთ ინკუბაცია anti-EGFR, განზავებით 1:50, 60 წუთის განმავლობაში 25°C-ზე. გავრეცხეთ Tbs-ში (2x5 წთ). ვაწარმოეთ ინკუბაცია Post primary block, 30 წთ-ის განმავლობაში. გავრეცხეთ Tbs-ში (2x5 წთ). მოვახდინეთ ინკუბაცია Novo Link Polimer, 30 წთ-ის განმავლობაში. გავრეცხეთ Tbs-ში (2x5 წთ). პეროქსიდაზას აქტივაცია მოვახდინეთ დიამინობენზიდინის სამუშაო ხსნარით, 5 წთ-ს განმავლობაში. გავავლეთ წყალში და ბირთვები შევლეთ ჰემატოქსილინით (5 წთ).

ჰიპერპლაზიის ტიპის შეფასება მოხდა ჰისტოლოგიურ პრეპარატებზე დაყრდნობით. განვსაზღვრეთ მისი კლინიკურ-მორფოლოგიური ვარიანტი.

იმუნოჰისტოქიმიური კვლევით გამოვავლინეთ ეპიდემიური ზრდის ფაქტორის შედეგის ინტენსივობა და მისი გავრცელება. ინტენსივობა ფასდებოდა: (++) ინტენსიური (მკვეთრი) შედეგა, (+) ზომიერი შედეგა, (+/-) სუსტი შედეგა (Niikura at al., 1996, მიხედვით) და გამოვსახეთ პროცენტებში. EGF-ის გავრცელება დადგინდა პოზიტიური EGF-იმუნორეაქტიულობის შეფასებით ჯირკვლოვანი ეპითელიუმში და სტრომაში /6/. მიღებული რიცხობრივი მონაცემები დამუშავდა სტატისტიკურად SPS-12 –ის გამოყენებით. შედარებისთვის გამოყენებუ-



სურ. 1. ენდომეტრიუმი. მარტივი პიპერპლაზია ატიპიის გარეშე. H&E X10

ლი იქნა ნორმის მიღებული სტანდარტი (Niikura at al., 1996, მიხედვით, ნორმულ ენდომეტრიუმში EGF-ის სუსტი ექსპრესია ვლინდება 66, 7%-ში, ამასთან, გარეცვლების თვალსაზრისით, EGF-იმუნორეაქტიულობა პოზიტიურია მხოლოდ ჯირკვლოვან ეპითელიუმში და ნეგატიური სტრომულ უჯრედებში).

მიღებული შედეგები

რეპროდუქციული ასაკის 27 პაციენტიდან 13-ში გამოვლინდა ენდომეტრიუმის მარტივი ჰიპერპლაზია ატიპიის გარეშე, კომპლექსური ჰიპერპლაზია ატიპიის გარეშე აღმოჩნდა 13 პაციენტში, კომპლექსური ჰიპერპლაზია ატიპიით კი - 1 პაციენტში; პრეკლიმაქსური ასაკის 8 პაციენტიდან 6-ში გამოვლინდა მარტივი ჰიპერპლაზია ატიპიის გარეშე, ხოლო კომპლექსური ჰიპერპლაზია ატიპიის გარეშე - 2 პაციენტში. საერთო ჯამში, 35 პაციენტიდან 19-ში აღინიშნა მარტივი ჰიპერპლაზია ატიპიის გარეშე (სურ. 1), 15 პაციენტში - კომპლექსური ჰიპერპლაზია ატიპიის გარეშე (სურ. 2) და 1 შემთხვევაში - კომპლექსური ჰიპერპლაზია ატიპიით (სურ. 3).

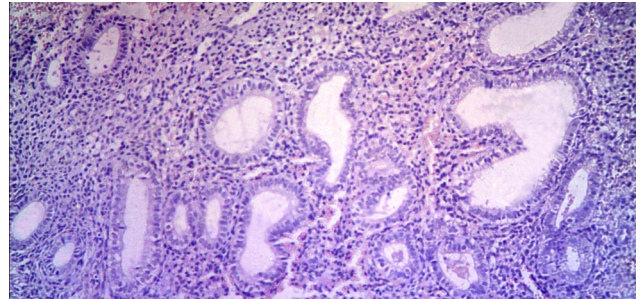
მიღებული შედეგების მიხედვით ეპიდემიური ზრდის ფაქტორის ინტენსივობა გამოვლენილია პაციენტების 100%-ში. აქედან სუსტი ექსპრესია (სურ. 4) გამოვლენილია პაციენტების 42%-ში ($p > 0.1$), ხოლო მკვეთრი ექსპრესია (სურ. 5) - პაციენტთა 58 %-ში ($p < 0.1$), ამასთან, EGF-იმუნორეაქტიულობა ნაინახი იქნა ენდომეტრიუმის ჯირკვლოვან ეპითელიუმში როგორც მარტივი, ისე კომპლექსური ჰიპერპლაზიის შემთხვევაში.

ენდომეტრიუმში მარტივი ჰიპერპლაზიის დროს EGF ვლინდება სხვადასხვა ინტენსივობით, მაგრამ უფრო მეტად, ანუ 19-დან 11 პაციენტში (57. 8%-ში) EGF სუსტად ვლინდება ($p < 0.01$); 8 პაციენტში კი (42. 1%-ში) EGF მკვეთრად გამოვლენილი ($p < 0.1$). ენდომეტრიუმში კომპლექსური ჰიპერპლაზიის (ატიპიის გარეშე) დროს EGF ვლინდება როგორც სუსტი, ისე მკვეთრი ინტენსივობით: 15 პაციენტიდან 8-ში. (53. 3%-ში) EGF გამოვლინდა მკვეთრი ინტენსივობით ($p < 0.01$), 6 პაციენტში. (40 %-ში) EGF ვლინდება სუსტი ინტენსივობით ($p < 0.1$), ხოლო 1 პაციენტში. (6, 6%-ში) - როგორც მკვეთრი, ისე სუსტი ინტენსივობით ($p > 0.1$), ენდომეტრიუმში კომპლექსური ჰიპერპლაზიის (ატიპიით) დროს კი (ანუ ატიპური ჰიპერპლაზიის დროს, - მართალია, სულ 1 შემთხვევა გეგონდა) EGF ვლინდება მკვეთრი ინტენსივობით. ჩვენს მიერ გამოკვლეული ენდომეტრიუმის კარცინომებში (100%) ინტენსივობა მკვეთრია.

მაშასადამე, საკუთარი კვლევების შედეგების თანახმად, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ენდომეტრიუმის მარტივი ჰიპერპლაზიაში მნიშვნელოვნად ჭარბობს EGF-ის სუსტი ექსპრესია, ხოლო კომპლექსურ ჰიპერპლაზიაში - უფრო მეტად ვლინდება EGF-ის მკვეთრი ექსპრესია; ამასთან, ჰიპერპლაზიის სიმძიმის მიხედვით EGF-ის შედეგის ინტენსივობა მატულობს და ენდომეტრიუმის სიმსივნეებში ყოველთვის ვლინდება მკვეთრი ექსპრესია.

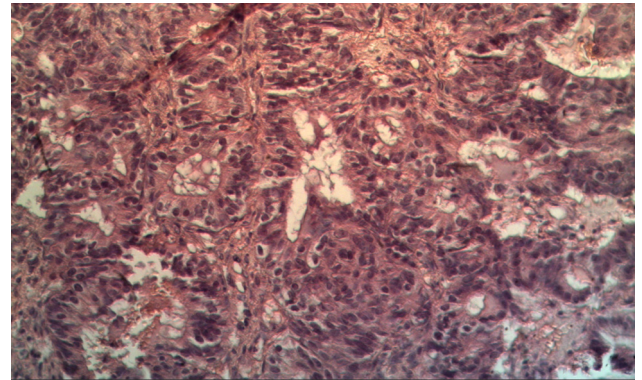
საინტერესოა, ამ მხრივ სხვა ავტორთა მონაცემების განხილვა:

ეპიდემიური ზრდის ფაქტორი უნდა იყოს მედიატორი ენდომეტრიუმში ესტროგენის მოქმედებისთვის /2/. EGF-ს შეუძლია იყოს სინერგიზმში ესტროდიოლთან, მას დამოუკიდებლად არ ძალუძს უჯ-



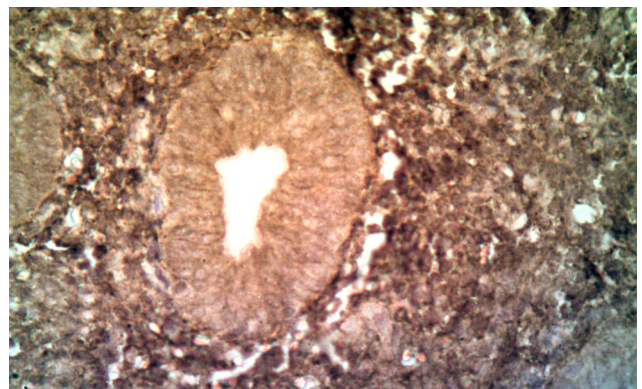
სურ. 2. ენდომეტრიუმი. კომპლექსური ჰიპერპლაზია ატიპიის გარეშე. H&E. X10

რედების პროლიფერაციაზე იმოქმედოს, მაგრამ ესტროდიოლთან კომბინაციაში იგი მაღლა სწევს ჯირკვლების უჯრედებში გამრავლების ხარისხს (50%), რაც არ ხდება სტრომულ უჯრედებში (in vivo) /1/. ასევე დადგენილია, რომ მენსტრუალური ციკლის პროლიფერაციული ფაზა ძირითადად გაშუალებულია ესტროგენით. ესტროგენის რეცეპტო-

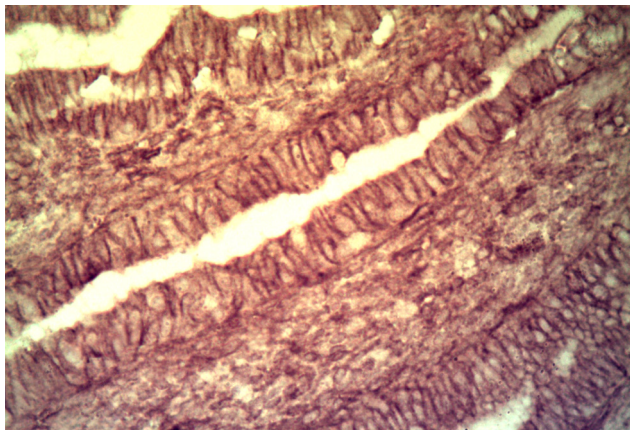


სურ. 3. ენდომეტრიუმი. ენდომეტრიუმის კარცინომა. H&E X10

რები მნიშვნელოვნად იკარგება ეპითელიუმზე, მას შემდეგ რაც პროგესტერონის ექსპოზიცია იწყება /7,5/. არანაკლებ საინტერესოა ის ფაქტი, რომ EGF-ის სტიმულაცია მიდის არაპირდაპირად ესტროგენის რეცეპტორის აქტივაციამდე და რეცეპტორის დადამავალი მიმართულებით (downstream) სამიზნეს ექსპრესიამდე, EGF-ს შეუძლია გააშუალოს ეპითელიური უჯრედების პროლიფერაცია ენდომეტრიუმში ადრეული ფოლიკულური ფაზის მიმდინარეო-



სურ. 4 პოზიტიური EGF X40-იმუნორეაქტიულობა ჯირკვლოვან ეპითელიუმში ენდომეტრიუმის მარტივი ჰიპერპლაზიის (ატიპიის გარეშე) დროს, ზომიერი ინტენსივობა (+).



სურ. 5 პოზიტიური EGF X40-იმუნორაქტიულობა ჯირკვლევან ეპითელიუმში ენდომეტრიუმის კომპლექსური ჰიპერპლაზიის (ატიპიის გარეშე) დროს, მკვეთრი მკვეთრი (+).

ბაში - როცა ესტრადიოლის დონე არის საზოგადოდ ძალიან დაბალი /7/. იგივე ავტორის აზრით, მორფოლოგიურად ენდომეტრიუმში, ანუ ნორმაში - EGF-r-ის (ეპიდერმული ზრდის ფაქტორის რეცეპტორის) ექსპრესია უფრო მაღალია, ვიდრე ენდომეტრიულ კარცინომებში. თუმცა სხვა კვლევები გვაჩვენებს, რომ EGF-r-ის მაღალი ექსპრესია ნანახია სშირად ენდომეტრიაულ კარცინომებში /12/. მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ ენდომეტრიუმში EGF-ის მოქმედებისთვის საჭიროა სასქესო სტეროიდები, ასევე - ამ სტეროიდებს ფუნქციის გაშუალებისთვის სჭირდებათ ეპიდერმული ზრდის ფაქტორი /3/. სიმსივნურ პროცესებში კი, გამოთქმულია მოსაზრება, რომ EGF-r-ის არსებობა არაა კავშირში ავთვისებიანობის ხარისხთან, თუ პროგნოზთან, სასქესო ჰორმონების დონესთან, ესტროგენების და პროგესტერონის რეცეპტორების (ER, PR) არსებობასთან. იმუნოჰისტოქიმიურად: EGF-r არაა კორელაციაში სიმსივნის ხარისხთან, სტადიასთან, სიცოცხლის ხანგრძლივობასთან / 14 / . 10, 9 / ავტორის მონაცემებით შესაძლოა EGF-r-ს ჰქონდეს პროგნოზული მნიშვნელობა, თუ გავითვალისწინებთ მოსაზრებას, რომ EGF-r-ის მაღალი ექსპრესია კორელაციაშია ჰისტოლოგიურად ცუდ დიფერენციაციასთან - დაბალ დიფერენციაციასთან, თუმცა სხვა კრიტერიუმებთან (დაავადების სტადია, ლიმფურ კვანძებში ინვაზია) არ არის კორელაცია. ასევე ენდომეტრიულ სარკომებშიც: დაბალდიფერენცირებულ სარკომებში 74%- ში აღინიშნა რეცეპტორის HER1-ის ექსპრესია (ესაა იგივე EGF-r), ხოლო არადიფერენცირებულ შემთხვევაში - არ აღინიშნება / 13/. საინტერესოა, ამ დროს, EGF-ის საშუალო დონე პლაზმაში: - იგი ყველაზე მაღალია საშუალო დიფერენციაციის კარცინომებში, ხოლო დაბალია ცუდად დიფერენცირებულ კარცინომებში; მანვენბელი ძალიან დაბალია სარკომის 2 შემთხვევაში /11/.

დაბოლოს: საკუთარი თუ სხვა ავტორთა მონაცემებზე დაყრდნობით შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ: EGF-ის დაბალი შემცველობა შრატშიც და ენდომეტრიუმის ქსოვილშიც - ხომ არ ნიშნავს ცუდ პროგნოზს?! გამოვთქვამთ მოსაზრებას, რომ როგორც ჩანს, გარკვეულ ეტაპზე - გარკვეულ კონცენტრაციაში EGF-ს აქვს არამარტო პროლიფერაციის "დანიშნულება", არამედ შესაძლოა მონაწილეობდეს დიფერენციაშიც! - და თუ ნეოპლაზია იწყება ან კიდევ ათვისებიანი ზრდა პროგრესირებს - იქნებ იმიტომ, რომ EGF ცოტაა, ან კიდევ იქნებ იმიტომაც ცოტა, რომ რაც შეიძლება „ხელი შეუშალოს“ ნეოპლაზიის პროგრესიას. ვფიქრობთ შემდგომი კვლევები - შრატში EGF-ისა და მეტაბოლიზმის (ანტიპროლიფერაციული და ანტინეოპლაზიური ეფექტების მქონე უნივერსალური ჰორმონი) შემცველობის გამოსავლენად როგორც საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ჰიპერპლაზიებში, ისე სიმსივნეებში, ნათელს მოჰყენს ჩვენს ვარაუდს.

ლიტერატურა:

1. Blaustein A., Kurman R. J. Blaustein's pathology of the female genital tract. 5th edition. – Springer, 2002. – 1391 p.
2. Haining R. E. B., Cameron I. T., van Papendorp C. et al. Epidermal growth factor in human endometrium: proliferative effects in culture and immunocytochemical localization in normal and endometriotic tissues // Hum Reprod. – 1991. – Vol. 6, No. 9. – P. 1200-1205
3. Ishihara S., Taketani Y., Mizuno M. Epidermal growth factor-like immunoreactivity in human endometrium // Asia Oceania J Obstet Gynecol. – 1990. – Vol. 1, No. 2. – P. 165-168.
4. Leone M., Costantini C., Gallo G. et al. Role of growth factors in the human endometrium during aging. // Maturitas. – 1993. – Vol. 16, No. 1. – P. 31-38.
5. McBean J. H., Brumsted J. R., Stirewalt W. S. In vivo Estrogen Regulation of Epidermal Growth Factor Receptor in Human Endometrium // J Clin Endocrinol Metabol. – 1997. – Vol. 82, No. 5. – P. 1467- 1471.
6. Niikura H., Sasano H., Kaga K. et al. Expression of epidermal growth factor family proteins and epidermal growth factor receptor in human endometrium // Human Pathology. – 1996. – Vol. 27, Issue 3. – P. 282-289.
7. Santoro N. Amenorrhea: A case-Based, Clinical Guide. – Springer, 2010. – 218 p.
8. Singer G. A., Stowitzki T., Retting I., Kimming R. Flow cytometric detection and binding studies of human endometrial stromal cell growth factor receptor in monolayer culture: influence of progesterone // Hum Reprod. – 1998. – Vol. 4, No. 6. – P. 577-583.
9. Grimbizis G., Tsalikis T., Tzioufa V. et al. Regression of endometrial hyperplasia after treatment with the gonadotropin-releasing hormone analogue triptorelin: a prospective study // Oxf J Med Hum Reprod. – 1999. – Vol. 14 (2). – P. 479-484.
10. Gershtein E. S., Bocharova L. B., Ermilova V. D. et al. Epidermal growth factor receptors and their ligands in endometrial carcinoma: correlation with clinico-morphological factors and steroid receptors // Vopr Onkol. – 2000. – Vol. 46, No. 2. – P. 180-186.
11. Tomaszewski J., Miturski R., Kotarski J. Concentration of epidermal growth factor (EGF) in serum of women with endometrial cancer // Ginekol Pol. – 1996. – Vol. 67, No. 5. – P. 248-253.
12. Oza A. M., Eisenhauer E. A., Elit L. et al. Phase II Study of Erlotinib in Recurrent or Metastatic Endometrial Cancer: NCIC IND-148 // J Clin Oncol. -2008. – Vol. 26, No 26. – P. 4319-4325.
13. Endometrial Stromal Sarcomas Frequently Express Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR, HER-1): Potential Basis for a New Therapeutic Approach // Am J Surg Pathol. – 2005. – Vol. 29, Issue 4. – P. 485-489
14. Ferenczy A., Gelfand M. The biologic significance of cytologic atypia in progesterone-treated endometrial hyperplasia // Am J Obstet Gynecol. – 1989. – Vol. 160 No. 1. – P. 126-131

რეზიუმე

ეპიდერმული ზრდის ფაქტორის ექსპრესია ადამიანის ენდომეტრიუმის
ჰიპერპლაზიისა და კარცინომის დროს

ნ. ძნელაშვილი ა. მარიამიძე დ. კასრადე ა. თავართქილაძე
დავით ტვიდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტი, პათოლოგიის დეპარტამენტი

ეპიდერმული ზრდის ფაქტორის ექსპრესიის ინტენსივობა, ადამიანის ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიისა და კარცინომის დროს, ჩვენი ინტერესის საგანს წარმოადგენს. კლინიკურად და მორფოლოგიურად შევისწავლეთ 45 პაციენტი; მათ შორის - რეპროდუქციული ასაკისა (27-45 წწ) 27 პაციენტი, რომელთაც აღენიშნებოდა მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, გამოვლენილი მენომეტრორაგიით; ასევე - პრეკლიმაქსური ასაკის 8 პაციენტი, არარეგულარული მენსტრუალური ციკლით და დისფუნქციური სისხლდენებით და 10 პაციენტი პოსტმენოპაუზური პერიოდის სისხლდენით. კლინიკური კვლევებით (ენდოვაგინალური ექსოსკოპია) დადგინდა ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია, რაც ვლინდებოდა მეტრორაგიით მორფოლოგიური კვლევების მასალა მიღებული იქნა ენდომეტრიუმიდან გამონაფხეკის სახით. გაწარმოეთ ჰისტოლოგიური და იმუნოჰისტოქიმიური კვლევები. მიღებული რიცხობრივი მონაცემები დამუშავდა სტატისტიკურად პროგრამა SPSS-12-ის გამოყენებით. კვლევის შედეგების მიხედვით, ეპიდერმული ზრდის ფაქტორის ექსპრესია დადგინდა პაციენტთა 100%-ში. აქედან EGF-ის სუსტი ექსპრესია გამოვლენილია პაციენტების 42%-ში, ხოლო მკვეთრი ექსპრესია - პაციენტთა 58 %-ში; ამასთან, EGF-იმუნორეაქტიულობა ნანახი იქნა ენდომეტრიუმის ჯირკვლოვან ეპითელიუმში როგორც მარტივი, ისე კომპლექსური ჰიპერპლაზიის შემთხვევაში. ენდომეტრიუმში მარტივი ჰიპერპლაზიის დროს EGF ვლინდება სხვადასხვა ინტენსივობით, მაგრამ უფრო მეტად, ანუ 19-დან 11 პაციენტში (57. 8%-ში) EGF ვლინდება სუსტი ინტენსივობით ($p < 0, 01$); 8 პაციენტში კი (42.1%-ში) EGF მკვეთრი ინტენსივობითაა გამოვლენილი ($p < 0, 1$), ენდომეტრიუმში კომპლექსური ჰიპერპლაზიის (ატიპიის გარეშე) დროს EGF ვლინდება როგორც სუსტი, ისე მკვეთრი ინტენსივობით: 15 პაციენტიდან 8-ში (53,3%-ში) EGF მკვეთრადაა გამოვლენილი ($p < 0, 01$), 6 პაციენტში (40%-ში) EGF სუსტად ვლინდება ($p < 0, 1$), ხოლო 1 პაციენტში (6,6%-ში) - აღინიშნება EGF-ის როგორც მკვეთრი, ისე სუსტი ინტენსივობა ($p > 0, 01$), ენდომეტრიუმში კომპლექსური ჰიპერპლაზიის (ატიპიით) დროს კი (ანუ ატიპური ჰიპერპლაზიის დროს, - მართალია, სულ 1 შემთხვევა გვქონდა) EGF მკვეთრი ინტენსივობით ვლინდება. ამასთან, EGF-იმუნორეაქტიულობა ნანახი იქნა ენდომეტრიუმის ჯირკვლოვან ეპითელიუმში როგორც მარტივი, ისე კომპლექსური ჰიპერპლაზიის შემთხვევაში. კვლევის შედეგების მიხედვით შესაძლოა დავასკვნათ, რომ ენდომეტრიუმის მარტივი ჰიპერპლაზიაში მნიშვნელოვანად ჭარბობს EGF-ის სუსტი ექსპრესია, ხოლო კომპლექსურ ჰიპერპლაზიაში - უფრო მეტად ვლინდება EGF-ის მკვეთრი ექსპრესია; ამასთან, ჰიპერპლაზიის სიმძიმის მიხედვით EGF-ის შედეგების ინტენსივობა მატულობს და ენდომეტრიუმის კარცინომაში ვლინდება მკვეთრი ინტენსივობა.

საკვანძო სიტყვები: ეპიდერმული ზრდის ფაქტორი, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია, ენდომეტრიუმის კარცინომა, იმუნოჰისტოქიმია

SUMMARY

EPIDERMAL GROWTH FACTOR EXPRESSION IN ENDOMETRIAL HYPERPLASIA AND CARCINOMA

N. DZNELASHVILI, A. MARIAMIDZE, D. KASRADZE, A. TAVARTKILADZE
Department of Pathology, Davit Tvildiani Medical University.

Abstract.

The intensity of Epidermal Growth Factor Expression in endometrial hyperplasia and carcinoma was the focus of our study.

35 patients have been investigated clinically and morphologically; of them 22 patients of reproductive age (27-44) had menstrual cycle disorders and diagnosed menometrorrhagia; 8 patients of preclampsic gestational age had irregular menstrual cycle and dysfunctional uterine bleeding; 10 patients of postmenopausal period with uterine bleeding. Clinical examination (endovaginal endoscopy) revealed endometrial hyperplasia manifested by metrorrhagia; For morphological study the material was collected by endometrial scrap. Histologic and immunohistochemical studies were performed as well. The numeric data obtained were processed statistically using the SPSS-12 program. Based on the results, expression of epidermal growth factor was diagnosed in 100% of the patients. Of them, mild EGF expression was documented in 51, 4%, while sharp EGF expression - in 48, 4% of patients. With that, EGF -immunoreactivity was observed in endometrial glandular epithelium both in simple and complex hyperplasia. In simple endometrial hyperplasia EGF was expressed with different intensity, however in most cases, i. e. in 11 out of 19 patients (57. 8%) EGF was expressed with low intensity ($p > 0, 01$); in 8 patients (42. 1%) high intensity of EGF expression was revealed. In complex endometrial hyperplasia EGF was expressed both with low and high intensity: in 8 patients out of 15 (53. 3%) EGF was sharply expressed ($p > 0, 01$), 6 patients (40%) showed mild EGF expression ($p > 0, 01$), whereas 1 patient revealed both low and high intensity of EGF expression. In complex endometrial hyperplasia (only one case of atypical hyperplasia), EGF was revealed with high intensity. Additionally, EGF -immunoreactivity was observed in endometrial glandular epithelium in simple and complex hyperplasia. The results of the study suggest that in complex hyperplasia mild EGF expression predominates, while sharp EGF expression is mostly typical of complex hyperplasia. At the same time, EGF staining intensity increases with the severity of hyperplasia. With endometrial carcinoma, a drastic intensity of EGF expression is observed.

Key words: Epidermal Growth Factor, Endometrial Hyperplasia, Endometrial Carcinoma, Immunohistochemistry.

ლეიკოციტოზის წარმოშობის მექანიზმები კლინიკურ პრაქტიკაში

აგ. კვეზერელი-კოპაძე, ი. ხიზანეიშვილი
პედიატრიის ინსტიტუტი, ალერგიისა და რევმატოლოგიის ცენტრი

ლეიკოციტები, სისხლის თეთრი უჯრედები. ლეიკოციტების ნორმები მოზრდილებში — 4,0* 10¹¹. 0*10/ლ. > 11, 0*10/ლ — ლეიკოციტოზი. <4, 0*10/ლ—ლეიკოპენია.

ლეიკოციტოზის წარმოშობის 4 კონცეფცია: 1) ბაქტერიული ენდოტოქსინები (ბაქტერიული ლიპოპოლისაქარიდები, იგივე ეკზოგენური პიროგენები), ისინი ან თავად გვევლინებიან კმფ-დ ან აქტიურად ანთავისუფლებენ მათ ქსოვილებიდან (კმფ— კოლონიამასტიმულირებელი ფაქტორები — ლეიკოპოეზის პუმორალური სტიმულატორები, უზრუნველყოფს გრანულო, ერითრო, მონო, ლიმფოციტური რიგის წინაპარი უჯრედების კოლონიების ზრდას ქსოვილოვან კულტურაში, გამომწვევდება ძვლის ტვინის და სისხლის მონოციტებისა და მაკროფაგებისა, ასევე ელენთის ლიმფოციტებში). 2) ლეიკოციტოზის განვითარებას იწვევს ლეიკოციტების დაშლის პროდუქტები, ისინი გვევლინებიან ლეიკოციტარულ კმფ — ედ. 3) გლუკოკორტიკოიდები, მათ გარეშე ფაქტიურად წყდება მიელოპოეზი, ისინი აუცილებელი ნივთიერებაა კმფ-ს გააქტიურებისათვის!!!!!! 4) ქსოვილოვანი უჯრედებისაგან

განთავისუფლებული პეპტიდები, იგივე კოლონიამასტიმულირებელი ფაქტორები. მნიშვნელოვანია ოთხივე კონცეფცია, საჭიროა გაირკვეს, რომელი მექანიზმი წამყვანი ამა თუ იმ შემთხვევაში. ოთხივე მექანიზმი ფაქტიურად დამოკიდებულებაშია ერთმანეთთან.

ლეიკოციტოზის განვითარების სქემა: ჰიპოალამუსის აქტივაცია ჰიპოფიზის აქტივაცია თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის გააქტიურება კორტიზოლის პირდაპირი ზემოქმედება ძვლის ტვინზე - კმფ-ს დამხმარე მოქმედება - გრანულოპოეზის გააქტიურება- ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი.

ლეიკოციტოზის პათოგენეზში ჩართულია ყველა რგოლი, თუმცა რომელიმე მათგანი მეტად აქტიურად, ერთერთი რგოლის ამოვარდნას შესაძლებელია მოჰყვეს ლეიკოპოეზის დათრგუნვა, რაც კლინიკურ მანკვებლებთან მიმართებაში არაადექვატურ სურათს შექმნის, პრაქტიკოსი ექიმის კლინიკური აზროვნება მხოლოდ თუ გადაწყვეტს დაავადების მიმდინარეობას, გამოსავალს, ეტიოლოგიას და მკურნალობის თავისებურებებს.

რეზიუმე

ლეიკოციტოზის წარმოშობის მექანიზმები კლინიკურ პრაქტიკაში

აგ. კვეზერელი-კოპაძე, ი. ხიზანეიშვილი,
პედიატრიის ინსტიტუტი, ალერგიისა და რევმატოლოგიის

ცენტრი ლეიკოციტოზის პათოგენეზში ჩართულია ყველა რგოლი, თუმცა რომელიმე მათგანი მეტად აქტიურად, ერთერთი რგოლის ამოვარდნას შესაძლებელია მოჰყვეს ლეიკოპოეზის დათრგუნვა, რაც კლინიკურ მანკვებლებთან მიმართებაში არაადექვატურ სურათს შექმნის, პრაქტიკოსი ექიმის კლინიკური აზროვნება მხოლოდ თუ გადაწყვეტს დაავადების მიმდინარეობას, გამოსავალს, ეტიოლოგიას და მკურნალობის თავისებურებებს.

SUMMARY

THEORY AND MECHANISMS OF LEUKOCYTOSIS IN CLINICAL PRACTICE

AV. KVEZERELI-KOPADZE, I. KHIZANEISHVILI
Institute of Pediatrics, Center for Allergy and Rheumatology

All the above mentioned steps are involved in leukocytosis, and absence each step may inhibit process of leukopoiesis, which will result in abnormal clinical manifestation. The outcome, etiology and treatment options are based on clinician's ability to correctly interpret each clinical case.

სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციაზე მიღებული რეკომენდაციები: „კვივის ობიექტები, მნაკროვლემთს ეკთვ აქტიუალ რაბუნა მოძარობაში „ჯანსალი კვიბა ბავშვებს“ სკულაბა „აპიპური“ – აბინოშაბაბით, ვიბაბინაბით და ბინაკალაბით ბაბილრაბული აბი“

ბ. რახუნაშვილი, შ. ოსუნაშვილი, ო. კალანდია, ნ. ჯობაზა, ნ. ბაბრიაშვილი, ნ. თოფურაძე, ბ. რახუნაშვილი ზ. შატარაშვილი, ბ. კობახიძე (სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, შ. პ. ს. „პური“(თბილისი))

ყოველდღიური და ყველასათვის ხელმისაწვდომი იაფი საკვები პროდუქტი „აპიპური“. გამდიდრებულია ჯანმთელობისათვის აუცილებელი ამინომჟავებით, ვიტამინებით და მინერალებით. ახალი ტექნოლოგიით დამზადებული პური საქართველოში შეამცირებს მასიურად გავრცელებულ ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებებს. საქართველოში პურის მოხმარება საკმარისზე უფრო მაღალია. სამწუხაროდ, დღეისთვის საქართველოში პური ძირითადად ისეთი ფქვილისგან ცხვება, რომელიც მიკრონუტრიენტების შემცველობის ეროვნულ სტანდარტებს არ შეესაბამება. პური ასაკის, სქესის და მოხმარების სისწორის მიხედვით უნიკალური პროდუქტია; იზრდება პრემიალური ჯანსალი პროდუქტის წილი; ეტაპობრივად ხდება ბაზრის სეგმენტაცია შეფუთვის, დიზაინის ხარისხის და მოხმარების გამარტივების მიხედვით. ბაზარზე გაიზარდა ადგილობრივად წარმოებული ხორბლის ფქვილისგან დამზადებული პურის ჯამური სიმძლავრე. გაიზარდა მოთხოვნილება ვიტამინებით და მინერალებით გამდიდრებულ პურზე. სადღეისოდ ბაზარზე არსებული ვიტამინებით და მინერალებით გამდიდრებული პურების რაოდენობა და შემადგენლობა ვერ აკმაყოფილებს მოთხოვნილებას. ჩატარებული კვლევების შედეგების მიხედვით ზოგადად დადგინდა, რომ პურის ნიმუშების მხოლოდ 24. 9 % იყო შესაბამისად ფორტიფიცირებული, რაც არ არის საკმარისი მოსახლეობაში მიკრონუტრიენტების დეფიციტის შემცირებისთვის. ჩვენი ტექნოლოგიით დამზადებული პური, გამდიდრებულია ჯანმთელობისათვის აუცილებელი ამინომჟავებით, ვიტამინებით და მინერალებით უნიკალური და მაღალმთხოვნადია. ჩვენ გმოკვლევებზე დაყრდნობით „აპიპური“-ს მომხმარებელი მოსახლეობის ფართო ფენაა. სპეციფიურად კი, ძირითადი მყიდველი და მომხმარებელი - ბავშვი, ხანდაზმული ადამიანი და სპორტსმენია. ვინაიდან, პოლიდეფიციტს ყველაზე მეტად აღნიშნული კატეგორია განიცდის. შ. პ. ს. „პური“ და სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, წინასწარი ანალიზის დატესტირების შემდეგ, უზრუნველყოფენ პური - „აპიპური“-ს სრულ წარმოებას და ბიოლოგიურად აქტიური ბუნებრივი დანამატის სუსპენზიის შემადგენლობის დახვეწას,

ლიცენზირებას და პროდუქციის ფართომასშტაბიან გამომშვებას. ყოველთვიურად გაიზრდება პურის წარმოების მოცულობა და წლის ბოლოს მიაღწევს დაახლოებით 150 000 ცალ პურს ერთ თვეში. გაიზრდება საწარმოს შემოსავლები 15%-ით. „აპიპური“ მზადდება უნიკალური თვისებების მქონე ქართული (კავკასიური) ფუნტურის პროდუქტების ნაზავით. ასე, რომ პროდუქტის მთავარი მიზანი იქნება, დამუშავდეს და დაიხვეწოს ბიოლოგიური აქტიური დანამატის ოპტიმალური შემადგენლობა, რაც მოგვცემს მოსახლეობაში ჯანმთელობის მდგომარეობის მაქსიმალურ გაუმჯობესებას მიკროელემენტების, ვიტამინების და ამინომჟავების დეფიციტის მხრივ. ასევე, ჩვენი ბიოლოგიურად აქტიური დანამატის შემადგენლობის დახვეწა გაზრდის პურის შენახვის ვადას, რაც მოგვცემს „აპიპური“-ის პროდუქტის ექსპორტის საშუალებას მეზობელ ქვეყნებში. შემდგომში ვაპირებთ „აპიპური“-ის სუსპენზიაში ანტისეპტიკური თვისებების გაზრდით მივიღოთ ბუნებრივი კონსერვანტი. რომელიც გამოყენებული იქნება სხვა კვების პროდუქტების წარმოებაში. მომავალში, დახვეწის შემდეგ, ბიოლოგიურმა დანამატმა ასევე შეიძლება ჩაანცლოს სინთეზური ქიმიური კონსერვანტები, რომლებიც საკმაოდ დიდი რაოდენობით გამოიყენება პროდუქციაში.

ყოველდღიური და ყველასათვის ხელმისაწვდომი იაფი საკვები პროდუქტი „აპიპური“. გამდიდრებულია ჯანმთელობისათვის აუცილებელი ამინომჟავებით, ვიტამინებით და მინერალებით. იგი შეამცირებს მასიურად გავრცელებულ ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებებს. მოსახლეობის ფართო ფენების კვების რაციონში საკმაოდაა გავრცელებული მიკრონუტრიენტების დეფიციტი რომელიც მრავალი დაავადების საწინდარია. ცილოვან-ენერგეტიკული დეფიციტი (ზრდაში ჩამორჩენა) ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში, ჯანმოს-ბავშვის ზრდის სტანდარტთან (2.3%) შედარებით, სტატისტიკურად მნიშვნელოვნად არის მომატებული. დეფიციტური მდგომარეობა ხშირად თავს სპორტსმენებშიც იჩენს, სადაც უმნიშვნელოვანეს პრობლემას მწვავე და ქრონიკული გადაძაბვა და მისი პროფილაქტიკა წარმოადგენს. ჯანმთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ბავშვის ზრდის სტანდარტის მიხედ-

ვით ზრდაში ჩამორჩენის ნებისმიერი მაჩვენებელი-საგან გაშოა და შესაბამისი რეაგირებისა და კვებისა და ჯანმრთელობის პროგრამის განხორციელების საფუძველს წარმოადგენს. ჯანმო-სმიერ მიერ აღიარებული უნიკალური პროგრამა - ყოველდღიურად ყველასათვის ხელმისაწვდომი საკვები პროდუქტის - პურის თუნდაც რკინით გამდიდრება, საქართველოში შეამცირებს ანემიით გამოწვეულ დაავადებებს. კვლევის შედეგების მიხედვით ზოგადად დადგინდა, რომ პურის ნიმუშების მხოლოდ 24,9% იყო შესაბამისად ფორტიფიცირებული, რაც არ არის საკმარისი მოსახლეობაში მიკრონუტრიენტების დეფიციტის შემცირებისთვის. კომერციულ საცხობებსა და შინამეურნეობის პირობებში პურის გამოსაცხობად გამოყენებული ხორბლის ფქვილის უმეტესობაა ნარიყორკინით გამდიდრებული, ან არასაკმარის რკინას შეიცავდა. ამგვარი მდგომარეობა ყველა რეგიონში გამოვლინდა. აღსანიშნავია, რომ რადგან რკინას შირად სხვა მიკროელემენტებით შესაბამისი ფორტიფიკაციის მაჩვენებელია და რადგან ქართული პური რკინით არ არის საკმარისად ფორტიფიცირებული, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ პური სხვა ელემენტებს, მათ შორის ფოლიუმის მჟავასაც, არასაკმარისად შეიცავს. აღარაფერს ვამბობ თვითმანებებით გამდიდრებაზე. აღნიშნული პრობლემის გადაწვევას მოემსახურება ყველასათვის ხელმისაწვდომი იაფი საკვები პროდუქტის პური - „აპიპური“-ს წარმოება.

ყოველდღიური და ყველასათვის ხელმისაწვდომი საკვები პროდუქტი პური, გამდიდრებული ჯან-

მთელობისათვის აუცილებელი ამინომჟავებით, ვიტამინებით და მინერალებით, საქართველოში შეამცირებს მასიურად გავრცელებულ ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებებს, რომლებიც დიდ საფთხეს უქნიან ბავშვებს და საქართველოს მთელ მოსახლეობას. „აპიპური“ შეიცავს ყველა ზემოთქმულ ბუნებრივ ელემენტს და მისი მოხმარება მოსახლეობას უზრუნველყოფს ჯანმრთელობისთვის საკმარის ვიტამინებს, ამინომჟავებსა და მიკროელემენტებს.

ახალი ტექნოლოგიით დამზადებული პური „აპიპური“, რომელიც გამდიდრებულია ბიოლოგიურად აქტიური დანამატით „აპივიტით“ (ფუტკრის ნატურალური პროდუქტების ნაზავი), გამოირჩევა სასიამოვნო, სპეციფიკური სურნელით დაგემოთი, რაც პროდუქტს უფრო მიმზიდველს ხდის. ვინაიდან მოსახლეობა დარწმუნებულია ფუტკრის პროდუქტების სასარგებლო თვისებებში, პროდუქტი უფრო მეტ ნდობას მოიპოვებს მომხმარებელში.

სხვა უფრო ძვირად ღირებული კვების პროდუქტებით (რძის ნაწარმი, ხორცი, თევზი)

პრეპარატებით და კვებითი დანამატებით, რომლებიც შეიცავენ ამინომჟავებს, ვიტამინებს და მინერალებს, პრეპარატები (ულტი-ტაბს -ცომპლეს და სხვა), კვებითი დანამატები) პრეპარატებში და კვებით დანამატებში ამინომჟავები, ვიტამინები და მინერალები მიღებულია სინთეზური გზით. მათგან განსხვავებით „აპივიტი“ წარმოადგენს ბუნებრივ ფუტკრის პროდუქტების ნაზავს.

დასახელება	პური „აპიპური“	„ბეზევი“ ცეხვილი პური	პური „ბოროდინული“	„ქვის პური“	პური რძის შრატით
მწარმოებელი	შ.პ.ს. „იფელი1“	შ.პ.ს. „ბეზევი“	შ.პ.ს. „ლიტვური საცხობი“	„შ.პ.ს. „კოლხი“	
B-ჯგვიტამინები: B1, B2	+	+	+	+	+
B-ჯგვიტამინები: B5, B6,	+				+
ვიტამინები: Bc (ac. folici), E,	+				
ვიტამინები :Beta carotin, PP	+	+	+		+
ვიტამინები: A,C,D, ,E,K	+				
მინერალები: Fe, Ka, Na	+	+	+	+	+
მინერალები: Ca, P	+	+			+
მიკროელემენტები Mg, Zn, Cu	+				
მიკროელემენტი: I,	+				
ალბუმინი	+				+
ამინომჟავების 22სახეობა (ვალინი, ლიზინი, ლეიცინი, გლუტამინი, ცისტინი და სხვა)	+				
ფოსფორტერინები, რუტინი	+				
ნაჯერი უჯერი ცხიმოვანი მჟავები	+				
საბაზრო ღირებულება	1 ლარი	1,10 ლარი	1,1ლარი	0,90 ლარი	1,20 ლარი

მას შემდეგ რაც „აპიური“-ის სუსპენზიაში ინგრედიენტების წილობრივი ცვლილებებით ისე რომ პროდუქტს არ დაეკარგოს სასიამოვნო გემო და სურნელი, ცოშში მიკრობიოლოგიური ანალიზის საფუძველზე მიიღვევა ვარვისიანობის გაზრდა. ადგობრივ ბაზართან ერთად ჩვენი სამიზნე გახლდება საერთაშორისო ბაზარიც.

პური „აპიური“ რომელიც გამდიდრებულია ბუნებრივი ბიოლოგიურად აქტური პროდუქტით წარმოადგენს სიახლეს როგორც ადგილობრივ ისე საერთაშორისო ბაზარზე. არ არსებობს ისეთ პურფუნთუშეულის პროდუქტი რომელიც შეიცავს ერთდროულად ამინომჟავებს, ვიტამინებს და მინერალებს.

საქართველოში პურ-ფუნთუშეულის მრავალი სახეობა იწარმოება. ჩვენი კონკურენტები არიან ის მწარმოებლები, რომლებიც უშეგებენ ვიტამინებით და მინერალებით გამდიდრებულ პურს. მათი პროდუქცია გამდიდრებულია ძირითადად რკინით და - ჯგუფის ვიტამინებით. ასეთ საწარმოთა რაოდენობა მცირეა და ვერ აკმაყოფილებს ბაზრის მითხოვნილებას. ჩვენს მიერ წარმოებული პური - „აპიური“ გამდიდრებული **ამინომჟავებით, ვიტამინებით და მინერალებით**, ზემოთ ჩამოთვლილი გამდიდრებული პურეულისაგან განსხვავებით, შეიცავს ყველაზე სრულყოფილ ნაკრებს. მხოლოდ მის შემადგენლობაშია ერთდროულად: მნიშვნელოვანი ნახშირწყლები (**ფრუქტოზა, გლუკოზა**), **ამინომჟავების 22 სახეობა (ვალინი, ლიზინი, ლეიცინი, გლუტამინი, ცისტინი დასხვა), ვიტამინები**

(A, B1, B2, B5, B6, Bcac. folici, C, D, PP, E, K ფოსფორტერინები, რუტინი (სისხლძარღვის კედლის გამამაგრებელი ფლავინოიდი) ნაჯერი და უჯერი ცხიმოვანი მჟავები, მინერალები (Ca, Mg, Pp, Fe, Zn, I, Ka, Na, Cu).

ყოველდღიური და ყველასათვის ხელმისაწვდომი იაფი საკვები პროდუქტი „აპიური“. რომელიც დამზადებულია ახალი ტექნოლოგიით, საქართველოში შეამცირებს მასიურად გავრცელებულ ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებებს.

ლიტერატურა:

1. G. Chakhunashvili, N. Kandelaki -Children and security: `Child has the right to be defended from birth” NATO science for peance and seurity series E: Human and societal Dynamics – vol. 37 complexity and Security – 2008 Chap. 126. p. 405-410www. iospress. nl
2. Sustainable development and child security. /G. Chakhunashvili, I. Phavlenishvili /. Social, Ecological and Clinical Pediatrics. – 2011. - #13-8-7. - pp. 25-46. – geo. ; abs. : geo., eng.
3. ჩახუნაშვილი გ. მედიცინისმეცნიერებადააუცილებელია XXI საუკუნეშიმისიგანვითარებისაკენ „ჩანასახიდანბავშვსუფლებათაქსიოსდაცული“სოციალური, ეკოლოგიურიდაკლინიკური პედიატრია. - თბილისი, 2009. - 11-6-5. - გვ. 54-60
4. Daro et all//Clin. Exp. Immunol. 2008 v93 N3 p430-435//
5. Gabriel E. M. Btrgert E. M. et all//Germline polymorphismof codon 727of Human Thyroidstimulatinghormone receptoris associatedwith toxic multinodular goiter//J. Clin. Endokrin. Metab. 2011vol94p3328-3335//
- Gon K. L. Wang F. A. // Am. Rheum. Diseases 2009 sol m99N2 p201-204//
7. http://www.google.ge/#site=&source=hp&q=kveba&oq=kveba&gs_l=hp.3...4235.9360.0.10672.0.0.0.0.0.0.0.0...0.0...1c.1.14.hp._bCcHeo0CX8&bav

რეზიუმე

XXIX სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციაზე მიღებული რეკომენდაცია: „კვების ობიექტები, მწარმოებლებთან ერთად აქტიურად ჩაებნენ მოპრობაში „ჯანსაღი კვება ბავშვებს“ სრულდება.

„აპიური“ -ამინომჟავებით, ვიტამინებითადამინერალებით გამდიდრებული პური“

ბ. ჩახუნაშვილი, შ. იუსუპოვი, ი. კალანდია, ნ. ჯობავა, ნ. ბადრიაშვილი, ნ. თოფურაძე, გ. შახარაშვილი ზ. შახარაშვილი, კ. კოკაია
(სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, შ. პ. ს. „პური“(თბილისი))

ყოველდღიური და ყველასათვის ხელმისაწვდომი იაფი საკვები პროდუქტი „აპიური“. გამდიდრებულია ჯანმთავლობისათვის აუცილებელი ამინომჟავებით, ვიტამინებით და მინერალებით. ახალი ტექნოლოგიით დამზადებული პური საქართველოში შეამცირებს მასიურად გავრცელებულ ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებებს.

SUMMARY

29TH SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE- RESOLUTION: FOOD PRODUCERS AND THEIR RETAILERS SHOULD JOIN “HEALTHY FOOD FOR CHILDREN”. APIPURI – A BREAD ENRICHED WITH MINERALS, AMINO ACIDS AND VITAMINS

K. CHAKHUNASHVILI, SH. YUSUPOV, I. KALANDIA, N. JOBAVA, N. BADRIASHVILI, N. TOPURIDZE, G. CHAKHUNASHVILI, Z. SHAQARASHVILI, K. KOKAIA

Every day and cheap product “Apipuri” is enriched by minerals, amino acids and minerals, all the micronutrient needed for organism to maintain healthiness. Newly developed technology of baking bread will help solving problem of micronutrient deficiency.

დავით ფრუიძე

(03.01. 1960 – 24.04.2013)



თონ არაფერს იმნიშვდა და არავისთვის უტყენია გული უხეში ქცევით და სიტყვა-პასუხით. პარადოქსია: მისი განსვენების დროს თვალები ცრემლით გვევსება, მაგრამ უნებურად გველიძება, რადგან მასთან დაკავშირებული ყოველი ცხოვრებისეული ეპიზოდი აღსავსეა იუმორით, ოხუნჯობით, ენამოსწრებული სიტყვა-პა-

სუხით. იგი დაჯილდოვებული იყო იუმორის უდიდესი ნიჭით.

გავისხენით დათოს ბიოგრაფიული მონაცემები:
დავით ფრუიძე დაიბადა 03.01. 1960წ.

დაბადების ადგილი: თბილისი, საქართველო

განათლება: თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტი 1983

მედიცინის დოქტორის სამეცნიერო ხარისხი 1989

რეანიმაციის განყოფილების ექიმი 1983-1990
თ.ს.ს. ბავშვთა ქირურგიის კათედრის ასისტენტი 1990-1995

მაია შვილის ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს კრიტიკული მედიცინის სამსახურის უფროსი 1995-2002

„ექიმები სახდგრებს გარეთ“ „სამედიცინო კორდინატორი 2002-2004

საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის მრჩეველი 2004

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო აკადემი-

განსვენება



საქართველოს პედიატრთა აკადემიის გენერალური მდივანი 2008-2012

უნარ-ჩვევები: ინგლისურ, რუსული (თავისუფლად) სოფისე კომპიუტერული პროგრამები

ცხოვრება გრძელდება ახლა უკვე დათო ფრუიძის გარეშე. მისი სსონა სამარადამოდ დარჩება მისი ოჯახის წევრებს, მეგობრებს და უბრალოდ ნაცნობების გულში.

რედაქცია და მეგობრების ჯგუფი

24 აპრილს თბილისი შუბრა შემხარავმა ამავეს: დათო ფრუიძე გრადიცივალ დათოს მეგობრების და ნაცნობების უსახდროდ დიდი წრისათვის წარმოდგენულია იმის დაჯერება, რომ აღარ არის ახალგაზრდა, ენერგიული, უზომოდ განათლებული, იუმორით სავსე გამოუსწორებელი ოპტიმისტი, ახალი იდეების გენერატორი, დახვეწილი თბილისელი კაცი.

დათო ფრუიძის წასვლამ ყველა დაგვახვედინა. მიუხედავად იმისა, რომ მის ცხოვრებაში იყო ტრაგიკული ეპიზოდებიც, გულისტკენიც, თე-



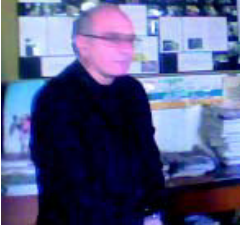
სტაჟირება წმინდა ანას ბავშვთა საავადმყოფოს კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტში, ვენა, ავსტრია 2000

საერთაშორისო ტრენინგი თემაზე: მოსპიტალთა მენეჯმენტი 2009

პროფესიული გამოცდილება: ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფოს

ის უბე და ადამიანური რესურსების დეპარტამენტის უფროსი 2004-2006

გვერდის სახელობის პედიატრიული კლინიკის დირექტორი 2006-2012



მიოლა ბერიშვილი



დალიან მწელია მასზე წარსულ დროში საუბარი. ის ისეთი ენერგიული და დაუღალავი იყო, ყველაფრისადმი განსაკუთრებული დამოკიდებულებით. იყო სიცოცხლის მოყვარული ადამიანი, კარგი დიდა, იშვიათი ქალი. დახვეწილი, ინტელექტუალური, მაღალი დონის პროფესიონალი, მეცნიერი და პუბლიკისტი. მის ცხოვრებაში იყო ორი მნიშვნელოვანი ეტაპი იყო. ერთი – თე ბერიშვილის სახელობის ფიზიოლოგიის ინსტიტუტის მსოფლიოში აღიარებული სკოლა, მეორე – თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი. ორივე დირექტორად და წარმატებულად გაიარა. იშვიათია ადამიანები, რომლებსაც გააჩნიათ თავისი საქმისადმი მისეული დამოკიდებულება. დაუზარელი და და-

უღალავი იყო. მხოლოდ ის რად ღირდა, როგორ მუშაობდა ის სტუდენტებთან სამეცნიერო წრეში. როგორ უყვარდა კონფერენციების მოწვევა და ორგანიზაცია. ყველაფერი უნდა გაეკეთებინა განსაკუთრებულად კარგად, ყოველთვის ძალიან განსხვავებულად. თითქმის მხოლოდ ამისთვის ცოცხლობდა და არსებობდა. ცდილობდა ყოველი ღონისძიება დღესასწაული ყოფილიყო. საერთოდ, სადღესასწაულო სიტუაციის შექმნა სახლშიც და გარეთაც მისი ცხოვრების კრედი იყო. მას სხვანაირად არ შეეძლო. ყველაფერი მის ირგვლივ მხოლოდ საუკეთესო უნდა ყოფილიყო. ის ძალიან იხარჯებოდა და, ამიტომ, ეტყობა ვედარ გაუძლო და გადაიწვა. თუნდაც ის რად ღირს, როგორ არ იმნიშვდა ვიღაც თავის მიმართ ავადმყოფობას, როგორ ბოლომდე ცდილობდა სულ კარგ სასაითზე ყოფნას. დადიოდა კონკრეტულ სპექტაკლებზე ის ხომ ხელოვნების ძალიან დიდი მოყვარული იყო. სულ ბავშვებზე და ხალხზე წაუხდებოდა, რადგან მათი ხელოვნებას უყვარდა მეგობრებთან ურთიერთობა. ყველას უნაწილებდა თავის სიკეთეს და სიყვარულს. და შედეგად, სულ რამოდენიმე დღეში ჩაქრა...

მანანა ჰიპაშვილი
თსუ, მთავრული და სამედიცინო გენეტიკის დეპარტამენტის პროფესორი

ათი წელი სრულდება, რაც ის წყნად აღარ არის. ძალიან მალე გავიდა დრო. თითქმის ეს გუშინ მოხდა. იშვიათად შემხვედრია ადამიანი, რომელსაც უყვარდა ყველა. ის დიდთან დიდი იყო, პატარასთან – პატარა. არასოდეს არ გამოიკვირებოდა საუკეთესო კოქსას. გამოუსწრებელი ოპტიმისტი იყო, სიცოცხლეზე და თავის საქმეზე შეგვრებული. სამწუხაროდ, ცხოვრება რთული იყო. მას მოუხდა რამოდენიმე ეტაპის გაწვდნა. ეს ჯერ პედიატრია იყო, შემდეგ – ბიოლოგია და სამედიცინო გენეტიკა, და, ბოლოს – სოციალური პედიატრია. გავიდა დრო და მხოლოდ ესაა მოხვდები, რამხელა საქმეს აკეთებდა. ასე მეგონა, რომ ის არაფერს განსაკუთრებულს არ აკეთებდა. ცხოვრობდა ისე, როგორც შეეძლო და ჯეროდა. ყველას ეხმარებოდა. ცდილობდა ყველასთვის გაეწვდილიყო თავისი სიკეთე. კეთილშობილი ადამიანი იყო. პროფესიონალი, ინტელიგენტი, დახვეწილი პიროვნება და ნამდვილი ქალაქელი... ქართველი – შორეული...

ძალიან კარგი მეგობარი იყო. დღემდე ის ახსოვს ყველას. მის საფლავზე ხშირად ვიციკის მიტრანილი ყვავილები დგას. პედიატრების და გენეტიკოსების ნებისმიერ ღონისძიებაზე სულ მისი სახელების სენებაა. ზურგ მიადაქს მისი სურათი სამსახურში სამუშაო კაბინეტში უკიდია. ზურბა მიქოვას კი – სახლში თავისი გარდაცვლილი შვილის გვერდზე სადღე წაჩხვალ, ან მისი მეგობარი, ან მისი მოწაყე გხვდება – თბილისში, მოსკოვში,



ვიქტორ მოროჰინი

ნი შვილების მეგობრები გახდნენ. და გრძელდება ისეც ის სიყვარული და სითბო, რასაც ის უნაწილებდა ყველას, უმურველად და უანგაროდ. ძალიან დამკლდა მისი გვერდით ყოფნა. მის გვერდით ხომ არა მარტო მე ყველა ქალი ქალად გარმობდა თავს. ამას წინადა, ვენეციაში წემმა უმცროსმა ქალიშვილმა მიიხრა: „თე, მე ბავშვობაში მამა უფრო მახსოვს, ვიდრე შენ. შენ სულ სამსახურში, გამოცდებზე და კვლევიკაციებზე იყავი წაწული, ან სახლში რადიკალს აკეთებდი. წყნეთის ნაკეუბად იცდიდი. მამა კი სულ წყნ-

მანანა ჰიპაშვილი,
თსუ, მთავრული და სამედიცინო გენეტიკის დეპარტამენტის პროფესორი





პროფესორ იოსებ კვაჭავაძის პედიატრიული სკოლის დიდი წარმატება

2012 წლის 16 ივლისს „ღირსების ორდენით“ დაჯილდოვდნენ პროფესორ იოსებ კვაჭავაძის პედიატრიული სკოლის ღირსეული წარმომადგენლები: პროფესორი გ. ჩახუნაშვილი, პროფესორი ნ. ზუბერი, ამ სკოლის აღზრდილი ნიჭიერი პედიატრი თ. მიქელაძე და ენდოკრინოლოგი მედიცინის დოქტორი მ. გორდელაძე.

კიდევ ერთხელ ვულოცავთ ქართულ პედიატრიულ სკოლას ამ დიდ აღიარებას და ვუსურვებთ საქართველოს ბავშვთა ჯანმრთელობის სამსახურში არსებული შემართებით მრავალწლიან მოღვაწეობას.

საქართველოს პედიატრთა აკადემიის პრეზიდენტი
პროფესორი **ი. შ. გიგინეიძე**



News
CRDF Global periodically releases news items of general or topical interest. If you are a member of the media and wish to receive news alerts, please for our mailing list. Please direct all media inquiries to EA Dyson, 703-526-2339, or email the CRDF Global office.

Winners of STEP 2012 ?From Idea to Market? Competition in Georgia Announced

Dec 11, 2012

On December 3rd, in Tbilisi, Georgia, CRDF Global's Science and Technology Entrepreneurship Program (STEP) concluded its 2012 ?From Idea to Market? competition. Ten teams pitched their ideas to the US-Georgian panel of jurors at the Competition final event, Venture Forum, and four were awarded one-year \$24,500 grants to bring their innovations to the market.

STEP 2012 ?From Idea to Market? competition was open to all Georgian scientists and technology entrepreneurs with innovative projects that have commercial applications in the local, regional, and/or international markets. The competition and the awards are co-funded by Shota Rustaveli National Science Foundation, and implemented in partnership with the Georgian

Research and Development Foundation (GRDF). STEP is funded by the US Department of State.

nology commercialization and entrepreneurship.

CRDF Global congratulates all competition partici-



In addition to the monetary awards, teams will receive individual mentoring from top U.S. business experts in tech-

nology commercialization and entrepreneurship. CRDF Global congratulates all competition participants for their hard work and innovative spirit, and is proud to present the winners of this year's competition.

Apipuri Team Lead: George Chakhunashvili

In Georgia, a huge part of society suffers from malnutrition or micronutrient deficiencies due to a lack of essential vitamins and minerals in their diet. Many cannot always afford to buy the fresh milk, meat, and vegetables that provide essential micronutrients. Recognizing, however, that bread is a staple bought by every Georgian family, the team developed enriched bread called ?Apipuri,? which delivers a complex of micronutrients unlike any other enriched bread on the market. By purchasing the low-cost Apipuri, the team expects consumers will get the vitamins they need to avoid long-term health-related financial costs they may not be able to afford.



ირაკლი
ციციშვილის
სახ. გავშვთა
ახალი კლინიკა



სპერექსი ცეფაკლორი

II თაობის ცეფალოსპორინი



მოზრდილებისთვის სადღეღამისო დოზა შეადგენს სხეულის მასის მიხედვით - 10-15 მგ/კგ გაყოფილი 2-4 მიღებაზე ქაშის დროს ან შემდეგ. საშუალო სიმძიმის ინფექციების დროს პრეპარატი მიიღება 250 მგ 3-ჯერ დღეში (ყოველ 8 სთ-ში), მძიმედ მიმდინარე ინფექციების დროს - 500 მგ 3-ჯერ დღეში (წევმონია, შუა ყურის მწვავე ანთება). მოზრდილების მინიმალური სადღეღამისო თერაპიული დოზაა 750 მგ, მაქსიმალური რეკომენდებული დოზა - 2 გ, მაქსიმალური დასაშვები დოზა - 4 გ. მკურნალობის კურსი შეადგენს საშუალოდ 7-10 დღეს. **6 წლამდე ასაკის პაციენტებში** რეკომენდებულია სპერექსის სუსპენზიის სახით დანიშვნა. ბავშვებში საშუალო სიმძიმის ინფექციების სამკურნალოდ სპერექსი ინიშნება **20-40 მგ/კგ** დღეში გაყოფილი 2 ან 3 მიღებაზე. მაქსიმალური დასაშვები სადღეღამისო დოზაა 1 გ. 1 თვიდან 1 წლამდე (9 კგ) - 2.5 მლ 3-ჯერ დღეში, 1 წლიდან 5 წლამდე (9-18 კგ) - 5 მლ 3-ჯერ დღეში **სუსპენზიის მომზადების წესი:** ფლაკონის შიგთავსს დაამატეთ გადაღებული, 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 ცეფოდოქსიმი

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 ხარგმნილობა - 5-10 დღე. **13 წლის ასაკის ზემოთ ბავშვებსა და მოზრდილებში** კვადიმექსი ინიშნება 100-400 მგ. 12 სთ-ში ერთხელ. მკურნალობის კურსის ხარგმნილობა - 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-რააციონალი", საქართველო.
საინფორმაციო სამსახური: 967 227
www.aversi.ge

