

**SOCIAL,  
ECOLOGICAL  
& CLINICAL  
PEDIATRICS**

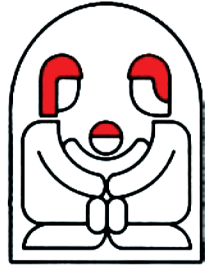
**სოციალური,  
ეკოლოგიური  
და კლინიკური**

*ქვეყნის*



**თბილისი  
2014  
TBILISI**

# სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი



მთავარი რედაქტორი მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, აკადემიკოსი ბიორგი ჩახუნავილი



რედაქტორის მოადგილე

**ვიქტორ მოროვიჩი**  
(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 წინაპირობაა;

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

„ჯანსაღი ოჯახი და ჯანმრთელი თაობა“; „მომავალი დედობისთვის მომზადებული ქალი“

– ამ დევიზით ხელმძღვანელობს ფონდი, რომლის საქმიანობათა ნუსხაშია:

– სამკურნალო პროფილაქტიკური გასინჯვები

– ქალაქის სამ წამყვან კლინიკაში თვეში ერთჯერადი უფასო მომსახურების დაკანონება

– ბავშვთა №3 პოლიკლინიკისა და დედათა და ბავშვთა სადიაგნოსტიკო ცენტრში წამყვან სპეციალისტთა კონსულტაციები;

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

მიმდინარეობს მუშაობა შემდეგ პროგრამებზე ფარმაცევტული პროგრამა „GG“, „ბავშვთა კვება“, 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-პიკლო და ეკოლოგიურად სუფთა მატონიზირებელი სასმელი „ივერიული“;

ფონდის პროგრამებში მონაწილეობის მსურველები დაუკავშირდით სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის გამგეობას.

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



## XXI საუკუნის პედიატრია - ინვალიდობის პროფილაქტიკის პედიცინალ უნდა იყოს

### THE SOCIAL PEDIATRICS PROTECTION FUND

The child has the right to be safe since the embryo

Guided by the noble mission, the Social Pediatrics Protection Fund cares for the health and social conditions of mother and child.

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

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

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

We are looking forward for the future collaboration!

საერთაშორისო ფონდი „სოფლიო უსაფრთხოება და ბავშვი“.  
INTERNATIONAL FUND THE WORLD SECURITY AND CHILD

საქართველოს სოციალური პედიატრიის ფონდი  
GEORGIAN SOCIAL PEDIATRICS PROTECTION FUND

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

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

№ 16-11-10

SOCIAL, ECOLOGICAL & CLINICAL PEDIATRICS

გამოდის ექვს თვეში ერთხელ

თბილისი  
2014  
Tbilisi



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

Editor in chief **G. CHAKHUNASHVILI**  
M.S.D. Professor, academician-secretary

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. Ginecologist-Obstician)

**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.)

**ZHORZHOLIANI L.** (Prezident of Georgian Pediatric Association. M.S.D. Professor)

**KVEZERELI-KOPADZE** (M.S.D. Professor)

**KUTUBIDZE R.** (T.S.M.U. Professor M.S.D. Academician)

**KILADZE D.** (GPC – General Director. M.S.D.)

**KARANADZE T.** (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University Professor)

**FATHER LEVANI** (Georgian Church)

**MANJAVIDZE N.** (T.S.M.U Professor, M.S.D)

**MANJAVIDZE I.** (T.S.M.U Professor) Prezident of Association "Rights to Health"

**MIRIANASHVILI M.** (notgovernmental organization "Giraffe")

**MKERVERALISHVILI P.** ( International fund "The world security & child" head of Georgian office)

**MORCHILADZE A.**(I.C.)

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

**NADAREISHVILI G.** (M..D. Homeopathy Association)

**NEMSADZE K.** (Prezident of Georgian Pediatric Academy. T.S.M.U 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.)

**PAVLENISHVILI I.** (T.S.M.U Professor M.S.D)

**KARSELADZE R.** (Professor of Ivane Javakhishvili Tbilisi State University. M.S.D.)

**KIFIANI G.** (T.S.M.U. Professor . M.S.D. Academician)

**RATIANI KH.** (Chief of Abasha Labour, Health and Social department)

**CHAKHUNASHVILI K.** (Georgian Pediatric Cardiology Association's vice-president)

**SHENGELIA R.** (T.S.M.U. Professor. M.S.D. Academician)

**SHAKARASHVILI Z.** (M.D)

**CHKHAIDZE M.** (M.D)

**CHKHAIDZE AV.** (Academician)

**KHOTCHAVA M.** (T.S.M.U. Professor. M.S.D)

**CINCADZE N.** (Adjara Social, Ecological & Pediatrics Asociacion)

**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



Besiki Sulguladze (Canada) - Editor in chief International Journal. Medicine and Biology ISSN 1925-2188 Canada -Toronto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dale L. Morse M.D. (USA)  
e-mail: [dilm04@health.state.ny.us](mailto:dilm04@health.state.ny.us)  
Director Office of Science and Public Health.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Ari Yanto Harsono, Sp. AK. (Indonesia)  
e-mail: [araint\\_o@pediatrik.com](mailto:araint_o@pediatrik.com)

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

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

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

Prof. Ashak Gupta (Turkey)

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

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

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

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

მთავარი რედაქტორი

**გ. ჩახუნავაძე**

*მ. მ. დ. პროფესორი, აკადემიკოსი*

რედაქტორის მოადგილე

**თ. მიქაელაძე**

რედაქტორის მოადგილე

**პ. იმნაძე**

*დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის დირექტორის მოადგილე*

რედაქტორის მოადგილე

**ლ. კიკნაძე**

*საქართველოს ქალთა კონგრესის თავმჯდომარე*

რედაქტორის მოადგილე

**გ. დიდავა**

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

რედაქტორის მოადგილე

**ნ. ჯოგაძე**

*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)

**კვეციანი-კოპაძე ა.** (საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის

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

საპატიო პრეზიდენტი **მ. მ. დ. პროფ. აკად.**)

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

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

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

**პარანაძე თ.** (ივანეჯავახიშვილი სსახ.

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

სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი)

**ზურაბაშვილი დ.** (ფსიქიატრიის ინსტიტუტის დირექტორი, პროფესორი)

**მამაო ლევანი** (საქართველოს საპატრიარქო)

**ზარნაძე დ.** (თსსუ პროფესორი)

**მანჯავიძე ნ.** (თსსუ პროფესორი, მმდ)

**დოღონაძე გ.** (აშშ ოფისის ხელმძღვანელი)

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

**მარინა როსა** (აშშ)

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

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

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

**ჟორჯოლიანი ლ.** (საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის პრეზიდენტი მ.მ.დ. პროფ.)

**მორჩილაძე ა.** (მედ. ასოციაციების გაერთიანება)  
**ნადარეიშვილი ბ.** (მმკ. ჰომეოპათია საზოგადოება)  
**ნემსაძე ძ.** (თსსუ პროფესორი მმდ, საქართველოს პედიატრთა აკადემიის პრეზიდენტი)  
**სამხარაძე ს.** (მმდ პროფესორი, აკადემიკოსი)  
**ჟორჯოლიანი ლ.** (საქართველოს პედიატრიის ინსტიტუტის დირექტორი, პროფ. მმდ)  
**უბერი ნ.** (თსსუ პროფესორი მმდ)  
**კორინთელი ი.** (ევრო მეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის საზოგადოებასთან ურთიერთობის დეპარტამენტი)  
**ფავლენიშვილი ი.** (თსსუ პროფ. მმდ)  
**დოლიძე ი.** (თსსუ პროფესორი)  
**ქარსელაძე 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)  
**სოფავა 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. ბადრიაშვილი**  
 მედიცინის დოქტორი



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	<a href="http://www.sppf.info">http://www.sppf.info</a> , <a href="http://www.esgns.org">www.esgns.org</a>		
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: <a href="mailto:info@sppf.info">info@sppf.info</a> , <a href="mailto:euscigeo@yahoo.com">euscigeo@yahoo.com</a>		



**ტექნიკური და რედაქციური შრომების შესახებ**

1. ბავშვთა კარდიოლოგია
2. გაენათის მაცნე
3. ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა
4. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომათა კრებული
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 მოამბე
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](http://www.tech.caucasus.net)



მოთავარი დაგვიკავშირდით საიტის რუკა ქართული ბმულები

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

**ქართული რეფერატული ჟურნალი**  
8 (20), 2012

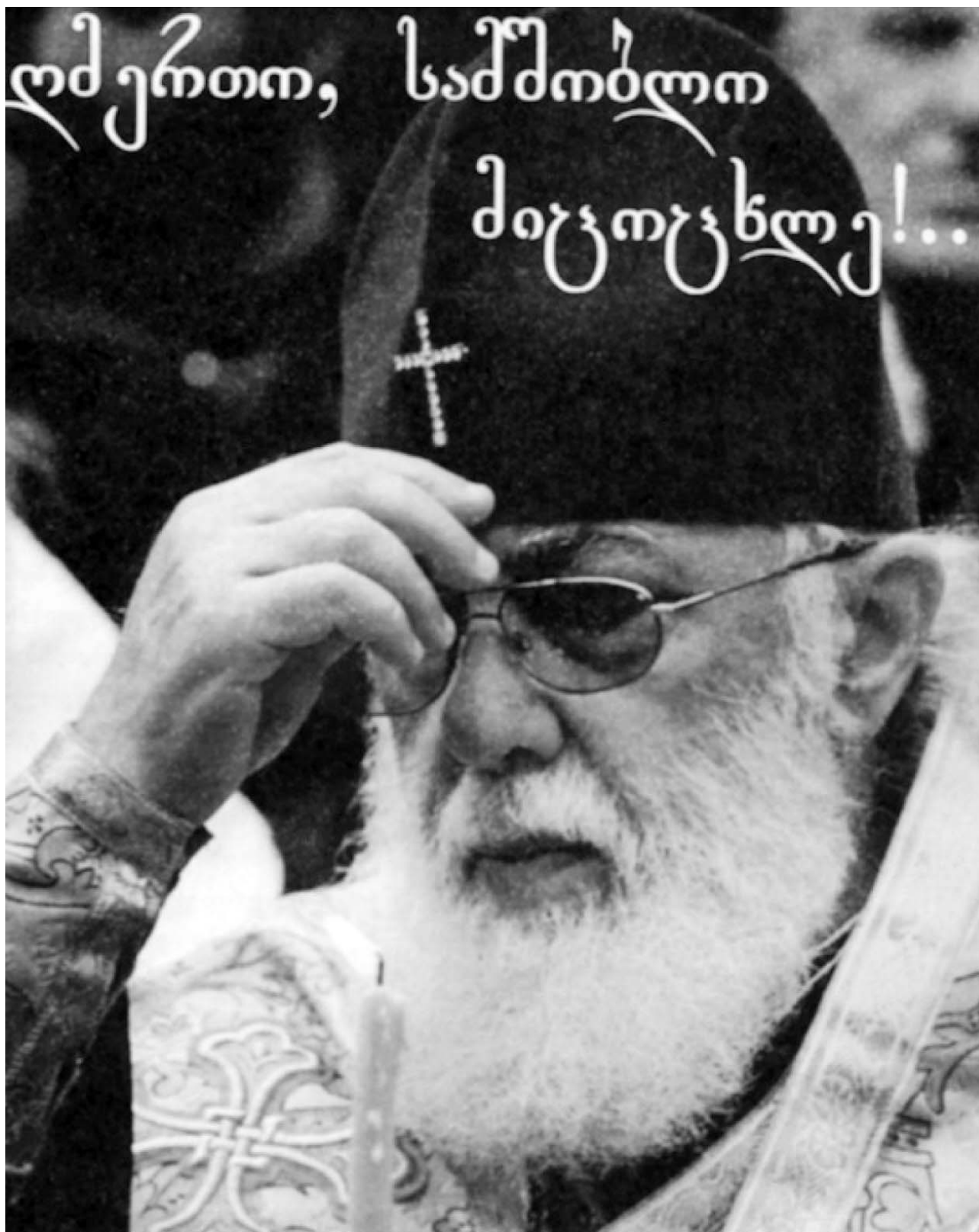


ნომერში ასახულ გამოცემათა ჩამონათვალი

თემატური რუბრიკები

ავტორთა საძიებელი

საგნობრივი საძიებელი



ღმერთო, საძმობლო  
ძიგოცხლე!...

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

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

დიდება თავისუფლებას,  
თავისუფლებას დიდება!

სარჩევი

CONTENTS

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის პრეს-რელიზი  
The Social Pediatric Protection Fund ..... 9

ქველმოქმედება ..... 14

XXIX კონფერენცია ..... 19

XXX კონფერენცია ..... 21

საქართველოში მედიცინის დარგში მინიჭებული და კლინიკებში გახსნილი „ბრწინვალების ვარსკვლავი“ .. 23

ავტობიოგრაფია (ხევსურიანი შოთა ოქროპირის ძე) ... 23

ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია აქტიურდება ..... 23

განახლებული სამედიცინო სტრატეგია – „სამედიცინო კორპორაცია ევექსი“ ..... 24

ინტერვიუ კოლეგებთან ..... 25

ორიბინალური სტატიები და სამეცნიერო აქტიობანი

ძართველი მეცნიერების მსოფლიო აქტიობანი 2013-14  
GEORGIAN SCIENTISTS' WORLD ACTIVITIES 2013-14

- „ევროპული კოოპერაცია ახალი გენერაციის სენსორების შექმნისათვის“ (European cooperation for novel generation sensors development)..... 27
- Nuclear Radiation Nanosensors and Nanosensory Systems Conference Programme..... 29
- ერთობლივი მუშაობა ფრანგ კოლეგებთან აპრილში.... 31

ქართველთა ბუნება ორგულ არს?!  
Does a Georgian man have Treacherous Character?! ..... 32

ახალი მოსახარება

- ავტორი ფიქრობს, რომ ულანდის ამ ტექსტის მიხედვით შეიძლება გრიგოლ ორბელიანის „მუშა ბოქულადეც“ The author thinks that this version of the work due Ludvig Uland caused creation of “Worker Bokuladze” by Grigol Orbeliani ..... 41

ჩვენ თუ არა, ვინ?  
If not us, than who? ..... 42

ბავშვების მოთხოვნილებები თანამედროვე საზოგადოებაში  
Children’s Needs in Modern Society..... 44

მრბვალე თარიღები

- პროფესორ გიორგი ჩახუნაშვილის სამეცნიერო, პედაგოგიური და კლინიკური მოღვაწეობის ჯერჯერობით მხოლოდ ღირსეული 35 წელი 35 Honourable Years of Scientific, Pedagogic and Clinical Work of Professor George Chakhunashvili ..... 46

საქართველოს ეკონომიკის, მეცნიერების და განათლების ჰარმონიული განვითარების პრიორიტეტული მიმართულებები (ფარმაცია, ბიო-მედიცინა, მედიცინა და სპორტი)  
Priorities of Harmonious Economical, Scientific and Educational Development (Pharmacy, Bio-Medicine, Medicine and Sports) ..... 56

პერინატალური მართვის პრიორიტეტები და მათი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში  
Priorities of Perinatal Managements and Perspectives of Their development in Georgia ..... 63

S O S პედიატრიის კომერციალიზაცია მიუღებელია  
Commercialization of Pediatrics is Unacceptable..... 68

პედიატრთა უწყვეტი პროფესიული განვითარება  
Continuous Professional Development of Pediatricians ..... 70

ჯანსაღი და უსაფრთხო სკოლის თანმიმდევრული განვითარებისთვის  
Healthy and safe school’s sustainable development ..... 78

კვების სწორი პოლიტიკა

- „აპიპური“ – ამინომჟავებით, ვიტამინებითა და მინერალებით გამდიდრებული „პური“ Apipuri – bread enriched with amino acids, vitamins and minerals..... 82
- სამკურნალო დიეტების შესახებ About Medicinal Diets..... 84
- „საქართველოში კვების ნაციონალური პოლიტიკის ძირითადი ასპექტები“ Main Aspects of Georgian National Food Policy ..... 94

ანთროპოგენეტიკური მოდელი როგორც მედიცინის თეორიის კონცეპტუალური სფუჰველი  
Антропогенетическая модель как концептуальная основа теории медицины  
Anthropogenetic model as a conceptual basis of the theory of medicine ..... 97

ეპიდერმული ზრდის ფაქტორის რეცეპტორის ექსპრესია და ეპიდერმული ზრდის ფაქტორისა და მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში ენდომეტრიუმის მარტივი და კომპლექსური ჰიპერპლაზიის დროს  
Expression of Epidermal Growth Factor Receptor and Plasmatic Levels of Epidermal Growth Factor and Melatonin in Simple and Complex Endometrial Hyperplasia..... 105

კონფერენციები, სიმპოზიუმები, ფორუმები  
THIRD MEDICAL NURSE CONFERENCE

- ექთანთა III კონფერენცია ..... 109

ბასენები

- „დავბადებულვარ, რომ ვიყო მონა და საქართველოს მედგას უღელი“ ..... 110
- ირაკლი ციციშვილის გახსენება ..... 110
- ავტობიოგრაფია (უშიკაშვილი ნიკოლოზ დავითის ძე) .. 111
- იგი მხოლოდ 50 წლის იქნებოდა ..... 112



# სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის კრეს-რელიზი

აქციებში მონაწილეობენ: გამონეწილი ქართველი პედიატრები. მიმდინარეობს ავადმყოფთა ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა და სხვა. ურიგდებათ 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 საღიაგნოსტიკო 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.

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

დაიბეჭდა და გაერცვლდა მუნისა და ტილის საწინააღმდეგო შესაბამისი უფასო სამახსოვროები.

12-13-14.03.99 წ. ექსპედიცია ფოთსა და 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. რუსთაფში (გაისინჯა 250-ზე მეტი ბავშვი, დარიგდა მედიკამენტები).

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

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

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

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

17.09.99 წ. ჩატარდა კომპლექსური გამოკვლევები თბილისის უპატრონო ბავშვთა სახლში.

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

## 2000 წელი

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

23.03.2000 წ. ახალგორი. გაისინჯა 30 ბავშვი.

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

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

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

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

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

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

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

## 2001 წელი

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

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

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

## 2002 წელი

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

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

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

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

### 2003 წელი

5.03.2003 წ. სამცხე-ჯავახეთი გაისინჯა 1250 ბავშვი.

17.04.2003 წ. წეროვანი გაისინჯა 450 ბავშვი.

20.05.2003 წ. ბორჯომი გაისინჯა 870 ბავშვი.

25.06.2003 წ. მთა-თუშეთი გაისინჯა 320 ბავშვი.

30.07.2003 წ. ბახმარო გაისინჯა 630 ბავშვი.

20.08.2003 წ. ზესტაფონი გაისინჯა 210 ბავშვი.

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

### 2004 წელი

მარტი-აპრილი-მაისი: კასპი, გურჯაანი, თელავი, ახმეტა, ლაგოდეხი, სიღნაღი, ბოდბე, ასპინძა, ახალციხე, ბორჯომი, თბილისი, ზესტაფონი, ხარაბაული, 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 მოზარდი.

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 მე-

თოდური 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 თედე 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 ხელეწიერების მოღვაწეების მასტერ-კლასი ბავშვებისთვის

6 დეკემბერი ბერგანის 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

### 2013 წელი

1-4 ივნისი – თბილისი, ბათუმი, გორი, თელავი – გაისინჯა 1250 ბავშვი

17-21 დეკემბერი – თბილისი – გაისინჯა 350 ბავშვი

დღემდე აქციებში სულ გაისინჯა 219 302 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 “ა-რასრულწლოვანი დამნაშავეები,მათი უფლებები და რეალობა“

01.06.2001

V(XIX) კონფერენცია “მიძღვნილი ბავშვთა დაცვის საერთაშორისო დღისადმი“

30.03.99 01.06.2000 01.06.2001

“ბავშვთა მკურნალობა XXI საუკუნეში“ სიმპოზიუმი №1, №2, №5

23.04.99 01.06.2000

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

20.05.99 01.06.2000

“ორთოპედიული სკოლა“ სიმპოზიუმი №1, №2

17.12.99 “მუკოვისციდოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები“

01.06.2000

ახალგაზრდა პედიატრთა XVIII კონფერენცია

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

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

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

01.06.2001 “ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“

სიმპოზიუმი №1

13.02.2002 “ადამიანის გენომის პროექტი“

10.03.2002 ახალგაზრდა. 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 კარდი ოლოგთა 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, გენერალ-კოსის ვიქტორ მოროშკინის ნათელ სსოვნას.

1.06.2005 პედიატრიის აქტუალური საკითხები XIV კონფერენცია.

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

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

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

**2008 წელი**

2 ივნისი სოციალური პედიატრიის XVIII კონფერენცია

6.10.2008 გორში გასვლითი სიმპოზიუმი – პარლამენტის ჯანდაცვის კომიტეტი (ოთარ თოიძე) + საბჭოს წევრები. დევნილთა 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 მონაწილეებით (თბილისი)

1-2 ივნისი 2009 XX კონფერენცია

18 დეკემბერი 2009 XXI კონფერენცია.

**2010 წელი**

01.06.10 სპდფ-ის XXII და საქართველოს ექთანთა II კონფერენცია.

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

**2011 წელი**

01.06.11 სპდფ-ის XXVI კონფერენცია.

23.12.11 სპდფ-ის XXVII კონფერენცია.

**2012 წელი**

01.06.12 სპდფ-ის XXVIII კონფერენცია.

21-22.12 სპდფ-ის XXIX კონფერენცია.

**2013 წელი**

01-04.06.13 სპდფ-ის XXX კონფერენცია.

17-21.12.13 სპდფ-ის XXXI 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.; Batumi.; Sagarejo; Gurjaani; Telavi; Tchiatura; Zugdidi; Territory of Operation: Georgia (eu)

Aim Social Pediatric Protection Fund is to execute programs of social pediatric development and maintain rights and healthcare 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.  
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.

**2013.**

1-4.06.2013. Tbilisi, Batumi, Gori, Telavi – 1250 children were examined.  
17-21.12.2013. Tbilisi – 350 children were examined.  
Since 1997-2012 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.  
Till today over 219 302 children were examined and thousands of old people. Charity activities continue.

**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 pediatrics.  
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.  
07.11.2002. “Contemporary aspects of inborn diseases”.

04.04.2003. “Urgent pediatric questions” (IX conference).  
01.06.2003. Internet conference (X conference) – Social Pediatrics 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  
1-4.06.2013. SPPF XXX conference  
17-21.12.2013. SPPF XXXI conference



# ქვემოქმედება

ჩვენს მიერ საქველმოქმედო აქციებში გასწავლილი 1980 წლიდან – დღემდე 219 302 ბავშვი. საქველმოქმედო აქციები ბრძოლაში.

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 წწ.



## საქველმოქმედო აქცია ლენტეხში 10.X.2005წ



2006 წლის 20 მაისს საქართველოს საგარეო საქმეთა სამინისტროს პატრონაჟით საგარეო საქმეთა მინისტრის მუდღისო ქალბატონ ოლიგო ბეჟუაშვილის და საგარეო საქმეთა მინისტრის თანაშემწის ლია დოლიძის ხელშეწყობით ოსსუ გ. ჟვანიას პედიატრიულ კლინიკაში გაისინჯა და შესაბამისი კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევები ჩატარდა საფურცლის ასობით დაადგინდა ბავშვთა პასიონატის 28 ბავშვს. 9-10 ივნისს კასპში ივანე ჯავახიშვილის 110 წლისთავისადმი მიძღვნილ ღონისძიებაში გაისინჯა 250-მდე ბავშვი. ოქტომბერ-ნოემბრის თვეში ოსსუ გ. ჟვანიას პედიატრიულ კლინიკაში მოწყობილ აქციებში (ლია კარის დღეები: მხატვართა კავშირის, ვეტერანთა დეპარტამენტის, პრესისა და ტელევიზიის თანაშემწეობითა ბავშვები) გაისინჯა 700-მდე ბავშვი.



2006 წლის 1 ივნისს საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის კომიტეტის მიერ ცხინვალის რეგიონში ორგანიზებულ აქციაში თსსუ გ. ჟვანიას სხვალოვის პედიატრიული კლინიკის ეპიდემიის მიერ (კლინიკის დირექტორი დოც. დ. ზრუცია, პროფ. ი. ციციშვილი, პროფ. გ. ჩახუნავილი, ეპიდემიკი: გ. იოსელიანი, თ. გიგაშაძე, ვ. მაღაშვილი, გ. ნანობაშვილი, ზ. ზარნაძე, ქ. ნაჭარიძე, გ. არველიანი) გაისინჯა და შესაბამისი სამედიცინო დახმარება გაენია 500-მდე ბავშვს. 2006-2007 წლებში თსსუ გ. ჟვანიას სხვალოვის პედიატრიულ კლინიკაში სხვადასხვა საქველმოქმედო აქციებში გასწავლილი 2000-მდე ბავშვი.



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





საქველმოქმედო აქცია რუსთავსა და სამტრედიასში



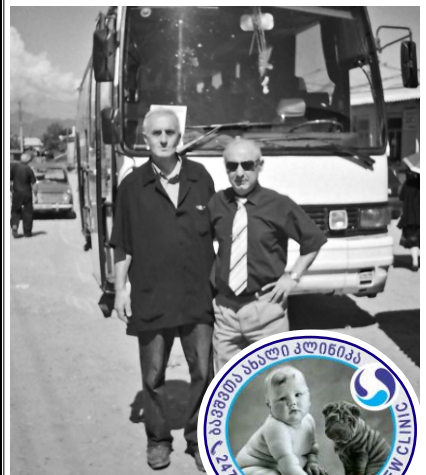
საქველმოქმედო აქციები მარნეულში, დუშეთში და ასაშენში



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



საქველმოქმედო აქცია ქაქუცოვბა 2008



საქველმოქმედო აქცია ხაშურში 2009



საქველმოქმედო აქცია ბარისახო 2009





საქველმოქმედო აქცია კალატოზურთელეების ბასინჯვა 2010

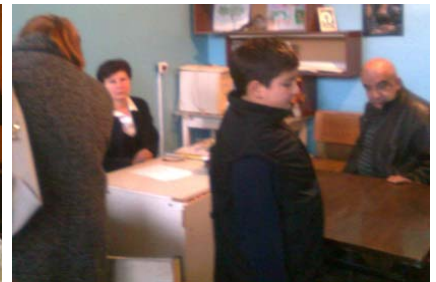
საქველმოქმედო აქცია კარაღეთი 2010



საქველმოქმედო აქცია ომის მონაწილეთა ოჯახებისა და წმინდა კეთილმსახური მეფე თამარის სკოლა კანსიონის ბავშვები (ღებანოზი მირიან სამხარაძე) ბასინჯვა 2010



2010 წლის დია კარის დღე 04.XII სკორცმენებთან



2011 წლის 1 ივლისი

კონფერენციის ორგანიზატორებსა და აფხაზეთის ჯანდაცვის სამინისტროს ინიციატივით ბავშვთა დაცვის დღეს მიეძღვნა ბავშვთა საქველმოქმედო კონსულტაციები, რომელიც ჩატარდა ბავშვთა ახალ კლინიკაში და გაისინჯა 200-მდე ბავშვთაგან მთელ აფხაზეთიდან ნამუშევრების ნახატების გამოფენა და მათ გადაცათ სერტიფიკატები.



2011 წლის 1 ივლისი







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

01.06.12. თბილისი



27.07.12. თელავი



11.08.12. კარაღეთი



01.06.13.

ბავშვთა დაცვის დღეს აფხაზეთის ჯანდაცვის ერთობლივი აქცია ირ.ციციშვილის სახ. ბავშვთა კლინიკაში – გაიცინჯა 250-ზე მეტი ბავშვი.



**2013 წლის 1 ივნისის აქციაში მონაწილეობდა:**

თბილისი – ირ.ციციშვილის სახ. ბავშვთა ახალი კლინიკა, პედიატრიის ინტენსიური, სადაიუნსტოკო ცენტრი 444, კარდიოლოგიის ინსტიტუტი შ.ს.ს. „კიდეში“. აჭარის რეგიონი. სს „ბათუმის რეგულაციური საავადმყოფო“2. შპს ჯანმრთელობის ცენტრი „მედინა“3. შპს „ქ. ბათუმის N1 პოლიკლინიკა“4. შპს „აბაშის დასახლების სოციალური მედიცინის ცენტრი“5. შპს „ქ. ბათუმის N4 პოლიკლინიკა“6. შპს „საოჯახო მედიცინის რეგიონული ცენტრი“7. შპს „მასხვალის მრავალპროფილური პოლიკლინიკა“8. ვირო-შპს „ეორმდი, საქსსს „აგნანა“ გორის დედათა და ბავშვთა ცენტრი თელავი – ბავშვთა ჯანმრთელობის ცენტრი ქუთაისი ინტერვენციულ ცენტრში უკახო მღვდელაძის 31-ში მოხდეს დღე მხოლოდ ინვალიდ და მუსაფარ ბავშვებისათვის. 01.06.13-ში ქუთაისის თითქმის ყველა პოლიკლინიკა 1. ქ. ქუთაისის ზეცაკაის სახლობის დასავლეთ საქართველოს ინტერვენციული მედიცინის ეროვნული ცენტრი 2. ქუთაისის 1 პირველი ჯანდაცვის ცენტრი 3. ქუთაისის შ.ს.ს. „აგ“. სამკურნალო დაიუნსტოკური ცენტრი. აფხაზეთის ჯანდაცვის სამინისტრო.

01.06.13. აქცია აზარაში



02.06.13.

ბავშვთა დაცვის დღეს შ.ს.ს. „კიდეში“ ერთობლივი აქციით 300-ზე მეტი ბავშვი ბაისინჯა



საქველმოქმედო აქციებში აქტიურადაა ჩართული სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის ა.შ.შ.-ში წარმომადგენელი – ვანიკო ცხომელიძე

**SPPF representative in The US – Vaniko Tskhomelidze is actively involved in the charity events of the organization**





უფასო ბასინჯვაბი FREE MEDICAL EXAMINATIONS 19-20-21-XII, 2013 10:00-14:00 (თბილისი-(პროფილაქტიკური განსიჯვები – სპორტსკოლა (მძლეოსნებისათვის), №21 პოლიკლინიკა (დიდომი)-, სპორტსკოლა(კალათბურთელებისათვის)



ქ. თბილისის მერიის მინილ კაპელიკის სხსელოვის კალათბურთის ოლიმპიური მზადების სპორტული ცხეზბრი



21 მარტი დაუნის სინდრომის სავრთ-შორისო დღეა. დაუნის სინდრომს და აუტიზმს მიეზღვნა კონფერენცია, რომელიც სასტუმრო „სიმატია“-ში ჩატარდა, ხოლო უცხოელი კოლეგების უშუალო მონაწილეობით სკოლა – სამინარი მშობლებთან წარმატებით წარიმართა ირ. ციციშვილის სას. „ბავშუთა ახალ კლინიკაში“. კაფორმ-და მემორანდუმი სოციალური პედიატრის დაცვის ფონდს, „მზის შვილებს“ და უცხოელ სპეციალისტებს შორის შემდგომი მჭიდრო ურთიერთობის გასავრძელებად. გოთავსობით მოკლე ფოტოკოლაჟს.



17XX.132. გაფორ-მდა მემორანდუმი“ სოციალური პედიატრის დაცვის ფონდსა“ და“ჯანსაღი და უსავრთხო სკოლა“ სპეციალისტებს შორის შემდგომი მჭიდრო ურთიერთობის გასავრძელებად. გოთავსობით მოკლე ფოტოკოლაჟს.







# XXIX კონფერენცია

## „ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“ „ბავშვთა უსაფრთხოება მეცნიერების გზით“ „სოციალური პედიატრია და ბავშვთა უსაფრთხოება“ (პრეს რელიზი)

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

კონფერენცია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, საქართველოს პუბლიცისტური და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიის, სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, ბავშვთა ახალი კლინიკის, გესტოზების შვილობილი სამედიცინო დახმარების საერთაშორისო ორგანიზაციის, სამედიცინო-სოციალური მეცნიერების ინტერკონტინენტალური აკადემიის, საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის, საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის, საქართველოს ექიმთა ასოციაციის, საქართველოს მედიკოსთა ასოციაციის, ალიანსი კოალიცია დამოუკიდებელი ცხოვრება „მოდრაობა აფხაზეთისთვის“, საქართველოს ახალგაზრდა პედიატრ-

თა ლიგის, სრულიად საქართველოს ქალთა კონგრესის, ექიმთა უფლებების დაცვის ასოციაციის, საქართველოს სამედიცინო სპეციალისტების ასოციაციის, ევროპის მედიკოს სტუდენტთა ასოციაციის, საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის, საქართველოს ბავშვთა ქირურგთა ასოციაციის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ცენტრის, საქართველოს სპორტის დეპარტამენტის, საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის, თსუ სტუდენტური თვითმმართველობის, თსუ სტუდენტთა სამეცნიერო საბჭოს მიერ იყო ორგანიზებული.

**კონფერენციის თამაჯდომარეები: პროფესორები: გიორგი ჩახუნაშვილი, ირაკლი ციციშვილი, ათანდილ კეკეხერიძე-კოპაძე, ვანიკო ჩხაიძე, იგორ დოლიძე, ვარამან ფაღავა, რამაზ კუტუბიძე.**

პლენარული სხდომების რეჟიმში ჩატარდა სამი სხდომა:

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის პრეზიდენტმა გ. ჩახუნაშვილმა ქების სიტყვები გადასცა პროფესორს იგორ დოლიძეს, მეც. დოქტორს პროფესორ ალიკო ლაბარტავას, ბავშვთა ტრანსპორტოლოგ

ვუმბერ ჩანტლაძეს, ბავშვთა ქირურგს გვიფიანს და ბავშვთა ანესთეზიოლოგს ოთარ გვერცხაძეს.

კონფერენციას ესწრებოდნენ სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის წარმომადგენლები, მოწვეული პედიატრები დედაქალაქის კლინიკიდან, მეცნიერები, საზოგადო მოღვაწეები, სპორტსმენები, მწვრთნელები. კონფერენციაზე დარეგისტრირდა 250 დელეგატი. მათ გადაეცათ სერტიფიკატები.

კონფერენცია გაიხსნა მოხსენებით, რომელიც ეხებოდა არსებულ აქტუალურ პრობლემებს. კერძოდ, - მედიცინის დოქტორმა დ. ჩახუნაშვილმა და კანაჩუნაშვილმა წარმოადგინა მოხსენება: „კერძო მეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის პრიორიტეტები“

**I პლენარული სხდომა მიუძღვნა პედიატრიის მართვის პრიორიტეტებს:**

**1. პედიატრული მართვის პრიორიტეტები და მათი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში** – საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის პრეზიდენტი პროფესორი აკვეზერელი-კოპაძე

**2. დემოგრაფიული მდგომარეობის გავლენა პედიატრული მართვის პრიორიტეტებზე**





**მარეობა საქართველოში** – საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის პრეზიდენტი პროფესორი ი.ციციშვილი

**3.მედიცინის, სპორტისა და განათლების ერთიანი მეცნიერული მართვის აუცილებლობა** – სოციალური პედიატრის დაცვის ფონდის თავმჯდომარე პროფესორი განაზუნაშვილი

რიაშვილი (საქართველო). **კონფერენციისას გაიმართა ეროვნული სექციის მორიგი სესიონი.**

კონფერენციაზე გაიმართა აქტუალურ საკითხებზე კამათი, სადაც გამოხვედრებულა დააფიქსირეს თემათი პოზიციები.

ეულობის მხარდასაჭერად გამოცხადდეს სამედიცინო დოქტორებში საყოველთაო ღია კარის დღე.

კვების ობიექტები, შვარძლებლებთან ერთად აქტიურად ჩაებნენ მოძრაობაში „ჯანსაღი კვება ბავშვებს“ გაზეთის „სოციალური პედიატრია“ და ჟურნალის „სო-

ერთად ერთობლივად დაწესებული მედიცინაში „ოქროს სტეროსკოპისა“ და „ოქროს ლანცეტის“ ვარსკვლავის მფლობელი დასახელებს (თუ ასეთი კანდიდატურა შერჩევა მსურველთაგან) შექმნილი კომისიის მიერ არაუგვიანეს 2013 წლის 1 ივნისისა.

8. საქართველოს დღევანდელი პედიატრული სამსახურის მართვისა და განვითარების მიზნით, გატარდეს შემდეგი ღონისძიებები:



ლოგური პროცესების ქარხნული წესით გამოშვება.

საქართველოში მოსახლეობის სიღარიბის მიღმა არსებული ბავშვთა კონტიგენტის მასშტაბით 3 მუნიციპალური ბავშვთა სტაციონარი.

რესპუბლიკის რეგიონებში აშენებული ახალ სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებებს უნდა მიეკუთვნოს კატეგორიები და ამის შესატყვისად დაუყოვნებლივ დაუდგინდეს მუშაობის უფლებამოსილობის პროცედურები.

დაზუსტდეს რა დონეზე რეგიონებში პედიატრული სამსახურის საქმიანობა და რა პრინციპებით რეგულირდება იგი.

**4. პედიატრთა პროფესიული მზადება** – სარეზიდენტო პროგრამის „პედიატრია პროფესორი დირექტორი, სრული პროფესორი ირ. ფაველნიშვილი



ანტენატალური პერიოდის ნაყოფის დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის იმ მეთოდების დანერგვა, რომლებიც დღეისთვის მიუღწეველია რუტინულ სამუშაოებში მიიხსნება. და საქართველოს სამშობლო სახელებში ნაკლებად გამოიყენება.

პერინატალური ცენტრების ჩამოყალიბება საქართველოში (თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი, ზუგდიდი, თელავი)

რეფერალური სისტემების გაფართოება და სრულყოფა

ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის და სტატისტიკური სამსახურის გააძლიერება და სრულყოფა

უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემატიზირება და ექიმთა სერტიფიცირებისა და ლიცენზირების დახვეწა.

საყოველთაო სამედიცინო

**II პლენარული სესიონი მიეძღვნა XXIX სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციას, სადაც მოხსენილი იქნა საინტერესო ლექციები და მოხსენებანი:**

**ბოლოს მიღებული იქნა რეზოლუცია:**

ეროვნული სექციის 2012-2016 წლების სტრატეგიული გეგმა გადიოდეს მასში ახალგაზრდობის მეცნიერებაში ჩართვის მკვეთრი მატებისაკენ და დღევანდელი ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზედ მეტად განახორციელოს აქტიური მუშაობა შემუშავებული გეგმადმიან გეგმის მიხედვით.



პერინატალური ცენტრების ჩამოყალიბება საქართველოში (თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი, ზუგდიდი, თელავი)

რეფერალური სისტემების გაფართოება და სრულყოფა

ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის და სტატისტიკური სამსახურის გააძლიერება და სრულყოფა

უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემატიზირება და ექიმთა სერტიფიცირებისა და ლიცენზირების დახვეწა.

საყოველთაო სამედიცინო

– „ბავშვთა და მოზარდთა კლინიკური კარდიო-რემატოლოგიის საფუძვლები“ – საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი : მ.დ. სრ. პროფესორი, აკად. გ. ნახუნაშვილი (თბილისი)

**მიღებულ იქნა გადაწყვეტილებები**



ნო დაზღვევის განვითარება და სრულყოფა.

ბავშვთა დაავადებათა ეტიოლოგიისა და პროტოკოლების დამუშავება და მათი დანერგვა სამკურნალო პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში.

საქართველოში საყოველთაო ბავშვთა კვების პროდუქტების შექმნა და მათი ტენი-

– „განსაღი კვება ბავშვებს“

1. „სპორტსმენებში მიკრონუტრიენტების დეფიციტის კორექცია“ მ.დ. პროფ. დ.ზარნაძე, მ.დ. პროფ. ი.ხარნაძე(თბილისი)

ეროვნული სექციის 2012-2016 წლების სტრატეგიული გეგმა გადიოდეს მასში ახალგაზრდობის მეცნიერებაში ჩართვის მკვეთრი მატებისაკენ და დღევანდელი ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზედ მეტად განახორციელოს აქტიური მუშაობა შემუშავებული გეგმადმიან გეგმის მიხედვით.

ციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრის“ და „ბავშვთა კარდიოლოგიის“ ახალი ნომრების WWW.sppf.info-ის და WWW.esgns.org ვებგვერდზე განთავსებისა და მათგან რეგულირებად ჟურნალებში სტატიების გამოქვეყნების სტრატეგიის გააქტიურება.

7. არასამთავრობო ორგანიზაციების სამთავრობოებთან

ნო დაზღვევის განვითარება და სრულყოფა.

ბავშვთა დაავადებათა ეტიოლოგიისა და პროტოკოლების დამუშავება და მათი დანერგვა სამკურნალო პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში.

საქართველოში საყოველთაო ბავშვთა კვების პროდუქტების შექმნა და მათი ტენი-

2. „აპიპური“ - ამინომჟავებით, ვიტამინებითა და მინერალებით გაზაფხულიანი პური“ ი.კალანდია, კახუნაშვილი, ნაჯობაძე, ნაბადიაშვილი, ნ.თოფურაძე, განაზუნაშვილი ხ.შაქარაშვილი(თბილისი)

ეროვნული სექციის 2012-2016 წლების სტრატეგიული გეგმა გადიოდეს მასში ახალგაზრდობის მეცნიერებაში ჩართვის მკვეთრი მატებისაკენ და დღევანდელი ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტამენტს მასზედ მეტად განახორციელოს აქტიური მუშაობა შემუშავებული გეგმადმიან გეგმის მიხედვით.



ნო დაზღვევის განვითარება და სრულყოფა.

ბავშვთა დაავადებათა ეტიოლოგიისა და პროტოკოლების დამუშავება და მათი დანერგვა სამკურნალო პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში.

საქართველოში საყოველთაო ბავშვთა კვების პროდუქტების შექმნა და მათი ტენი-

3. „წყალი – ბავშვის ჯანმრთელი სიცოცხლის აკანი“ მ.დ. პროფ. ივ. დოლიძე (თბილისი)

2014 წელს მომზადდეს საქართველოს ექთანთა III კონფერენცია.

ყოველი წლის 1 ივნისს დედათა და ბავშვთა მზრუნ-



ნო დაზღვევის განვითარება და სრულყოფა.

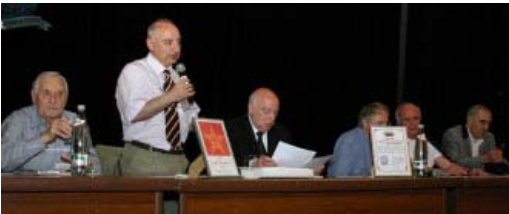
ბავშვთა დაავადებათა ეტიოლოგიისა და პროტოკოლების დამუშავება და მათი დანერგვა სამკურნალო პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში.

საქართველოში საყოველთაო ბავშვთა კვების პროდუქტების შექმნა და მათი ტენი-

4. „გენმოდულიზაცია“ საკვები და ბავშვის ორგანიზმი“ თსუ-ის პროფესორები ნ. ხეციტა, დ. ცხომელიძე, ე. მკვიდლიშვილი. სტუდენტები: პაშან გამაგე (შრილანკა), ალიას მიქელიძე ვოლას (ტრინიდადი და ტობაგო), მ. კუციანი (საქართველო), ვლ. ოზაშვილი (საქართველო), დ. ნახუნაშვილი (საქართველო), ჯ. ბუხა-

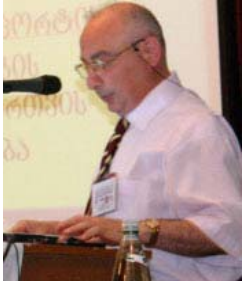






# XXX კონფერენცია

„ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“  
 “Children must have right to be defended since embryo”  
 ბავშვთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფა მეცნიერების გზით  
 Children's Security Through Science  
 სოციალური პედიატრია და ბავშვთა ჯანმრთელობა  
 Social Pediatrics and Child's Health



## Scientific Conference სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია (კრემ-რემიზი)

ბავშვთა დაცვის საერთაშორისო დღე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, საქართველოს პრეზიდენტის და სახელმწიფო მეცნიერების აკადემიის ორგანიზაცია – International fund the world security and child-ის, სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტური თვითმართვულობის და არაერთი სხვა პარტნიორი ორგანიზაციის ჯვარედინი ინიციატივით დაარსდა. იმისთვის პირველ დღეებში სამედიცინო უნივერსიტეტში გამართული საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციით აინიშნა. კონფერენციის ფარგლებში, მედიცინის სხვადასხვა დარგის აღიარებულმა კლინიკოსებმა ასობით პატარა პაციენტი გაიხილეს – 12 იმის ჩათვლით ბავშვთა უფასო გასინჯვები თბილისში, აჭარის რეგიონში, თელავში, გორსა და ქუთაისში. აღსანიშნავია, რომ XXIX კონფერენციის მიმდებარე იქნა რეზიუმეები, რომელთაგან ერთერთი იყო: **№ 4. ყოველი წლის 1 ივნისს დღეა და ბავშვთა უზრუნველყოფის მხარდასაჭერად გამოცხადდეს სამედიცინო დაწესებულებებში საყოველთაო დღე კარის დღე.** არსებული ინფორმაცია შედგენილია გავრცელებულ, სურვილითაა, რაც შეიძლება მეტი სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ამ სახელმწიფო აქციაში მონაწილეობა და იგი გამადაროვო ტრადიციულად იქნა უნდა აქციაში მონაწილეობის წესბიჯობადაა.

აქციაში მონაწილეობდა: თბილისი – ორკვიციშვილის სახ. ბავშვთა ახალი კლინიკა, კამბაკტრიის ინტეგრულის, სალიანოსტიკო ცენტრი 444, კარდიოლოგიის ინსტიტუტი, შ.პ.ს. „კიდმილი“  
 აჭარის რეგიონი. სს „ბათუმის რეფერალური საავადმყოფო“  
 2. შპს „ჯანმრთელობის ცენტრი“  
 3. შპს „ქ. ბათუმის N1 პოლიკლინიკა“  
 4. შპს „თამარის დასახლების სოფლის მედიცინის ცენტრი“  
 5. შპს „ქ. ბათუმის N4 პოლიკლინიკა“  
 6. შპს „საოჯახო მედიცინის რეფერალური ცენტრი“  
 7. შპს „მხინჯაურის მრავალპროფილური პოლიკლინიკა“  
 გორი- შ.პ.ს. „გორმედი“, ს.ა. აქსაზა „აგნანა“ გორის დედათა და ბავშვთა ცენტრი  
 თელავი- ბავშვთა ჯანმრთელობის ცენტრი  
 ქუთაისი ინტეგრაციული ცენტრში უახლო მდებარე 31-ში მთელი დღე მხოლოდ ინვალიდ და მოუსაფარ ბავშვებისათვის.  
 01.06.13-ში ქუთაისის თითქმის ყველა პოლიკლინიკა  
 1. ქუთაისის ზეცხაკიას სახელობის დასახლო საქართველოს ინტეგრაციული მედიცინის ერთიანი ცენტრი  
 2. ქუთაისის 1 პირველი დანადგვის ცენტრი  
 3. ქუთაისის შპს „აგა“ სამკურნალო დიაგნოსტიკური ცენტრი

აფხაზეთის ჯანდაცვის სამინისტრო  
 აქციებში გაიცინჯა 1300-ზე მეტი ბავშვი.  
 ყველა ორგანიზატორსა და აქტივისტს გადაეცა „ქების სიგელი“.  
 მათ შორის: თბილისი-დავით რეხვიაშვილი, აბაშიანი ზურაბი, მამუკაშვილი მამუკა, აჭარის რეგიონი-მარი ბუხარაშვილი, მანანა ფაღვა, დავით ციციშვილი, ნაკაიძე, გორი-გია სვანაძე, მურაბი ბრეგვაშვილი, გელაქიანი ხარაბაძე, თელავი-თამარ თუმუჯაშვილი, ქუთაისი - მარინე ხეცერიანი, ანკელა ორჯონიძე, გორგი მამილაშვილი, გელა გუჭაძე, კახა ცხინიშვილი, აფხაზეთის ჯანდაცვის სამინისტრო- მ.კა. თინათი.  
 კონფერენციამ განსაკუთრებული მადლობა გადაუხადა პაატა კურტიანიძეს და გადასცა მას „ქების სიგელი“ „რომლის მხარდაჭერის გარეშე შუამდგომელი იქნებოდა წლების განმავლობაში პედაგოგების ასეთი აქტივობა.



ამდენად, 2013 წლის 1 ივნისის









**საქართველოში მედიცინის დარგში მინიჭებული და კლინიკური გახსნილი „გრეჩინვალების პარსკვლავი“**



2010-11 წელი  
(კვირტიანის -ირ. ციციშვილის - „გაგვშთა ახალ კლინიკაში“)

2012-13 წელი  
(პირუბინის - ლ. ჯაბიაშვილის - „რკინიგზის საავადმყოფოში“-დილოვში)



2013-14 წელი  
(ნეიროქირურგის - შხვსურიანის - „№1 საავადმყოფოს ნეიროქირურგიულ დეპარტამენტში“)



ხევსურიანი შოთა ოქროპირის ძე დაიბადა 1925 წელს. 1943 წელს დაამთავრა აბელ ენუქიძის სახელობის 24-ე შრომის სკოლა, ხოლო 1960 წელს ლატვიის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო სამკურნალო ფაკულტეტი. იგი ოთხი წელი მსახურობდა ყოფილი საბჭოთა არმიის რიგებში პოსპიტალის ექიმქირურგად. 1956 წლიდან მოღვაწეობდა თბილისის მეორე ლინიკური სასწრაფო საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების ქირურგორდინატორად. 1958 წლიდან მოღვაწეობს ნევროლოგიის და ნეი-

**ავტობიოგრაფია**

როქირურგიის ინსტიტუტის ნეიროქირურგიული განყოფილების უმცროს, უფროს, წამყვან, მთავარ და ბოლოს განყოფილების ხელმძღვანელად. 1962 წელს დაცული აქვს საკანდიდატო, ხოლო 1982 წელს ქალაქ კიევში სადოქტორო დისერტაცია. წლების განმავლობაში იყო ჯანდაცვის სამინისტროს მთავარი სპეციალისტ ნეიროქირურგიის დარგში. მისი უშუალო ხელმძღვანელობით ჩამოყალიბდა ეროვნული ნეიროტრავმატოლოგიური ცენტრი და საქართველ-

ოს ნეიროქირურგთა ასოციაცია, რომლის პირველ პრეზიდენტად იგი იქნა არჩეული და რომელიც შემდგომში გაერთიანდა მსოფლიოს ნეიროქირურგთა ასოციაციაში. 1997 წელს არჩეულია მედიკო-ბიოლოგიური აკადემიის ნამდვილ წევრად. შოთა ხევსურიანი არის ბრაზილიის ნეიროქირურთა აკადემიის საპატიო წევრი. 1998-2012 წლებში დაჯილდოვებულია ღირსების ორდენებით. მიღებული აქვს თბილისის საპატიო მოქალაქის წოდება. პირადად ჯანმრთელობის და-



ცვის მინისტრებისგან და აგრეთვე ყოფილ ავადმყოფებთან მიღებული აქვს მრავალი მაღლობის წერილები. ამჟამად მოღვაწეობს შპს თბილისის პირველი კლინიკური საავადმყოფოს მიმღები ნეიროქირურგიული კლინიკის კონსულტანტის თანამდებობაზე.



**ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია აქტიურდება**

2013 წელი ნაყოფიერად იმუშავა საქართველოს დარგობრივმა აკადემიებმა რედაქცია ულოცავს მათ ყველა წევრს გაგვთა სამართაშორისო დღეს 1 ივნისს და უსურვებს ნაყოფიერ შემოქმედებას საქართველოს უკეთესი მომავლისათვის





ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდული დეპარტამენტი დიდი პასუხისმგებლობით ასრულებს 2012 წლის 21-22 დეკემბერის, კონფერენციის ბოლოს მიღებული რეზოლუციას და მეცნიერულ მუშაობასთან ერთად აქტიურად ჩაბმულნი არიან საზოგადოებრივ საქმიანობაში. სურვილია მეტი შემაერთებით ატარონ საქართველოს ახალგაზრდა მეცნიერთა დროშა.



### განახლებული სამედიცინო სტრუქტურა - „სამედიცინო ევექსი“

გიორგი ფხაკაძე არის საერთაშორისო ექსპერტი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში. იგი 10 წელზე მეტია მუშაობს სამხრეთ და ცენტრალური აზიის, აღმოსავლეთ აფრიკისა და აღმოსავლეთ ევროპი სრეგიონებში. გარდა ამისა, ის გახლდათ გაეროს რამდენიმე სააგენტოს, გლობალური ფონდის (GFATM), ევროკავშირის, საერთაშორისო საკონსულტაციო კომპანიებისა და საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაციები სექსპერტი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებისა და პოლისების იმპლემენტაციის მიმართულებით. საერთაშორისო ინსტიტუტების ხაზით, გიორგი ფხაკაძე წარმოადგენს ვაქცინებისა და აიძინიზაციის გლობალური ალიანსის (GAVI Alliance) დამოუკიდებელი განხილვის კომიტეტისა და გლობალური ფონდის (GFATM) ტექნიკური მიმოხილვის კოლეგიის წევრს. იგი ასევე არის სერტიფიცირებული ზოგადი ქირურგი; ეპიდემიოლოგიისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ასოცირებული პროფესორი; საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრი (MPH) და მედიცინის აკადემიური დოქტორი ანთროპოლოგიასა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვაში (PhD).



**Dr Giorgi Pkhakadze, MD, MPH, PhD – EVEX Medical Corporation Deputy CEO, Strategy and Development**

Overseeing quality control, human resources, capacity building and relation with external stakeholders.

Dr Pkhakadze has been working in the field of public health for more than a decade, in South and Central Asia, Eastern Africa, and Easter Europe. He has been focusing on research and technical support for the set-up and implementation of public health programs and policies for several UN agencies, for the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM), European Union, private international consultancy companies and for several national and international nongovernmental organizations. Dr Pkhakadze serves as a member of the Independent Review Committee of the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI Alliance) and the Technical Review Panel of the GFATM. He is also an Associate Professor in epidemiology and public health and published several books and articles internationally in the field of Public Health and Anthropology. Dr Pkhakadze is a certified General Surgeon with Master in Public Health and PhD in Public Health and Anthropology.

სამედიცინო კორპორაცია ევექსი ქვეყნის მასშტაბით ყველაზე მსხვილი ჰოსპიტალური ქსელია, რომელიც 6 რეგიონში 36 კლინიკით არის წარმოდგენილი. კორპორაცია მრავალი ახალი სამედიცინო სტრატეგია წამოიწყო ქვეყნის მასშტაბით.

მის სტრატეგიასა და განვითარებას ხელმძღვანელობს „სამედიცინო კორპორაცია ევექსის“ გენერალური დირექტორის მოადგილე ბატონი გიორგი ფხაკაძე, რომლის მოკლე ბიოგრაფიული მონაცემებიც გვინდა გავაცნოთ ჩვენს აუდიტორიას.

გიორგი ფხაკაძე „სამედიცინო კორპორაცია ევექსის“ გენერალური დირექტორის მოადგილე, სტრატეგია და განვითარება.

**ჟურნალის რედაქცია „სამედიცინო კორპორაცია ევექსი“ უსურვებს დიდ წარმატებებს ქვეყნის მასშტაბით ახალი სტრატეგიების განხორციელებაში და ბატონ გიორგის უდიდესი პასუხისმგებლობის ღირსეულად ტარებას.**

# ინტერვიუ კოლეგებთან

დღეს რედაქციის სტუმარია ირ.ციციშვილის სახელობის ბავშვთა ახალი კლინიკის თერაპიული დეპარტამენტის ხელმძღვანელი მედიცინის დოქტორი ქალბატონი თინა ღონღაძე



თითქმის სამი ათეული წელია ემსახურება მის საყვარელ საქმეს და ვერ წარმოუდგენია სხვა სფეროში მოღვაწეობა. პროფესიის არჩევანში დედის რეკომენდაციები გაითვალისწინა, თუმცა მამას დიდი სურვილი ჰქონდა სწავლა თსუ ეკონომიკის ფაკულტეტზე გაეგრძელებინა. თავად მედიკოსობა და პედაგოგობა იზიდავდა, რაც წარმატებით დანახორციელდა სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის დამთავრების შემდეგ.

### რამ განაპირობა თქვენი პროფესიისადმი სიყვარული და ერთგულება?

– მინდა გავიხსენო ბრძენი სენეკას სიტყვები – „ჩვენთვის, ადამიანებისათვის საჭიროა იმისთანა კაცი, რომ მის მიხედვით და მაგალითით შევიძლოთ საკუთარი ხასიათის გაწვრივება და განმტკიცება. ოჰ, რა ბედნიერთა იგი, ვინც არამეტოე ჩვენთან ყოფნით გვწვრთვინებს ჩვენ, არამედ მართლ თავისი სახელის სხეულებითაც“. ჩვენი პედაგოგები არამართ პროფესიული, არამედ მოქალაქობრივი პოზიტიურობით იყენებ სამაგალითონი. მრავალ ჩვენთანაგანზე უდიდესი გავლენა მოახდინა პროფესორმა მერი გელოვანმა. მესამე კურსზე პირველი კლინიკური საგნების დაწყება, ქალბატონი მერის დაქვების მოსმენა, შემოვლებზე დასწრება, პაციენტის გასინჯვის ტექნიკა, კლინიკური შემთხვევის გარჩევა, ლოგიკური აზროვნება დაავადებების დიფერენციული დიაგნოზი გატარებისას, ნამდვილი დღესასწაული იყო სტუდენტებისათვის. დღესაც ფვქტობ, რომ მაშინდელმა ბავშვთა სწავლებელმა პროპედეგტიკისა და საფაკულტეტო პედიატრიის კათედრამ, რომელსაც ქალბატონი მერი გელოვანი ხელმძღვანელობდა, გავაპირობა ჩემი დამოკიდებულება პედიატრიისადმი.

### როგორი იყო თქვენი პირველი ნაბიჯები მედიცინაში?

– ინსტიტუტის დამთავრების შემდეგ გავიარე კლინიკური ორდინატურა (ახლანდელი რეზიდენტურის ანალოგიური 2 წლიანი სწავლება) პედიატრიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში. ინსტიტუტი იყო სამეცნიერო დაწესებულება, სადაც ყველა სამეცნიერო მუშაობის მსურველ ახალგაზრდას შესაძლებლობა ეძლეოდა ჩართულიყო სერითიულ სამეცნიერო მუშაობაში. მართლაც ბედმა გამიღიმა და მოხვედრი მეტად საპატიველყოლო პიროვნებასთან, ჰაშმარიტ მეცნიერთან პროფესორ ცისია გუგუტიშვილთან.

მისი ხელმძღვანელობით დავიწყე მუშაობა სადისერტაციო ნაშრომზე. ბევრი რამ შემძინა მასთან მუშაობამ. წესრიგი, პუნქტუალობა, პატიოსნება მეცნიერებაში, ანალიზის დიდი უნარი, შედეგების ინტერპრეტაციის ლიგიურობა, ეს მისთვის დამახასიათებელი თვისებები იყო. მაშინ დისერტაციას რუსულად ვწერდით, ხარისხის მინიჭება მოსკოვში ხდებოდა უმაღლესი საატესტაციო კომისიის მიერ. ქართულად დაცვა თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტში პედიატრიულ საბჭოზე წარმოებდა, შემდეგ დისერტაცია და საბჭოს დოკუმენტაცია მოსკოვში იგზავნებოდა „ფაკ“-ში. ერთ თვეში მივიღე დამტკიცების მოწმობა.

ჩემი კლინიკური მოღვაწეობა მაშინ ახალად გახსნილ კლინიკას, ბავშვთა მერ საავადმყოფოს (შემდეგ ბავშვთა მე-2, გ. უვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკა) დაუკავშირდა. სრულიად გამოუცდელმა დავიწყე ექიმ-რეანიმატოლოგად მუშაობა. იყო სიძნელეები, უძილო დამეხები, მუდმივი მუშაობა საკუთარ განათლებაზე. ყოველთვის გვერდში გვედგა პროფ. ირაკლი ციციშვილი. შეუდარებელი იყო პროფ. იოსებ კვაჭაძის შემოვლები, პაციენტის დაავადების გარჩევა, დიფერენციული დიაგნოზი. ბატონი სოსო იყო ნოვატორი, მისი ლექციები იყო იმ დროისათვის მედიცინის უახლესი მიღწევების დემონსტრირება.

### პედაგოგიურ საქმიანობას როგორ უთავსებდით კლინიკურ და სამეცნიერო მუშაობას?

– ძირითადად ბავშვთა სწავლებათა პროპედეგტიკის კათედრაზე ვმუშაობდი პროფ. ნოდარ ხერხეულიძესთან, შემდეგ პროფ. ნინო მანჯავიძესთან. სტუდენტებში განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევდა პრაქტიკული მეცადინეობები - პაციენტის გასინჯვის უნარ-ჩვევების შექმნა, თეორიული მასალის პარალელურად პრაქტიკული და სამეცნიერო მუშაობა. აქტიურად ვმონაწილეობდით სტუდენტთა სამეცნიერო-პრაქტიკულ კონფერენციებში. პირველი სტუდენტური საუნივერსიტეტო გრანტი ჩვენმა სამეცნიერო შრომამ მოიპოვა, რომელიც მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ბავშვების განვითარებას ეხებოდა. შემდეგ შრომები ამ თემის ირგვლივ გაფართოვდა და დაიბეჭდა როგორც რესპუბლიკურ, ისე საერთაშორისო ჟურნალებში.

### სიძნელეებიდან რას გაიხსენებდით?

– სიძნელეები დაკავშირებულია იმ სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებთან რაც სუფევდა ჩვენ ქვეყანაში გასული საუკუნის მიწურულში. ელექტროენერჯის, მედიკამენტების, სამედიცინო ინსტრუმენტებისა და აპარატურის დეფიციტი, სიციფე, სატრანსპორტო საშუალებების არ არსებობა, უხელოფასობა. ექიმის დაუცველობა, პროფესიის უპატივცემულობა, მასხენდება შეიარაღებული პირების მიერ ექიმებზე ზეწოლის ფაქტები. სამწუხაროდ, მაშინ ბევრი პერსპექტიული ექიმი დადგა პროფესიის შეცვალის აუცილებლობის წინაშე.

### როგორი თქვენი დღევანდელი სამუშაო პირობებია?

ბავშვთა ახალ კლინიკაში რადიკალურად განსხვავებული პირობებია წინა წლებთან შედარებით, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა სრულად განახლებულია, საერთაშორისო სტანდარტების დონეზეა მეჩვენებელი, დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა წარმოებს სათანადო გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შესაბამისად. კლინიკა მუშაობს სრული დატვირთვით, მრავალპროფილიურია, დაკომპლექტებულია პროფესიონალებით. კლინიკის წარმატებულ საქმიანობას განაპირობებს თითოეული დეპარტამენტის მუშაობა. განსაკუთრებით აღსანიშნავია კრიტიკული მედიცინის წვლილი აღნიშნულ საქმეში. სისტემატური ხასიათი აქვს თითოეული თანამშრომლის პროფესიულ ზრდაზე ზრუნვას, როგორც ექიმების, ისე ექთნებისათვის ტარდება კონფერენციები, ტესტირებები.

პაციენტისათვის შექმნილია ყველა პირობა, რათა მკურნალობის პროცესში კომფორტულად იგრძნოს თავი. მეტად მნიშვნელოვნად მიმაჩნია პაციენტთა კვების საკითხის გადაწყვეტა. ერთი წლიდან ყველა პაციენტს ეძლევა სამჯერადი სათანადო კვება. მოგეხსენებათ, რომ კლინიკაში მუშაობს ნეფროლოგიისა და დიაბეტის ცენტრები. კლინიკა ყველასთვის ცნობილი და საყვარელი პედიატრის, პროფესორ ირაკლი ციციშვილის სახელობისაა.



მისი სახელი ძალიან ძვირფასია თითოეული ჩვენთაგანისათვის.

**– რა ასაკის პაციენტები მკურნალობენ თქვენთან დეპარტამენტში და ძირითადად რა დაავადებებით? მკურნალობასთან დაკავშირებულ სიძნელეებს თუ აქვს ადგილი?**

– პაციენტთა ასაკი 29 დღიდან 18 წლამდეა. როგორც ყველა ქვეყანაში ჩვენთანაც პოსტიპტალიზაციის ძირითადი მიზეზი სასუნთქი სისტემის დაავადებებია. სეზონის მიხედვით მიმდინარე წლის მე-40 კვირიდან მომდევნო წლის მე-20 კვირის ჩათვლით უმძირესი რესპირატორული პათოლოგიები: ზედა სასუნთქი გზების ინფექციები, მწვავე ბრონქიტი, ლარინგიტი, მწვავე ბრონქიოლიტი, პნევმონია. განსაკუთრებულ მართვას საჭიროებს მწვავე ბრონქიოლიტი, რადგან მისი გამომწვევი ვირუსებია და მკურნალობა ჩვეულებრივ სიმპტომურია. მოითხოვს მუდმივ მონიტორინგს, ოქსიგენოთერაპიას, სასუნთქი გზების სანაჯიას, სითხით უზრუნველყოფას, ნებულაიზეროთერაპიას. ზოგადი რეკომენდაციების რუტინულად გამოყენება ყოველთვის არ არის საჭირო. მშობლების ძირითადი შფოთვა ანტიბიოტიკების არ გამოყენებასთან არის ხოლმე დაკავშირებული. მხოლოდ მძიმე შემთხვევებში, ბაქტერიული კონფექციის არსებობა, საჭიროებს ანტიბაქტერიული საშუალებების გამოყენებას. ჩვენ მიერ შექმნილია მწვავე ბრონქიოლიტის მართვის პროტოკოლი კლინიკისათვის და ეროვნული გაიდლაინი. ასევე ძალიან მნიშვნელოვანია მწვავე ლარინგიტის მართვა. წელი მაღალია პნევმონიით მომართვიანობა, ხშირია მძიმე, პოლისეგმენტური პნევმონიის შემთხვევები. შედარებით ნაკლებია დიარეული დაავადებებით მომართვიანობა, ძირითადად ნაწლავთა ვირუსული ინფექციებით. კლინიკაში მუშაობს იშვიათი დაავადებების პროგრამა, არის მუკოვისციდოზით, ცელიაკით დაავადებულთა პოსტიპტალიზაციის შემთხვევები. მოგემართავენ გულის თანდაყოლილი მანკით დაავადებული პაციენტებიც ძირითადად სასუნთქი სისტემის დაავადებებით.

**– როგორია თქვენი დამოკიდებულება დაავადებების პრევენციასთან მიმართებით, მხედველობაში მაქვს ვაქცინაციის ჩატარების აუცილებლობა, რას უკავშირდება აცრის კალენდრის დარღვევა ან უარი ვაქცინაციაზე?**

– ცნობილია, რომ ყოველგვარი მოულოდნელობისათვის მზადყოფნა კულტურის ნიშანია. ვაქცინაცია ეს არის მოსალოდნელი ინფექციების და მათი გართულებების პრევენცია. ჩემი დამოკიდებულება ვაქცინაციის მიმართ ერთმნიშვნელოვნად დადებითია. დღეს წარმოუდგენელია არ გავითვალისწინოთ ის შედეგები, რაც კა-

ცობრიობის ისტორიაში იქნა მიღწეული ვაქცინაციის შედეგად: მილიონობით გადარჩენილი ბავშვი, სიბრძნის, ინვალიდობის, გონებრივი ჩამორჩენილობის და სხვა მძიმე დაავადებების პრევენცია. 2002 წლიდან ევროპის ქვეყნები თავისუფალია პოლიომიელიტისაგან, ხუთი მილიონი ადამიანი გადარჩენილია პოლიომიელიტის შედეგად განვითარებული დამბლისაგან. ევროპის რეგიონში ფაქტურად მიღწეულია წითელასა და წითურას ლიკვიდაცია. მიუხედავად იმისა, რომ 2008 წელს საქართველოში ჩატარდა წითელასა და წითურას საწინააღმდეგო ნაციონალური კამპანია, დღეს თითქმის ყოველდღიურად გვხვდება წითელას შემთხვევები მოსახლეობის სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში. აუცილებლად მიმჩნია დაუსაბუთებელი უკუწვევების გარეშე ჩატარდეს ბავშვთა პროფილაქტიკური ვაქცინაციები იმ 10 დაავადების პრევენციისთვის, რაც უზრუნველყოფილია სახელმწიფოს მიერ. ასევე მეტად მნიშვნელოვნად მიმჩნია გრიპის, ადამიანის როტავირუსული, პნევმოკოკური, პაპილომავირუსული, ჩუტყვავილას საწინააღმდეგო ვაქცინაცია. რაც შეეხება უარს, ვფიქრობ დაკავშირებულია მშობლების არასათანადო ინფორმირებულობასთან, არ არის გამორიცხული ზოგიერთი კოლეგის უარყოფითი დამოკიდებულების ზეგავლენაც. მიმჩნია, რომ სწორად უნდა შეფასდეს ის უკუწვევებები, რაც არის განსაზღვრული ვაქცინებთან დაკავშირებით. აცრის შემდეგ გართულებების რისკი დამოკიდებულია ორგანიზმის ინდივიდუალურ თავისებურებებზე, ზოგადად გართულებების რისკი ძალიან მცირეა.

**– როგორია პაციენტის მშობლების დამოკიდებულება სამედიცინო სფეროს მიმართ?**

– მე ალბათ ჩვენ მაგალითზე შემიძლია ვიპასუხოთ. პედატრებისა და მშობლების საერთო ინტერესი ბავშვის ჯანმრთელობა და კეთილდღეობაა. მშობელი ინფორმირებული უნდა იყოს მისი შვილის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. კანონით გათვალისწინებულია მშობლის ინფორმირებულობა და წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღება ნებისმიერ სამედიცინო მომსახურებაზე და მასთან დაკავშირებულ საკითხებზე არ გამორიცხავს შემთხვევებს, როდესაც მშობელი ითხოვს დამატებით სამკურნალო საშუალებებს, ძირითადად ეს ეხება ანტიბიოტიკების დანიშვნას. თანამედროვე მედიცინის მიღწევაა ეფექტური მედიკამენტების შექმნა, მაგრამ მათი დაუსაბუთებელი დანიშვნა ქმნის მნიშვნელოვან პრობლემებს. ანტიბაქტერიული თერაპია ძირითადი იარაღია ინფექციების წინააღმდეგ, მაგრამ ექიმის ცოდნაზეა დამოკიდებული რამდენად „არ ავნოს,,

პრინციით გამოიყენებს ამ მძლავრ საშუალებას. მიმჩნია, რომ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის საფუძვლების ცოდნა სამკურნალო საშუალებების რაციონალური გამოყენების საწინდარია. ზოგადად, ანტიბიოტიკების რაციონალური მეჩვენეტი სირთულეებთან არის დაკავშირებული, არარაციონალური ანტიბაქტერიული თერაპიის შემთხვევებს არაიშვიათად ვხვდებით.

**– რამდენადაც ჩემთვის ცნობილია საქართველოს თითქმის ყველა რეგიონში იცნობთ თქვენ კოლეგებს, როგორ ახორციელებდით მათთან ურთიერთობას?**

– ეს პროცესი უკავშირდება ჯანმოს პროექტების დაწყებას საქართველოში, რასაც პირადად მე და ჩემი კოლეგები WHO/UNICEF-ის მასტერ-ტრენერები 1994-2007 წლებში ვახორციელებდით. დასაწყისში იყო რესპირატორულ დაავადებებთან ბრძოლისა და დიარეული დაავადებების მართვის პროგრამების დანერგვა, შემდეგ გაგრძელდა ბავშვთა ასაკის დაავადებების ინტეგრირებული მართვის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც დაინერგა საქართველოს ყველა რეგიონში, მათ შორის მაღალმთიანებში. ეს იყო ძალიან საინტერესო საშუალო, პროგრამა გრძელდებოდა 11 დღის მანძილზე. კოლეგების დიდი ინტერესი და მონაწილეობა იგრძნობოდა მუშაობის პროცესში, ჩვენთვის კი ორმაგად სასარგებლო იყო - ვასრულებდით მეტად მნიშვნელოვან მისიას და ვცნობოდით მიუღ საქართველოს, დღეს სინდელს არ წარმოადგენს უახლესი ინფორმაციის მოძიება, ყველა სამედიცინო დაწესებულებისათვის აუცილებელია დაავადებების მართვის პროტოკოლებით მოქმედება, შექმნილია დაავადებების მართვის ეროვნული გაიდლაინები. მაშინ ეს პროგრამები უდიდესი დახმარება იყო თითოეული ჩვენი კოლეგისათვის, რაც თავისთავად დადებითად აისახა ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე.

**– რას უსურვებთ თქვენ კოლეგებს და ახალგაზრდა მედიკოსებს?**

– ლეგენდურულ პიროვნებას, აკადემიკოს ვახტანგ ბოჭორიშვილს უთქვამს: „არა მგონია, ქვეყანას ისე პატიოსნად ვინმე ემსახურებოდეს, როგორც ჩვენ – ექიმები“, ასევე „სწორი დიაგნოზის დასმოდან დაწყებული, მკურნალობის წარმართვით დამთავრებული, ექიმს არაფერი არ უნდა ეშლებოდეს“. მხოლოდ დაუღალავი შრომით, სწავლითა და განათლებით, მუდმივი პროფესიული ზრდით, პაციენტისადმი გულისხმიერებით შეიძლება მიღწეული წარმატებას, მხოლოდ შენი ცოდნით შეგიძლია დაამტკიცო, რომ ხარ ღირსეული ექიმი.

დიდი მადლობა ქალბატონ თინას საინტერესო საუბრისათვის.



# ორბინალური სტატიები და სამეცნიერო აქტიობანი

საქართველოს საზნებისმეცნიერო აკადემია  
GEORGIAN ACADEMY OF NATURAL SCIENCES



## ქართველი მეცნიერების მსოფლიო აქტიობები 2013-14

„ევროპული კოოპერაცია ახალი ბენერაციის  
სენსორების შემნისათვის“

(EUROPEAN COOPERATION FOR NOVEL GENERATION  
SENSORS DEVELOPMENT).

პროფ. პაატა კერვალიშვილი  
(ევროსმელთაშუაზღვის სახელგნებო მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდენტი)



ქართველი მეცნიერები აქტიურად მონაწილეობენ სხვადასხვა საერთაშორისო სამეცნიერო-ტექნოლოგიურ პროექტებში. მათ შორის აღსანიშნავია ევროკავშირის პროექტი სენს-ერა, რომელიც ქართველი მეცნიერების ხელმძღვანელობით მიმდინარეობს, და რომელმაც ევროკონკურსში გაიმარჯვა უპრეცედენტო 100%-ანი შეფასებით.

ამ პროექტის ჩარჩოებში ჩატარდა რამდენიმე მნიშვნელოვანი სა-

ერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია, რომლებსაც დიდი გამოხმაურება ჰქონდათ და რომელთა შრომები დაიბეჭდა მსოფლიოს მოწინავე სამეცნიერო გამოცემებში: იოს პრესი, ნანოტექნოლოჯი პერსპექსი, კონდენსდ მატერს ფიზიკს, ოპტიკალ ფაიბერს კომუნიკეიშნს და სხვ.

2013 წლის 20-21 ნოემბერს სენს-ერა პროექტის ეგიდით თბილისში, საქართველოს ტექნიკურ უნივერსიტეტში, ჩატარდა საერთაშორისო





სემინარი: „ევროპული კოოპერაცია ახალი გენერაციის სენსორების შექმნისათვის“ (European cooperation for novel generation sensors development).

სემინარის მონაწილეებმა წარმოადგინეს მოხსენებები, რომელიც ეძღვნებოდა: თანამედროვე მიდგომებს ახალი გენერაციის სენსორებისა და სენსორული სისტემების შექმნისადმი; ევროპული პლატფორმა და კოოპერირების შესაძლებლობები თანამედროვე საინფორმაციო სისტემების განვითარებისათვის პორიზონტ 2020 პროგრამის ფარგლებში; ახალი მასალები და ელემენტები მაღალეფექტური სენსორებისა და სენსორული სისტემების შექმნისათვის; ახალი პროექტები სენსორული სისტემების გამოყენების

ბი და ელემენტები მაღალეფექტური სენსორებისა და სენსორული სისტემების შექმნისათვის; ახალი პროექტები სენსორული სისტემების გამოყენების



**Conference: Enhancement of European International Cooperation and Eastern Partnership in Research, Development and Innovation**  
30 September – 1 October, 2013 at Vilnius, Lithuania



At this conference Paata Kervalishvili (SENS-ERA Coordinator) was invited as a Plenary Speaker and he held a speech on the topic of "International cooperation with Eastern Partnership countries / EU countries: success stories of the SENS-ERA project".

Among the conference participants there were the well-known scientists and science and technology top managers from European Member States and European Partner Countries.



Left Top: Prof. P.J. Kervalishvili SENS-ERA Novel Approaches  
Left Bottom: Photo of Conference Participants  
Right top: Prof. Dmytro Tabachnyk Minister of Education and Science of Ukraine preparing his remarks (second line, right) and P. Kervalishvili (second line, left)



Above: Dr. Thierry Devars EU (right) and P. Kervalishvili discussing the future plans in the background

სენს-ერა პროექტის ხელმძღვანელი პროფ. პაატა კერვალიშვილი მიწვეული იყო პლენარული მოხსენებით ვილინიუსის ევროპულ სამიტისადმი მიძღვნილ კონფერენციაზე, სადაც გამოვიდა კონფერენციის გახსნის პლენარულ სესიაზე. ვილინიუსის კონფერენციის ამსახველი მასალა ევროკავშირის ვებ გვერდიდან



2014 წელი

მარტში გაიმართა თბილისში კონფერენცია ნატო-ევროკავშირი,  
და აკრილში წარმართა ერთობლივი მუშაობა ზრანბ კოლეგებთან საზრანბეთში.



INTERNATIONAL CONFERENCE  
“TBILISI- SPRING-2014”

ADVANCED RESEARCH WORKSHOP



## Nuclear Radiation Nanosensors and Nanosensory Systems Conference Programme

*Co Chairs: Prof. PAATA J. KERVALISHVILI (Georgia)  
Prof. Panagiotis I. GIANNAKOPOULOS (Greece)  
March 5-9, 2014 (Georgia, TBILISI). Conference Committees*

### International Organizing Committee:

- **Prof. Dr. Archil Prangishvili**, Chairman of International Organizing Committee - Georgian Technical University – Rector, Member of National Academy of Sciences of Georgia
- **Prof. Dr. Panagiotis Giannakopoulos**, Member of International Organizing Committee – Technological Institute of Piraeus, Euro Mediterranean Academy of Arts and Sciences –Member of the Board
- **Dr. Deniz Beten**, Member of International Organizing Committee – NATO Emerging Security Challenges Division, Senior Science Adviser
- **Dr. Charles Ferguson**, Member of International Organizing Committee – Federation of American Scientists – President
- **Prof. Dr. Gheorghe Duca**, Member of International Organizing Committee – Academy of Sciences of Moldova – President
- **Prof. Dr. Zurab Gasitashvili**, Member of International Organizing Committee - Georgian Technical University – Vice-Rector
- **Prof. Dr. Michael Zgurovsky**, Member of International Organizing Committee, National Technical University of Ukraine “KPI”, Rector
- **Prof. Dr. Nejat Veziroglu**, Member of International Organizing Committee, Clean Energy Research Institute, University of Miami, Director
- **Prof. Dr. Paata Kervalishvili**, Member of International Organizing Committee - Georgian Technical University, Conference Chairman

### National Organizing Committee:

- **Prof. Dr. Akaki Giginishvili**, Chairman of National Organizing Committee - Georgian Technical University, Head of Engineering Physics Department
- **Dr. Tamar Berberashvili**, Member of National Organizing Committee – Georgian Technical University, Associated Professor
- **Dr. Lali Chakhvashvili**, Member of National Organizing Committee - Georgian Technical University, Associated Professor

- **Dr. Zakaria Buachidze**, Member of National Organizing Committee - Georgian Technical University, Associated Professor
- **Prof. Dr. Otar Zumburidze**, Member of National Organizing Committee – Georgian Technical University – Head of Department of International Affairs
- **Dr. Guram Chikhladze**, Member of National Organizing Committee – Georgian Technical University, Associated Professor
- **Prof. Dr. Gela Goderdzishvili**, Member of National Organizing Committee - Georgian Technical University, Professor
- **Dr. Tamar Bzhalava**, Member of National Organizing Committee - Georgian Technical University, Associated Professor
- **Prof. Dr. Ketevan Kotetishvili**, Member of National Organizing Committee - Georgian Technical University, Professor
- **Dr. Tamaz Minashvili**, Member of National Organizing Committee - Georgian Technical University, Associated Professor
- **Dr. George Iluridze**, Member of National Organizing Committee - Georgian Technical University, Associated Professor

### Conference Programme Committee

- **Prof. Dr. Zurab Gasitashvili**, Chairman of Programme Committee - Georgian Technical University – Vice-Rector
- **Dr. Archil Chirakadze**, Member of Programme Committee – Georgian Technical University, Head of Research Centre
- **Prof. Dr. Alexander Tvalchrelidze**, Member of Programme Committee – Georgian Academy of Natural Sciences, Vice-President
- **Prof. Dr. Konstantinos Spentzas**, Member of Programme Committee – Euro Mediterranean Academy of Arts and Sciences, Chief Academician-Secretary
- **Dr. Paul Kirby**, Member of Programme Committee – Cranfield University, Reader
- **Prof. Dr. Rimantas Didziokas**, Member of Programme Committee – Klaipeda University, Vice-Rector

- **Prof. Dr. Hans Stroehler**, Member of Programme Committee – Forschungszentrum Jülich, Institute for Nuclear Physics, Director
- **Prof. Dr. Andrey Ragulya**, Member of Programme Committee – Institute of Problems in material Sciences of NASU, Deputy Director
- **Dr. Ruben Vardapetian**, Member of Programme Committee – European Centre for Knowledge and Technology Transfer, Director
- **Prof. Dr. Manana Khachidze**, Member of Programme Committee – Tbilisi State University, Professor

- **Prof. Dr. Rasim Alguliev**, Member of Programme Committee – Institute of Information Technology of ANAS, Director
- **Prof. Dr. Dimitrios Tseles**, Member of Programme Committee – Technological Institute of Piraeus, Vice-President
- **Prof. Dr. Abderrahmane Tadjeddine**, Member of Programme Committee – University of Paris Sud, Professor
- **Prof. Dr. George Chakhunashvili**, Member of Programme Committee – Euroscience Georgia, Director
- **Prof. Dr. Irina Gotsiridze**, Member of Programme Committee – Georgian Technical University, Head of Department



თბილისი-გაზაფხული-2014 მონაწილეების რეგისტრაცია საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის საკონფერენციო დარბაზის ფოიეში.

სენსორული ფიზიკისა და ტექნოლოგიის, მათი სისტემებისა და ინტელექტუალური ქსელების განვითარების უდიდესმა მნიშვნელობამ და ქართველი მეცნიერებისა და ინჟინრების სეროიზულმა დევაწლმა ამ დარგში განაპირობა ევროკავშირისა და ნატოს სამეცნიერო ტექნოლოგიური პროგრამების ხელმძღვანელების გადაწყვეტილება მჭიდრო თანამშრომლობა დაეწყოთ საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის ინჟინერ-ფიზიკოსებთან ახალი სენსორული ნაწარმების, ნაწარმებისა და ნაწარმების შექმნა-დამუშავებაში.

ამ ურთიერთობების კიდევ უფრო განვითარებისათვის საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის საინჟინრო ფიზიკის დეპარტამენტმა ევროკავშირისა და ნატოს ხელშეწყობით 2014 წლის 6-9 მარტს ჩაატარა საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია (ბირთვულ-რადიაციული ნაწარმებისა და ნაწარმების სისტემები), თბილისი-გაზაფხული-2011.

კონფერენციის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოსა და ევრო-ანტლანტიკური კოლოპერაციის ქვეყნების თანამშრომლობის აქტივიზაცია მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების იმ დარგებში, რომლებიც საბაზისო

ნანოტექნოლოგიების, ნანოსტრუქტურების ფიზიკის, ნანოსენსორული ხელსაწყოებისა და სენსორების საფუძველზე შექმნილი უსაფრთხოების სისტემების და ქსელების დამუშავებისათვის.

კონფერენციაში მონაწილეობა მიიღო 100-ზე მეტმა მეცნიერმა საქართველოს სხვადასხვა უნივერსიტეტიდან და კვლევითი ცენტრებიდან, მათ შორის 50-ზე მეტმა უცხოელმა სტუმარმა აშშ-ს, დიდი ბრიტანეთის, საფრანგეთის, გერმანიის, იტალიის, საბერძნეთისა და სხვა ქვეყნებიდან (19 ქვეყანა), მათ შორის მეზობელი სახელმწიფოებიდან.

კონფერენციაზე მოხსენებული საუკეთესო სამუშაოები უახლოეს თვეებში გამოიცემა სპეციალურ წიგნად შპრინგერის საგამომცემლო სახლის მიერ.



კონფერენციის საპროგრამო კომიტეტი მსჯელობს

The high importance of development of Physics and Technology of sensors, sensory systems and their smart networks on the one hand, and Georgian researchers achievements on the other, was and is the main reason why European Commission framework and NATO Science for Peace programmes are closely working with Georgian Technical University scientists and engineers engaged in research and development of novel materials, sensory elements and different sensory systems.

In line of these activities Department of Engineering Physics of the Georgian Technical University with the support of NATO SPS programme (NATO ARW 984596) at 6-9 of March, 2014. organizes the International Scientific Conference on



თბილისი-გაზაფხული-2014 კონფერენციის წამყვანები



კონფერენციის ერთ-ერთი სამეცნიერო სესიის მონაწილეები სტუ-ს ნიკოლაძის დარბაზში





კონფერენციის დასკვნითი სამეცნიერო სესია პ. კერვალიშვილის შეხვედრების ოთახში

„Nuclear Radiation Nanosensors and Nanosensory Systems“ (Tbilisi-Spring-2014).

The aim of the Conference is further active utilization of Georgian and Regional scientific and technological potential in solution of the problems of development of the Euro Atlantic science and technology space by detection and definition the ways of increase the works in nanotechnologies, relating nanostructures, nanosensory devices, sensor based security systems and networks.

Participants of the Conference are the leading specialists in signed fields from the countries, listed below: USA, UK, France, Germany, Italy, Greece, Belgium, Jordan, Turkey, Lithuania, Estonia, Moldova, Ukraine, Azerbaijan, Armenia, Russia, Kazakhstan, Kyrgyzstan and Georgia.

Selected papers of the conference will be published by the Publishing House “Springer”.



კონფერენციის მონაწილეების ერთი ნაწილი მცხეთის დათვალიერების შემდეგ

## ერთობლივი მუშაობა ფრანგ კოლეგებთან აპრილში

ქართულ-ფრანგული სამეცნიერო-ტექნოლოგიური თანამშრომლობის ფარგლებში მიმდინარეობს ერთობლივი კვლევები, რომლებსაც წარმართავენ საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის საინჟინრო-ფიზიკური დეპარტამენტისა და პარიზის უნივერსიტეტის (პარიზის უნივერსიტეტი II-პარიზიუდი) და ორსის ქიმიური ფიზიკის ლაბორატორიის თანამშრომლები. მათ ამოცანებს შორის უნდა აღინიშნოს პრეცეპტიული არაორგანიული ნანორგანოების და ასევე ბიომოლეკულების ლაზერულ ოპტიკური გამოკვლევები, რომლებსაც უდიდესი სამეცნიერო-თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვთ. დაგეგმილი ექსპერიმენტების შესრულებაში ჩართულია ორსის ქიმიური ფიზიკის ლაბორატორიის უნიკალური ტექნიკური საშუალებები: ლაზერული სისტემები თავისუფალ ელექტრონებზე, ბირთვული გამოსხივების წყაროები, ინტეგრალურ-ოპტიკური კვლევები სპექტრის ფართო დიაპაზონში, პიკო-ფემტო ლაზერები და სხვა. ეს ერთობლივი ევროპულ-ამერიკული და ბილატერული (საქართველო-საფრანგეთი) სამეცნიერო ტექნოლოგიური პროექტები გრძელვადიანია და რამდენიმე მნიშვნელოვანი მიმართულების განვითარებას გულისხმობს.



ორსის ქიმიური ფიზიკის ლაბორატორიის კორპუსი

ამგვარად, ქართველი მეცნიერები აქტიურად მონაწილეობენ სხვადასხვა საერთაშორისო სამეცნიერო-ტექნოლოგიურ პროექტებში და უმნიშვნელოვანესია მათ გვერდზე ახალგაზდობის ღირსეული აქტიობა.



დოქტორი თამარ ბერბერაშვილი ატარებს კომპლექსურ ოპტიკურ სპექტომეტრულ ანალიზს



დოქტორი თამარ ბერბერაშვილი მოახსენებს კვლევებს ექსპერიმენტული კვლევის შედეგებს



პროფესორი პაატა კერვალიშვილი ესაუბრება თავის სამუშაო ოთახში ფრანგული ექსპერიმენტული ჯგუფის ხელმძღვანელს ქრისტოფ პუმბერს

რეზიუმე

ქართველი მეცნიერების მსოფლიო აქტიუბები 2013-14

პროფ. პაატა კერვალიშვილი (ევრომედიტერანეული სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდენტი)

2013 წლის 20-21 ნოემბერს სენს-ერა პროექტის ეგიდით თბილისში, საქართველოს ტექნიკურ უნივერსიტეტში, ჩატარდა საერთაშორისო სემინარი: „ევროპული კოოპერაცია ახალი გენერაციის სენსორების შექმნისათვის“ (European cooperation for novel generation sensors development). ხოლო 2014 წელს ქართველმა მეცნიერებმა მარტში და აპრილში შესაბამისად თავიანთი სიტყვა თქვეს თბილისში კონფერენცია „ნატო-ევროკავშირი“ და ფრანგ კოლეგებთან საფრანგეთში უმნიშვნელოვან საკითხებზე – ლაზერული სისტემები თავისუფალ ელექტრონებზე, ბირთვული გამოსხივების წყაროები, ინტეგრალურ-ოპტიკური კვლევები სპექტრის ფართო დიაპაზონში, პიკო-ფემტო ლაზერები და სხვა.

ამგვარად, ქართველი მეცნიერები აქტიურად მონაწილეობენ სხვადასხვა საერთაშორისო სამეცნიერო-ტექნოლოგიურ პროექტებში და უმნიშვნელოვანესია მათ გვერდზე ახალგაზდობის ღირსეული აქტიობა.

SUMMARY

GEORGIAN SCIENTISTS' WORLD ACTIVITIES 2013-14

Prof. P. KERVALISHVILI (President of Euromediterranean Academy of Art Sciences)

On the 20-21 of November in 2013 international seminar endorsed by sens-era was held in Tbilisi: European cooperation for novel generation sensors development. In March and April of 2014 Georgians had their speech at the conference "Nato-European Union" and discusses various important subject with French colleagues – laser system on free electrons, sources of nuclear radiation, wide spectrum of integral-optical researches and etc. Therefore, we can state that Georgian scientist are actively involved in various scientific-technological project and activity of young generation in very important.



საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემია

ქართველთა ბუნება ორგულ არს?!



ალექსანდრე (ალეკო) მიტაბერიძე

„ხოლო კაცნი ამა ქვეყნისანი არიან... ამაყნი, ღაღნი, სახელის მაძიებელნი ესრეთ, რამეთუ თვისსა სახელთათვის არა რიდებენ ქვეყანასა და მეფესა თვისსა...“  
ვახუშტი ბატონიშვილი

რახვად ბოროტისა, ვითარცა მოგვითხრობს ძველი მატიანე ქართლისა და საქმენი აწ ხილულნი...“<sup>1</sup>

მერამდენედ (და რამდენი ხანია!) აწივლდა დავით აღმაშენებლის ისტორიკოსის ეს უღმობელი განაჩენი, გამოტანილი „ნათესავი ქართველთა“ მიმართ, განაჩენი, რომელმაც მოსვენება დამაკარგინა და,

ვფიქრობ, ალბათ, არამარტო მე. რაკი ისტორიული თხზულებების ავტორი, ჯერჯერობით, დადგენილი არ არის, მას პირობითად დავით აღმაშენებლის ისტორიკოსს უწოდებენ; ისე კი, გამოთქმული ვარაუდით, იგი არსენ იყალთოელი უნდა იყოს – ცნობილი ქართველი მეცნიერი, ფილოსოფოსი, საეკლესიო მოღვაწე, დავითის თანამედროვე და, რაც მთავარია, დავითის თანამოაზრე, „განმზრახი“, მრჩეველი და იდეების თანამოზიარე, მისი თანამებრძოლი და „თანაგამკაფელი“; ამიტომაც აქვს მის შესანიშნავ თხზულებას დიდი ემოციური ზემოქმედების ძალა, ამიტომაც გორგუნავს და თხემით ტერფამდე აღწევს, განაჯღრევს, გაფიქრებს, მოსვენებას ვიკარგავს, და სულ „ქურში წივის“ – „ნათე-

1. „ქართლის ცხოვრება“, დავით აღმაშენებლის ისტორიკოსი



სავი ქართველთა ორგულ ბუნება არს!... “ დავითის ისტორიკოსის (არსენ ივალთოელის) ნათქვამი რომ არის, ის გვიკლავს გულს, თორემ სხვას რომ ეთქვა, რაგინდ დიდი ავტორიტეტი ყოფილიყო, ეგებ ყურადღება არც მიექცია კაცს... ამის თანები უთქვამთ?!

ავი დღე დამადგა. თუმცა, როგორც ჩვენი საყვარელი პოეტი ამბობს, „მე ვინა მკითხავს განსჯას ბრძენკაცის მარცხისას?“<sup>2</sup>

„ყურში იწივლებს კრწანისი  
განაჩენივით,  
ასიოდ მხედრით თბილისით  
უკუქცეული,  
შემებრალება საწყალი  
მამაჩემივით  
ერეკლე, სულკურთხეული.“<sup>3</sup>

საიდან სადაო?! – იკითხავთ გაცრებულნი, – იქიდან, ჩემო ძვირფასო ქართველო, რომ ყველა შემთხვევაში ჩვენი ეს ტკივილი, ქართულია ეს სევდა, ეროვნულია ეს ჭრილობა და ხან სად მონახავს ფონს და ხან – როგორ.

ან იქნებ მეც სულკურთხეული მამაჩემივით შემებრალება „ნათესავი ქართველთა“ და... საკუთარი თავიც?!

ბუნებით ფაქიზია ქართველი კაცი და მუდამ საღბუნს ითხოვს მისი იარა; იარა კი ღრმა არის, წარსულიდან მოდის და მისგან იღებს სათავეს... „წარსული წარსულში არ რჩება“,<sup>4</sup> ის აწმყოშიც არის, არასოდეს კვდება, მუდამ თან გვდევს და წარუშლელ კვალს ტოვებს ჩვენს ცხოვრებასა და ფსიქიკაზე. რაოდენ გასაკვირიც არ უნდა იყოს, თანამედროვე ადამიანს ცალი თვალი მაინც წარსულისკენ გაუბრუნებს და ფიქრი იმისა, როგორები იყვნენ ჩვენი წინაპრები, რას იფიქრებდნენ და როგორ მოიქცეოდნენ ჩვენს ადგილას, მოგვიწონებდნენ თუ არა საქციელს, მოსვენებას არ აძლევს განმსჯელ და მოფიქრალ ადამიანს!

„ნათესავი ქართველთა ორგულ ბუნება არს“, – თქვა სულკურთხეულმა თითქმის 900 წლის წინ და, ალბათ, არ იფიქრა, რა საშვილიშვილო იარაღ დააჩნდებოდა მისი

ნათქვამი შთამომავლობას, რა მიმედ სატარებელი ჯვარი იქნებოდა ის შემდგომი თაობებისთვის...

ქართველი კაცი ბუნებით იმთავითვე ორგულია თავისი ბატონის მიმართ, რადგან როგორც კი განდიდება, გამდიდრდება, დიდებასა და „განსუენებას“ მოიპოვებს, ბოროტის განმზრახველი ხდება, როგორც მოგვითხრობს ქართლის ძველი მატყანე. „საქმენი აწ ხილულნიო“, – წერს დავითის მემატყანე, როცა ლიპარიტ ბაღვაშის დალატსა და ორგულობაზე მიუთითებს. აქედანვე ჩანს, რომ ქართველების ორგულობის, როგორც მათი თვისობრივი მახასიათებლის, უტყუარობას, ავტორი ქართლის ძველი მატყანით იმოწმებს და საკუთარი თვალთ დახახული რეალობითაც. როგორ გავივით უამთააღმწერლის ეს მოსაზრება, მაინც რამ ათქმევინა ეს იმ დალოცვილს?

მოუხსნით „ქართლის ცხოვრების ქრონიკებს“, სადაც ავტორი, ვახტანგ ჭელიძე, თავის მხრივ, ივანე ჯავახიშვილის მოსაზრებას ეფრდნობა. დიდი ისტორიკოსი წერს: „მემატყანე, რომელიც, ამავე დროს, მეფის (იგულისხმება დავით IV აღმაშენებელი. ა. მ.) უახლოესი ადამიანი და თანაშემწე, ბაღვაშის დალატის მღელვარე ეპიზოდების მოწმე და თვითმხილველია, ვიდაცას ცხარედ ეკამათება. ეს „ვიდაცა“ ერთი და ორი კაცი არ არის, ეს მთელი ჯგუფია, გაგლენიანი საზოგადოების დიდი ნაწილი, რომელნიც ბოროტ ხმებს ავრცელებენ (ანუ „მბარალთბელნი“ არიან), რაკი დავითმა მათი თანვებობა ალაგმოს.“<sup>5</sup>

ცხადზე უცხადესია, რომ მემატყანე, მეფის ერთგული მეგობარი და თანამებრძოლი, ვერ და არც იქნება ამ საზოგადოების, გნებავთ, ჯგუფის, მესობზე. უფრო მეტიც: ის დაუძინებელი მოწინააღმდეგეა ყველა იმ პიროვნებისა, ვინც მის სათაყვანებელ მეფეს ამხედრებია და ბრადღებაც ამიტომ ხომ არ გამოვიდა ასეთი მკაცრი?

კალამი ხომ არ გაექცა დავითის მისტორიკოს?

მეფისადმი განსაკუთრებულმა,

გამორჩეულმა სიყვარულმა და მისი საქმეებით აღტაცებამ, ხოლო ლიპარიტის, როგორც დავითის წინააღმდეგ „ადრულის“, დაკინების სურვილმა პირუთვნელობის განცდა ხომ არ შეუსუსტა აღმაშენებლის თანამებრძოლსა და მეგობარს? ლიპარიტი ხომ მისი თანამედროვეა და იქნებ ეს გზა გამოიხატა კალმოსანმა მის გამოსაფხიზლებლად, დასამუნათებლად, სამხილებლად?

თუ იმასაც გავიხსენებთ, რომ ამ ისტორიული ჭრილისთვის (გეგულისხმობ ფეოდალური საქართველოსათვის დამახასიათებელ ურთიერთქმედებებს), უცხო არ არის ის, რომ დიდი ფეოდალი, ხოლო ბაღვაში დიდი ფეოდალია, მუდამ ებრძვის მეფეს, რომელშიც ის სულაც არ ხედავს თავის თავზე დიდსა და აღმატებულს, მეტიც – თავის ცოლად და სწორად მიუჩნევია, მეტისმეტი ხომ არ მოუვიდა ისტორიკოსს მთელი ერისთვის ასეთი დაქლის დასმით?

ილია ბრძანებს: „ერი, როგორც კრებულნი ისტორიით შედუღებულ ერთ-სულ და ერთ-ხორც მკვიდრთა, ყოველ პატიოსანისა და ჭკუათმყოფელ ადამიანისაგან უნდა პატივცემულ იყოს ყოველ შემთხვევაში, და მისი ასე თუ ისე... ავად ხსენება დიდად სათაკილო საქციელია. ყოველ ერს თავისი საკუთარი სახე აქვს, თავისი საკუთარი გულისთქმა, თავისი წადილები, თავისი სულთასწრაფვა, თავისი ღირსება. ამავების შეგინება ერთი იმისთანა სიბრიყვეა, რომელიც გონებაგახსნილს ადამიანს არ ეპატიება, არ შეუენდობა. ეს ჩვენ კარგად ვიცით და ღმერთმა გვაშოროს იქ მთელი ერი ვიგულისხმობთ, საცა მარტო ერთგვარი გუნდია ცოდვილი. აი, საფრთხე სწორედ აქ არის, აი, აქედამ მოველით იმ მტვერ-ბუქსა, იმ კუდიან ქარსა, რომლის აყენებას არ მოერიდება იგი ერთგვარი გუნდი, რომ კაცს თვალეუბი დაახუჭვინოს, თვალეუბი აუბას.“<sup>6</sup>

„ქართლის ცხოვრების ქრონიკებში“ ვახტანგ ჭელიძე ქართველთა მემატყანი სეულ შეფასებას ასე ხსნის: „ეს სიტყვები („ნათესავი ქართველთა ორგულ ბუნება არს...“ ა.მ.) ნუ შეგვაშფოთებს და ნუ დაგვაფიქრებს. ეს ორატორული ხერხია: მაგრად უნდა შეანჯღრიოს მოწინააღმდეგე, ვისთანაც პოლემიკა გაუმართავს; მკითხველიც

2. „კრწანისის სევდა“, მურმან ლებანიძე  
3. „კრწანისის სევდა“, მურმან ლებანიძე  
4. „სული აღმაშენებელი“, ჯანსუღ დვინჯილია  
5. „ქართლის ცხოვრების ქრონიკები“, გ. ჭელიძე  
6. „ქვათა დაღაღი“, ილია ჭავჭავაძე

უნდა შეარხოს და დააფიქროს, გული დაწვეტიოს, გააბრაზოს კიდევ იმ ხალხზე, რომელსაც თანამართს ქვემოთ უფრო კონკრეტულად იტყვის. ამიტომაც ნუ შეგვაშო ფოთებს ეს სიტყვები, ეს რა თქმა უნდა, საერთოდ ქართველებს არ ეხებაო.<sup>7</sup>

გაგიხარიათ, ჩვენც ეს გვიანდა, თუმცა, ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ისტორიკოსის მისია მკითხველის შერხევა, დაფიქრება, გულის დაწვევა და გაბრაზება კი არ არის, არამედ ის, რომ ობიექტურად, პირუთვნელად, ყოველგვარი მიმხრობისა და შელამაზე ბის გარეშე ფაქტები აღნუსხოს და გადმოსცეს. ე. ი. გამოდის, რბილად რომ ვთქვათ ჩვენი საყვარელი პიროვნება (დავითის ისტორიკოსი, რა თქმა უნდა) ცოტა ტენდენციურიც უნდა იყოს (აკ. ნიკო ბერძენიშვილი, დავითის ისტორიკოსს „პარტიულს“ უწოდებს).

დაგვაგვიანდა, მაგრამ „სჯობს გვიან, ვიდრე არასდროს!“ – მინდა გავაფრთხილო ჩემი მკითხველი, რომ ამ წერილს არ აქვს ვინმეს განქიქების მიზანი. დემოთმა დაგვიფაროს ამგვარი კადნიერებისაგან! გვესმის, რომ უმადურ საქმეს მოგვიდეთ ხელი, ვიცით გამოჩნდებიან ოპონენტები, რომლებიც იტყვიან მოლაღატის დაცვა განუხრახავთო, მაგრამ კიდევ ერთხელ გვიანდა განვაცხადოთ, რომ ჩვენი მიზანი ვინმეს დაცვა ან გამართლება კი არ არის, არამედ „ქმნა მართლისა სამართლისა“. ჩვენი მოკრძალებული მიზანია, შეძლებისდაგვარად გავარკვიოთ ის მიზეზები, რამაც ქართველთა ერთგულებაში ეჭვი შეატანა XII საუკუნის ისტორიკოსს. ეს სიტყვები ნუ შეგვაშოფოთებსო, ეს, რა თქმა უნდა, ყველა ქართველს არ ეხებაო, – ამბობს „ქართლის ცხოვრების ქრონიკების“ ავტორი, მაგრამ თავადაც ეტყობა, რომ თავს იმშვიდებს – არ ვიდარდოთ, ეს ჩვეულებრივი ორატორული ხერხია, პოლემიკის ერთ-ერთი ნაირსახეობაო. „არ ვიდარდოთ“ – ამას ის იტყვის, ვინც კარგად იცის, რომ ნამდვილად გაუნდებია ქართველ კაცს დარდის მიზეზი. ხოლო, რაც შეეხება მოწინააღმდეგის „შენჯღრევას“, მისი არ ვიცი და ამ „ორატორულმა ხერხმა“ ჩვენ რომ გვარიახად „შეგვან-

ჯღრია“, „შეგვარხია“ და „დაგვაფიქრა“, „გაგვაბრაზა“ და „გულიც დაგვწვეტიან“, ეს კი უდავოა. პოდა, სწორედ იმიტომ, რომ მავანმა არ იყველავალს – აი, რას ფიქრობდა ქართველ ერზე ისეთი უბადლო გონებისა და ნიჭის პატრონი და უხადო პატრიოტი, როგორც დავითის ისტორიკოსი იყო. დასახმარებლად კვლავ ილიას მივაშურე, სახელდობრ, მის პუბლიცისტურ წერილ „ქვითა დადაღს“. აი, რას წერს დიდი ქართველი:

„ჩვენისთანა დაბრძოლებული, დაბალ ღობედ მიხეული ერი, ჩვენისთანა სახელ გატეხილი, ძნელად თუ სხვა მოიპოვება დედამიწის ზურგზე. ვინც გნებავთ, ან ზედ გვაბოტებს, ან გექვლავს და მიწასთან გვასწორებს. ღამის კავკასიის ქედს აქეთ ჩვე ნი სხენება გააჩანაგონ, ქართველების სახელი დედამიწის ზურგიდამ აღგავონ და ჩალასავით ქარს გაატანონ, თითქოს არც ოდესღაც ვყოფილვართ, არც დღესა ვართ... სულით დაბლანი, ჭკუაგონებით ჩლუნგნი, ზნეობადაცემულნი, სულელნი, უსწავლელნი, გაუნათლებელნი, გადატაკებულნი, ფლიდნი, პირისგამტეხელნი, მხდალნი – ლაჩარნი – აი, ჩვენის სულიერ და ხორციელ ავლა-დიდების სურათი! აი, რანი ვყოფილვართ, რანი ვართ დღეს იმათის სიტყვით, ვისაც ასე თვისდა სასარგებლოდ მიუნწევია ჩვენის სახელის გატეხა, ჩვენი მიწასთან გასწორება. წერით თუ სიტყვით, შინ თუ გარეთ წელებზე ფეხს იდგმენ, რომ ქვეყანა დააჯერონ, ვითომც ჩვენ სწორედ ასეთი უხეირონი და უდირსნი ვყოფილვართ და დღესაც ასეთნივე ვართ, თუ არ უარესნი“.<sup>8</sup>

ჩემო კეთილ მკითხველო, ამ ჩამონათვალს „პირველითგანვე ბუნებით ორგულობაც“ თუ დაემატება, მერე გინდ გაბრაზდი, გინდ – არა, გინდ დაფიქრდი, გინდ – არა, გინდ გეტკინოს, გინდ – არა...

ილიას მიერ შეფასებული XIX საუკუნის II ნახევრის საქართველოს მდგომა რეობა და ის უსახომო ლაფი და ტალახი, რასაც ასე მონდომებით ესროდა ქართველს ათასი ჯურის ვიკინდარა, მხოლოდ იმ ეპოქაში რომ დასრულდებოდა, რომელზეც დიდი მამუ-

ლიშვილი წერს, კიდევ აიტანდა კაცი, მაგრამ, სამწუხაროდ, დღეს კიდევ უფრო აქტუალურია ქართველი ადამიანის დაკნინებისა და სახელის გატეხის „სანუკვარი“ საკითხი, რასაც ხელს უწყობს ქართველების ეროვნული თვითშეგნების დაქვეითება. ბევრი მექანიკურად იმეორებს სხვებისაგან ჩაძახილს – ქართველები გაუტანლები არიან, ისინი ხომ აუცილებლად ვიღალატებენ, ქართველთან საქმის დაჭერა არ შეიძლება, ქართველი ხომ ქართველს სიამოვნებით კლავს, მაშინ, როდესაც მართლაც რომ გაუტანლობით, მოლაღატური ბუნებით ცნობილი ხალხები თავიანთ თავს ვაჟაკებად და ერთგულებად წარმოგვიდგენენ.

საქართველოს ისტორია დაღატის ბევრ მაგალითს იცნობს: მხარგრძელები, მაკანბერძელები, ყორღანაშვილები, გორგიჯანაშვილები, ჭანუაშვილები, არარატიან ცეხი და სხვა, მაგრამ დაღატის ყველა ეს მაგალითი უკანა პლანზე გადადის, თითქოს შეგნებულად არის მიჩქმალული, ხოლო ლაფისა და ჭუჭყის გუნდად ბაღვაშებისა და სააკაძის სახელებს ისვრიან, რომელთა საქციელიც, ჩვენი ღრმა რწმენით, დაღატი კი არა, ფეოდალურ-კლასობრივი ბრძოლის კლასიკური ნიმუშებია. ხოლო მეფის ხელისუფლებისადმი დაპირისპირება და თუნდაც მის წინააღმდეგ ბრძოლა სრულიად არ ნიშნავს ორგულობას და ქვეყნის დაღატს, მითუმეტეს, რომ „მეფის ტიტული შეიძლება ჰქონდეს უდირსსა და ხალხისთვის უსარგებლო ადამიანს – რამდენი ამისთანა მაგალითი შეგვიძლია დავასახელოთ“.<sup>9</sup> ასე რომ არ იყოს, მაშინ ინგლისის და საფრანგეთის ისტორიაში კარგად ცნობილი ოლიგერ კრომველი და თუნდაც ნაპოლეონ ბონაპარტე მოლაღატეები ყოფილან ინგლისელი და ფრანგი ხალხებისა და არა ეროვნული გამირები, რომელთაც მთელი პროგრესული კაცობრი ობსცემს პატივს და მსოფლიო ისტორია მათი და მათი დეაწლის გარეშე წარმოუდგენელია.

ახლა განვმარტოთ, რას ნიშნავს საკუთრივ სიტყვა „ორგულობა“ და მივსადა გება თუ არა იგი ბაღვაშთა საქციელს, ანუ ადამიანის იმ თვისებებს, რომელთაც ბაღვაშები ავლენენ მეფის, ან, გნებავთ, მისი ხელისუფლების მიმართ.

7. „ქართლის ცხოვრების ქრონიკები“, გ. ჭკელიძე

8. „ქვითა დადაღი“, ილია ჭავჭავაძე

9. „ქართლის ცხოვრების ქრონიკები“, გ. ჭკელიძე, ტომი 1, გვ. 22



ქართული ენის განმარტებით ლექსიკონში (1960 წ. არნოლდ ჩიქობავას რედაქციით) ჩვენთვის საინტერესო სიტყვის ასეთ განმარტებას ვხვდებით: ორგულობა – ორპირობა, ვერაგობა, მუხანათობა.

სულხან-საბას „სიტყვის კონაში“<sup>10</sup> „ორგულობის“ უკეთ გაგებასათვის, მითითებულია მათეს სახარების 23-ე თავის მე-14 მუხლი, სადაც მაცხოვარი ჩვენი უფალი იესო მიმართავს მწიგნობრებს, ფარისევლებსა და თვალთმაქცებს, რომელთაც „გადასჭამეს ქვრივთა სახლები და მოსაჩვენებლად დიდხანს ლოცულობენ“.

მკითხველი ალბათ მიხვდა, რატომ ვუღრმავდებით ამ საკითხს ასე ძირისძირ. ცხადია, ბაღვაშები მეფისა და მისი პოლიტიკის მოწინააღმდეგეები არიან, უფრო მეტიც – ისინი მტრობენ მეფეს, არ ეთანხმებიან, არ ეუფებიან მას, მაგრამ ისინი პირისპირ, შეუფარავად, აშკარად მტრობენ და ებრძვიან მეფეს და არა – მუხანათურად, არა – ზურგს უკან და არა – მხაკერულად! ამიტომ გვებადება კითხვა: რატომ არის ბაღვაშთა საქციელი „ორგულობა“?

ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ბაღვაშთა მტრობის მთელი ეს სამწუხარო ეპოპეა მხაკერულ, ზურგს უკან მიმართულ-ამოფარებული მტრობა კი არ არის, არამედ აშკარა და დაუფარავი დაპირისპირება ორ აღმატებულ წოდებას შორის, რაც, რასაკვირველია, ჩვენს აღფრთოვანებას არ იწვევს, თუმცა ეს არც იმას უნდა ნიშნავდეს, რომ ადამიანის, ან, განებათ, მთელი დინასტიის ერთი თვისება, ერთი მანკიერება მთელ ერზე დაბეჭდვით ვრცელდებოდეს.

მაგანი იკითხავს (იპოვებიათ კაცნი, სამწუხაროდ, არცთუ ცოტანი!) განა მეფე და დიდი ფეოდალი ერთ სიბრტყეზე განიხილება? მეფე ხომ მირონცხებულა, მისი, როგორც უხენაესი მმართველის, სიტყვა ხომ კანონია, ხოლო ყველა ის, ვინც მას ეწინააღმდეგება, უხენაესი კანონის დამრღვევია და სამშობლოს მოღალატე?!

ვფიქრობ, აქ საკამათო არაფერია: მეფე, რა თქმა უნდა, მირონცხებულა, უხენაესი მმართველია ერისა

და სწორედ ეს ღვთიურობა გამოარჩევს მას სხვათაგან, თუნდაც დიდ და წარჩინებულ ფეოდალთაგან (რომ არაფერი ვთქვათ „უაზნოებზე“), მაგრამ მეტადრე მოეთხოვება მას ქვეყნის ღვთიური განგებულებით მართვა, ასწილად და ათასწილად ევალება მას ერის გონიერი მწყემსობა, იმ ერისა და ქვეყნისა, რომელიც მას სამართავად ღმერთმა უბოძა! და რამდენადაც მირონცხებული და ღვთისგან გამორჩეულია, იმდენად ხამს, მართებს და ევალება!!! ისევე ვიმეორებ: „მე ვინა მკითხავს განსჯას ბრძენკაცის მარცხისას“, მაგრამ აქვე დავძენ: ყოველთვის იხენდა კი ბრძენკაცობას ზოგიერთი ქართველი მეფე? ქვეყნისათვის საჭირო დროს, საჭირო ადგილას ყოველთვის იყვნენ კი ისინი უებრონი, ბრძენნი, სამართალმოუწვდომელნი? ჩვენი აზრით, არა და სწორედ აქ არის ძაღლის თავი დამარხული: ერთი რომელიმე „პასაკისა გამო“ სუსტი მეფის შეცდომასა თუ უგზურებაზე, ან ამპარტავან ფეოდალთა გულარძნილობასა და ქვეგამხედვარეობაზე რატომ უნდა აგოს პასუხი მთელმა ერმა და სამუდამოდ დაიდალოს?! „მსგავსი არამზადები ხომ არა თუ ერს, კაცობრიობასაც აღარ ეკუთვნის“.<sup>11</sup>

„ეროვნული თვითკრიტიკა სასარგებლო საქმეა, მაგრამ იგი საკუთარ ერზე ცილისწამებაში არ უნდა გადაიზარდოს“.<sup>12</sup>

ჩვენი წერილის მთავარ საკითხს მივუბრუნდეთ: მაინც რამ ათქმევინა ეს მწარე სიტყვები დავითის ისტორიისთვის? საამისოდ ისტორიას უნდა ჩავუღრმავდეთ, კერძოდ, იმ პერიოდს, ვიდრე დავითის ისტორიკოსი ამ დასკვნას გააკეთებდა.

როგორც ჩვენთვის ცნობილია, დავითის ისტორიკოსი მეფის თანამედროვეა, მისი თანამოაზრეა და მთელი მისი მსჯელობა მიმართულია ბაღვაშების დაპირისპირებაზე დავითთან. არადა, როგორც ჩვენ ვიცით, ამ დაპირისპირებას უფრო ღრმა ფესვები აქვს და შორეული წარსულიდან მოდის. ამიტომ კიდევ ერთხელ გავისხენოთ ბაღვაშების ვინაობა და ის მღვლავარე ეპიზოდები ქართლის ცხოვრებიდან, რომლებიც, ვფიქრობთ, ინტე-

რესმოკლებული არ უნდა იყოს ქართველი მკითხველისათვის.

ცნობილია, რომ ადრევეოდალური ეპოქის ერთ-ერთი ძირითადი მასახი ათე ბელი კლასობრივი ბრძოლის სიმწვავეა. ქვეყნის გაერთიანებასა და ძლიერი სახელმწიფოს შექმნას ოდითგანვე ბევრი მტერი ჰყავდა, როგორც გარედან, ისე ქვეყნის შიგნით. ესენი იყვნენ ადგილობრივი ფეოდალები, წვრილი მთავრები, რომელთაგან უმრავლესობას არა საერთოეროვნული, არამედ საკუთარი ვიწრო-პირადული ინტერესები ამოძრავებდა, მათ სულაც არ აძლევდათ ხელს გაერთიანებული ქვეყნის არტახებში ყოფნა და მეფის ქვეშევრდომობა. პატარა სამთავროებად დაქუცმაცებული ქვეყანა ერჩივნათ, მეტი თავისუფლება და გამდიდრების მეტი საშუალება ეძლეოდათ. ასეთია ფეოდალური ურთიერთობების ხასიათი, მისი სოციალური არსი. იგი დამახასიათებელია, საერთოდ, ფეოდალიზმისათვის, ყველა ქვეყანაში და გამონაკლისი, არც ჩვენი ქვეყანა ყოფილა.

აი, რას წერს ვახტანგ ჭელიძე „ქართლის ცხოვრების ქრონიკებში“: „ვისაც სურს თვალსაჩინოდ წარმოიდგინოს ფეოდალურ ურთიერთობათა ცოცხალი სურათი, მისთვის საინტერესო იქნება ჩახედოს სქემას, რომელსაც სუმბატ დავითის ძის ქრონიკის მიხედვით ადგენენ ხოლმე. ეს არის სქემა ბაგრატიონთა შთა მომავლობის იმ შტოსი, რომელთაც მეცხრე-მეათე საუკუნეებში უცხოვრიათ... სქემაზე თითქოს უფრო მკაფიოდ და გარკვევით გამოისახა ყველაფერი – სუმბატ დავითის ძის ქრონიკაში მოხსენებულ ადამიანთა შემკვიდრებითი თანმიმდევრობა, ნათესაური ურთიერთობანი, საზოგადოებრივი მდგომარეობა იმით არის საინტერესო, რომ სქემაზე გამოსახული ხალხის ამბიციურ ბუნებაზე მიგვანიშნებს, ამ ხალხის ხასიათს გვინვენებს, საერთოდ მაშინდელი საზოგადოებრივი ცხოვრებისა და ურთიერთობის ხასიათს, ამ ხალხის დაუოკებელ პატივმოყვარეობას, სიხარბეს... მათ ფეოდალურ სულის კვეთებას... ერთმანეთს არ ინდობდენ, სისხლს ანთხევდნენ. თავიანთივე სისხლს – ძმისა და ძმისშვილის სისხლს, ესენი ხომ ერთი კაცის შთამომავლები არიან. აშოტ დიდის შვილები, შვილიშვილები,

10. „სიტყვის კონა“, სულხან საბა, ტომი I, გვ. 601

11. ზვიად გამსახურდია წერილები, ესეები

12. ზვიად გამსახურდია წერილები, ესეები

შეილთაშვილები... ერთი კაცის შთამომავლები არიან, მაგრამ დანდობა არ იციან ერთმანეთის, ყველაფერი ეწირება განდიდების ჟინსა და სურვილს, რამაც ზომა არ იცის, რასაც საზღვარი არა აქვს, დაუოკებელ პატივმოყვარეობას ეწირება ყველაფერი... თითქოს უწყინარ, არაფ რის მოქმედ სახელებს კითხულობ; იქვე უნდა იგულისხმოდ, რომ თითოეული ამ სახელის პატრონი ფეოდალია, ფეოდალის მოუსვენარი გული უბორგავს მკერდში, ფეოდალის ხარბი და ამღვრეული თვალებით იყურება, სულ იმის ცდაშია, სხვისი ტერიტორია შემოიერთოს და თავისი გააფართოოს, მეზობელს დამოუკიდებლობა წაართვას და ვასალად გაიხადოს, დაამციროს, გაქელოს... ფეოდალის დაუცხრო მელი ვნება წარმართავს მის მოქმედებას. თავისი ამბიციური მიზნის მისაღწევად არაფერს არ თაკილობს და არ მოერიდება, ძალაუფლების ხელში ჩასაგდებად ძნელსა და ხიფათიან გზაზე ძმას არ დაინდობს, სისხლის მორევს დააყენებს“ (ამის დასტურად, ბატონ ვახტანგს მოყვანილი აქვს სქემა, რომელსაც ჩვენ, მკითხველი რომ არ გადავდალოთ, შეგნებულად არ ვურთავთ).<sup>13</sup>

დამერთო ჩემო, რა ხდება, ეს ხომ მხოლოდ ერთი ფეოდალური გვარის შიგნით ხდება? (თუნდაც ის სამეფო დინასტია იყო).

ახლა გავიხსენოთ ვინ არიან ბაღვაშები:

პირველი ბაღვაში თავისი საკუთარი მამულიდან, არგვეთიდან გადმოსულა თრიალეთს, კლდეში კარი გაუჭრია, დიდი ციხე აუგია და „მტკიცედ დამჯდარა“. ის ტახტის გვირგვინოსნებს იმთავითვე არ ეპუებოდა. აქედან მოყოლებული მათი ურთიერთობა კლასიკური მაგალითის ძალას იძენს ფეოდალური ეპოქის ვასალ-სუზერენის ურთიერთობის უკეთ წარმოსახვანად.

„არ გეგონოთ კლდეკარის საერისთავო პატარა ყოფილიყოს, ერთი ჩვეულებ რივი ფეოდალის სამფლობელო. არა, რა ბრძანებაა, ბაღ-

ვაშები დიდი ფეოდალები იყვნენ, მეფეს არ უდებდნენ ტოლს. მთელი თრიალეთი, ქართლში მტკვრის სამხრეთ ნაწილი „მანგლისის ხევი და სკვირეთი“ მათი იყო. ერთი დიდი ციხე რომ კლდეკარში ჰქონდათ, ატენის ციხეზეც ედავებოდნენ მეფეს და ხშირად თვითონვე ფლობდნენ, რაკი ეს ციხე მტკვრის სამხრეთ ნაწილში იყო.“<sup>14</sup> ამას ემატებოდა მამულები არგვეთის საერისთავოში, საიდანაც იყვნენ წარმოშობით, კერძოდ, კაცხი და მიმდებარე ტერიტორიები.

კლდეკარის ერისთავი ამ დროს ლიპარიტი იყო. „მრავალმხრივ საინტერესო ვაჟკაცი გახლდათ ლიპარიტი, ღრმად განათლებული, მაღალნიჭიერი, მამაცი, უშიშარი, შეუპოვარი და მტრის რისხვა.“<sup>15</sup> დავითამდე სამი საუკუნის განმავლობაში რამდენ ჯერ მე გვხვდება კლდეკარის ერისთავი, გამორჩეული შეუპოვრობითა და სიმტკიცით.

თავდაპირველად ბაღვაშები საქართველოს მტრების წინააღმდეგ ბრძოლაში მეფის ხელისუფლების ერთგული დასაყრდენი იყვნენ, ბიზანტიის იმპერიისა თუ განძის ამირა ფადლონის წინააღმდეგ ბრძოლაში. სანამ ასეთი მოკავშირე ჰყავდა, ქართლის მეფეების საქმეც გაადვილებული იყო.

ნიკო ბერძენიშვილის ერთ-ერთ გამოკვლევაში, რომელიც სწორედ პატრონ ყმური ურთიერთობის თავგადასავალზე მოგვითხრობს, დახატულია ზოგადი სურათი ამგვარი დაპირისპირებისა. დიდი მეცნიერი იქვე იმასაც მიუთითებს, რომ „ეს საკითხი სპეციალური დამუშავების ღირსად უნდა მივიჩნიოთ ფეოდალური ურთიერთობის უკეთ შესწავლისათვის“.

ამიტომ შევეცდებით, თვალი გადავაგლოთ ამგვარი დაპირისპირების ზოგად სურათს. გავიხსენოთ: ქვეყნის ხელახალი გაერთიანება გამთლიანებისათვის მუდმივი ბრძოლა ინტენსიურად მიმდინარეობდა და განსაკუთრებულ აქტიუობას მეფე ბაგრატ III-ის დროს აღწევს. ივანე ჯავახიშვილი წერს „ბაგრატი წესრიგის დამყარებას

შეუდგა“-ო, რაც ქართლის ფეოდალებს დიდად არ ეპიტნავთ. მეფის წინააღმდეგ შეთქმულ აზნაურებს ქავთარ ტბელი მეთაურობდა. ბაგრატ III-მ სასტიკად დაამარცხა შეთქმულები – ზოგი შეიპყრო, ზოგი გაიქცა. ამის შემდეგ მეფეს გადავიდა ურჩი ფეოდალების დამორჩილება. მეფის წინააღმდეგ შეთქმულებაში ბევრი ფეოდალი მონაწილეობდა, გარდა კლდეკარის ერისთავისა. ფორმალურად ის მეფის ქვეშევრდომი იყო, მაგრამ მეფეს არ მორჩილებდა, რასაც მოისურვებდა, იმას აკეთებდა. მაგრამ, რადგან შეთქმულე ბაში მონაწილეობა არ მიუღია, ამიტომაც გადაურჩა მეფის რისხვას, თუმცა ყველაფერიდან ჩანს, რომ მეფე მისი დასჯა-განადგურებისათვის მიზეზს ეძებდა. „კლდეკარის ერისთავი იქნებ გამაღიზიანებლად და გამომწვევად არ იქცეოდა, ჯერჯერობით, თითქოს აქტიურ მტრობას არ ამჟღავნებდა, მაგრამ რაკი დამოუკიდებლობის შენარ ჩუ ნებას ცდილობდა, მაინც ურჩი იყო.“<sup>16</sup> მეფე ბაგრატ III-ს, ალბათ, მაშინვე უნდოდა ბაღვაშების დამორჩილება, მაგრამ „ძლიერი და გავლენიანი კაცი გახლდათ და ბაგრატი რისკს მოერიდა. ამაშიც გამოიმუდავნდა მეფის ჭკუა და სიდიხვე. ანქარებით იქნებ სააღალბედოდ გაეხადა საქმე და ყველაფერი გაეფუჭებინა. ამიტომ ხელი არ ახლო, ისე გაბრუნდა ქუთაისში, რომ მისი დამორჩილება არც კი უცდია, ხელსაყრელ დროს დაელოდა – როცა მოღონიერდებოდა და თავის პოზიციებს განამტკიცებდა.“<sup>17</sup> ნუ დაგავიწყდებათ, რატომ ორბელიანი ჩვეულებრივი წვრილი აზნაური კი არ ყოფილა, ძლიერი ფეოდალი გახლდათ, სამხედრო ძლიერებით ზოგიერთ მეფესაც არ დაუდებდა ტოლს... „12 000 მხედრის გამოყვანა შეეძლო“. მარი ბროსე გადმოგვცემს, ეს დიდი და მრისხანე ძალა იყო იმ დროში. მეფეს უსათუოდ უნდა გაეწია ანგარიში, თორემ შეიძლებოდა ცუდად დატრიალებულიყო საქმე. ამიტომაც დაელოდა ხელსაყრელ დროს. ეს დროც მალე დადგა.“<sup>18</sup> ე.ი. ბაღვაშების ორგულობა და „დალატი“ აქ არაფერ შუაში ყოფილა. მეფე ბაგრატ III-ს გადაწვეტილი ჰქონდა ქვეყნის გაერთიანება და ამ გზაზე მას ყველაზე მეტად ბაღვაშობელიანები „უშლიდნენ ხელს, მეფეს წინ

13. „ქართლის ცხოვრების ქრონიკები“, გ. ჭელიძე, წიგნი II, გვ. 150-152  
 14. „ქართლის ცხოვრების ქრონიკები“, გ. ჭელიძე, წიგნი II, გვ. 346  
 15. „ქართლის ცხოვრების ქრონიკები“, გ. ჭელიძე, წიგნი II, გვ. 346  
 16. „ქართლის ცხოვრების ქრონიკები“, გ. ჭელიძე, წიგნი II, გვ. 247  
 17. „ქართლის ცხოვრების ქრონიკები“, გ. ჭელიძე, წიგნი II, გვ. 247  
 18. „ქართლის ცხოვრების ქრონიკები“, გ. ჭელიძე, წიგნი II, გვ. 247-248



ელობებოდნენ, სახელსა და დიდუბაში ეცილებოდნენ, ღამის ქვეყნის ფაქტიურ გამგებლად იქცნენ... მათ შორის შუღლი სულ უფრო და უფრო ღვივდებოდა, ბრძოლა ხან ჩუმი, ხან აშკარა და შეუპოვარი – გრძელდებოდა და სულ უფრო და უფრო ძლიერდებოდა. ფაქტიურად ქვეყანაში ორი მეფე იყო და არავინ იცოდა, როდის მოედებოდა ბოლო ამ ორმეფობას<sup>19</sup>. ე.ი. დაწყებული იყო ქვეყნის გაერთიანების საშვილიშვილო პროცესი, დაქუცმაცებული წვრილი ფეოდალური სამფლობელოები უნდა მოქცეულიყვნენ ერთიანი, ძლიერი ხელისუფლების ქვეშ და ამ გზაზე ნებისმიერი მსხვილი თუ წვრილი ფეოდალი აღიქმებოდა დაბრკოლებად, მითუმეტეს მსხვილი ფეოდალი, რომელიც ტოლს არ უდებდა მეფეს და ცდილობდა, მას ჩანაცვლებოდა. ეს ბრძოლა გარდაუვალი იყო, ბუნებრივი და, ან ბაგრატიონების გამარჯვებით უნდა დამთავრებულიყო, ან ბაღვაშორებლიანებისა. რა კავშირი აქვს ყოველივე ამასთან „ორგულ ბუნებას“, მითუმეტეს, რომ ამ ბრძოლაში ბაღვაშები მარტო არ იყვნენ და მეფის ხელისუფლებას ასევე უპირისპიდე ბოდნენ აბაზასძენი, ტბელნი, კახეთის ერისთავნი და სხვა. თუმცა, მიუხედავად ასეთი დაპირისპირებისა და პერიოდული წარმატება-წარუმატებლობისა, მაინც მოხერხდა მათი შერიგება და ბაღვაშები, ნებით თუ ძალით, მაინც აღიარებდნენ სამეფო ხელისუფლების უპირატესობას და ერთგულად ემსახურებოდნენ მას.

ეს ერთგულება გრძელდებოდა იქამდე, ვიდრე არ მოხდა კონფლიქტი ბაგრატ IV-სა და ლიპარიტ ბაღვაშს შორის. ეს კონფლიქტი, რომელიც შემდგომ მწვავე დაპირისპირებაში გადაიზარდა და რამაც, ფაქტობრივად, სათავე დაუდო ბაღვაშების „ორგულობასა“ და აშკარა მტრობას მეფის ხელისუფლების მიმართ, ასე დაიწყო:

XI საუკუნის 30-იან წლებში, კერძოდ, 1032 წელს, ქართველებმა თავგამო დებული ბრძოლა დაიწყეს ტფილისის გასათავისუფლებლად. ლიპარიტ ლიპარიტის ძემ და იოანე აბაზას ძემ მეფის დავალებით და სურვილით მცირე

ლაშქარი მიიყვანეს მუხათგვერდს, ტფილისის ამირა ქალაქიდან გაიტყუეს, ბორკილებით შეკრეს, მეფეს მიჰგვარეს და ბირთვისის ციხე აიღეს. მეფე ბაგრატ IV-მ, რომელიც იმჟამად 12 წლისა იყო, სხვათა ჩაგონებით, ამირა ჯაფარი ტყვეობიდან გაათავისუფლა და თავის ტახტზე ისე დააბრუნა, რომ ლიპარიტისთვის არაფერი უკითხავს, ამავი ფეოდალი არაფრად ჩაუგდია.

ლიპარიტმა დიდი წყენა გულში დაიმარხა და კვლავაც მეფის ერთგული დარჩა. მალე ბაგრატი დარწმუნდა, რომ შეაცდინეს და არასწორი გადაწყვეტილება მიადებინეს. 5 წლის შემდეგ 17 წლის მეფემ კვლავ გადაწყვიტა თბილისიდან არაბების განდევნა. მან საომარი სამზადისი სწორედ ბაღვაშს დაავალა, რომელმაც ამჯერადაც კეთილსინდისიერად შეასრულა მეფის ბრძანება. ტფილისის აღება 2 წელიწადს გაგრძელდა. ამ პერიოდში აიღეს ორბეთისა და ფარცხისის ციხეები, ტფილისის გარე ციხეებისაგან გაშიშვლდა, ქალაქი საშინელმა შიმშილმა მოიცვა და ის იყო დღედღეზე უნდა დაცემულიყო, რომ მოულოდნელად ბაგრატმა, როგორც ცნობილია, „დიდებუ ლე ბის ჩაგონებით“, ამირა ჯაფართან ზავი დადო ისე, რომ ლიპარიტ ბაღვაში არც ამჯერად გახსენებია. ეს მოხდა 1039 წელს. ეს უკვე მეტისმეტი იყო. ასეთ შეურაცხე ყოფას დიდი ფეოდალი კი არა, უბრალო მოკვდავიც არ მოითმენდა. როგორც „ქართლის ცხოვრება“ გვაუწყებს, „მიერთგან შეიქნა ლიპარიტ ქვეამხედვარედ თავისი პატრონისაგან“.

შენ რას იზამდი ლიპარიტის ადგილზე, ჩემო მკითხველო???

ასე რომ, აღნიშნულ პერიოდამდე ბაღვაშები მეფის ხელისუფლების ძირითადი დასაყრდენი იყვნენ, ხოლო მას შემდეგ, რაც მეფემ სრულიად უარყო მათი დამსახურება და იოტისოდენა ანგარიში არ გაუწია მათ პატივმოყვარეობას, ერთგულებასა და თავდადებას სამეფო ხელისუფლებისადმი, ისინი სამკედრო-სასიცოცხლო დაპირისპირებამდე მივიდნენ. აქვე უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ისინი მეფეს, კერძოდ პირს მტრობენ და ამ მტრო-

ბაში წამითაც არ მიიხნევენ, რომ სამშობლოს დალატობენ. უფრო მეტიც: მათი ფიქრით, ისინი ემტერებიან ისეთ სუზერენს, რომელმაც მალემრწმე ნობითა თუ ქვეყნისათვის არასწორი, უგუნური გადაწყვეტილებების მიღებით, სამშობლოს ავნო.

როგორც ამ წერილის ეპიგრაფშია მინიშნებული, ქართველი კაცი სიამაყითა და სახელის მაძიებლობით არის გამორჩეული, განსაკუთრებით შეუგუებელია იგი უმადურობისა და ამაგის დაუფასებლობის მიმართ, და თუ ჩვეულებრივი ქართველი კაცია ამგვარი, დიდი ფეოდალი, მეფის პიროვნებაში არა აღმატებულის, არამედ ტოლისა და სწორის დამნახავი, რა გასაკვირია, კიდევ უფრო შეუგუებელი იყოს? მეფე ხომ აზნაურია აზნაურთა შორის, მითუმეტეს იმ ეპოქაში მეფეც ხომ ჩვეულებრივი ფეოდალია, არაფრით გამორჩეული, როგორც ნიკო ბერძენიშვილი აღნიშნავს, „პირველი თანასწორთა შორის“<sup>20</sup> (Primus inter pares) და არა აღმატებული და ოლიმპზე მდგომი.

დიახ, სწორედ ამაგის დაუფასებლობამ და სამეფო ხელისუფალთაგან გამოვლენილმა უმადურობამ (და, როგორც ზემოთ ითქვა, არა მარტო ამან) მიიყვანა მანამდე ერთგული და მამაცი ფეოდალი ლიპარიტ ბაღვაში მტრობამდე, ბაღვაში, რომელიც, უნდა გავმეორდეთ, უმადურ ტოლ-სწორს ებრძვის და მტრობს და არა სამშობლოს! რა გამოდის? „ის, რაც უბრალო მოკვდავს ამორალობდა და მიუტყვებელ ცოდვად ჩაეთვლება, გვირგვინოსნისათვის კანონიერიც არის და მორალურად გამართლდებულად“<sup>21</sup>.

აი, საიდან იღებს სათავეს სხვა მიზეზებთან ერთად ბაღვაშების დაპირისპირება მეფის ხელისუფლები სადმი, რამაც თავისი ლოგიკური გაგრძელება ჰპოვა დავით აღმაშენებლის ეპოქაში და მის მერეც.

1039 წლის შემდეგ ბაღვაშები მტრობენ თითქმის ყველა მეფეს და ცდილობენ ჩაენაცვლონ მათ, რაც ჩვენი აზრით, კარგი სრულებითაც არ არის, მაგრამ ბუნებრივი მახასიათებელი კია ფეოდალური ხანის სუზერენ-ვასალური ურთიერთობისათვის და სრულებით არ გამოდგება იმის დასამტკიცებლად, რომ „ქართველთა ბუნება ორგულ არს“.

19. „ქართლის ცხოვრების ქრონიკები“, გ. ჭელიძე, წიგნი II, გვ. 359  
20. ქართლის ცხოვრება  
21. „ქართლის ცხოვრების ქრონიკები“, გ. ჭელიძე, წიგნი I, გვ. 54

ეს მტრობა თითქოს მემკვიდრეობით გადაეცა შთამომავლობასაც – ბაღვაშები თითქმის ყველა მეფეს უპირისპირდებიან. „თითქმის ყველა მეფეში“ დავით აღმაშენებელი იგულისხმება, რომელიც იმ დროისათვის ჯერ კიდევ არ არის მეფე-აღმაშენებელი, ანუ მას ეს თიკუნი ჯერ არ აქვს. ამიტომ გასაკვირი არ არის ბაღვაშთა „მემკვიდრეობითი მტრობა“ მის მიმართაც. ასევე ბუნებრივია დავითის თანამებრძოლისა და „თანაგამკაფეველის“ რეაქციაც ბაღვაშთა მტრობაზე, რაზეც ზემოთ უკვე ითქვა. უმადურობის და სულსწრაფობის ზუსტად ასეთივე გასაკვირველ და ძნელად ასახსნელ შემთხვევასთან გვაქვს ადგილი ცოტა მოგვიანებით დავით ულუ ლაშას ძის მეფობის დროს, როდესაც მეფის დაუკვირვებელი (???) საქციელის გამო „იქმნა მიერთგან განდგომილება მესხთა ვიდრე მეფის გიორგი ბრწყინვალისადმდე“. სამცხის სპასალარს სარგის ჯაყელს სხვა გზა აღარ ჰქონდა, მეფის საქციელმა აიძულა იგი „ლაღატის“ გზას დასდგომოდა (1266 წელს). როდესაც მეფის მიერ მონღოლთა ყაენის მიმართ დაუკვირვებელი განდგომის და უფრო უაზრო სიტყვების გამო საქართველოს ყველა დიდებული განდგურდა, მხოლოდ სარგის ჯაყელი დარჩა მეფის ერთგული, მხოლოდ ჯაყელი იბრძოდა მეფესთან ერთად მონღოლებსა და განდგომილი ქართველი დიდებულების წინააღმდეგ. ხოლო, როდესაც მეფე დავით–ულუ პულაგუ ყანის წინაშე წარსდგა, იგი თან ეახლა მეფეს და მისი ყველა „დაწაშალი“ თავის თავზე აიღო, რითაც მეფის გადასარჩენად თავი გასწვრიდა და მხოლოდ შემთხვევით გადარჩა სიკვდილით დასჯას. ამის შემდგომ მეფეს გაჰყვა მონღოლთა შორის წარმოშობილ ომებში, სადაც შაბურანის ბრძოლაში სარგის ჯაყელმა დიდი თავგანწირვით აშკარა სიკვდილისგან იხსნა პულაგუ ყანი, რომელიც მარტოდ დარჩენილი მოწინააღმდეგის მემკვიდრებს ბორცვზე მოემწყვდიათ. ქართველმა სარდალმა რომ დაინახა განსაცდელში ჩავარდნილი ყანი, ცხენი იქითკენ გააქანა და ყანზე ხმალშემართულ ჩრდილოეთის ურდოელ მონღოლებს შეუტია, გააქცია... აშკარა დაღუპვას გადაარჩინა

პულაგუ ყანი.. ბრძოლის შემდეგ ყანმა მადლიერება გამოიჩინა ქართველი მეფისა და მისი მემკვიდრის მიმართ. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ბრძოლა მან წააგო, მეფესაც და ქართველ მემკვიდრესაც „ფრიადითა პატივითა პატივ-სცა“, სარგის ჯაყელს კი განსაკუთრებული სიამაღის და დამსახურებისათვის უბოძა კარნუ(ყარსი) ქალაქი და მიმდგომი მისი ქვეყანა. მეფეს ვერაფრად ეჭაშნიკა სამცხის მთავრის ასეთი დაფასება და ელგონ ნოინის მეშვეობით ყანს შეუთვალა: „რაღა კარნუ ქალაქი, ბარემ მეფობაც მისცეს ყანმა ჯაყელს“ – ყანმაც აღარ მისცა დანაპირები კარნუ (ყარსი) ქალაქი ჯაყელს. ეს ამბავი არ დაიმაღებოდა, რაღა გასაკვირია, რო სარგის ჯაყელს ეწვინა მეფის ასეთი სულმოკლეობა, ასევე სწერს მემკვიდრე: „შეიქმნა გულკლებით და ქვეგამხედვარედ პატრონისაგან“. მაგრამ ეს ჯერ კიდევ არ იყო ღალატი. ჯერ აღბათ ყოყმანობდა სარგის ჯაყელი და იქნებ მორეოდა კიდევ თავს, ისე რომ არ გამოეჩინა მეფეს სულმოკლეობა. უკეთურმა ადამიანებმა („უკეთურთა კაცთაო“–სწორედ ასე წერს უამთადმწერელი) მეფეს ჩააგონეს სამცხის სპასალარი შენგან განდგაო. მეფემ აშკამადაც დაივიწყა მისი ერთგულება და „დაივიწყა მისი დამსახურება“ და გადაწვეიბა მისი დასჯა. მეფემ ვერაგულად სასახლეში მიიწვია სამცხის სპასალარი — „მოუწოდა პალატად და შეიპყრა და ტყუე ყო“. სამცხელი აზნაურები მაშინვე ყანთან გაქანდნენ და მეფემ სამცხის სპასალარის დასჯა ვერ მოასწრო. „მაშინ ყანმან ამცნო მეფესა განტეგება სარგისისა და განტეგვა და იქმნა მიერთგან განდგომილება მესხთა ვიდრე მეფის გიორგის ბრწყინვალისადმდე“. სამცხის სპასალარს ახლა უკვე სხვა გზა აღარ ჰქონდა. მას მხოლოდ ამით შეეძლო სიცოცხლის შენარჩუნება და ყანს „ხასინჯუდ“ შეწვალება სოხოვა, ყანმაც სიხარულით შეიწყალა. ასე ძალად გადაიკიდა მეფემ უერთგულების ქვეშევრდომი, კარგი ვაჟკაცი და დიდი მამულისშემილი, განათლებული პიროვნება წინდაუხედაობითა და უმადურობით. მოკლედ კომენტარი ზემდეტია.

მეფე ყოველთვის მართალია? არა მგონია უმადურობა ისეთი მძიმე გრძობაა, რაც ყველაზე უფრო მეტად ატკენს გულს ადამიანს და გაამწარებს. უბიძგებს მას სამაგიეროს გადახდისკენ. როგორც ამბობენ– უმადურობა ბილწი ადამიანის სულმდაბლობაა. სამეფო ხელისუფლებსა და ფეოდალებს შორის დაპირისპირება ყველაზე მწვავედ სწორედ მეფე დავით IV აღმაშენებლის ეპოქაში გამოიკვეთა. ქვეყნის წინაშე ახალი რეალობა დადგა „მეფე დავითმა თავიდანვე გადაწყვიტა, რომ ისეთი ხასიათი ფეოდალური ურთიერთობისა, რასაც მისივე მამა-პაპა ითმენდა, უკვე აღარ გამოდგებოდა, ის უკვე ქვეყნის შემდგომ განვითარებას ბორკილად ედებოდა და მოსათმენი აღარ იყო“<sup>22</sup> როგორც ნიკო ბერძენიშვილი შენიშნავს, „საჭირო იყო ახალი ხარისხის საზოგადოების შესაფერისი სახელმწიფოებრივი წყობილება“. მეფეს ვეღარ დააკმაყოფილებდა „პირველობა თანასწორობა შორის“ (Primus inter pares). ეს ხელაღვე იგრძნეს დიდებულებმა, იგრძნო კლდეკარის ერისთავმაც, რომელიც ასეთ მორჩილებას ვერ შეურიგდებოდა. მითუმეტეს, რომ ბაგრატიონებიც ხომ დაწინაურებული ერისთავები იყვნენ? ერთი სიტყვით, კვლავ დაუპირისპირდა ერისთავი მეფეს. „ერთთარცა ძალდი მიექცა ნათხევარსა და ვითარცა ღორი ინწუბა საგორელსა მწვირისასა“ – ძალღვივთ თავისივე ამონთხეულს დაუწყო ლოკვა და ღორივით წუმპეში დაიწყო გორვაო, – ბაღვაშების მისამართით ამბობს მემბატია ნე და რომ დაძაბოს სიტუაცია, უკადრის სიტყვებსაც არ ერიდება, რის შემდეგაც მეფემ შეიპყრო ლიპარიტ ბაღვაში, სიკვდილით არ დასაჯა, მაგრამ სამუდამოდ გააძევა საქართველოდან, ხოლო კლდეკარის საერისთავო სრულიად გააუქმა. „ეს არ იყო უბრალო მოვლენა, დიდი ისტორიული აქტი გახლდათ. ამით იწყებოდა დავით აღმაშენებლის დიდი რეფორმები, ამ აქტით მეფე საჯაროდ აცხადებდა, რომ ამიერიდან მადალი თანამდებობები მიენიჭებოდათ არა მემკვიდრეობითა და შორეული წინაპრების დამსახურებათა მიხედვით, არამედ პირადი ნიჭის, ცოდნის, ღირსებისა და დამსახურების კვალობაზე... ამრიგად, კლდეკარის ძველი ერისთავი ახალი ერისთავი ვით კი არ იცვლებოდა, ეს მიწა-წყალი სამეფო საკუთრებად ცხადდებოდა“<sup>23</sup>

22. „ქართლის ცხოვრების ქრონიკები“, გ. ჭელიძე, წიგნი III, გვ. 27-28  
 23. „ქართლის ცხოვრების ქრონიკები“, გ. ჭელიძე, წიგნი III, გვ. 29



როგორც ხედავთ, ეს ქვეყნის ცხოვრებაში ფუნდამენტური ცვლილება იყო, პრინციპულად იცვლებოდა ურთიერთობები და საკუთრების ფორმაც. „ამიერიდან მეფე თანას წორთა შორის პირველი კი აღარ იყო, არამედ იგი სულ ცალკე იდგა, მაღლა, და ყველანი მისი მორჩილები იყვნენ. მეფემ ერისთავობის საუკუნეობით დაკანონებულ ინსტიტუტს სახესებით ახალი სახელმწიფოებრივი წყობა დაუპირისპირა“.<sup>24</sup>

ამ შემთხვევაში მთავარი და საგულისხმო ის არის, რომ, თუ დავითამდე ცალკეული მსხვილი ფეოდალების – ერისთავების წინააღმდეგ მეფეების ბრძოლის დიდი ხნის ისტორიას თავისებური ელფერი ჰქონდა, დავითის ბრძოლა წინარე მეფეთა ბრძოლებისაგან პრინციპულად განსხვავდებოდა. აქამდე თუ მეფე ცალკეულ ერისთავს ებრძოდა და მის „ალაგმვას“ ცდილობდა ან დასჯიდა, საერისთავო ისევ მას ან მის მემკვიდრეებს რჩებოდათ, რითაც პრინციპული თვალსაზრისით თითქმის არაფერი იცვლებოდა, ხოლო ამჟამად მეფე უპირისპირდება არა ცალკეულ ერისთავებს, არამედ მთლიანად ერისთავობის სისტემას და ცვლის მას. ამიერიდან გაუქმებულ საერისთავოს მეფე იტოვებს თავის საკუთრებაში და სამართავად ნიშნავს თავის მოხელეს. ამ დროიდან შეიცვალა დიდი „ფეოდალის“ – მამულის – მემკვიდრეობითი ფლობის სისტემა და დამკვიდრდა სამოხელეო თანამდებობისა და მამულის დროებითი ფლობის ფორმა „საკარგავი“. „საკარგავი“ ის მიწა-წყალი, ის მხარე იყო, რომელსაც მეფე გარკვეული დროის განმავლობაში თავის ერთგულ მოხელეს ჩააბარებდა ხოლმე სამარ თავად. ეს იყო უდიდესი ისტორიული მნიშვნელობის მოვლენა, საქართველოსა და მკობელი ქვეყნების ისტორიას მსგავსი ანალოგი არ ახსოვს. ზედმეტია იმაზე საუბარი, თუ რა პროგრესული იქნებოდა ქვეყნის პოლიტიკურ-ეკონომიკური განვითარებისთვის. დავით აღმაშენებლის რეფორმების ძირითადი არსი ხომ ზუსტად ამაში მდგომარეობდა. ჩვენ ვიცით, თუ რაოდენ დიდი ბიბი მისცა მან ქვეყნის განვითარება-გაძლიერებას. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ახალი წყობისთვის საფუძველი დიდი ხნის წინ იყო მომზადებული. ამის დას-

ტურია წინა მეფეების – აშოტ კუროპალატის, ბაგრატ III-ის, ბაგრატ IV-ისა და დანარჩენი მეფეების – დაუცხრომელი ბრძოლა სხვა მეფეთაგან და ერისთავების წინააღმდეგ. აი, სწორედ ამიტომ იყო ეს ბრძოლები ასეთი მწვავე და დაუნდობელი, აი, რატომ ჰყავდა დავით მეფესაც ამდენი მოწინააღმდეგე და „მაბრალბელნი“, რომელზეც დავითის ისტორიკოსი მოგვითხრობს და მიგვანიშნებს, ამიტომაც არის, ჩვენი აზრით, ბაღვაშების (და სხვა ფეოდალების) დაპირისპირება მეფესთან ფეოდალურ-კლასობრივი ბრძოლა, რაც დამახასიათებელია ამ ეპოქის ყველა ქვეყნისათვისაც და არა ქვეყნის დალატი და ქართველთა, როგორც ეთნოსის „ორგული ბუნება“. უნდა აღინიშნოს, რომ დავით აღმაშენებელს ამ ახალი სისტემის დამკვიდრებისათვის დიდი ძალისხმევა და სისხლის დაღვრა დასჭირდა და საბოლოოდ მაინც ვერ დაამკვიდრა, რადგან ეს ბრძოლა, როგორც ვიცით, დავით აღმაშენებლის შემდგომ ეპოქაშიც გაგრძელდა უფრო მწვავედ და დაუნდობლად. თუ რამდენად მძიმე და მტკივნეული იყო ეს ბრძოლა არა მარტო ფეოდალებისთვის, რომელთაც მამულებზე მემკვიდრეობითობის უფლება დაკარგეს, არამედ თვითონ მეფისათვისაც, კარგად ჩანს დავით მეფის „გალობანი სინანულისანი“-ში, სადაც მეფე იხანებებს კიდევ თავის ნამოქმედარს:

ბოროტად გარდავკვდ  
საზღვართა და შევჭრთე  
სახლი სახლსა  
და აგარაკი აგარაკსა, და  
უძღურესთა  
მივბუჭე ნაწილი მათი,  
და ვიღუპილ უმეზობლობასა,  
ვითარმცა მარტოა ვმკვდრობად  
ქვეყანასა ზედა...<sup>25</sup>  
საერთოდ, უნდა აღინიშნოს, რომ ხელისუფალთა უმადურობამ არაერთი ჭეშმარიტი მამულიშვილი გაუყენა ორგულობის გზას. სამწუხაროდ, ამის მაგალითი არც თუ ცოტაა საქართველოს ისტორიაში. მათი ჩამოთვლისაგან ამჯერად თავს ვიკავებთ, რადგან ვთვლით, რომ ცალკე საუბრის თემაა. მაგალითისათვის გიორგი სააკაძის ფენიშენი რად ღირს, იმ დიდი მოურავისა, რომელიც მეფე თეიმურაზის მიმართ (და არა მარტო თეიმურა-

ზის) გაწეული სამსახურის დაუფასებლობის გამო იქცა მოღალატედ. ბევრი ცუდის მოტანა შესძლებია „ავთა კაცთა ნაუბარს“, „ავთა კაცთა ენამან შემაცდინაო“, – ამბობს დიდი სულხან-საბას „სიბრძნე სიცრუისას“ პერსონაჟი მეფე ფინეხი, როცა უფლისწული გონიერი და უდანაშაულო აღმზრდელის სიკვდილით დასჯას განიზრახავს.

სამეფო კარის წეს-ჩვეულებების უბადლო მცოდნე და პოლიტიკური ინტრიგების მსხვერპლმა ორბელიანმა შესანიშნავად უწყოდა, „ბოროტ კაცთა შესმენით“ რა სავალალო შედეგებამდე მიდიოდა ქვეყანა, როგორ სუსტდებოდა და უძღურდებოდა, თუკი მეფე პოლიტიკურ სიბეცესა და მალემრწემრობას გამოიჩინდა! ცხადია, როცა მეფეთა პოლიტიკურ სიბეცესა და უმადურობაზე ვსაუბრობთ, დავით აღმაშენებელს არ ვგულისხმობთ, მისი წინარე და შემდგომი მეფეების საქმენი გვაქვს მხედველობაში (იგულისხმება ბაგრატ III, ბაგრატ IV, გიორგი მეორე და სხვანი), საქმენი, რომელთა განხორციელებაში სწორედ ზემოთხსენებულ „ავთა კაცთა ნაამბობს“ და „მაბრალბე ბელთა“ მკვამენებს უღვეთ ღომის წილი. ჩვენი ღრმა რწმენით, ფეოდალური დაქუცმა ცეცხლის წინააღმდეგ მეფის ხელი-სუფლების ბრძოლის უდაოდ პროგრესულ და ეროვნულ საქმეში მსხვილი ფეოდალების (ბაღვაშების, აბაზასძენის, ტბელის, ჰერე თის, კახეთის ერისთავთა და სხვათა) ბედი წინასწარ იყო განსაზღვრული და მიზეზს არავითარი მნიშვნელობა არ ჰქონდა. მიზეზი და საბაბი ყოველთვის მოიძებნებოდა და მეფის ისტორიკოსის მტკიცება, ბაღვაშები (და სხვანი) დალატისა და ორგულო ბი სათვის დაისაჯნენო, საფუძველს მოკლებულია. მიმდინარეობდა ქვეყნის გაერთიანება-ცენტრალიზაციის კეთილშობილ ღუ რი საქმის პროცესი და იმ დროს მას ვერაფერი შეაჩერებდა.

მემატიანისა არ იყოს, ვგონებ მეც გამეცქა კალამი. „პირველსა სიტყვასა ზედა მოვიდეთ“, როგორც ბრძანების ჰაგიოგრაფი მწერალი და აი, ჩვენი მოკრძალებული დასკვნაც: ბუნებით ორგული და „პირველთაგანვე“ ქვეამხედვარე კი არ არის ქართველი კაცი, უმადურობასა და სამსახურ-ამაგის დაუფასებლობას მიჰყავს იგი აქამდე, ეროვნული გმირიდან – მოღალატეობამდე! მაშ „რა არის ქართველი კაცისათვის ყველაზე მეტად

24. „ქართლის ცხოვრების ქრონიკები“, გ. ჭელიძე, წიგნი III, გვ. 30  
25. „გალობანი სინანულისანი“, დავით აღმაშენებელი

დამახასიათებელი თვისება, რა არის ის ძირითადი თავისებურება, რომელიც ისტორიულად მოხდგამს ჩვენს ერს და განსაზღვრავს მის ინდივიდუალურ პროფილს? პასუხს იძლევა დაკვირვება რჩეული ქართველი ადამიანების ბიოგრაფიისა, მათი ბედისა, მათი აღსასრულისა. ზოგან აშკარად, ზოგან კი უადრესად ფარუ ლად ჩანს, რომ ეს თვისებაა მოყვასისათვის თავგანწირვა, მსხვერპლი, საკუ თარი სიცოცხლის არად ჩაგდება მოყვასის საკეთილდღეოდ. ჩვენი ისტორიის დიდი გმირები: ვახტანგ გორგასლანი, დავით და კონსტანტინე არგვეთის ერისთავები, დავით აღმაშენებელი, თამარი, დიმიტრი თავდადებული, ცოტნე დადიანი, იოთამ ზედგე ნიძე, ცხრა ძმა ხერხეულიძეები, თვედორე მღვდელი, ლუარსაბ მეფე, სვიმონ მეფე, ქეთევან წამე ბული, სამასი არაგველი, ილია ჭავჭავაძე და სხვანი მრავალნი დიდმოწამენი და წმინ და ნნი გვიდასტურებენ ამას საოცარი სიცხადით. განსაცვიფ რებელია, რომ ამ გაღერე ას ზედ ერთვიან უცხოელნიც, რომლებშიაც საქართველომ აღზარდა ეს გრძნობა. ესენი არიან: წმიდა შუშანიკი, წმიდა რაჟდენი, ევსტათი მცხეთელი, აბო ტფილელი... ქართულ ენაში არის ერთი გა-

საოცარი სიტყვა, რომელიც ნათელყოფს, თუ რამდენად ორგანულია ეს შტრიხი ქართველი ერისთვის. ეს არის სიტყვა „გენაცვალე“, აგრეთვე გამოთქმა „შენი ჭირიმე“. რომელ ენას გააჩნია მსგავსი სიტყვები? არც ერთს.

მოყვასისათვის თავგანწირვაშია ქართული ისტორიის პათოსი. და როდესაც დაუფიქრდები, რამ მოიყვანა ქართველი ერი დღემდის, რამ გადაარჩინა ისტორიის შემზარავ ქარტყილებს, რწმუნდები, რომ მხოლოდ და მხოლოდ ამ თავისებურებამ. ეს თვისება სისხლში ჰქონდა გამჯდარი ერს. ეს თითქოსდა თანდაყოლილი, შესისხლხორცებული რამ იყო, და არა გარეგანი, ეთიკური აღზრდის მიღწევა.<sup>26</sup>

ხომ გვასწავლის დიდი შოთა, როდესაც ტარიელის, როგორც მეფის, გონიერებაზე და სიბრძნეზე მიუთითებს:

„ორგული და მოღალატე ნამსახურსა დავაძგვანე,

ესე არის მამაცისგან მეტისმეტი სიგულვანე?“-ო.<sup>27</sup>

ჰოდა, თუკი შესაძლებელია ორგულისა და მოღალატის ნამსახურისათვის დამგვა ნება, რატომ არ შეიძლება რომ „ნამსახური“ ორგულად და მოღალატედ არ ვაქციოთ?!

არადა, ნიჭიერმა ხელისუფალმა და გონიერმა პოლიტიკოსმა უნდა შეძლოს (ვაღლებულიც არის) თითოეული პატრიოტის ქვეყნის სამსახურში ჩაყენება, სათანადო აღგილის მიჩენა და დაფასება, რაც, სამწუხაროდ, ყოველთვის ვერ ხერხდება.

თქვენი არ ვიცი და ჩემთვის ფრიად „საწუხ არს ესე“!

ასე, რომ როგორც ზემოთქმულიდან ირკვევა, ქართველები „ორგულნი“ და „მოღალატენი“ კი არ არიან „ბუნებით“ და „დასაბამით“, არამედ ამგის დაუფასებლობისადმი არიან შეუგუებელი და, ამაგდროულად, სახელის მაძიებელი.

არ ვიცი, მოვასხერხეთ თუ არა თქვენი დარწმუნება, მაგრამ ჩვენი კეთილი სურვილია, გაეთავისუფლდეთ ამ კომპლექსისაგან და დაგრჩეთ ისეთებად, როგორც ბადაც ვახუშტი ბატონიშვილი გვასახიათებს: „ხოლო კაცი ამა ქვეყნისანი არიან მხენი, მუშაკნი, ჭირთა მომთმენნი... მკვირცხლნი, მხიარულნი... ამაყნი, ლაღნი, სტუ მართა და უცხოთა მოყვარენი, უკეთუ ორნი ან სამნი არიან, არარა შეიჭირვონ, უხვნი... საუნჯეთა არამმესველნი, გონიერნი, მსწრაფლ მიმხმდომნი, სწავლის მოყვა რენი... ზნენი აქვნდათ პირმტკიცობა, მტერთა ზედა ერთობა, თავისუფლე ბისათვის მხნედ ბრძოლა, მაგრად დგომა მისთვის... გარნა თუ სძლია ვინმე მძლავრობანი, არა დაემორჩილონ...“<sup>28</sup>

მაისი, 2009 წ.

26. „წერილები, ესეები“, ზვიად გამსახურდია, გვ. 548-549  
 27. „გეფხისტყაოსანი“, შოთა რუსთაველი  
 28. „ადწერა სამეფოსა საქართველოსა. ქართლის ცხოვრება“, ვახუშტი ბატონიშვილი, ტომი IV, თბ., 1993 წ.

**რეზიუმე**

**ქართველთა ბუნება ორბულ არს?!**

*ალექსანდრე (ალემო) მიტაბერიძე*

*(საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემია)*

ბუნებით ფაქიზია ქართველიკაცი და მუდამ საღბუნს ითხოვს მისი იარა; იარა კი ღრმა არის, წარსულიდან მოდის და მისგან იღებს სათავეს დაგვაგვიანდა, მაგრამ „სჯობს გვიან, ვიდრე არასდროს!“ – მიხდა გავაფრთხილო ჩემი მკითხველი, რომ ამ ნაშრომს არ აქვს ვინმეს განქიქების მიზანი. დემეტომა დაგვიფაროს ამგვარი კადნიერებისაგან! გვესმის, რომ უმაღლურ საქმეს მოვკიდეთ ხელი, ვიცით გამოჩნდებიან ოპონენტები, რომლებიც იტყვიან მოღალატის დაცვა განუზრახავთ, მაგრამ კიდევ ერთხელ გვინდა განვაცხადოთ, რომ ჩვენი მიზანი ვინმეს დაცვა ან გამართლება კი არ არის, არამედ „ქმნა მართლისა სამართლისა“. ჩვენი მოკრძალებული მიზანია, შეძლებისდაგვარად გავარკვიოთ ის მიზეზები, რამაც ქართველთა ერთგულებაში ეჭვი შეატანინა XII საუკუნის ისტორიკოსს.

**SUMMARY**

**DOES A GEORGIAN MAN HAVE TREACHEROUS CHARACTER?!**

*ALEXANDER Mikaberidze – Georgian Academy of Humanitarian and Art Sciences*

Character of a Georgian man is tender and his wounds always demands balm. The wounds is deep and it comes from ancient times. We are late, But it is better late than never, I would like to warn my reader, that this work has not been done to criticize someone. God forbid us from such daring! We acknowledge, that we have started to do work that will never be praised, opponents will show up – who will say, that our purpose is to protect traitors; However, I would like to state yet again, that our goal is not to protect or justify someone, but to enforce the justice. Our goal is to find the reasons , that gave 12th century historian doubts about loyalty of Georgians.

2014 წელი





ახალი მოსაზრება

ავტორი ფიქრობს, რომ ულანდის ამ ტექსტის მიხედვით შეიძლება გრიგოლ ორბელიანის „მუშა ბოქულადზე“

მურმან თავდიშვილი

1987 წელს გამოვიდა ილიას თხზულებათა I ტომი. აქ დაბეჭდილია სანტიმენტალური ლექსი „მოთქმა საწყლისა“. ამ ლექსზე ჭაბუკი მოშაირის მუშაობა დაახლოებით დაემთხვა მამამისის გარდაცვალებას და მკვლევარები ტექსტს მაინცადამაინც ამ ამბავს უკავშირებენ. კომენტარებში /გვ. 523/ უცნაურ რასმე ვკითხულობთ: თუკი შინაარსს დავეყრდნობოდით და ვირწმუნებდით, რომ მასში ასახულია რეალობა, მაშინ დაწერის თარიღის ფართო არეალი /1840 – 1850/ უფრო დავიწროვდებოდა: ის დაიწერა 1852 წლის მეორე რიცხვით ილია მაშინაც დაობლდაო. მოგვიანებით ეს იდეა გაიზიარა გურამ შარაძემაც.

უფრო საგულისხმოა კომენტარის მეორე ნაწილი: „მაგრამ ლექსის ასეთ ბიოგრაფიულ ინტერპრეტაციას ადვილად შესაძლებელია შეცდომაში შევყვანეთ, რადგან ამ ლექსში ისეთი ფაქტებიც არის წარმოსახული, რომლებიც ილიას ცხოვრებაში არასდროს მომხდარა, ასე, მაგალითად: ილიას ყრმობის პერიოდში არ ყოფილა მომენტი, რომ მას არ ჰყოლოდა „შემნახავი“, არ ჰქონოდა სახლ-კარი თუ თავშესაფარი, და ლუკმაპურის სათხოვნელად „კარ-კარ“ დასჭირებოდა სიარული“.

მეც მანდა ვარ! კომენტარის მეორე ნაწილი ცამდე მართალია, ხოლო ამ ლექსს არავითარი კავშირი არ აქვს 1852 წელსა და ავტორის მამის გარდაცვალებასთან.

მოკლედ მოვჭრათ: გერმანელმა სანტიმენტალისტ-პრომანტიკოსმა ლუდვიგ ულანდმა დაწერა „ბოსიაკური“ ლექსი „ას ღიდ“ /„სიმღერა“/; უსახლკარო, ბოგანო „ბოსიაკი“ უთავბოლოდ დაეხეტება; ხედავს სხვის სასახლეებს, ქონებას, სიმდიდრეს, მაგრამ გულში ბოღმა და შური მაინც არ უჭაჭანებს. ის იმითაც კმაყოფილია, რომ საიქიოში ერთნაირად მიიღებენ მასაც და მდიდარსაც.

ეს ტექსტი გადმოიღო რუსმა მეოსანმა ვასილი შუკოვსკიმ. მას ეწოდება „Песня бедняка“. შუკოვსკის საქართველოში აღმერთებდნენ. განსაკუთრებით მოსწონდა იგი გრიგოლ ორბელიანს. შემთხვევითი როდია, რომ „სადღეგრძელო“ რუსი ავტორის პოემის ქარგაზე ავტობული; თვითონ გრიგოლმა მიაწერა მას: „წაბაძვა შუკოვსკისა“.

მითითებული სანტიმენტარები ლექსი შურნად „ცისკრის“ მკითხველთ ძალიან მოსწონდათ, რაკილა 1850–1860-იანი წლების ქართველ საზოგადოებაში სანტიმენტალური გრძობიერება სჭარბობდა.

ამიტომაც შემთხვევითი როდია, რომ მითითებული ტექსტი, სულ ცო-

ტა, სამმა ქართველმა მაინც გადმოიღო. ლიტერატურის ერთმა მოყვარულმა თავისი თარგმანი დაბეჭდა „ცისკრის“ სწორედ იმ ნომერში, სადაც გრიგოლ ორბელიანის რამდენიმე ტექსტიც იყო მოთავსებული. ეტყობა, ამან უბიძგა გრ. ორბელიანს, რომ შესდგომოდა „პესნია ბედნიაკას“ თარგმნას. ამ მცდელობის შედეგია „მუშა ბოქულადე“.

ძირითადი იდეა აქაც იგივეა: მართალია, მე არაფერი მახადია, სხვებს ყველაფერი აქვთ, მაგრამ გულში შური და ბოროტება მაინც არ მიდულს. იქ, „მუნ“, ხომ მაინც თანასწორნი ვიქნებით. ეკ, ძმაგ, წადი შენ შენს გზაზე და მე ჩემს ბარგს როგორმე იქ მოვიხსნი, სადაც ვიქნებით თანასწორნი – საუკუნოს განსასვენსა ალაგსა!

მესამე ავტორი, რომელმაც ამ ლექსის გადმოყენება სცადა – ეს გახლავთ ჭაბუკი ილია. როგორცა ჩანს, მას წაუკითხავს „ცისკრის“ ის ნომერი, რომელშიც შუკოვსკის ქმნილების თარგმანი იყო გამოქვეყნებული და სურვილი აღძვრია, თავადაც ეთარგმნა იგი.

მაშასადამე, „მოთქმა საწყლისა“ გახლავთ არა ორიგინალური, არამედ გადმოკეთებული, თავისუფლად თარგმნილი „პესნია ბედნიაკა“.

სხვათა შორის, ამგვარად გადმოკეთებული ლექსები ილიას სხვაც ბევრი აქვს. მაგალითად: „მიბაძვა ჰინესი“, „სიხარული“/მიბაძვა/ და სხვა.

რეზიუმე

ავტორი ფიქრობს, რომ ულანდის ამ ტექსტის მიხედვით შეიძლება გრიგოლ ორბელიანის „მუშა ბოქულადე“

მურმან თავდიშვილი

ილია ჭავჭავაძის „მოთქმა საწყლისა“ მეცნიერებს ორიგინალური ავტობიოგრაფიული ლექსი ჰგონიათ. ამიტომაც ვაკვირვებულნი არიან, როცა აქ გადააწვდნენ ჩივილს უსახლკარობაზე, სიღარიბეზე. პრობლემა წყდება იმ შემთხვევაში, თუ ქმნილებას ლუდვიგ ულანდის „სიმღერის“ თარგმანად ან გადმოკეთებად მივიჩნევთ. ავტორი ფიქრობს, რომ ულანდის ამ ტექსტის მიხედვით შეიძლება გრიგოლ ორბელიანის „მუშა ბოქულადე“.

SUMMARY

THE AUTHOR THINKS THAT THIS VERSION OF THE WORK DUE LUDVIG ULAND CAUSED CREATION OF “WORKER BOKULADZE” BY GRIGOL ORBELIANI

MURMAN TAVDISHVILI

According to explorers opinion the literary work “Pauper Lamentation” is considered to be an autographical poem. Therefore they were surprised when they came across the complaints over homelessness and poverty. The problem will be solved in a case the creative work will be considered as translation or alteration of Ludvig Uland’s “Song”. The author thinks that this version of the work due Ludvig Uland caused creation of “Worker Bokuladze” by Grigol Orbeliani.

# ჩვენ თუ არა, ვინ?

გიგო ბოჭუშა

(საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემია)

თანამედროვე მეცნიერთა მტკიცებით, მსოფლიოში, სადაც 1300-მდე სხვადასხვა ხალხი ცხოვრობს, 300-მდე ენაა, უფრო ზუსტად – 2976. ენათა ამ უზარმაზარ, ნაირფეროვან, სურნელოვან თაიგულში ჯერაც თვალნათლივ კაიფობს ქართული – დედასავით სათაყვანო ჩვენი დედაენა.

სრულიად საქართველოს კათოლიკოს პატრიარქი ილია II ასე წარმოგვიდგენს მშობლიური ენის-ღირსებას: „უდიდესისა უნჯეაჩვენი ქართულიენა!.. იგი უძველესი და უტკბილესია, რაღაც განსაკუთრებული მადლით მოხილი!.. ჩვენ უნდა გავუფრთხილდეთ ჩვენს ენას!“ მითუმეტეს, რომ „მეორედ მოსვლის ჯამს ქართულითა ენითა განისჯება სამყარო“ და „საქართველოთაო განკითხვა ქართული ენით მოხდება“.

ისტორიულად საქართველოს გამუდმებით ესხმოდნენ თავს მომხდურნი სამხრეთიდან და ჩრდილოეთიდან, აღმოსავლეთიდან და დასავლეთიდან. ისინი მიწვივ ცდილობდნენ, რომ ქართველისთვის წავგლიჯათ არამარტო მამული და ქონება, არამედ, უპირველეს ყოვლისა, ენა, სარწმუნოება და ქართული სული. ამ ბრძოლისას განსაკუთრებით იზარალა ჩვენმა მშობლიურმა ენამ, რომელიც მომეტებულად იმღვრებოდა უცხო დამპყრობელთა ენის მძლავრი შემოტევითა და ქართულის ძალადობრივი უგულვებელყოფით.

ქართველმა ერმა დღითი გაუძლო ამგვარ ბარბაროსულ შემოტევებს და დაძლია იგი. მეტიც, მან თავის ყაიდაზე მოაქცია – გააქართულა უცხო სიტყვათა მთელი ქარავანი. მაგრამ მტერს არ ეძინა. ქართული სენის დამცირებისა და თვით გაქრობის საშიშროებამ განსაკუთრებით იმძლავრა ბოლო ოთხ საუკუნის მანძილზე. ჯერ რუსეთის, შემდეგ კი ამერიკის ხელი-სუფლებამ გზა გადაუღო ქართული ენის განვითარებას. საქმე იქამდე მივიდა, რომ საქართველოს სახელმწიფო ენად იგულვებს ჯერ რუსული, შემდეგ კი – გაამერიკულებული ინგლისური. პირველ შემთხვევაში სასტიკი მარცხი იწვნია რუსულმა გზამ 1978 წელს მანადი ქართველი ხალხის, განსა-

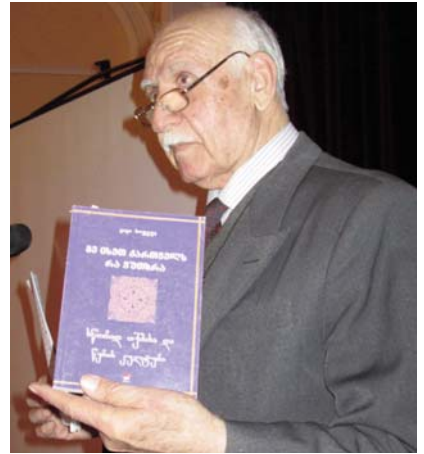
კუთრებული ახალგაზრდობის, ძალისხმევით. ასევე უნდა მოვექცეთ ამერიკულ გზასაც.

დანანებით წერს პატრიოტი მეცნიერი, რომ „ქართულ საგანმანათლებლო ენაზე დიდი/მავნე – გ. ბ. / გავლენა მოახდინა სხვადასხვა იმპერიის ბატონობამ. ამის გამო ენა დანაგვიანებულია ბარბაროზებით და ხმარებიდან განდევნილია საკუთარი ძირეული ლექსიკა. ანუამად უცხოური სიტყვების ნაკადი წალეკვით ემუქრება მშობლიურს. თუ ასე გაგრძელდა, მარტო გრამატიკული წყობა შემოგვრჩება, ლექსიკური მარაგი კი სხვა იქნება. სავალალოა ზოგი ვაი-ქართველის უცხო ენების სიტყვებით უადგილოდ თავის ვეროვნება. ვინც დედაენის ძალას ვერ აცნობიერებს, მისი ეროვნული პოზიციაც მერყეობს. ამ დროს გზა ეხსნება გაუაზრებელ კოსმოპოლიტიზმს. სადაც ტერმინოლოგიური-ლექსიკური სიწმინდე ირღვევა, იქ ხეობრივი და სულიერი მხარეც ირღვევა – უხნეთა ადგილი კი ინტელექტუალურ გარემოში არ არის!“ ნ. კაკრიანიშვილი, 15, 18. IV. 2014 წ. /

მთავარი უბედურება კი ის არის, რომ მშობლიური ენის აბუნად აგდებისა და უცხოურის დამკვიდრებას თითოეული ჩვენთაგანი უწყობს ხელს, როცა ვამახინჯებთ უძველეს, უმდიდრეს, უნიკალურ განძს. გვაიწვივება კი, რომ მას ბადალი არ მოეძებნება იმ 2976 ენაში, რომელიც ლაღად იფურქნებიან და პირველობასაც კი იმეძებენ. სამწუხაროდ, ისიც დავივიწყეთ, რომ ქართულს მთელი რიგი უპირატესობანი გააჩნია მსოფლიოს სხვა დიდებულ ენებთან შედარებით.

სავალალოა თანამედროვე ქართველი საზოგადოების უხნო დამოკიდებულება საკუთარი ენისადმი. მას არა აქვს ცაცნობიერებულნი, რა მოგველის ახლო მომავალში. ერთი სიტყვით, თუ ასე გაგრძელდა, „მტერი მტერსა ვერას აგნებს, რომე კაცი თავსა იგნებს“ /მთარუსთველი/. და კიდევ: „რა ემა წახდეს, ერიც დაეცეს“ /ვრიგოლ ორბელიანი/.

დღევანდელი მიდგომა ქართული ენისადმი დასაგმობია და ვინ უნდა იზრუნოს, იბრძოდოს ლაზარეს



გასაცოცხლებლად თუ არა ჩვენ – თითოეულმა ჩვენთაგანმა?

## უცხოური ტერმინოლოგიით თავის მოწონება საძრახისია

ეს მაშინ, როცა ფარდი სიტყვა მშობლიურ ენაში გვაქვს და მაინც ვეპოტინებით საზღვარგარეთულს თავის მოსაწონებლად. დიდმა ილია ჭავჭავაძემ ჯერ კიდევ როდის დაგვიკანონა, რომ უცხო სიტყვა მხოლოდ მისი შესატყვისის უქონლობისას გამოვეყენოთ და მოვიზიდოთ.

აკად. ვარლამ თოფურია სამართლიანად მოითხოვს: „თუ საკუთარ ენაში მოგვეპოვება ცნების, საგნის, მოქმედების გამომხატველი სიტყვა, მაშინ სხვა ენის ლექსიკის სესხება და გამოყენება სრულიად ზედმეტია, უფრო მეტიც: ეს მშობლიური ენის შეუფასებლობა და უპატივისცემლობაა, დამახინჯება და წარღვნა“.

მაგრამ რა? ვინ შეისმინა ბრძენთა დარიგებანი! პრესაში, რადიო და ტელეგადაცემებში, ცრუმეცნიერთა და უემცართა, მოსაგლე და სტუდენტთა ახალგაზრდობის ნათქვამ-ნაწერში უხვად იპოვით ისეთ სიტყვებს, როგორიცაა: მონიტორინგი, ტრენინგი, პრევენცია, კასტინგი, პრე-როგატივა, ნონსენსი, პრაგმატული, ალიანსი, სლენგი... თითქოს არ ჰქონდეს ჩვენს უნიკალურ ენას მათი შესატყვისი ქართლი სიტყვები.

ჩავიხედოთ ლექსიკონებში და დავერწმუნდეთ: აბსურდი და აფსურდილი, წარამარა რომ გაიძახიან ჩვენი პოლიტიკოსები და განსაკუთრებით იურისტები, ქართულად უაზროს, უთავბოლოს, შეუსაბამოს ნიშნავს. ადაპტაცია – შეგუება და შერჩევაა. ადეკვატური – შესატყვისი და შესაბამისია. ადვოკატი – ვეჭილია. ალიანსი – კავშირია, შეკავშირება, გაერთიანება, შერწყმა და შეეთებაა. აჯიოტაჯი – მღელვარე



ბა და აურზაურია. გაღანტური – დიდად თავაზიანი, ზრდილობიანია. დებატები – რაიმე საკითხის საჯაროდ განხილვა, კამათი, პაექრობაა. დებოში – აყალმაყალი, გაწამაწია, შეხლა-შემოხლაა. დელიკატესს ჩვენში ნუგბარს ეძახიან. ელიტა -რჩეული, საუკეთესო, ნაღები საზოგადოებაა. ეპარქიას – საეპისკოპოსოდ მივიჩნევთ. ინაუგურაცია – კურთხევაა. ვეტო – აკრძალვას ნიშნავს. კაზინოს ქართლად საშორინე ჰქვია. კაპრიზი – ჭირვეულობაა. კოპრომეტირება პირველების სახელის გატეხა, ღირსების შელახვა, მხილებაა. ლეტალური ფინალი – სასიკვდილო დასასრული, აღსასრულია. ლათინური მედიკამენტი ჩვენებურად წამალია. მერი – ქალაქისთავია / ნიკო ნიკოლაძე ფოთის ქალაქისთავია იყო/. მესიჯი – შეტყობინება, ინფორმაცია გახლავთ. ოლიოზური – ძალზე უსიამოვნო, არასასურველია. ორანჟერეას სათურს ვეძახით. კონფიდენციალური – საიდუმლო, ჯერ გაუმხელელია. კონფრონტაცია – ურთიერთდაპირისპირება, შეხლა-შემოხლაა. პანაცეა – უებარ საშუალებას, შევლას, ხსნას გამოხატავს. პარიტეტი თანასწორობის პრინციპია. პლატო – ზეგანია ქართულად. პროფანი ჰქვია უცოდინარს, უვიცს. ტენდერი – იგივე კონკურსია. ტრენაჟი – წრთვანა, ვარჯიშია. შოუ – მხოლოდ თეატრალური წარმოდგენა, სპექტაკლია. ბრიფინგი – ხანმოკლე თათბირს ჰქვია / ჟურნალისტებისთვის. დეპიტიმური – კანონიერია. მენეჯმენტი – წარმოების მართვაა. ადეკვატური – სრული შესატყვისი, შესაბამისი, ტოლი, ზუსტია. ელექტორატი – ამორჩეულია და ა.შ.

ახლა მითხარით, ასეთი ბარაქიანი ენის პატრონმა ერმა რატომ უნდა ვისესხოთ სიტყვები სხვათა ენიდან და მივჩქმალთ საკუთარი განდი? ქართული ენა ხომ გამოირჩევა სხვა ენათაგან აუწყველი ლექსიკური ფონდითა და დახვეწილი გრამატიკული წყობით.

**რიცხვითი სახელთა  
თავისებურებანი**

რიცხვითი სახელების მართლწერაში ხშირად ვაწყდებით შეცდომას 15-თან დაკავშირებით. ამბობენ და წერენ: ხუთმეტი, თუთხმეტი, თხუთმეტი. რომელია მართებული? 15 მიღებულია ათ-ხუთ-მეტისაგან. თუ მას ჩამოვაშორებთ პირველ ხმოვანს /ა/, მივიღებთ ერთადერთ სწორ ფორმას – თხუთმეტი. ასევე უნდა ითქვას და დაიწეროს ოხ-

დათხუთმეტი, ორმოცდათხუთმეტი, სამოცდათხუთმეტი, ოთხმოცდათხუთმეტი, ას თხუთმეტი და ა.შ. ერთი ნიუანსიც: ასის შემდეგ არაბული ციფრებით გამოსახვისას – 101, 1001 ერთად იწერება, მაგრამ ასო-ნიშნებით წარმოდგენისას – ცალ-ცალკე: ას ერთი, ათას ერთი... ასევე ათას ას ორმოცდახუთი, მილიონ ათი ათას ოცდარვა და ა. შ. ზოგჯერ, ციფრით წერისას, ათასს გამოყოფენ წერტილით / 1. 517 ლარი/. წილობით რიცხვით სახელებთან შეცდომა უკავშირდება სიტყვას მეოთხედი ანუ ნახევარი. ასეთი სახელები უსათუოდ დეფისის გამოყენებით იწერება: ერთ-ნახევარი, საათ-ნახევარი, კილო-ნახევარი, მეტრ-ნახევარი, დღე-ნახევარი, კილო-მეტრ-ნახევარი და სხვა.

**ენაც სამეურნალოა**

ჩვენი მშობლიური ენა ხშირად იჩაგრება მედიკოსებისა და მათი ავადმყოფების დაუდევრობით. გავისხნოთ რამდენიმე შემთხვევა. ექიმმა უთხრა ავადმყოფს: ამ მოვლენას /რომელიღაც სატკივარს/ ბავშვთა ასაკში აქვს ადგილი. ხაზგასმული ორი სიტყვა კალკია. თვითონ კალკი ამ შემთხვევაში ნიშნავს სიტყვას ან გამოთქმას, რომელიც აგებულია სხვა ენის სიტყვის ან გამოთქმის მიხედვით. ექიმს უნდა ეთქვა: ეს /ასეთი/ მოვლენა ხდება, შეიმჩნევა, დამახასიათებელია ბავშვთა ასაკში.

მკურნალობა ოპერაციის გარეშე შეიძლებაო. ესეც კალკია. სწორი ფორმაა: მკურნალობა შეიძლება /შესაძლებელია/ უოპერაციოდ.

ნოლიდან ხუთ წლამდე ბავშვიო... აქ ორი შეცდომაა. ნოლიდან კი არა – ნულიდან. ნულიდან 5 წლამდე კი არა – უბრალოდ, 5 წლამდე ან დაბადებიდან 5 წლამდე.

მეცნიერულმა კვლევამ მოგვცა ფანტასტიკური შედეგო. უნდა ეთქვა – ფანტასტიკური.

ავსოლიტურად ჯანმრთელი ხართო! აქაც ორი შეცდომაა, თანაც ერთ სიტყვაში. ავსოლიტურად კი არა – აბსოლუტურად.

ფაქტიურად კმაყოფილი ხართ მკურნალობით, ხომ! სწორია – ფაქტობრივად.

ამას წინაშე ექიმმა ასეთი რამ გვაცნობა ტელევიზიის საშუალებით: „ბათუმში ზღვიდან ამოიყვანეს მამაკაცი და ჩვენთან /ალბათ სამკურნალო დაწესებულებაში/ მოიყვანეს. ავადმყოფი დინამიური მონიტორინგის ქვეშ იმყოფება“. აქ რამდენიმე უხერხულობაა: ა) დი-

ნამიური კი არა – დინამიკური. ბ) მონიტორინგი კი არა – დაკვირვება, კონტროლი. ე. ი. დაუწესდა დინამიკური დაკვირვება /კონტროლი/. სრულიად ზედმეტია სიტყვა ქვეშ. ადგილი ჰქონდა მკლავის დაზიანებას – მკლავი ჰქონდა დაზიანებული

რამოდენიმე დღეში გამომიარეთ – რამდენიმე!

საქმის კურსში ჩამაყენეთ – მაცნობეთ, გამაგებინეთ, დამიკავშირდით.

უნდა გამოგვცდეთ, მხიბლავს ქალბატონ მარი მალაზონიანს ფართო ზოგადი განათლება, ზრდილობიანი სიტყვა-პასუხი, მშვენიერი ქართული, მაგრამ ხანდახან მასაც კი ეშლება ხოლმე. მაგალითად, ერთ დროს აინჟმა სიტყვა რთიმში. ქართულში გვაქვს სიტყვები რიტმი / ბერძ. თანაბარზომიერი, პერიოდული მონაცვლეობა რაიმეს – მოძრაობის, ბგერების, ლექსის ცეკვის... / და რთიმა / ბერძ. ლექსის სხვადასხვა სტრიქონში ბოლო ბგერათა გამეორება/ და არა რთიმი. ხაზი უნდა გავუსვა, ქალბატონი მარი დიდ ყურადღებას აქცევს სამედიცინო ტერმინთა სწორად გამოთქმას. ტელეგადაცემისას კი დელიკატურად უსწორებს ხოლმე თავის სტუმრებს. მაგრამ ამას ისე აკეთებს, რომ თავი შეურაცხყოფილად არ იგრძნონ მასთან მოსაუბრეებმა. ქალბატონი მარის დამოკიდებულება ენასთან და პაციენტებთან სამაგალითო და მისაბამია.

შეჭამეთ ერთი ნაჭერი შავი პური მარგარინით. პურს პირით ჭამენ და არა მარგარინით. ამიტომ სწორი იქნება – მარგარინწასმული პური.

ეს დიაგნოზი არასწორია. ესეც კალკია. უნდა იყოს – უსწოროა, უმართებულოა, მცდარია.

არამართებულად მიმანია – უმართებულოდ, უსწოროდ.

დარღვევები შესწავლილი იქნება ჩვენს მიერ – დარღვევებს ჩვენ შევისწავლით.

მედიკამენტი იგივე წამალია, მაგრამ ამ სიტყვას უფრო ხშირად ხმარობენ ნარკომანები, ვიდრე ექიმები. არადა, ნაღდი ქართულია.

წამალი დაბალ ფასად, დაბალფასიანი წამალი. ფასთან დაკავშირებით არ ითქმის დაბალი და მაღალი. ფასი, წამლის ღირებულება, შეიძლება იყოს იაფი და ძვირი. განსაკუთრებით უხერხულია სიტყვა დაბალფასიანი, რომელიც შეიძლება უხარისხოდ უდრიდეს.

ამას ექიმები გადაწყვიტავენო. კი არ გადაწყვიტავენ, გადაწყვეტენ.

ბევრჯერ მითქვამს და ახლაც უნდა გავემეორო: ქართული წინადადების ბოლოში დაუშვებელია მკვეთრი მახვილის გამოყენება, რადგან მახვილი საერთოდ ძალზე სუსტია ქართულში. ამ მხრივ განსაკუთრებით სცოდავენ არა მარტო მედიკოსები, არამედ ტელეწამყვანები და უცხო ენათა მოტრფიალენი.

აქ უნდა უთუოდ გამოვიყენო დიდი მწერლის – ოთარ ჭილაძის ბრძული გამონათქვამი: „სხვა ენაზე ლაპარაკი კი არ არის უბედურება, არამედ შენი რომ არ იცი!“ ახლა ექიმთან სამკურნალოდ გამოცხადებულ პაციენტებს მივაპყროთ ყურადღება. ისინი თავიანთი უცოდინარობით უმოწყალოდ ასახიჩრებენ მშობლიურ ენას, მაგრამ გამკითხავი არავინა ჰყავთ.

ზოგიერთი პაციენტი ექიმის თვალწინ მოურიდებლად იყენებს უსწორო სიტყვებსა და ტერმინებს: ავანტყოფილ /ავადყოფილ/, გიპერტონიული /ჰიპერტონია/, დრტილი /ხრტილი/, ავარაღათებსო /ავადარათებს/, აპერაციო /ოპერაცია/, ესოსკოპიო /ექოსკოპია/, ფსიხიკურიო /ფსიქიკური/, ხოლესტერინიო /ქოლესტერინი/, ტუბერკულოზიო /ტუბერკულოზი/, ჭლექი/, ტრომბიო /თრომბი/, გემოგლობინიო /ჰემოგლობინი/, ესტერიკაო /ისტერიკა/, ინფაქტიო /ინფარქტი/, პარკისონიო /პარკინსონი/, პადაგრა /პოდაგრა/ და ა.შ.

მათგან გაუმართავ წინადადებებსაც უხვად მოისმენს არამარტო ექიმი: აგვისტოს თვეში /აგვისტოში/ მოგაკითხავთ. მადლობთ /გმად-

ლობთ/, ექიმო! მინდა მადლობა მოგიხადო /გადაგიხადოთ, მოგახსენოთ/ ექიმო და სხვა.

პაციენტებმა მედიკოსებმა არათუ თვითონ უნდა დაარღვიონ ენის დადგენილი ნორმები, არამედ თავიანთ პაციენტებს უთუოდ უნდა შეუსწორონ კიდევ ცდომილებანი და ამით დაიცვან სახელმწიფო ენა. ისინი, ასევე, სათუთად უნდა მოექცნენ მშობლიურ ენას, როგორც თავის პაციენტს. ასეთი მოქმედება უთუოდ იქნება მოკრძალების გამოჩენა საკუთარი ენისადმი.

კონსტანტინე გამსახურდია მოგვიწოდებდა: „ქართულ ენას თანადგომა და სიყვარული სჭირდება და ამისთვის უნდა ვიბრძოდეთ“. დავამატებდი: მით უმეტეს არსებულ ვითარებაში.

რეზიუმე

ჩვენ თუ არა, ვინ?

გივი ბოჯგუა

(საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემია)

მასალათა ნაკრები ეხება მშობლიური ენის სიწმინდის დაცვის მწვავე საკითხებს. კერძოდ, მართლწერილობა და მართლმეტყველების უგულვებელყოფას, სტილისტიკის დარღვევას და ა. შ. მითითებულია ამ ნაკლოვანებათა აღმოფხვრისა და მოწესრიგების გზები.

SUMMARY

IF NOT US, THAN WHO?

GIVI BOJGUA Georgian Academy of Humanitarian and Arts Sciences

The work is about defending national language and acute problems such as: ignoring grammatical writing and speaking, ignoring stylistic errors and etc. The work also include ways to overcome those problems.

ბავშვების მოთხოვნილებები თანამედროვე საზოგადოებაში

პროფესორი ველორდ ტოზაშვილი

(საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემია)

ჩვენს დროში სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისათვის მრავალი, ნაირფეროვანი მოწყობილობები იქმნება. ამავე დროს მიმდონარეობს მოთხოვნილებათა ფორმირება, ამ კომპლექსების ზონირება, ოპტიმალური ნომეკლატურისა და ხარისხის გაუმჯობესების ზრდა.

ამიტომ დიზაინერები, რომლებიც ბავშვების ავეჯს და სათამაშოებს აპროექტებენ, ატარებენ ურიცხვ ექსპერიმენტს. ამ ექსპერიმენტებს საფუძვლად უდებენ ცნობებს ფსიქოლოგიის, ფიზიოლოგიის, მედიცინის და პედაგოგიური მეცნიერებებიდან. იყენებენ სხვადასხვა მიზნებისათვის შექმნილი მოდელების მე-

თოდოლოგიას. ამგვარად, იაპონელმა დიზაინერმა, ტიბას უნივერსიტეტიდან, ოხარა ძირომ, რომელიც შედიოდა განათლების სამინისტროსთან არსებულ ბავშვთა ავეჯის კომპანიაში, შეამოწმა 20 ათასამდე ბავშვი იაპონიის სხვადასხვა რეგიონებში და ავეჯი, რომლითაც ისინი სარგებლობდნენ. შემოწმების შედეგად დადასტურდა, რომ ბავშვების მხოლოდ 44% იყენებს საკუთარი გაბარიტების შესაფერის ავეჯს. დაისვა საკითხი – ეს ხომ არ არის ძირითადი მიზეზი მასობრივი ხერხემლის გამრუდებისა და ახლომხედველობისა, რაც, საერთოდ, ახასიათებთ თანამედროვე ბავშვებს.



ოხარა ძირომ დაადგინა, რომ საბავშვო ბაღის სკამებს არ უნდა ჰქონდეს ისეთი ფორმა, როგორც აქვს ზრდადასრულებული ადამიანის სკამს, რადგან ბავშვის ხერხემალს



და მენჯს სულ სხვა ფორმა აქვს და ბოლოს, ამტკიცებს, რომ დაბადებისას ბავშვის ხერხემალი სწორია, მხოლოდ დაახლოებით 14 წლის ასაკში ნელ-ნელა იღებს დიდი ადამიანის ხერხემლის ფორმას. ამიტომ ამ ფიზიოლოგიური ფაქტორის მიხედვით, შესაძლებელია ვიმსჯელოთ – სკამები საბავშვო ბაღისათვის უნდა იტოს არა მხოლოდ დაპატარავებული ვარიანტი ავეჯისა, არამედ, მას ბავშვისათვის შესაფერისი ფორმა უნდა ქონდეს.

ამგვარად, თუ ფიზიოლოგიურ და ანთროპოლოგიურ ნაკლოვანებებთან გვაქვს საქმე, ბავშვისათვის განკუთვნილი საგნების პროექტირების დროს წარმოიქმნება სხვადასხვა აზომეების აუცილებლობა. ამასთან, არ უნდა გავართულოს მდგომარეობა იმან, რომ თავად ბავშვები ვერ გამოხატავენ თავიანთ უტილიტარულ მოთხოვნებს ისე, როგორც უფროსები. უფროსებისათვის გამოშვებული პროდუქცია მხოლოდ ერთ პრობლემას პასუხობს – აკმაყოფილებს თუ არა სინამდვილეში მიღებული პროდუქცია მასში დასახულ ამოცანას. მსოფლიოში სათამაშოების ყველაზე დიდი მომწოდებელი ამერიკული ფირმა „მატელი“ ატარებს ექსპერიმენტს – დაკვირვების ობიექტი ბავშვები სხვადასხვა ასაკის ექსპერიმენტის როლში – თამაშობენ სხვადასხვა დროს ამ ფირმის აგრეთვე, სხვა კონკურენტი ფირმის სათამაშოებით. როგორც დიტონში (კანზას შტატი, აშშ) საბავშვო ბავშვების მონაცემები გვიჩვენებს, პერიოდულად იქმნება ახალი სათამაშოები და საბავშვო პროდუქცია ბავშვთა უკეთესი აღზრდისთვის.

სავაჭრო აგენტები გვთავაზობენ ახალ ნიმუშებს, რომელთა საშუალებით მოწოდება, თუ სინამდვილეში როგორ იყენებენ მათ ბავშვები. ამგვარი საშუალებით სარგებლობენ ამერიკელი სათამაშოების მწარმოებლები. ამ მეთოდს იყენებენ ასურეთვე იაფონიაში, ტომის სამეცნიერო-კვლევით ცენტრში. საბავშვო ბავშვების პირობებში ეს სათამაშოები (საგნები) ბავშვის აღზრდისათვის სასწავლო მასალის პრაქტიკულად გამოყენების ფუნქციას ასრულებენ.

უფროსი ადამიანის მეთოდიკა საფუძვლად უდებს ცხოვრებისეულ მაგალითებს, იგი უფრო ხშირად განპირობებულია ე. წ. ჩვენებით, ბავშვებს კი რა თქმა უნდა, არ გააჩნიათ გამოცდილება, ის, რაც დიდთათვის ბუნებრივი და ჩვეულებრივია, ბავშვისთვის ხშირად გაუგებარია. მაგრამ, ბავშვმა თავისი შესაძლებლობების მიხედვით უნდა ვინცნაოს საკუთარი, მისიველი აღქმა არსებული სინამდვილისა.

თანამედროვე პირობებში დიზაინერი უნდა დაეფუძნოს ფსიქოლოგიისა და ფიზიოლოგიის გაერთიანებული გამოკვლევების სისტემას. ბავშვთა ავეჯის პროექტირება უნდა ხდებოდეს მხატვარ კონსტრუქტორის, ფიზიოლოგიისა და ექიმის ურთიერთთანამშრომლობისა და ერთობლივი გამოკვლევების შედეგების მიხედვით. ეს წარმოადგენს საჯმალად გონივრულად გააზრებულ კვლევის მეთოდს.

სხვადასხვა ცდებმა – როგორ აღიქვამენ ბავშვები ფერსა და ფორმას, უჩვენებს, რომ თვალსაჩინოების გამოყენებით ბავშვების დიდი რაოდენობა რეაგირებს ფორმაზე, მაგრამ ოთხი წლის ბავშვს უფრო მეტი რეაქცია აქვს ფერზე და არა ფორმაზე. ბავშვები აღიქვამენ მხოლოდ სუფთა ფერს და უხარიათ მისი დანახვა. აქედან, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ბავშვებს უნდა მივცეთ უფრო მეტი სუფთა ფერი.

მართალია, ძალიან ცდილობენ გაარკვიონ, თუ რომელი ფერი უფრო მოსწონთ ბავშვებს, მაგრამ დღეისთვის, ჯერჯერობით დიზაინერებს ეს საკითხი არ გადაუწყვეტიათ.

ბავშვებს უყვართ თამაში, რაც მათთვის არა მხოლოდ დასვენება და გართობაა, არამედ შრომის, ადამიანებთან კეთილი ურთიერთობის პირველი სკოლაა. ასეთი გზით ისინი სემიცილებენ სამყაროს, აყალიბებენ ხასიათს, შეიძენენ უძვირფასეს თვისებებს და ჩვევებს, რაც ცხოვრებაში დასჭირდებათ.

თამაშები რომ საინტერესო და სარგებლობის მომტანი იყოს და ორგანიზაციული ხასიათიც ქონდეს, ამისათვის აუცილებელი პირობები უნდა შეუქმნას: მოეწიოს ბავშვთა სპეციალური სათამაშო მოედნები. სათამაშო მოედნის ნორმები სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისათვის უნდა იყოს 12 კვ. მ. ერთ ბავშვზე. დღეისათვის საბავშვო სათამაშო მოედნები პრობლემად აღქმული, რადგან ბავშვები იზრდებიან ზედმიწევნით ორგანიზებულ გარემოში, მათ კი თამაშისათვის სპეციალური პირობები სჭირდებათ.

ქალაქში ბავშვები ერთმანეთს ხელებიან ეზოებსა და ქუჩებში. ტრანსპორტის ინტენსიურმა ზრდამ და ქუჩების გადატვირთვამ ბავშვები ქუჩებიდან განდევნა, მათ სამაგიერო არაფერი ეძლევათ – ბავშვთა მოთხოვნები მხდველობაში არ მიიღება. დღეისთვის საკითხი მძაფრად დასმული. აუცილებელია შეიქმნას საბავშვო მოედნები როგორც სკოლამდელი, ისე სკოლის მოსწავლე ახალგაზრდებისათვის. რეკომენდებულია აშენდეს ისეთი ხელოვნური სათამაშო მოედნები, სადაც ბავშვს მიეცემა მეტი ინფორმაცია კონსტრუქციული სამყაროს შესახებ, ვიდრე მას მისცემს თავად ბუნება. თამაშით ბავშვი უნდა მივანვიოთ დამოუკიდებლობას, დაფიქრების უნარს. ბავშვების სათამაშოები უნდა იყოს დაპროექტებული მისი მოთხოვნილებისა და ფუნქციური დანიშნულების მიხედვით.

ქუჩის საშიშროებისაგან დასაცავად ის ტერიტორია, სადაც ბავშვები თამაშობენ, შემოსაზღვრული უნდა იყოს ღობით.

ბავშვების სათამაშოებს განსაკუთრებული ფუნქცია უნდა გააჩნდეს და ამ ფუნქციის მიხედვით უნდა იყოს განლაგებული მოედანზე.

სათამაშო პირობების შექმნისათვის შემდეგი პუნქტები უნდა იქნეს დაცული: სათამაშომ ბავშვს უნდა მისცეს ის, რაც აკლია. აგრეთვე, სტიმული აქტიური მოქმედებისათვის. მისი საშუალებით ბავშვში უნდა გამოიშვას მოხერხებულობა, ძალა, გამჭრიახობა. სათამაშო მოედანი ბავშვებში უფრო მეტი ინტერესს უნდა აღძრავდეს, ვიდრე ქუჩა. დამტკიცებული სათამაშოები საშიშია ბავშვებისათვის, აუცილებელია მათი შეკეთება. მოედანი ისე უნდა იყოს შემოღობილი, რომ პატარაც ვერ გაძვრეს რკინის გისოსებს შორის, ასაცოცხლებელი და სასრიალო კედელი მოსწონს და იტაცებს მოუხერხებელ ბავშვსაც კი.

„ურბანიზაციის ხელოვნებას“ უნდა ემსახურებოდეს არქიტექტორის, მხატვარ-დიზაინერის, გრაფიკოსის და დამგეგმარებლის ნამუშევრები, რომლებიც უნდა აჯამაყობდნენ დღევანდელ მოთხოვნებს. იქმნება სულ ახალი და ახალი ვარიანტები ფერად, სინთეტიკურ, წყალგაუმტარ მასალაზე დამზადებული საბავშვო სათამაშოებისა, რომლებიც შესანიშნავად ერწყმიან ლანდშაფტს.

ბავშვთა სათამაშო მოედნებისათვის უშიშროების ტექნიკის მოთხოვნა აუცილებელი პირობაა. აუცილებელია, რომ ბავშვებმა თამაშით განავითარონ მოქმედება-მოძრაობის უნარ-ჩვევა. ამის გარდა, ჩამოიყალიბონ საკუთარი ინიციატივა, შემოქმედებითი უნარი და ფანტაზია. განვიითარონ ქცევების ძირითადი პრინციპები. ამასთანავე, ბავშვმა უნდა იცოდეს ამ ხიფათის შესახებ, რაც მას ელის ამ სათამაშების ხმარების დროს.

სათამაშო ადგილი უნდა იყოს რბილი, რათა თავიდან ავიცილოთ უბედური შემთხვევები.

P. S.

ბავშვთა ანთროპომეტრიული მონაცემები

ანთროპომეტრია (ბერძ. ნტროპოს – ადამიანი და მეტრო – ვზომავ). მოზარდი თაობა (1-დან 13წლამდე). მოსახლეობის საერთო რაოდენობის დაახლოებით 37 პროცენტს შეადგენს და სამრეწველო პროდუქციის დიდი ნაწილის მომხმარებელი სწორედ ისაა.

საბავშვო ავეჯის, ტანსაცმლის, სათამაშოებისა და საერთოდ, ბავშვებისათვის განკუთვნილი ყველა ნივთის დაპროექტებისას განსაკუთრებული სიზუსტით უნდა მოხდეს ბავშვთა ანთროპომეტრიული მითხოვნების დაცვა, რადგან ყოველმა არასწორად დაპროექტებულმა ნივთმა შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონოს ბავშვის ფიზიკურ განვითარებაზე.

მოსახლეობის შრომისუნარიანი ნაწილის ანთროპომეტრიული მონაცემები თუ საკმარის სტატისტიკურ მონაცემებს და სათანადო დონეზეცაა შესწავლილი, ამას ვერ ვიტყვით მოზარდებზე.

ზრდა-განვითარების პროცესში, სხეულის, როგორც ცალკეული ნაწილების ზომები, ისე საერთო პროპორციები, მოდმივ ცვლას განიცდიან. ახალშობილის თავის საერთო სიმაღლის -ს უდრის, მოზრდილი ადამიანის – 1/7 – 1/8-ს, ზრდის პროცესში ფეხების სიგრძე მატულობს 5-ჯერ, ხელების 4-ჯერ, სხეულის კი 3-ჯერ. იცვლება სახსრების მოძრაობის დიაპაზონები და კუნთების ძალა. ყოველივე ეს დიდ სიძნელეებს ქმნის ბავშვთა ანთროპომეტრიის შესწავლის საქმეში, რის გამოც დღეისათვის მხოლოდ სხეულის ზომებია დაზუსტებული (3-დან 7 წლის ჩათვლით).

ორგანიზმის ზრდის პროცესი თანაბარი ტემპებით არ მიმდინარეობს. მაგალითად: ე.წ. „სიმაღლის მატების ბიპეი“ დგება ვაჯებში – 14-16 წლის ასაკში. გოგონებში – 12-14 წლის ასაკში. ამ პერიოდში სიმაღლის საშუალო წლიური მატება 8 სმ-ს უდრის.

რეზიუმე

ბავშვების მოთხოვნილებები თანამედროვე საზოგადოებაში

პროფესორი ველორდ ტოზაშვილი (საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემია)

ჩვენს დროში სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისათვის მრავალი, ნაირფეროვანი მოწყობილობები იქმნება. ამავ დროს მიმდინარეობს მითხოვნილებათა ფორმირება, ამ კომპლექსების ზონირება, ოპტიმალური ნომეკატურისა და ხარისხის გაუმჯობესების ზრდა.

თანამედროვე პირობებში დიზაინერი უნდა დაეფუძნოს ბავშვა ფსიქოლოგიისა და ფიზიოლოგიის გაერთიანებული გამოკვლევების სისტემას.

ბავშვთა ავეჯის, სათამაშოების, ბაგა-ბაღების, სკოლათა, ქუჩათა და ა.შ. პროექტირება უნდა ხდებოდეს მხატვარ კონსტრუქტორის, ფიზიოლოგთა, პიჯიენისტთა, ექიმთა ურთიერთთანამშრომლობისა და ერთობლივი გამოკვლევების შედეგების მიხედვით. სწორედ ეს წარმოადგენს საკმარის გონივრულად გააზრებულ კვლევის მეთოდებზე დაფუძნებულ დიზაინერ შემოქმედებას, რომელიც დააკმაყოფილებს ბავშვების მოთხოვნილებებს თანამედროვე საზოგადოებაში

SUMMARY

CHILDREN'S NEEDS IN MODERN SOCIETY

Prof. V. TOZASHVILI - Georgian Academy of Humanitarian and Arts Sciences

Nowadays a lot of equipment is created for children aged pre-school. At the same time demand is formed, those complexes are zoned, optimal nomenclature and quality is increased.

In modern circumstances a designer should base his/her work on numerous physiologic and psychological studies.

Toys, furniture, toys, kinder gardens, school and etc should be created by simultaneous work of physiologists, hygienists, doctors and etc. This is the only right and smart way to design and manufacture those things for children to satisfy needs of children.

მრავალი თარიღები

პროფესორ ბიორბი ჩახუნაშვილის სამეცნიერო, პედაგოგიური და კლინიკური მოღვაწეობის ჯერჯერობით მხოლოდ ღირსეული 35 წელი

მედიცინის დოქტორი ნ. ბაღრაშვილი, მედიცინის დოქტორი ნ. თოფურიძე (ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია)



პერსონალური მონაცემები

სახელი გვარი: გიორგი ჩახუნაშვილი;

დაბადების თარიღი: 07. 06. 1954წ.

მოქალაქეობა – საქართველო

პირადი ინფორმაცია: ჰყავს ცოლი და ორი შვილი

ბინის მისამართი: საქართველო, თბილისი, ნუცუბიძის IIIმ/რ IIკვ ტელ:32-68-16 მობ: 893-33-71-54

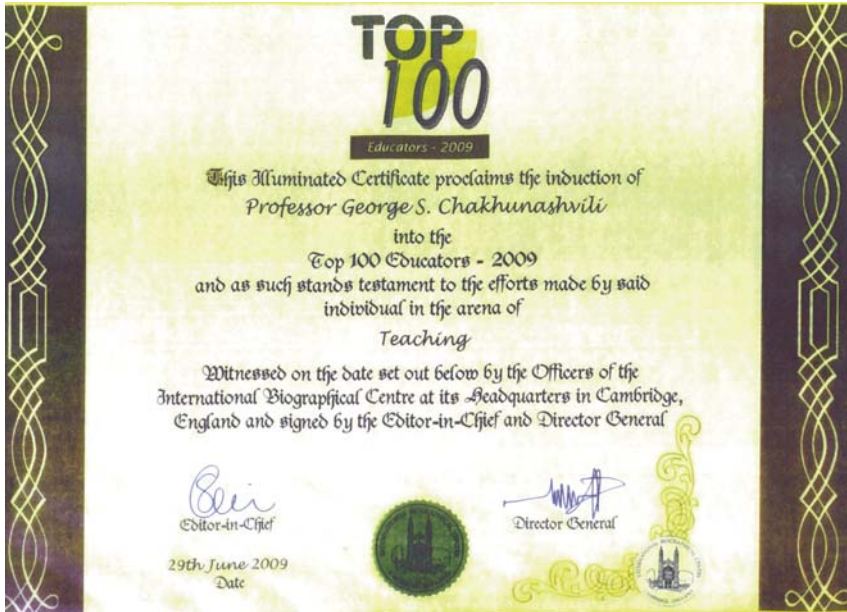
სამსახურის მისამართი – თბილისი, ლუბლიანას ქ. 21 ო. ციციშვილის სახელობის პედაგოგიური კლინიკა ტელ. 21 2-47-04-01

ელ-ფოსტა: ვებგვერდი: info@sppf.info www.sppf.info www.esgns.org

სპეციალობა: პედაგოგია, ბავშვთა კარდიოლოგია-რევმატოლოგია.

აკადემიური ხარისხი: მედიცინის





მეცნიერებათა დოქტორი.

**სამეცნიერო-პედაგოგიური წოდება:** პროფესორი.

**სამეცნიერო-პედაგოგიური აქტივობა:** საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიისა და საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიათა აკადემიკოსი.

**სამთავრობო ჯილდოები:** „ღირსების ორდენი“ (N-262 2012.14 ივლისი)

**საპატიო წოდება:** Member of Top 100 Educators 2009 (Cambridge, England) 29th June 2009

**პროფესიული სტაჟი:** 35 წელი  
**პედაგოგიური სტაჟი:** 32 წელი  
**სამეცნიერო სტაჟი:** 35 წელი

**თანამდებობა**

ი. ციციშვილის სახელობის პედაგოგიული კლინიკის სამედიცინო დახმარების ხარისხის უზრუნველყოფის სამსახურის უფროსი. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის რეზიდენტურის პროგრამა – დირექტორი ბ/კარდიოლოგია-რევმატოლოგიაში.

საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიის ვიცე-პრეზიდენტი.

საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის ვიცე-პრეზიდენტი.

ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის თავმჯდომარე (სტრანსბურგი-საფრანგეთი).

**ბანათლება და პროფესიული სამეცნიერო-პედაგოგიური აქტივობა:**

1979 წელს დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნი-

ვერსიტეტის პედაგოგიული ფაკულტეტი.

1988 წელს დაიცვა საკანდიდატო დისერტაცია მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის ხარისხის მინიჭებით;

1992 წელს დაიცვა სადოქტორო დისერტაცია და მიენიჭა მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის ხარისხი;

1993 წელს აირჩიეს თსსუ პედაგოგიული კათედრის დოცენტად; (მიენიჭა **დოცენტის წოდება**).

1996 წლიდან 2007 წლამდე იყო თსსუ პედაგოგიაში სპეციალიზაციის კათედრის პროფესორი; (1999 წელს მიენიჭა **პროფესორის წოდება**)

2009-2013 **IB Euro-Caucasian University** თბილისის სრული პროფესორი

2009 – დღემდე, საქართველოს კრიტიკული მედიცინი ინტიტუტის სრული პროფესორი.

გავლილი აქვს დახელოვნებისა და კვალიფიკაციის კურსები: უკრაინაში (კიევი), რუსეთში (მოსკოვი, ვოლგოგრადი, როსტოვი), შვეიცარიაში (ვენეცია), შვედეთი (სტოლკოლმი) გაერთიანებულ სამეფოში (ბირმინგემი). ა.შ.შ. (ოლბანი, ბოსტონი), თურქეთში (ანკარა), საბერძნეთში (ათენი), საქართველო – ა.შ.შ. (თბილისი)

**სამუშაო გამოცდილება:**

2011 წ-დღემდე ი. ციციშვილის სახელობის პედაგოგიული კლინიკის სამედიცინო დახმარების ხარისხის უზრუნველყოფის სამსახურის უფროსი.

2006 წლიდან-დღემდე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის რეზიდენტურის პროფ-

რამ – დირექტორი ბ/კარდიოლოგია-რევმატოლოგიაში.

2009-2011 შ.პ.ს გ. ჟვანიას სახელობის პედაგოგიული კლინიკის დირექტორის მოადგილე.

1997-2009წწ თსსუ პედაგოგიული კლინიკის დირექტორის მოადგილე;

1996-2006წწ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედაგოგიაში სპეციალიზაციის კათედრის პროფესორი

1993-1996წწ თსსუ პედაგოგიული კათედრის დოცენტი

1981-1993წწ თსსი პედაგოგიის №1 კათედრის ასისტენტი

ამასთან ერთად:

• 2008 წლიდან ევრომეცნიერების საქართველოს სექციის თავმჯდომარე.

• 2006-2008წწ საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოს-მდივანი, ხოლო 2008 წლიდან ვიცე-პრეზიდენტი.

• საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის ნამდვილი წევრი, 2013 წლიდან ვიცე-პრეზიდენტი

• 2009 წლიდან საქართველოს პედაგოგთა აკადემიის საბჭოს მდივანი

• 2003 წელს კი საქართველოს პედაგოგთა ასოციაციის ვიცე პრეზიდენტი;

• 1992 წლიდან საქართველოს „ბავშვთა კარდიოლოგთა“ ასოციაციის პრეზიდენტი

• 2003 წლიდან სოციალური პედაგოგიის დაცვის ფონდის პრეზიდენტი, რომლის საქველმოქმედო აქტივებშიც საქართველოში 1998-2013 წ.წ. გაისინჯა 97 ათასზე მეტი ბავშვი

• 2002 წელს არჩეული იქნა ქ. თბილისის მთავარ პედაგოგად.

• 2009 წლიდან ტექნოლოგიებისა და საინჟინრო მეცნიერებათა მსოფლიო აკადემიის ექსპერტთა საბჭოს წევრი

• 2005 წლის 1 ივნისიდან **OGASH-ის** აკადემიის აკადემიკოსი.

• 2006 წლიდან ინტერკონტინენტალური მედიკო-სოციალურ მეცნიერებათა აკადემიის **IAMSS-ის** აკადემიკოსი.

• მსოფლიო **OGASH-ის** ხელმძღვანელი ჯგუფის წევრ კორესპონდენტი

• **OGASH-ის** საერთაშორისო ექსპერტი

• საქართველოს ეკონომიკური აღორძინების კავშირის წევრი

• ევრომეცნიერების წევრი

• საერთაშორისო კარდიო-რევმატოლოგთა საზოგადოების წევრი

• საქართველოს საერთაშორისო კარდიომიოპათიის საზოგადოების გამგეობის წევრი

• ევროპის ბავშვთა კარდიოლოგიის საზოგადოების წევრი

• ევროპის კარდიოლოგიის საზოგადოების წევრი

• საქართველოს საპატრიარქოსთან არსებული საქართველოს სამეცნიერო ინტელექტუალური საბჭოს წევრი.

• ასოციაცია ჰარმონიას თანადამფუძნებელი

დიასპორის საკითხებში საქართველოს სახელმწიფო მინისტრის სათათბირო ორგანოს – საზოგადოებრივი საბჭოს წევრი.

**1994** წწ-დღემდე თსსუ სადისერტაციო საბჭოების წევრი: კარდიოლოგია, რევმატოლოგია, პედიატრია, მეან-გინეკოლოგია, რეაბილიტაცია, კურორტოლოგია. (1997 -1999 წწ-ში გრიფით „პედიატრია“ – სწავლული მდივანი

**1998** წლიდან დღემდე **გაზეთ „სოციალური პედიატრია“** და სამეცნიერო-პრაქტიკული **ჟურნალ „სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია“** -

**Social, Ecological & Clinical Pediatrics**

**Journal of the Georgian Foundation of Social Pediatrics ISSN 1987-9865**

<http://www.sppf.info>;

– დამფუძნებელი და მთავარი რედაქტორი.

**2007** წლიდან დღემდე „სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალ „ბავშვთა კარდიოლოგიის“-

**Pediatric Cardiology**

**Journal of the Georgian Pediatric Cardiology Association ISSN 1987-9857**

<http://www.sppf.info>;

– დამფუძნებელი და მთავარი რედაქტორი.

**2007** წლიდან საერთაშორისო ფონდის „უსაფრთხოება და ბავშვის“ პრეზიდენტი (ოფისებით თბილისში (საქართველო) და ნიუორკში (ა.შ.შ.)).

**2008** წლიდან საერთაშორისო ფონდის „CODATA“ – საქართველოს სექციის სამედიცინო დეპარტამენტის თავმჯდომარე.

**2009** წლიდან ევრომეცნიერების საქართველოს სექციის მედიცინისა და სპორტის დეპარტამენტის თავმჯდომარე.

**2009** წლიდან პროგრამების **FP7 - CORDIS** ექსპერტი.

**სამეცნიერო ინტერესების სფერო:**

გულ-სისხძარღვთა სისტემის განვითარების ფიზიოლოგია, კერ-

ძოდ, ბავშვთა და მოზარდთა გულ-სისხძარღვთა სისტემის ფიზიოლოგიური თავისებურებები ნორმისა და პათოლოგიათა დროს, ჰიპერტენზიათა და ათეროსკლეროზის პრობლემა, ქართული სამკურნალო პრეპარატები და მათი მოქმედების მექანიზმები, სპორტსმენთა ფიზიკური განვითარების ნორმატივები, რევმატოლოგია, იმუნოლოგია, გერონტოლოგია, გერიატრია, ვალულოლოგია, სანოლოგია, ასევე კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური კვლევები, მათემატიკური მეთოდების გამოყენება ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის პრობლემატიკის განხილვისას.

აქტიურად თანამშრომლობს უცხოელ მეცნიერებთან რომელთა რიგებშია: შვეიცარია, იტალია, იაპონია, გერმანია, საფრანგეთი, ა.შ.შ., ჩეხეთი, საბერძნეთი, ესტონეთი, უკრაინა, ავსტრია და ა.შ.

**სამეცნიერო ფორუმებში მონაწილეობა:**

50-ზე მეტი საერთაშორისო კონფერენციაში მონაწილეობა – როგორც წესი, ორგანიზატორის, სექციის თავმჯდომარის ან მომხსენებლის როლში.

საორგანიზაციო კომიტეტის თავმჯდომარისა ან პრეზიდენტის რანგში ჩატარებული ადგილობრივი და საერთაშორისო 28 კონფერენცია და 19 სიმპოზიუმი.

**პატივთქმა და სალიტენიო მოწოდება:**

16 საქპატენტის საავტორო უფლება

**პედაგოგიური გამოცდილება:**

1981-1993წწ თსსი პედატრიის №1 კათედრის ასისტენტი;

1993-1996წწ თსსუ პედატრიული კათედრის დოცენტი

1996-2006წწ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედატრიაში სპეციალიზაციის კათედრის პროფესორი;

2003 წლიდან დღემდე მონაწილეობს უ. პ. გ. სწავლების პროცესში. (6 პროგრამის ხელმძღვანელი

2006 წლიდან დღემდე თსსუ პედატრიული მიმართულების პედაგოგი (კარდი-რევმატოლოგია)

2009 წლიდან დღემდე „ბავშვთა კარდიოლოგიის“ სარეზიდენტო პროგრამის ხელმძღვანელია

1993-1996წწ თსსი სადისერტაციო საბჭოს წევრი გრიფით პედიატრია და კარდიო-რევმატოლოგია.

1996-2006წწ თსსუ სადისერტაციო საბჭოს წევრი: კარდიოლოგია, რევმატოლოგია, პედიატრია, მეან-გინეკოლოგია, რეაბილიტაცია, კურორტოლოგია.

1997-1999 წლამდე სპეციალიზირებული სადისერტაციო საბჭოს „პედიატრია“ სწავლულ მდივანი;

2000 წლიდან – ხელმძღვანელობით შესრულებულია 8 საკანდიდატო დისერტაცია და ოპონირებულია 50-ზე მეტი სადისერტაციო ნაშრომი.

2007 წელს მოკლე ვადიანი მივლინება ა.შ.შ. ოლბანის უნივერსიტეტში.

2009 წელს მზადდება 3 სადოქტორო პროგრამა (ერთი დოქტორანტი ჩარიცხა თსსუ-ში, ორი პროგრამა კი მსვლელობაშია).

2009 წელს დასახელებულია და საერთაშორისო ბიოგრაფიული





**წიგნის/პრეზენტაციის, შუბრნალის რედაქტირება, რედაქციის წევრობა**

პროფესიული ასოციაციის, საზოგადოების წევრობა, მათ შორის – საერთაშორისო ორგანიზაციებისა		
ასოციაციის დასახელება	სტატუსი	ვალები
1. ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია 2. ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის სამედიცინო მეცნიერებისა და სპორტის დეპარტამენტი. 3. International Council of science : Committee on Data for Science and Technology (CODATA) Georgian CODATA Committee: medical Sciences and Novel information Technologies for Medicine. 4. World Academy of Science Engineering and Technology 5. World Association of non-governmental organizations WANGO 6. International Fund "The World Security and Child" 7. The World Alliance for Breastfeeding Action 8. საქართველოს კატასტროფისა და კრიტიკულ მდგომარეობათა მედიცინის ასოციაცია. 9. საქართველოს პედაგოგთა ასოციაცია 10. საქართველოს ექიმთა ასოციაცია 11. საქართველოს პედაგოგთა საზოგადოება 12. სოციალური პედაგოგის დაცვის ფონდი 13. საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა კავშირის 14. ევროკარდიოლოგთა ასოციაცია 15. ევროპის მეცნიერთა ასოციაცია 16. OGASH-ის აკადემია 17. ინტერკონტინენტალური მედიკოს-სოციალურ მეცნიერებათა აკადემიის IAMSS 18. OGASH- ის 19. საქართველოს საერთაშორისო კარდიოლოგიის საზოგადოების გამგეობა	1. თავმჯდომარე 2. თავმჯდომარე 3. თავმჯდომარე 4. საბჭოს წევრი 5. წევრი 6. პრეზიდენტი 7. წევრი 8. წევრი 9. საბჭოს წევრი (საბჭოს თავმჯდომარე) 10. გამგეობის წევრი 11. გამგეობის წევრი 12. პრეზიდენტი 13. თავმჯდომარე 14. წევრი 15. წევრი 16. აკადემიკოსი 17. აკადემიკოსი 18. საერთაშორისო ექსპერტი 19. წევრი	1. 2008-დან დღემდე 2. 2008-დან დღემდე 3. 2007-დან დღემდე 4. 2007-დან დღემდე 5. 2009-დან დღემდე 6. 2007-დან დღემდე 7. 1999-დან დღემდე 8. 2008-დან დღემდე 9. 2009-დან დღემდე 10. დღემდე 11. დღემდე 12. 2002-დან დღემდე 13. 1992-დან დღემდე 14. დღემდე 15. 2003-დან დღემდე 16. 2005 წლიდან 17. 2006 წლიდან 18. 2007 წლიდან 19. 2005 წლის

ცენტრის (ეკემბრი-ინგლისი) მიერ „მსოფლიოს 100 საუკეთესო პედაგოგებს“ შორის.

მეცნიერების პოპულარიზაციის მიზნით რეგულარულად გამოდის ტელევიზიით, რადიოთი, კითხულობს ლექციებს და აქვეყნებს სტატიებს მას-მედიაში ბავშვთა და მოზარდთა განვითარებისა და ჯანმრთელობის შესახებ. უფროსკლასელებს და სპორტსმენებს ჩაუტარა ლექციების კურსი მეცნიერების უახლოეს მიღწე-

ვებზე (შოთა რუსთაველის სახელობის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის პროექტის ფარგლებში). წაკითხული აქვს ლექციები უცხოეთში: კიევიში, მოსკოვში, ქენევაში, ოლბანიში.

**საბრანტო პროექტების ხელმძღვანელობა და მონაწილეობა:**

ჯამში 28 მათ შორის: პროექტის ხელმძღვანელობა-18(8 საერთაშორისო), მონაწილე -10

**საბრანტო პროექტების ხელმძღვანელობა და მონაწილეობა:**

№	დასახელება	შენიშვნა
1	წიგნი "რა უნდა იცოდნენ მოსწავლეებს გამაჯანსაღებელი ფიზიკური ვარჯიშების შესახებ" / 2011. - 60გვ. : 19სმ. - ბიბლიოტეკ.: გვ. 59. - ISBN 978-9941-0-3360-5[MFN: 144575]	(ავტ.) სვანიძეილი, ნ. ჭაბუკაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი
2	წიგნი "გაუფრთხილდი ხერხემალს" / თსსუ 2010. - 63გვ. : სურ. : 20სმ. - ISBN 978-9941-0-3047-5[MFN: 142090]	(ავტ.) სვანიძეილი, ნ. ჭაბუკაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი
3	წიგნი "ექოკარდიოგრაფიული მანევრები ჯანმრთელ ბავშვებში" ქართ. ენ., ინგლ. და რუს /თსსუ-1991- 94გვ.ბიბლიოტეკ.16/	(ავტ.)გ.ჩახუნაშვილი, ნ.ჯობაძე
4	წიგნი „ინვალიდთა კინეზოთერაპიის თავისებურებანი“ 2008 წ	რედაქტორი
5	INNOVATIVE MEDICINE AND BIOLOGY Canadian International Monthly Reviewed Journal (CIJIMB) ISSN 1925-2188 CANADA TORONTO	(Editorial Board)
6	წიგნი „საექიმო აქმიანობის სამართლებრივი საფუძვლები“ 2001 წ	რედაქტორი
7	ჟურნალი „ბავშვთა კარდიოლოგია“	მთავარი რედაქტორი (დღემდე) WWW.sppf.info/cardio
8	ჟურნალი „სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედაგოგია“	მთავარი რედაქტორი (დღემდე) WWW.sppf.info/ped-jurnal
9	გაზეთი „სოციალური და ეკოლოგიური პედაგოგია“	მთავარი რედაქტორი (დღემდე) WWW.sppf.info/gazeti
10	ჟურნალი „საქართველოს პედაგოგია“	სარედაქციო კოლეგიის წევრი (დღემდე)
11	ჟურნალი „კარდიოლოგია და შინაგანი მედიცინა“	სარედაქციო საბჭოს წევრი (დღემდე)
12	ჟურნალი „კონსილიუმი“	სარედაქციო კოლეგიის წევრი (დღემდე)
13	სახელმძღვანელო „აივი ინფექცია/შიდსი“ 2002 წ	რედაქტორი
14	სახელმძღვანელო „ინფექციოთა გადაცემა დედიდან ბავშვზე“ 2003 წ	რედაქტორი

მონაწილეობდა USAID და WORLD LEARNING-ის მიერ შექმნილ სამუშაო ჯგუფის მუშაობაში, რომლის მიზანია შეიმუშაოს ინვალიდთა ინტერესებისადმი საქართველოს ეროვნულ მოქმედებათა გეგმის პროექტი და შესთავაზოს განხილვისათვის ხელისუფლებას.

2004 წლის სოციალური პედაგოგიის დაცვის ფონდმა, მისი ხელმძღვანელობით, სხვა არასამთავრობო ორგანიზაციებთან ერთად კოალიციაში გაიმარჯვა USAID და WORLD LEARNING-ის მიერ გამოცხადებულ კონკურსში სახელწოდებით „ვისწავლოთ ერთად ცხოვრება“, რომელიც მთლიანად ეძღვნებოდა შ.შ.ს. ინტერესებისადმი PR კომპანისა.

**წიგნის/პრეზენტაციის, შუბრნალის რედაქტირება, რედაქციის წევრობა**

**დამატებითი ცნობები:**

1. ქართული პრეპარატის GA-40-ის იმუნოთერაპიული და ანტიკანცეროგენული პრეპარატის, რომლის შედეგებიც მოხსენდა დახურულ კონგრესზე ქენევაში (შვეიცარია) 1994 წელს, თანაავტორი

2. ერთ-ერთი პირველი ქართული პრეპარატების: აპივიტის, აპიკორის, აპიპულმოს, აპიპეპატის ავტორი

3. კვებითი დანამატის “ივერიულის” ავტორი

4. კვებითი დანამატის “აპიპურის” ავტორი.

5. პროექტ “მონაწილეთა”, რომელიც ეხება ახალგაზრდების საზოგადოების სრულფასოვან წევრად აღზრდის გლობალურ საკითხებს, ავტორი.

6. მიღებული სოციალური პედაგოგიის ფონდის მედალი 1999 წელს.

7. მიღებული სიგელი საქართველოში დედათა და ბავშვთა და მოზარდთა სოციალური უზრუნველყოფის და სამედიცინო საქველმოქმედო აქციებისათვის.

8. აქტიურად მონაწილეობა სტუდენტთა სამეცნიერო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან (ჩავატარებულა მრავალი ღონისძიება მათთან ერთად)

9. 2009 წლის წარდგენები სხვადასხვა ნომინაციაზე:

1. Gold medal for Georgia – August 2009, American Biographical Institute
2. Lifetime Achievement Award – 17th July 2009, The International Biographical Centre, Cambridge, England
3. Educational Achievement – 10th July 2009, The International Plato Award, Cambridge, England

4. Deputy Director General of The international Biographical Centre for Europe – 19th June 2009, The International Biographical Centre, Cambridge, England

5. 2009 Universal Award of Accomplishment - 12th June 2009, American Biographical Institute

6. 2000 Outstanding Intellectuals of The 21st Century 2009/2010 – 15th May 2009, The International Biographical Centre, Cambridge, England

7. Top 100 Educators 2009 – 28th April 2009, The International Biographical Association, Cambridge, England

8. Great Minds of the 21st Century – 16th May 2009, American Biographical Institute

9. ვარ დიასპორის საკითხებში საქართველოს სახელმწიფო მინისტრის სათათბირო ორგანოს – საზოგადოებრივი საბჭოს წევრი.

#### უცხო ენები და კომპიუტერული პროგრამები:

Microsoft Office, Microsoft Exsel, PoverPoint, SPSS, PhotoShop, კარგად ინგლისური ენისა და სრულყოფილად რუსული ენის ცოდნა.

#### აუვლიანების ჩამონათვალი –

ნაშრომები მოსხენებულა და დაბეჭდილია მსოფლიოსა და ევროპის კონგრესებში მათ შორის: 2012-2013 თბილისი, (საქართველო- NATO) 2011წ პარიზი (საფრანგეთი), 2009-2010 თბილისი, ბათუმი (საქართველო- NATO ) 2008 წელს სტამბულში (თურქეთი); 2007წ ფილადელფია (ა.შ.შ.); 2007 წელს ათენში (საბერძნეთი); 2005წ ფილადელფია (ა.შ.შ.); 2001 წელს მონაწილეობდა საქართველოს კარდიოლოგიის I ყრილობაში; 2001 წელს სტოკჰოლმი (შვეიცარიაში); 1998 წელს ვენა (ავსტრიაში); 1996 წელს მონაწილეობა მიიღო ევროპის კარდიოლოგთა კონგრესში – ინგლისი ქ. ბირმინგემში; 1996 წელს ფსიქონევროლოგთა კონგრესში – ჰოლანდია ქ. თილბურგი; 1993 წელს უნგრეთში (ბუდაპეშტი); 1993 წელს ავსტრიაში (ვენა); 1991 წელს შვეიცარიაში (ჟენევა); 1990 წელს იუგოსლავიაში (დებრიუნეკი); 1989 წელს ჩეხოსლოვაკიაში (პრაღა);

გამოქვეყნებულია 220-ზე მეტი სამეცნიერო ნაშრომი, მათ შორის 30 უცხოეთის პერიოდიკაში. სტატიები ჟურნალებში: „GMN“ „MRJ“ „Pediatria“ „Acta Paediatrica“ „Georgia medical news“ „მოამბე“ „სოციალური, ეპოლოგიური და კლინიკური პედი-

ატრია“, „ბავშვთა კარდიოლოგია“. 2008 წელს ნაშრომი „ნანასხიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“ დაისტამბა NATO-ის შრომათა კრებულში, რომელიც გამოიცა ინგლისში და სხვა. 3 მონოგრაფია (მათ შორის 1 ქართულ, რუსულ და ინგლისურ ენაზე), 7 მეთოდური რეკომენდაცია, არის 11 საქპატენტის ავტორი და მედიკობიოლოგიური სამეცნიერო კვლევითი ცენტრის „ნეობიოსის“ ერთ-ერთი დამაარსებელი, რომელმაც დაარეგისტრირა იმუნოთერაპიული საშუალება ანტიკარცინოგენური თვისებებით „GA-40“.

პრეპარატების „აპივიტის“, „აპიკორის“, „აპიპეპატის“ და „აპიპულმოს“ ავტორი.

#### პერსონალური ინფორმაცია

**Имя Фамилия:** Георгий Чах у нас были:

**Дата рождения:** 07.06.1954

**Гражданство –** Грузия

**Персональная информация:** имеет жену и двоих детей

**адрес:** Грузия, Тбилиси, телефон: 32-68-16 мобильный: 593-33-71-54

**адрес работы –** Тбилиси, Люблина, 21, Цицишвили клиники

**Электронная почта: i веб-сайт:** info@sppf.info веб-сайт: www.sppf.info www.esgnis.org

**Специальность:** педиатрия, детская кардиоревматолог

**Ученая степень:** доктор медицинских наук

**педагогические степени:** профессор, научные педагогические: Академик грузинской Академии гуманитарных искусств и естественных наук

**награда:** Почетная медаль (N-262 2012.14)

**почетное звание:** MMember of Top 100 Educators 2009 (Cambridge, England)

29<sup>th</sup> June 2009

**Профессиональный опыт:** 35 лет

**Педагогический стаж:** 32 лет

**Исследования и опыт:** 35 лет

**положение**

Цицишвили педиатрической клиники Медицинское обслуживание Обеспечение качества обслуживания.

Тбилисского государственного медицинского университета, директор программы в кардиологии-ревматологии.

Академия наук Грузии, Гуманитарные науки и искусство - вице-президент.

Академия естественных наук- Вице-президент.

Euroscience председатель Национального раздела (Страсбург - Франция).

#### ОБРАЗОВАНИЕ И ОПЫТ РАБОТЫ:

В 1979 году он окончил Тбилисский государственный медицинский университет педиатра.

В 1988 году защитил диссертацию кандидата наук степеней, присуждаемых;

В 1992 году он защитил докторскую диссертацию и был удостоен ученой степени доктора медицинских наук;

В 1993 году он был избран доцентом кафедры педиатрического медицинского университета; (присвоено звание доцента).

С 1996 по 2007 года он был профессором Тбилисского государственного медицинского университета, кафедры педиатрии специализации;

2009-2013 **IB Euro-Caucasian University** -профессор

2009 - настоящее время, Полный профессор института интенсивной терапии.

Он принимала участие в курсах навыки и квалификацию: Украина (Киев), России (Москва, Волгоград, Ростов), Швейцарии (Женева), Швеция (Стокгольм) в Соединенном Королевстве, США -Грузия (Тбилиси)

#### ОПЫТ РАБОТЫ:

2011 - . Настоящий найден Цицишвили педиатрической клиники Медицинское обслуживание Обеспечение качества обслуживания .

С 2006 - по настоящее время программа резиденции в Тбилисский государственный медицинский университет - директор В / Кардиология - в ревматологии .

2009-2011 г Жвания педиатрической клиники луч - заместитель.

Заместитель директора детской клиники, медицинский факультет 1997-2009 ;

1996-2006 Государственного Медицинского Университета педиатрии профессор кафедры специализации

1993-1996 доцент кафедры детской медицинского образования

1981-1993 Кафедра педиатрии, I Ассистент отдела Тбилисский государственный медицинский университет

Кроме того:

• С 2008 Euroscience председатель секции.

• Академик Академии наук Грузии, Гуманитарные науки и искусство

2006-2008 - секретарь, а с 2008 года - вице-президент .



• Академия естественных наук 2013 года - вице-президент

• 2009 из Академии педиатров совета

• 2003 г. он стал вице - президентом Ассоциации педиатров ;

• С 1992 года, президент Ассоциации кардиологов;

• 2003 от президента Фонда социальной педиатрии, чья благотворительная митинги в Грузии в 1998-2013 годах медицинский осмотр более 97 000 детей

• 2002 он был избран в город. Начальник педиатрии.

После Всемирной академии науки и техники • 2009 технология член Экспертного совета

• 2005 1 июня OGASH академии.

• 2006 межконтинентальных медицинский - академии социальных наук -Академии.

• Соответствующий член группы мира OGASH

• международный эксперт OGASH

•экономическое возрождение Союза

• Член Euroscience

• Международный сердечно - ревматология общество

• Член правления Международного общества кардиомиопатия

• Европейское общество кардиологов

• Европейское общество кардиологов

• Церковь Совет научной интеллектуальной

• Соучредитель Ассоциации гармонии

• D- общественного консультативно-

го органа государственного министра по делам диаспоры совета.

1994 год - по настоящее время Председатель членов диссертационного совета: кардиология, ревматология, педиатрия, акушерство - гинекология, реабилитация, бальнеологии. (1997 -1999

годы - в Гриффит, «Педиатрия» - ученый секретарь

С 1998 года газета, и социальной педиатрии

- Научный журнал, социальной, экологической и клинической педиатрии -

Журнал **Social, Ecological & Clinical Pediatrics**

**Journal of the Georgian Foundation of Social Pediatrics ISSN 1987-9865**

**h t t p : / / w w w . s p p f . i n f o ;**

**http://www.esgns.org**

Основатель и редактор главного .

С 2007 годанаучно - практический журнал кардиологии ' -

Журнал **Pediatric Cardiology**

**Journal of the Georgian Pediatric Cardiology Association ISSN 1987-9857**

**h t t p : / / w w w . s p p f . i n f o ;**

**http://www.esgns.org**

Основатель и редактор главного .

С 2007 года Международный фонд безопасности ребенка ( с офисами в Тбилиси (Грузия) и в niuork (США)).

С 2008 года Международный фонд, КОДАТА " \_отдел Департамента здравоохранения.

С 2009 года кафедрой спортивной медицины и секции Euroscience.

С 2009 года F программы FP7 - КОРДИС эксперт.

#### НАУЧНЫЕ ИНТЕРЕСЫ:

Сердечно - сосудистой системы развития, физиологии, а именно,

Детей и подростков сердечно - сосудистой патологии и нормы физиологических характеристик проблемы артериальной гипертензии и атеросклероза, грузинские наркотиков и их механизмов действия, физического развития спортсменов, а также клиник - эпидемиологических исследований, использование математических методов в обзоре детей и подростков проблемы со здоровьем.

Активно сотрудничает с зарубежными учеными в рядах которой являются: Швейцария, Италия, Япония, G: Германии, Франции, США, Чехии, Греции, Эстонии, Украины, Австрии

#### УЧАСТИЕ В НАУЧНЫХ ФОРУМАХ:

- Более 50 международных конференций - как правило, организатор, динамик или роль говорящего в разделе.

Председатель Оргкомитета, или в качестве Председателя Конференции, состоявшейся 28 и 19 местных и международных симпозиума.

#### ПАТЕНТЫ И СЕРТИФИКАТОВ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ

16 патентов

#### ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ:

ЦСИ 1981-1993 годы на кафедре педиатрии № 1, ассистент ;

1993-1996 доцент кафедры детской медицинского образования

1996-2006 факультет Тбилисского государственного медицинского университета педиатрии профессор кафедры специализации;

С 2003 года она принимала участие в Процесс обучения. (6 программного обеспечения - его голова

С 2006 года она была преподавателем в Университете детской ( суконная - ревматологии )

С 2009 года детской кардиологии жительство директор программы

1993-1996 председатель Совета Член Гриффит Тбилисского государственного медицинского университета педиатрии и сердечно - ревматология.

С 1996-2006 он samchos университета Диссертация: кардиология, ревматология, педиатрия, Человек - акушерство, реабилитации, бальнеологии.

Диссертация 1997-1999 годы по специальности « Педиатрия» секретарь Научно ;

С 2000 г. - руководствомдиссертацию и Заполнено 8 из 50 - больше, чем тезис.

В 2007 году краткосрочное назначение в Соединенные Штаты Университет Олбани.

2009 года выпуска, 3 докторские программы ( один из студентов, обучающихся в клубе - в течение двух раз программа ) .

В 2009 году назван Международным биографическим центром (Кембридж - Великобритания), что среди 100 лучших в мире учителей " .

Популяризация науки, регулярно появляется на телевидении, радио, преподаватель, и публиковал статьи в средствах массовой информации о здоровье и развитии детей и подростков. Спортсмен студентов старших курсов и выступил с курсом лекций рядом с достижениями науки ( Шота Руставели Национальный научный фонд проекта). Читать лекции за рубежом: Киеве, Москве, Женеве, в Олбани .

#### ГРАНТОВЫЕ ПРОЕКТЫ:

В общей сложности 28, в том числе: управление проектами 18 (8 международных ),-10

создан UD и работы Целевой группы, которая направлена на разработку национального плана действий в интересах инвалидов и обеспечение учета интересов правительства.

В 2004 году Фонд социальной педиатрии, под его руководством, совместно с другими НПО, ЮСАИД и коалиция выиграла конкурс, объявленный по названию, мы учимся жить вместе, которая является полностью интересов-компания.

#### дополнительная информация

1. Грузинские подготовки GA-40-По Иммуномодулятор и Антиканцерогенный препарата, результаты которых представлены в Конгресс за закрытыми дверями в Женеве (Швейцария) в 1994 году, соавтор

2. - Один из первых грузинских наркотиков: apivitis, apikoris, apipulmos, apiperatis Автор

3. Пищевые добавки "Iveriuli" автором

4. Пищевые добавки "Aripuri" автора.

5. "Покаяние " , которая относится к полноценным членом Общественной воспитание молодежи в глобальных вопросах , и автора.

Членство профессиональных ассоциациях

название	статус	дата
1. Euroscience Национальный разделе	1. председатель	1. 2008-
2. Euroscience национальная секция спортивного отдела	2 Член совета	2. 2008-
3. International Council of science : Committee on Data for Science and Technology (CODATA) Georgian CODATA Committee: medical Sciences and Novel information Technologies for Medicine.	3. председатель	3. 2007-
4. World Academy of Science Engineering and Technology	4. Член совета	4. 2007-
5. World Association of non-governmental organizations WANGO	5. Член	5. 2009-
6. International Fund “ The World Security and Child”	6. президент	6. 2007-
7. The World Alliance for Breastfeeding Action	7. Член	7. 1999-
8. И критические Ассоциации Терапии катастрофы.	8. Член	8. 2008-
9. Академия педиатров	9. Член совета	9. 2009-
10. Ассоциации врачей	10. Член совета	10. -
11. Общества детских врачей	11. Член совета	11. -
12. Детской фонд социального страхования	12. президент	12. 2002-
13. Детская кардиология Союза	13. Член совета	13. 1992-
14. Evrokardiologta ассоциации	14. Член	14. -
15. Европейская ассоциация ученых	15. Член	15. 2003--
16. OGASH академии	16. академик..	16. 2005 -
17. ინტერკონტინენტალური მედიკო - социальных наук IAMSS	17. академик..	17. 2006 -
18. OGASH	18. эксперт	18. 2007 -
19. Совет Международного общества кардиомиопатия	19. Член	19. 2005 -

6. Фонд медаль за социальной педиатрии в 1999 году.

6. Грузия получила сертификат материнской и детской и подростковой социального обеспечения и медицинских благотворительных акциях .

7. Студенты активно участвуют в научных и неправительственных организаций (многие из них с chavatarebulia)

8. Номинации В 2009 году

1. Gold medal for Georgia – August

2009, American Biographical Institute

2. Lifetime Achievement Award – 17th July 2009, The International Biographical Centre, Cambridge, England

3. Educational Achievement – 10th July 2009, The International Plato Award, Cambridge, England

4. Deputy Director General of The international Biographical Centre for Europe – 19th June 2009, The International Biographical Centre, Cambridge, England

5. 2009 Universal Award of Accomplishment - 12th June 2009, American Biographical Institute

6. 2000 Outstanding Intellectuals of The 21st Century 2009/2010 – 15th may 2009, The International Biographical Centre, Cambridge, England

7. Top 100 Educators 2009 – 28th April 2009, The International Biographical Association, Cambridge, England

8. Great Minds of the 21st Century – 16th May 2009, American Biographical Institute

9. Я консультативного органа государственного министра по вопросам диаспоры - Общественного совета.

**ИНОСТРАННЫЕ ЯЗЫКИ И КОМПЬЮТЕРНЫЕ ПРОГРАММЫ**

Microsoft Office, Microsoft Exsel, PoverPoint, SPSS, PhotoShop, Английский язык очень хорошо, Свободно владеет русским

**ПУБЛИКАЦИИ –**

И печатные документы, упомянутые на мировые и европейские конгрессы в том числе: 2012-2013 Тбилиси ( Грузия-НАТО ) Декабрь 2011 (Париж, Франция ), 2009-2010 Тбилиси, Батуми (Грузия - НАТО) 2008 года в Стамбуле (Турция), 2007 Филадельфии (А. Ш.Ш.) ; 2007 года в Афинах (Греция), 2005, Филадельфия (США), 2001 года я участвовал в кардиомиопатия конгрессе в Стокгольме в 2001 году ( Швейцария) в 1998 году в Вене (Австрия) в 1996 году, участвовал в Европейский конгресс кардиологов в Англии Бирмингем; психоневролог 1996 Конгресс ул Голландии. 1993 года в Венгрии (Будапешт), 1993, Австрия (Вена) в 1991 году в Швейцарии ( Женева) 1990 Югославия в 1989 году в Чехословакии ( Прага);

Опубликовано в 220 - больше научных работ, в том числе 30 зарубежных изданиях. Статьи в журналах: „GMN” MRJ “ААСТА Paediatrica” “Грузия” медицинские новости, “бюллетень”, социальной, экологической и клинической педиатрии, ”, “кардиологии детского. В 2008 году работа с ребенком зародыш имеет право на защиту,” - НАТО печатных изданий в коллекции, которая была опубликована в Англии, и многое другое. 3 монографии (в том числе 1 на грузинском, русском и английском языках), 7, методические рекомендации, составляет 11 sakpatant автор и медико научно-исследовательский центр, “neobiosis” - один из основателей, которые зарегистрированы Иммуномодулятор Антиканцерогенный свойствами, GA-40.

Автор медикаменты Apikori aripulmo apihepati

№	დასახელება	შემოწმება
1	წიგნი “რა უნდა იცოდნენ მოსწავლეებმა გამაჯანსაღებელი ფიზიკური ვარჯიშების შესახებ” / 2011. - 60გვ. ; 19სმ. - ბიბლიოგრ.: გვ. 59. - ISBN 978-9941-0-3360-5[MFN: 144575]	(Ed) D. Svanishvili, N.. B.J.L., c. Chakhunashvili
2	წიგნი “გაუფრთხილდი ხერხემალს” / თბილ 2010. - 63გვ. ; სურ. ; 20სმ. - ISBN 978-9941-0-3047-5[MFN: 142090]	(Ed) D. Svanishvili, N.. B.J.L., c. Chakhunashvili
3	წიგნი “ექოკარდიოგრაფიული მონიტორინგი ჯანმრთელ ბავშვებში” ქართ. ენ. ინგლ. და რუს /თსსუ-1991- 94გვ.ბიბლიოგრ.16/	(Ed) G. Chakhunashvili, N.. Djobavy
4	წიგნი „ინვალიდთა კინეზოლოგიის თავისებურებანი“ 2008 წ	редактор
5	INNOVATIVE MEDICINE AND BIOLOGY Canadian International Monthly Reviewed Journal (CIJIMB) ISSN 1925-2188 CANADA TORONTO	( Editorial Board )
6	წიგნი „საექიმო აქმიანობის სამართლებრივი საფუძვლები“ 2001 წ	редактор
7	ჟურნალი „ბავშვთა კარდიოლოგია“	Главный редактор WWW.sppf.info/cardio
8	ჟურნალი „სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია“	Главный редактор WWW.sppf.info/ped-jurnal
9	გაზეთი „სოციალური და ეკოლოგიური პედიატრია“	Главный редактор WWW.sppf.info/gazeti
10	ჟურნალი „საქართველოს პედიატრი“	Член редколлегия
11	ჟურნალი „კარდიოლოგია და შინაგანი მედიცინა“	Член редколлегия
12	ჟურნალი „კონსილიუმი“	Член редколлегия
13	სახელმძღვანელო „აივ ინფექცია/შიდსი“ 2002 წ	рецензент
14	სახელმძღვანელო „ინფექციათა გადაცემა დედიდან ბავშვზე“ 2003 წ	рецензент



**PERSONAL DATAS:**

**Name/Surname:** Giorgi Chakhunas-  
hvili

**Date of birth:** 07. 06. 1954წ.

**Citizenship** – Georgia

**Personal information:** Wife and two  
sons

**Apartment address:** Georgia, Tbilisi.  
Nutsbidze III plateau, II block. Telephone  
number: 2 32 68 16 Mobile: 593 33 71 54

**Job address** – Tbilisi, Lubliana st. 21,  
Pediatric Clinics named after I. Cicisvi-  
li, telephone: 2-47-04-01

**E-mail:** i **Web-page:** w w

**Speciality: Pediatry, Children cardio-  
rheumatology**

**Academic degree: Doctor of medical  
science**

**Scientific-pedagogic rank: Proffesor**

**Scientific-pedagogic activity:** Aca-  
demic of Georgian humanitarian and arti-  
ficial scientific academy and natural  
science..

**Governmental rewards: “Order of  
Honor” (N-262 2012.14 July)**

**Honorary Rank:** Member of Top  
100 Educators 2009 (Cambridge, England)  
29th june 2009

**Professional Experience: 35 years**

**Pedagogic experience: 32 years**

**Scientific experience: 35 years**

**POST.**

Head of quality assurance in medical  
care of pediatric clinic named after I.Ci-  
cishvili.

Residency program director of cardi-  
ology/rheumatology in Tbilisi State Me-  
dical University.

Vice-President of Georgian Humanitar-  
ian and Artificial Science Academy.

Vice-President of Aatural Science  
Academy.

Chairman of Georgian National Secti-  
on of Euroscience. (Strasbourg – France)

**EDUCATION AND PROFESSIONAL  
SCIENTIFIC-PEDAGOGIC  
ACTIVITIES:**

1979 – Graduated from Pediatric Fac-  
ulty of Tbilisi State Medical University

1988 – maintained thesis for a candi-  
date degree and was ranked as a Candida-  
te of medical science.

1992 – maintained thesis for a doctor’s  
degree and ranked as a Doctor of medical  
science.

1993 – was elected as an assistant pro-  
fessor of pediatric faculty. (ranked as an  
assistant professor)

1996 – 2007 – Was a professor of a  
TSSU pediatric specialization depart-  
ment. (Ranked as Professor).

2009-2013 **IB Euro-Caucasian University**  
Full professor.

2009 – untill now – Full professor of  
Georgian Critical Medicine Institute.  
Completed full course of qualification and  
training in Ukraine (Kiev), Russia  
(Moscow, Volgograd, Rostov), Swtzerland  
(Geneva), Sweden (Stocholm), United  
Kingdom (Birmingham), U.S.A. (Olban,  
Boston), Turkey (Ankara), Greece  
(Athene), Georgia (tbilisi).

**WORK EXPERIENCE:**

2011– present – Head of quality assu-  
rance in medical care of pediatric clinic na-  
med after I.Cicishvili.

2006-present - Residency program di-  
rector of cardiology/rheumatology in Tbi-  
lisi State Medical University.

2009-2011 – Deputy director of Pedi-  
atric Clinic named after G.Zhvania

1997-2009 - Deputy director of TSSU  
Pediatric Clinic.

1996-2006 - Professor of a TSSU pe-  
diatric specialization department

1993-1996 – Assistant professor of  
TSSU pediatric department.

1981-1993 – Assistant of TSSU #1 pe-  
diatric department.

2008-present – Chairman of Geor-  
gian National Section of Euroscience.

2006-2008 – Academic of Georgian  
Humanitarian and Artificial Science Acad-  
emy, Vice-president from 2008,

True member of Georgian Natural  
Science Academy, Vice-president from  
2013

2009-present secretary of Georgian  
Pediatric Academy council

2003 – Vice-President of Georgian Pe-  
diatric Association

1992-present – President of Georgian  
Children Cardiologists Association

2003-present – President of Social  
Pediatrics Protection Fund, with help of  
this fund more than 97 000 children we-  
re examined for free.

2002- Was elected as main podiatrist  
of Tbilisi

2009-present – Member of The World  
Academy of Sciences, Technology and En-  
gineering Council of Experts

2005 1 June- present – Academic of  
OGASH academy

2006 - present – academic of IAMSS  
academy

Member-co-respondent of OGASH  
leader group

GOASH national expert

Member of Georgian Economic Rege-  
neration Union

Euro Science member

Member of National Cardio-Rheuma-  
tologists Society

Board member of Georgian National  
Cardiomyopathy Society

Member of Europe Children Cardio-

logy Society

Member of Europe Cardiology Society  
Member of Georgian Patriarchy integ-  
rated Georgian Scientific Intellectual co-  
uncil

Founder of Association – “Harmony”  
Public council member of Georgian  
State Minister deliberative organ

1994-present – member of TSSU the-  
sis council in cardiology, rheumatology,  
pediatrics, obstetrician-gynecology, reha-  
bilitation, resortology

1988-present – founder and main edi-  
tor of news-paper “Social pediatrics”  
and scientific-practical magazine “social,  
Ecological & Clinical Pediatrics”

2007-present – founder and main edi-  
tor of magazine “Pediatric Cardiology”.

2007-present – President of national  
fund “Security and Child” (with offices in  
Georgia and U.S.A)

2008-present – Chairman of Geor-  
gian national medical department of na-  
tional fund “CODATA”

2009-present – Chairman of Medicine  
and sport department of Euro science  
Georgian section

2008-present – Program FP7- CORDIS  
expert.

**SPHERE OF SCIENTIFIC  
INTERESTS:**

Cardiovascular system development  
physiology – Children and adult cardio-  
vascular Physiological Peculiarities in  
normal and pathology, problems of hyper-  
tension and atherosclerosis, Georgian  
medicines and their effects, sportsmen nor-  
mal physical development, rheumato-  
logy, immunology, gerontology, geriatrics,  
valeology, sanology, clinical-epidemic  
research, usage of mathematical methodo-  
logy in discussions of child and adult he-  
alth problems.

Is actively collaborating with foreign  
scientists from Switzerland, Italy, Japan,  
Germany, France, U.S.A., Czech Repub-  
lic, Greece, Estonia, Ukraine, Austria  
and others.

**PARTICIPATING IN SCIENTIFIC  
FORUMS:**

Taken part in more than 50 internati-  
onal conference s– as an organizer, cha-  
irman of the section or as a speaker.

He held local and international confe-  
rences (28) and simposiums (19) as a cha-  
irman of organizing committee or as a pre-  
sident.

**PATENTS AND LICENSES:**

Right to be an author of 16 patents.

**PEDAGOGIC EXPERIENCE:**

1981-1993 - Assistant of TSSU #1 pe-

MEMBERSHIP OF PROFESSIONAL AND SCIENTIFIC ORGANIZATIONS:

Membership of professional associations, societies and international organizations		
Name of associations:	Status	Term
1. Georgian National Section of Euroscience	1. Chairman	1. 2008-Present
2. Euroscience Georgian National Section Medical Science and Sport Department	2. Chairman	2. 2008 – Present
3. International Council of science: Committee on Data for Science and Technology (CODATA) Georgian CODATA Committee: medical Sciences and Novel information Technologies for Medicine.	3. Chairman	3. 2007 – Present
4. World Academy of Science Engineering and Technology	4. Member of the council	4. 2007- Present
5. World Association of non-governmental organizations WANGO	5. Member	5. 2009- Present
6. International Fund “ The World Security and Child”	6. President	6. 2007- Present
7. The World Alliance for Breastfeeding Action	7. Member	7. 1999 – Present
8. Georgian Catastrophe and Critical Condition Medicine Association.	8. Member	8. 2008- present
9. Georgian Pediatric Academy	9. Member of the council (chairman)	9. 2009- present
10. Georgian Doctor Association	10. Member of the board	10. present
11. Georgian Pediatrics Society	11. Member of the board.	11. present
12. Social Pediatrics Protection Fund	12. President	12. 2002 – present
13. Georgian Pediatric Cardiology Society	13. Chairman	13. 1992- present
14. Europe Cardiologist Association	14. Member	14. present
15. Europe Scientist Association	15. Member	15. 2003 – present
16. OGASH Academy	16. Academic	16. 2005 – present
17. Intercontinental Medicine-Social Academy – IAMSS	17. Academic	17. 2006 – present
18. OGASH	18. International expert	18. 2007 – present
19. Board of Georgian International Cardiomyopathy Society	19. Member	19. 2006 - present

diatric department

1993-1996 – Assistant professor of TSSU pediatric department

1996-2006 – Professor of TSSU pediatric specialization department

2003- present – Participating in U.P.G teaching process (leader of 6 programs)

2006-present – Pedagogics of TSSU Pediatric branch

2009-present – Head of “Pediatric Cardiology” residency program

1993-1996- Member of the thesis council of cardiology and rheumatology

1996-2006- Member of the thesis council: Cardiology, Rheumatology, Pediatrics, obstetrician-gynecologist, rehabilitation, resortology

1997-1999 – Secretary of specialization thesis council “Pediatrics”

2000-present - Under the guidance 8 thesis was maintained and more than 50 thesis complained

2007 – short-term scientific mission in U.S.A. Olban University

2009- 3 thesis program for a doctor’s degree was maintained (one was put on in TSSU, and others are in process)

2009- Was named “among world’s top 100 teachers” by International Biography Centre (Cambridge, England)

For purpose of science popularization, he’s often on TV, radio, reads lectures, and publishes articles about child and adult development and their health. He read lectures for sportsmen and adults about newest achievements (Project of Shota Rustaveli National Scientific fund). Has read

lectures in foreign countries like Moscow, Kiev, Geneva, Albany.

LEADERSHIP AND PARTICIPATION OF GRANT PROGRAMS:

28 in overall: leader of projects in 18 of them and participant in 10.

Was also participating in USAID and WORLD LEARNING working group activities, which goal was to work out Georgian national action plan project for the interests of invalids and after this, to offer this plan to the government.

In 2007 Social Pediatrics Protection Fund, with a help of other non-governmental organizations won in a competition “Let’s learn to live together” which was held by USAID and WORLD LEARNING

MEMBERSHIP OF PROFESSIONAL AND SCIENTIFIC ORGANIZATIONS:

Additional DATA

1. Georgian immune-therapeutic and anti-cancerogenic medicine GA-40 , Which was reported at closed congress in 1994, Geneva (Switzerland) . Co-author.

2. One of the first Georgian medicines author like APIVIT, APICOR, APIPUL-MO, APIHEPATI

3. Author of adjunct “Iveriuli”

4. Author of adjunct “Apipuri”

Author of project “Confession”, which was about the global questions of youth integration in society as a member of full value.

5. Received Social Pediatric Protection Fund medal in 1999

6. Received a reward for social securing of mother, child and adults and for - medical charity activities.

7. Was actively participating with students scientific and non-governmental organizations

8. 2009 wlis wardgenebi sxvadasvxa nominaciaze:

1. Gold medal for Georgia – August 2009 , American Biographical Institute

2. Lifetime Achievement Award – 17th July 2009, The International Biographical Centre, Cambridge, England

3. Educational Achievement – 10th July 2009, The International Plato Award, Cambridge, England

4. Deputy Director General of The international Biographical Centre for Europe – 19th June 2009, The International Biographical Centre, Cambridge, England

5. 2009 Universal Award of Accomplishment - 12th June 2009, American Biographical Institute

6. 2000 Outstanding Intellectuals of The 21st Century 2009/2010 – 15th may 2009, The International Biographical Centre, Cambridge, England

BOOK/COLLECTION, MAGAZINE EDITION, MEMBERSHIP OF EDITORIAL BOARD

N#	Name	Remark
1	წიგნი “რა უნდა იცოდნენ მოსწავლეებმა გამაჯანსაღებელი ფიზიკური ვარჯიშების შესახებ” / 2011. - 60გვ. : 19სმ. - ბიბლიოტრ.: გვ. 59. - ISBN 978-9941-0-3360-5[MFN: 144575]	(ავტრ. სვანშვილი, ნ. ჭაბაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი
2	წიგნი “გაუფრთხილები ხერხემალს” / თსსუ 2010. - 63გვ. : სურ. : 20სმ. - ISBN 978-9941-0-3047-5[MFN: 142090]	(ავტრ. სვანშვილი, ნ. ჭაბაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი
3	წიგნი “ეპოკარდიოგრაფიული მხედველობები ჯანმრთელ ბავშვებში” ქართ. ენ. ინგლ. და რუს /თსსუ-1991- 94გვ.ბიბლიოტრ.16/	(ავტრ.)განაზონაშვილი, ნ.ჯობაძე
4	წიგნი „სინვალდითა კონსოკორექციის თავისებურებანი“ 2008 წ	რედაქტორი
5	INNOVATIVE MEDICINE AND BIOLOGY Canadian International Monthly Reviewed Journal (CIJIMB) ISSN 1925-2188 CANADA TORONTO	( Editorial Board )
6	წიგნი „საექიმო აქმიანობის სამართლებრივი საფუძვლები“ 2001 წ	რედაქტორი
7	ჟურნალი „ბავშვთა კარდიოლოგია“	მთავარი რედაქტორი (დღემდე) WWW.sppf.info/cardio
8	ჟურნალი „სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია“	მთავარი რედაქტორი (დღემდე) WWW.sppf.info/ped-jurnal
9	გაზეთი „სოციალური და ეკოლოგიური პედიატრია“	მთავარი რედაქტორი (დღემდე) WWW.sppf.info/gazeti
10	ჟურნალი „საქართველოს პედიატრი“	სარედაქციო კოლეგიის წევრი (დღემდე)
11	ჟურნალი „კარდიოლოგია და შინაგანი მედიცინა“	სარედაქციო საბჭოს წევრი (დღემდე)
12	ჟურნალი „კოსმინოლოგია“	სარედაქციო კოლეგიის წევრი (დღემდე)
13	სახელმძღვანელო „აივ ინფექცია/შიდსი“ 2002 წ	რეცენზენტი
14	სახელმძღვანელო „ინფექციათა გადაცემა დედიდან ბავშვზე“ 2003 წ	რეცენზენტი



7. *Top 100 Educators 2009 – 28th April 2009, The International Biographical Association, Cambridge, England*

8. *Great Minds of the 21st Century – 16th May 2009, American Biographical Institute*

9. He is Member of public council of Georgian State minister consultation organ diaspor

**FOREIGN LANGUAGES AND COMPUTER PROGRAMS:**

Microsoft Office, Microsoft Excel, PoverPoint, SPSS, PhotoShop. Knows English well and speaks perfect Russian.

**LIST OF PUBLICATIONS:**

His publications and work are presented at many world's and Europe congresses: 2012-2013 Tbilisi (Georgia – NATO), 2011 Paris (France), 2009-2010 Tbilisi, Batumi (Georgia – NATO), 2008 Istanbul (turkey), 2007 Philadelphia (U.S.A), 2007 Athena (Greece), 2005 Philadelphia (U.S.A.), 2001 - was participating in Georgian Cardiomyopathy Congress, 2001 Stockholm (Switzerland), 1998 Vena (Austria), 1996 – participated in Europe Cardiologist Congress – England (Birmingham), 1996 Congress of Phsyconeurologists – Netherlands (Tilburg), 1993 Hungary (Budapest), 1993 Austria (Vena), 1991 Geneva (Switzerland), 1990 Yugoslavia (Debriunik), 1989 Czech Republic (Prague).

He published more than 220 works, and among them 30 in foreign countries. Articles in Magazines: “GMN”, “MRJ”, “Pediatria”, “Acta Paediatrica”, “Georgia Medical news”, “Moambe”, “Social, ecological and clinical pediatrics”, “Pediatric Cardiology”. Work in 2008 – “Child has right to be protected since the embryo” was printed in NATO work collection, which was published in England and other countries. 3 monography (In Georgian, English and Russian), 7 methodological recommendation, Author of 11 patents and the founder of Medical-Biological Scientific Research Centre “Neobyosis”, which registrated immune-therapeutic and anti-cancerogenic medicine – “GA-40”.

Author of medicines like - “APIVIT”, “APICOR”, “APIHEPAT”, “APIPULMO”.

**ბიოგრაფიული ჩასახსნავი მუშაოს  
ძირითადი შრომების ნუსხა**

(რჩეული სტატიები, მონოგრაფიები, ბროშურები, სახელმძღვანელოები):

**Перечень работ Георгия Чах у  
нашвили**

**Main collection of George Chakhunashvili's work**

(Articles, monographs, booklet, textbooks):

**1.”OPPORTUNITIES OF USING IMMUNOTHERAPEUTIC GA-40 IN TREATMENT OF INFECTIOUS PEDIATRIC CARDIOLOGIC PATHOLOGIES**

-G. Chakhunashvili, N. Jobava, K. Chakhunashvili, D.Chakhunashvili

**Monthly Reviewed International Journal . Medicine and BiologyISSN 1925-2188**

№8-9 August - September 2013 Canada 9-16p.

**2. ”EKG PARAMETERS (ST AND T WAVE) AND CAPILLAROSCOPIC PARAMETERS DURING DIABETES MELLITUS TYPE I**

**IN CHILDREN** G. Chakhunashvili, N. Jobava, K. Chakhunashvili, M. Shvangiradze, K.Pagava, D.Chakhunashvili

**Monthly Reviewed International Journal . Medicine and BiologyISSN 1925-2188**

№8-9 August - September 2013 Canada 33-41p

**3. Apipuri: Bread enriched with Amino Acids, Minerals and Vitamins George S. Chakhunashvili FIMG#02/13”STEP:- FIMG 2012FROM IDEA TO MARKET” GRANT PROGRAM 2012**

1. Chakhunashvili G, Jobava N, Chakhunashvili K, Shvangiradze M, Chakhunashvili D, Pagava K.

Georgian Med News. 2012 Sep;(210):53-7. English, Georgian.

2. Chakhunashvili G, Jobava N, Guchashvili M, Chakhunashvili K, Gogilashvili T, Shvangiradze M, Pagava K. Georgian Med News. 2011 Jul-Aug;(196-197):12-8.

**1. 07 мая 2010 г. - G. Chakhunashvili (Georgia), Euroscience Georgian National Section. Course: Children and Youth Security through Science, Medicine and sport.**

www.ifsdeurope.com/popup/program-me.pdf.

**1.” Production of essential (indispensable) amino acid rich natural energetic beverage “Iveriuli-phyto” and its effectiveness in sportsmen. George Chakhunashvili BPG #04/10\_STEP: - BPG 2009**

1.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

2.Influence of medicines on the cardiovascular system of the sport children end

timely holding prevention arrangements against weak ring - 3<sup>rd</sup> Europeadiatrics Congress; pp -49; Istanbul, Turkey - 14-17 June 2008

3.Identification of public awareness on the protection of petients rights -3<sup>rd</sup> Europeadiatrics Congress; pp -299; Istanbul, Turkey - 14-17 June 2008

4.Production of Essential (Indispensable) amino Acid Rich Natural Energetic Beverage “Iveriuli” and its Effect - Science and Technology Entrepreneurship program Venture Forum - Tbilisi, Georgia; 8 December 2008

1. Cardiovascular system in the sport – children and timely holding prevention enragement rvenle rings 25 ht international Congress Paediatrics ICP – 2007 Athens, Greece, oral poster

Iveness in sportsmen -  
2. Role of viral pathogens in systemic infection in infant from the newborn intensive care unite in Georgian”

(23 annual clinical virology symposium and Annual Meeting Pan American Society for clinical Virology) Poster

Abstracts – S -36p. April 29 – May 1 2007 Geor water Beach Fl (USA)

3.Damaye of cardiovascular system in children with type I diabetes mellitus - 2006 Diabetes UK. Diabetes

Medicine DF 2006 3-7 De. Ceaptown – congress Abstract book.

4.Clinical valve of changes in red blood cell of restructure and energy metabolic in children with cystic fibrosis of the pancreas – GMN #06 (135) p.79-77

5.Prevalence of different viral and bacterial infection in infants from neonatal intensive care units in Georgia. 21 annual clinical virology symposium clear water Beach Fl (USA) 8-11 May 2005 – poster abstract S-32

6. Ecographic Data of Left Ventricular Morfological Condition in Influmatory Heart Disease.// Annals of

Biomedical Research and education. 2002 April/June, Volume2, Issue 2. pg.177-180.

7. Estimation of Left Ventricular Functional Condition in Children During Non-rheumatic carditis Using Two- Dimentional Echocardiography. //Georgian Medical News 2002 Junr N6(87) pg60-65//

8. Comparative Analysis of The Effect of Different Doses of GA-40 on Cardiac Muscle Rabbits // Proc. Georgian Acad. Sci. Biol.Ser.A, 2003, vol. 29, pg765-768//

9. Actual Issues of Paediatric Cardiology in Georgia and it”s Prospect Development in 21st Century // J. Cardiology and Internal Medicine XXI 2002. NI . 21-24/

10.,,Some Aspects of Cardiovascular system Treatment during the Sepsis of the

Premature Newborn Babies." // J. Cardiology and Internal Medicine XXI.2003.N4 pg44-45/

11. Influence of GA-40 on the capillary endothelium in experiment // II International conference., Advances of clin. Medicine and Biology" Materials of conference May 11-14. 2000. Trabzon, Turkey//

12. Diagnostic Evaluations of interferona Leycocysts reaction(ILR) and Immunomodulation in patients with Rheumatoid Arthritis// 4th Interscience World Conference on inflammation Antir eumatics Analgezics. Geneva(Switzerland), 1991. Abs.84//

13.,Clinico-instrumental analysis of early morfofunctional manifestation of cardiovascular system at RA and SLE in Children problems of treatment, prevention andrehabilitation".// IV th Interscience World Conference on inflammation Antir eumatics Analgezics. Geneva (Switzerland), palexpo 1991. Abs.74//

14. Risk-Factors of cardiovascular system involvement in SLE - //5 th Interscience world conference on inflammation, antireumatics, analgesis, Immunomodulators. abstractN408 Geneva Switzerland, palexpo 1993.//

15. Сердце при ревматоидном артрите у детей - // МРЖ. Раздел педиатрия 1990 №8. ст.15-17//

16. Сурдечно-сосудистая система при системной красной волчанке (СКВ) у детей - // МРЖ. Раздел педиатрия 1990 №9. ст.11-16//

ვუსურვებთ ბატონ გიორგის ნაყოფიერი მოღვაწეობის ასეთ ტემპში გაგრძელებას.

ლიტერატურა:

1. Social, Ecological & Clinical Pediatrics(N 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15)

Journal of the Georgian Foundation of Social Peditry ISSN 1987-9865

http://www.sppf.info;

2. Pediatric Cardiology (N 1,2,3,4,5,6,7)

Journal of the Georgian Pediatric Cardiology Association ISSN 1987-9857

http://www.sppf.info;

რეზიუმე

პროფესორ გიორგი ჩახუნაშვილის სამეცნიერო, პედაგოგიური და კლინიკური მოღვაწეობის ჯერჯერობით მხოლოდ ღირსეული 35 წელი

მედიცინის დოქტორი ნ. ბადრიაშვილი, მედიცინის დოქტორი ნ. თოპურიძე (ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია)

ნაშრომში დეტალურადაა აღწერილი პროფესორ გიორგი ჩახუნაშვილის სამეცნიერო, პედაგოგიური და კლინიკური მოღვაწეობა. ბიოგრაფიის დაწვრილებითი გადმოცემით ნათლად ჩანს, თუ რაოდენ დიდი შრომითაა მოცული ის 35 წელი, რაზედაც ავტორები მსჯელობენ.

SUMMARY

35 HONOURABLE YEARS OF SCIENTIFIC, PEDAGOGIC AND CLINICAL WORK OF PROFESSOR GEORGE CHAKHUNASHVILI

N. BADRIASHVILI MD, PhD, N. TOPURIDZE MD (Euroscience Georgian National Section)

The work contains detailed information about the activities of Professor George Chakhunashvili in Clinical, Scientific, Pedagogic field. The detailed information from biography shows the tremendous work done over 35 years, which is discussed by authors.

საქართველოს ეკონომიკის, მეცნიერების და განათლების პარლამენტის პრეზიდიუმის მიერ დაჯილდოებული მეცნიერები (ფაკაჩიია, ბიო-მედიცინა, მედიცინა და სოკოღი)

ქონსეფცია

პროფესორი ბ.ჩახუნაშვილი - ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის პრეზიდენტი (ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია)



4.6.ზარმაცისბიო-მედიცინის, მედიცინისა და სპორტის ინფორმაცია

4.6.1. დარგის არსებული მდგომარეობის შეფასება

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

სწორედ, ამიტომ მათი მიზანი უნდა იყოს ქვეყნის განვითარების გრძელვადიანი სტრატეგიის საფუძველზე შეიმუშავოს და განახორციელოს გარემოს ჰიგიენის სამოქმედო ეროვნული გეგმა. ამ სფეროში ქვეყანაში არსებული პრობლემების გადასაჭრელად საჭიროა პრიორიტეტული მიმართულებებისა და მოქმედებების განსაზღვრა, კერძოდ: პოლიტიკა გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის



სფეროში, გარემოს გაჯანსაღების მართვა, წყლისა და ჰაერის ხარისხი, საკვები პროდუქტების ხარისხი და უსაფრთხოება, მყარი ნარჩენები და ნიადაგის დაბინძურება, მაიონებელი და არამაიონებელი გამოსხივება, სტიქიური უბედურებები, სამრეწველო ავარიები და ა.შ. თითოეული ამ საკითხის განხილვისათვის გათვალისწინებული უნდა იყოს ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური, კლიმატურ-გეოგრაფიული, დემოგრაფიული და სხვა გარემოებანი. და სწორედ, ამიტომ

საქართველოს ეკონომიკის, მეცნიერების და განათლების ჰარმონიული განვითარების პრიორიტეტული მიმართულებებში სათანადო ადგილი უნდა დაიჭიროს, როგორც საქართველოს ეკონომიკის განსავითარებელმა ცალკეულმა დარგმა - ფარმაცია, ბიო-მედიცინის, მედიცინისა და სპორტის ინდუსტრიამ.

ფარმაცია, ბიო-მედიცინის, მედიცინისა და სპორტის ინდუსტრიის როგორც საქართველოს ეკონომიკის, ცალკე დარგის შემადგენლობაში აუცილებელია დამოუკიდებელ ქვედარგებად განიხილებოდეს: ჯანდაცვა, ფარმაცია, ბიო-სამედიცინო ინდუსტრია და სპორტის ინდუსტრია.

რაც შეეხება ფარმაცია, ბიო-მედიცინის, მედიცინის, სპორტის მეცნიერებისა და განათლების სისტემის სრულფასოვანი ჰარმონიული განვითარებისათვის უმნიშვნელოვანესია შემდეგი დარგები: მედიცინა, ფარმაცია, ბიო-მედიცინა, სპორტული მედიცინა, ხოლო ამ დარგებში შესაბამისად ქვედარგები: მედიცინაში - საექიმო საქმიანობა, ფიზიკური მედიცინა და რეაბილიტაცია, საექთნო საქმე, ოკუპაციური თერაპია, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, სტომატოლოგია. ფარმაციაში - სამრეწველო ფარმაცია, ფარმაცევტული ანალიზი, ფარმაცევტული კოსმეტოლოგია და პარფიუმერია, სავეტერინარო ფარმაცია, ბიოფარმაცია. ბიო-მედიცინაში-სამედიცინო ბიო-ტექნოლოგია. სპორტული მედიცინაში - ვალეოლოგია, სანოლოგია, ფიზიკური მედიცინა რეაბილიტაცია, ფიზიოთერაპია. ზემო გამოყოფილ დარგებსა და ქვედარგებს სრულყოფილ ფუნქციონირებისათვის ესაჭიროება შემდეგი სპეციალობები: დიპლომირებული მედიკოსები; დიპლომირებული ექთანობები ქალი და სხვ. რომელიც ცრილშია დაწვრილებით მოცემული.

4.6.2. დარგის სტრუქტურა და განვითარების პოტენციალი

ფარმაცია, ბიო-მედიცინის, მედიცინისა და სპორტის ინდუსტრია ეკონომიკის განვითარების თვალსაზრისით სამ ქვედარგად იყოფა:

- ჯანდაცვა
- ფარმაცია
- ბიო-სამედიცინო ინდუსტრია
- სპორტის ინდუსტრია

თითოეული აღნიშნული ქვედარგის დეტალური სტრუქტურა და განვითარების პოტენციალი მოცემულია ქვემოთ.

4.6.2.1. ჯანდაცვა

XXI საუკუნეს თავისი გამოწვევები აქვს, რაც ქართულ სამედიცინო სამეცნიერო საძოვადობებს ავადმჯობელებს პროფესიონალურად შეაფასოს არსებული რეალობა და შეიმუშაოს ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული პროგრამა.

დღეისათვის უდავოა, რომ მეცნიერების განვითარება უმაღლეს წერტილებს უახლოვდება; კერძოდ, გენური ინჟინერიით ახალ ადამიანსაც კი შეუთამაშენ. უკვე არსებობს ხელნაწერი განაყოფიერებაც და პირ-

ველი ახალშობილებიც სახეზეა. ასევე, ადამიანი XX საუკუნეში ვიხილეთ მფრინავი რაკეტებიდან კოსმოსში გამოსული და სხვა პლანეტაზე ფეხდადგმულიც კი.

მაგრამ, ეს არ ნიშნავს, რომ მეცნიერება საჭიროებისამებრ სწრაფად და მიზანმიმართულად ვითარდება, თუმცა მის განვითარებას ქვეყნის მდგრად განვითარებაში, უმნიშვნელოვანესი როლი ენიჭება; ჩვენი აზრით,

ჯანდაცვის განვითარება და უსაფრთხოება, უპირველეს ყოვლისა, უნდა ეყრდნობოდეს ბიეთიკური ნორმების დაცვას, და მხოლოდ ამის შემდეგ იგი უნდა განისაზღვრებოდეს სოციალურ-ეკონომიურ და ეკოლოგიურ გარემოსთან ერთად და რაც მთავარია XXI საუკუნის სამეცნიერო მეცნიერება უნდა ემსახურებოდეს ქვეყნის თითოეული მოქალაქის უსაფრთხოებას, გარემოს შესაძლო უარყოფითი გავლენისადმი პრევენციული ღონისძიებების გატარებას.

პრევენციული ღონისძიებების გატარებისათვის კი აუცილებელი პირობაა საკითხის ფუნდამენტალური ცოდნა და სწრაფვა გააზრებული სტრატეგიული მიმართულებისაკენ რომელიც დაფუძნებული იქნება:

- ა) ზუსტ სამედიცინო სტატისტიკაზე,
  - ბ) სამედიცინო უმაღლეს ტექნოლოგიებზე,
  - გ) თანამედროვე კომპიუტერულ ახალ პროგრამებზე, დიაგნოსტიკაზე, ანალიზსა და პროგნოზირებაზე.
- მსოფლიოს ყველა რეგიონს თავისებური ჯანდაცვის სფეროს სიტუაცია-მდგომარეობა ახასიათებს, რის შესაფასებლადაც აუცილებელია იმსჯელო:
- რეგიონის საერთო სიტუაციაზე
  - მოსალოდნელ სიცოცხლის ხანგრძლივობასა და სიკვდილიანობაზე
  - მოსალოდნელი ჯანმრთელი ცხოვრების ხანგრძლივობაზე

- დავალებათა კლასებზე, როგორცაა კერძოდ:
- ინფექციური დაავადებები - სქესობრივი გზით გადადები (ВИВ/СНПД-ის ჩათვლით) ტუბერკულოზი, მალარია, ვაქცინოპროფილაქტიკით თავიდან ასაშორებელი დაავადებანი (დიფტერია-აპატიტი პოლიომიელიტი)
- არაინფექციური დაავადებები (გულ-სისხლ სისტემის დაავადებები, სიმსივნეები, სიმსუქნე, შაქრიანი დიაბეტი)
- ფსიქიური ჯანმრთელობა

- დ) უბედური შემთხვევა და ტრავმები

ქვეყანაში ჯანდაცვის სიტუაციის შესაფასებლად აუცილებელია მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფების მონაცემთა ანალიზი: პირველი ჯგუფია - მონაცემები ბავშვთა ჯანმრთელობის შესახებ; ამითან ერთად, დედის სიკვდილიანობა, ბავშვთა იმუნიზაცია, ტუბერკულოზთან და აივ/შიდსთან ბრძოლა განაპირობებს ქვეყანაში ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

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

ბავშვის უფლებათა კონვენციის ძალაში შესვლიდან დღემდე ბავშვების დაცვის საქმეში მიღწეულია პროგრესი. გადაიდგა მნიშვნელოვანი ნაბიჯები. შემუშავდა ახალი კანონმდებლობა, უფრო დახვეწილი საერთაშორისო ნორმებით, როგორც არის ბავშვის უფლებათა კონვენციის დამატებითი ოქმები ბავშვ-

ბით ვაჭრობის, ბავშვთა პროსტიტუციისა და პორნოგრაფიის, შეიარაღებულ კონფიქტებში ბავშვთა გამოყენების შესახებ. უმნიშვნელოვანესია ბავშვთა უფლებები კონფლიქტის ზონებში და არ შემოიღია არ შევსო მას საქართველოს მაგალითზე.

საბჭოთა კავშირის დაშლამ და თავისუფლების დაბრუნებამ საქართველოს მოსახლეობას მოუტანა პოლიტიკური არეულობა, სამოქალაქო ომი და ეკონომიკის რღვევა. საგულისხმოა, რომ ჯანმრთელობასთან, კვებასთან, განათლებასთან, აგრეთვე, ბავშვების დაცვასა და განვითარებასთან დაკავშირებული პრობლემები უფრო მკვეთრად არის გამოხატული რუსეთის მიერ ოკუპირებულ ზონებში, ვიდრე საქართველოს დანარჩენ ნაწილებში.

ბავშვთა მდგომარეობათა საკითხის გარდა რეგიონებში სიტუაციათა შესაფასებლად აუცილებელია მოზარდების, ქალთა ჯანმრთელობის, მოხერხებისა და ჯანმრთელების ჯგუფების დახასიათება.

ვიხილავთ რა მეცნიერებასა და უსაფრთხოებას, უნდა აღინიშნოს ჯანმრთელობის მთავარი დეტერმინანტები:

- სოციალურ-ეკონომიკური: ჯანმრთელობა და ქვეყნის განვითარება, სიღარიბე, ფსიქოსოციალური ფაქტორები, მოსახლეობის დასაქმება, განათლება.
- ცხოვრების წესი, რომლის შემადგენელიცაა – კვება, ფიზიკური აქტიურობა, მოწვევა, ალკოჰოლიზმი, ნარკომანია-ტოქსიკომანია.

**უმნიშვნელოვანესია რომ XXI საუკუნეში ახალი გამოწვევები აქვს სამედიცინო პროფესიასა და განათლებას. რომელიც სპეციფიკურ და ძლიერ პროფესიონალურ მიდგომას მოითხოვს.**

და მასთან დაკავშირებული პრინციპები, კონცეფციები და რეკომენდაციები განკუთვნილია იმისთვის, რათა გააძლიეროს მიმდინარე პედაგოგიური საგანმანათლებლო პროცესები, უკეთ მოამზადოს მომავლის ექიმის იმ ახალი სირთულეებისათვის, რომელიც მას უცნობად ელის. გვჯერა, რომ მათი წარმატებული საქმიანობა და სარგებელს მოუტანს მოსახლეობის იმ ყველაზე სათუთ ნაწილს, რომელსაც ემსახურება და იცავს მათ სამსახური.

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

- სამედიცინო დაწესებულებებში (კლინიკა, ამბულატორია და ა.შ.)
- საგანმანათლებლო სისტემაში (სკოლა, ბაგა-ბაღი)
- სპორტულ სისტემაში (ფიზიოთერაპევტის პროფილი) და ა.შ.

**მუბრუნდები ჯანდაცვის უმნიშვნელოვანეს დეტერმინანტებს;**

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

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

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

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

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

გარდა ამისა, გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შემუშავებული და განხორციელებული უნდა იყოს ისეთი პოლიტიკა, რომელიც უზრუნველყოფს ეკოლოგიური თვალსაზრისით მდგრად განვითარებას, ჯანმრთელობისათვის მავნე გარემო ფაქტორების ეფექტურ პროფილაქტიკასა და მათზე კონტროლს, აგრეთვე სამართლიანობის პრინციპებზე დაფუძნებული ხელმისაწვდომი ჯანსაღი გარემოს შექმნას;

შესწავლილი უნდა იყოს ისეთი მანქანებლები რომლებიც აშუქებენ:

- ა) გარემო ფაქტორების გააღწევის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას მანქანებლებზე
- ბ) ავლენენ ტერიტორიებსა და რეგიონებს, რომლებიც გამოირჩევიან დაბინძურების მაღალი დონით და მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მავნე ზემოქმედებით აუცილებელია განხილული და შეფასებული იყოს:
  - ა) გარემოს ჰიგიენის სფეროს მართვის სისტემები
  - ბ) რესურსები გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის განსახორციელებლად
  - გ) ამასთან ერთად გარემოს კონკრეტული პრიორიტეტული ფაქტორები, კერძოდ:

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

ზემო აღნიშნულის რეალიზაცია შესაძლებელია მხოლოდ მოქმედებებზე პასუხისმგებელი სამინისტროების, უწყებების, დაწესებულებების, ადგილობრივი თვითმმართველობის და მმართველობის ორგანოების, არასამთავრობო ორგანიზაციების მჭიდრო ინტერსექტორალური თანამშრომლობის საფუძველზე, მოსახლე



ობის ფართო ფენების აქტიური მონაწილეობით. მის განხორციელებაში განსაკუთრებული როლი და პასუხისმგებლობა ენიჭებათ ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის ორგანოებს, რომლებმაც ჯანმო-ს რეკომენდაციის თანახმად უნდა შეიმუშაონ და განახორციელონ ადგილობრივი (რაიონის, ქალაქის) სამოქმედო გეგმები, გარემოსა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ცალკეული პროექტები. განსაზღვრული კონკრეტული პრიორიტეტული ღონისძიებების განსახორციელებლად უმრავლეს ქვეყანაში (მით უმეტეს პოს საბჭოთა კავშირის სივრცეს) არსებული რთული სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, საჭირო იქნება დაფინანსების სხვადასხვა წყაროს მოზიდვა, მათ შორის საერთაშორისო ორგანიზაციების, ფონდების, დონორი ქვეყნების დახმარება.

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

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

**ამდენად, რბირონში ჯანდაცვის განვითარების საფუძველია მიდინიის, სპორტისა და განათლების ერთიან მიდინიურ მართვა, ახალი ტექნოლოგიებზე დაფუძნებული, სოციალურ-ეკონომიკური ბაზრებისა და ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი დემოგრაფიკული ბატონისა და მართვის მიდინიები.**

**4.6.2.2. ფარმაცია**

ფარმაციის დარგის სტრუქტურისა და განვითარების პოტენციალი დამოკიდებულია დარგის და ქვედარგთა განვითარებაზე. კერძოდ ფარმაციაში:

ადგილობრივი ფარმაცევტული მრეჭველობა საერთაშორისო GMP (Good Manufacture Practice – კარგი საწარმოო პრაქტიკა) დონეზე.

– ინსპექტორი

გენერალური (არაპატენტირებული) წამლების წარმოება.

საერთაშორისო დონეზე აკრედიტებული წამლის ხარისხის განმსაზღვრელი ლაბორატორიები

წამლის მარეგულირებელი ორგანოს რეგულაციის (სარეგულაციო) ლაბორატორია

ფარმაცეპედიოლოგია

წამლების გვერდითი ეფექტების მონიტორინგის ცენტრი

ფარმაცევტული კადრების გადამზადების ცენტრი ევროკავშირის ფარმაცევტულ კანონმდებლობასთან პარმონიზაციის ცენტრი

**სამეცნიერო თვალთახედვით, დარგისა და ქვედარგისათვის აუცილებელია:**

ფარმაცევტულ-მეცნიერული ახალი მიმართულების განვითარება

ფარმაცეპედიოლოგიის განვითარება ფარმაცეპედიოლოგიური მეცნიერული კვლევების განვითარება

ადგილობრივი მეცნიერული ნედლეულიდან მოქმედი საწარმოების გამოყოფა და სტანდარტიზაცია

ფარმაცეპედიოლოგიური და სოციალური ფარმაციის კუთხით კვლევების განვითარება

წამლების გვერდითი ეფექტებთან დაკავშირებული კვლევების განვითარება

**სოლო დარგისა და ქვედარგის საჭირო სპეციალობები:**

– ინსპექტორები ლიცენზირებული საერთაშორისო დონით

ფარმაცევტული ნანოტექნოლოგიების სპეციალისტები

კლინიკური ფარმაციის სპეციალისტები

წამალთა ბიოეფექტუალენტობის განსაზღვრის სპეციალისტები

ფარმაცევტ-ეპიდემიოლოგები

ფარმაცევტ-სტატისტიკოსები

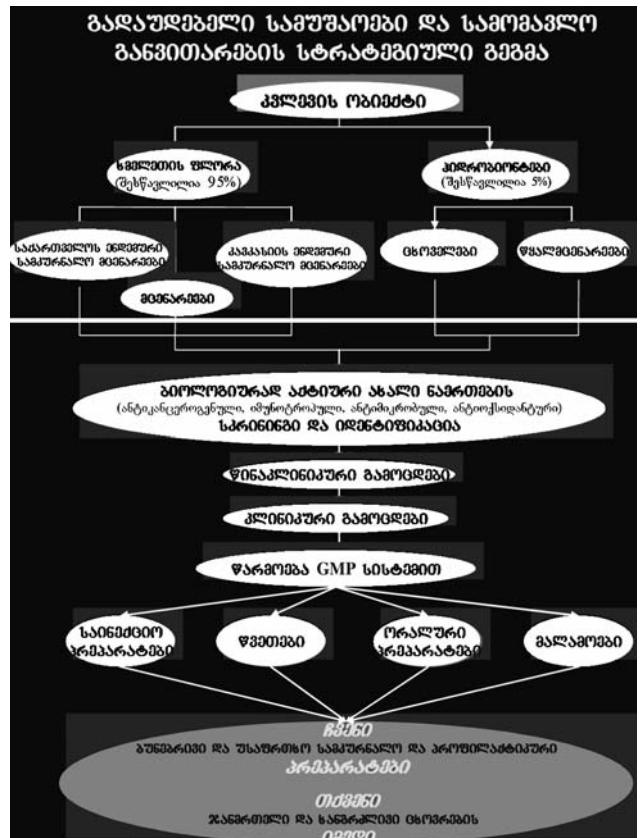
წამლის ხარისხის კონტროლის განსაზღვრის სპეციალისტები

ფარმაცევტულ კანონმდებლობაში მომუშავე სპეციალისტები

წამლის გვერდითი ეფექტების დარგში მომუშავე სპეციალისტები

ამდენად, საქართველოში ფარმაციის დარგის განვითარებისათვის ინტელექტუალური პოტენციალის რესურსი ჯერ კიდევ არსებობს და მისი დროული ამოქმედება ჩვენი მოქალაქეობრივი ვალდებულებაა.

**4.6.2.3. ბიო-სამედიცინო ინდუსტრია. ბიო-სამედიცინო ინდუსტრიის გადაუდებელი სამუშაოები და სამომავლო განვითარების სტრატეგიული გეგმა მოცემულია ქვემო სქემაზე:**



გადაუდებელი სამუშაოები და სამომავლო განვითარების სტრატეგიული გეგმა

I. ვლევის ობიექტი ა. ხმელეთის ფლორა (შესასწავლია 9, 5%):

1ა. საქართველოს ენდემური სამკურნალო მცენარეები

2ა. მცენარეები

3ა. კავკასიის ენდემური სამკურნალო მცენარეები ბ. ჰიდრობიონტები (შესასწავლია 5%):

1ბ. ცხოველები

2ბ. წყალმცენარეები

II. ბიოლოგიურად აქტიური ახალი ნაერთების (ანტიკარცინოგენული, იმუნოტროპული, ანტიმიკრობული და ანტიოქსიდანტური) სკრინინგი და იდენტიფიკაცია წინაკლინიკური გამოცდები კლინიკური გამოცდები

წარება სისტემით:

საინჟექციო პრეპარატები

წვეთები

ორალური პრეპარატები

მაღამოები

III. ჩვენი ბუნებრივი და უსაფრთხო სამკურნალო და პროფილაქტიკური პრეპარატები თქვენი ჯანმრთელი და ხანგრძლივი ცხოვრების იმედი

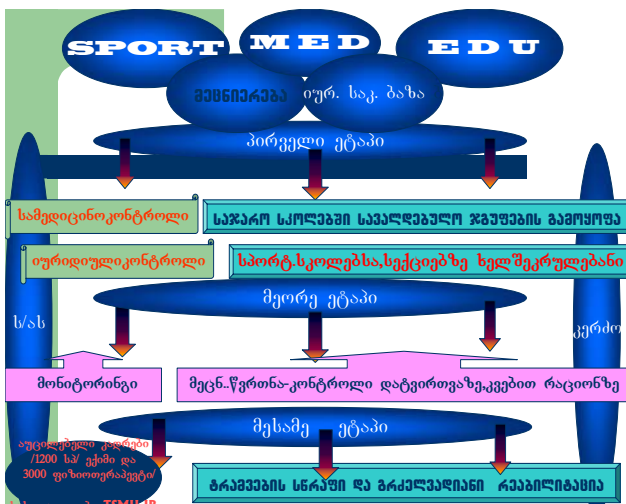
ხოლო მისი მართვის ერთერთი მნიშვნელოვანი დეტერმინანტია თანამებრძოვე ბიო-სამედიცინო ტექნოლოგიები ცენტრი

4.6.2.4. სპორტის ინჟინერია

დღეს, პროფესიულ სპორტში მოქმედი სპორტსმენების ჯანმრთელობის სტაბილურობა და მათი სპორტული მუშაობის უნარიანობის დონე ბევრად არის დამოკიდებული ისეთი მეცნიერების თეორიულ-პრაქტიკულ მიღწევებთან, როგორცაა პრევენციული მედიცინა, პედაგოგიკა და ფსიქოლოგია.

უკანასკნელ წლებში დამსახურებული ადგილი დაიკავა მეცნიერების ახალმა დარგმა, როგორცაა ვალულოლოგია – მეცნიერება ადამიანის ჯანმრთელობის, მისი პრაქტიკული შენარჩუნებისა და გაკავების შესახებ.

ამგვარად, სპორტსმენის ორგანიზმში მიმდინარე ფსიქოფიზიოლოგიური და ფუნქციური დარღვევების გამოვლენის ვალულოლოგიური მეთოდოლოგია იძლევა შე-



სადღებლობას გამოვავლინოთ დინამიურ რეჟიმში პერსპექტიული სპორტსმენები, სწორად გაფუჯეთოთ ორგანიზმს მათ ტრენინგს, დროულად ავაცილოთ მოსალოდნელი გადაწვრთნისა და ქრინიკული დაღლილობის სინდრომის განვითარების საწყისი მოვლენები. ქვემოთ მოყვანილ სქემაში გამოხატულია არსებული პრობლემები და მათი გადაჭრის გზები:



- ამდენად აუცილებელია სამინისტროებმა სინქრონულად განახორციელო:
  - ჯანდაცვის სამინისტრომ:
    - საექიმო კაბინეტის სტრუქტურის განსაზღვრა
    - გზამკვლევა შექმნა
    - სპეციალისტთა გადამზადებისა და მომზადების უშუალო შესრულება
    - საექიმო საქმიანობის მონიტორინგი
  - სპორტის და ახალგაზრდობის საქმეთა სამივისტრომ:
    - სპეციალისტების მოთხოვნის განსაზღვრა:
    - სპორტის ექიმების
    - ფიზიოთერაპევტების
    - მეთოდისტების და ა.შ.
  - განათლების სამინისტრომ:
    - სპეციალისტთა გადამზადებისა და მომზადების უშუალო სტრატეგიის შექმნა
    - სკოლებსა და ბაგაბალებში საექიმო საქმიანობის აღდგენ





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

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

თითოეული ამ საკითხის განხილვისათვის გათვალისწინებული უნდა იყოს ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური, კლიმატურ-გეოგრაფიული, დემოგრაფიული და სხვა გარემოებანი. და სწორედ, ამიტომ

საქართველოს ეკონომიკის, მეცნიერების და განათლების მართლმართული განვითარების პრიორიტეტული მიმართულებებში სათანადო ადგილი უნდა დაიჭიროს, როგორც საქართველოს ეკონომიკის განსავითარებელმა ცალკეულმა დარგმა - ფარმაცის, ბიო-მედიცინის, მედიცინისა და სპორტის ინდუსტრიამ.

საქართველოს ეკონომიკის, როგორც ცალკე დარგის - ფარმაცის, ბიო-მედიცინის, მედიცინისა და სპორტის ინდუსტრიის ქვედარგებში აუცილებელია განხილვებოდეს დამოუკიდებლად:

**ჯანდაცვა**

**ფარმაცია**

**ბიო-სამედიცინო ინდუსტრია და სპორტის ინდუსტრია**

რაც შეეხება ფარმაცის, ბიო-მედიცინის, მედიცინის, სპორტის მეცნიერებისა და განათლების სრულფასოვანი მართლმართული განვითარებაში უმნიშვნელოვანესია შემდეგი დარგები:

**მედიცინა**

**ფარმაცია**

**ბიო-მედიცინა**

**სპორტული მედიცინა**

ხოლო ამ დარგებში შესაბამისად ქვედარგები:

მედიცინაში – საექიმო საქმიანობა, ფიზიკური მედიცინა და რეაბილიტაცია

**საექთნო საქმე**

**ოკუპაციური თერაპია**

**საზოგადოებრივი ჯანდაცვა**

**სტომატოლოგია**

ფარმაციაში - სამრეწველო ფარმაცია

**ფარმაცევტული ანალიზი**

**ფარმაცევტული კოსმეტოლოგია და პარფიუმერია**

**სავეტერინარო ფარმაცია**

**ბიოფარმაცია**

ბიო-მედიცინაში- სამედიცინო ბიო-ტექნოლოგია

სპორტული მედიცინაში – ვალეოლოგია

**სანოლოგია**

**ფიზიკური მედიცინა რეაბილიტაცია, ფიზიოთერაპია**

ზემო გამოყოფილ დარგებსა და ქვედარგებს სრულყოფილ ფუნქციონირებისათვის ესაჭიროება შემდეგი

**სპეციალობები:**

**დიპლომირებული მედიკოსები;**

**დიპლომირებული ექთანი/ბებია ქალი და სხვ.**

**ამდენად, საქართველოს ეკონომიკის, მეცნიერების და განათლების**

**მართლმართული განვითარების პრიორიტეტული მიმართულებებში ფარმაცის, ბიო-მედიცინის, მედიცინისა და სპორტის უმნიშვნელოვანესი როლი ენიჭება.**

## SUMMARY

### PRIORITIES OF HARMONIOUS ECONOMICAL, SCIENTIFIC AND EDUCATIONAL DEVELOPMENT (PHARMACY, BIO-MEDICINE, MEDICINE AND SPORTS)

*Professor. G. CHAKHUNASHVILI (ESGNS)*

It is very hard for developing countries to create healthy environment for people. This problem can only be solved by various ministries, local self-governments and other governmental institutions.

This is why the number one priority for them needs to be creating and executing national hygiene action plan, studying-evaluating problems of environment and healthcare system, setting priorities to then address those problems.

To solve all the existing problem everything should be taking into account such as: social-economic, climate-geographic, demographis and etc

Conclusion: To address those problems Ministries of Economic Development, Science and Education should be leading to set priorities and coordinating with industries such as pharmacy, bio-medicine, medicine and sports.



# პერინატალური მართვის პრიორიტეტები და მათი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში

პროფესორი ავთანდილ კვეციანი-კოპაძე  
საქართველოს პედაგოგთა ასოციაციის საპატიო პრეზიდენტი

საქართველოს დღევანდელი მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა მკვეთრად აისახება მოსახლეობის და, კერძოდ, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ჯანმრთელობისა და სოციალურ სფეროში უახლოეს მომავალში გამოყოფილი დაფინანსება ჯერ კიდევ ვერ აღწევს იმ პარამეტრებს, რომლითაც შესაძლებელი იქნება ჯანმრთელობის ყველა დარგის ერთობლივად დაკმაყოფილება. ჯანდაცვის სფეროში გატარებული რეფორმების ანალიზმა გამოავლინა შემდეგი:

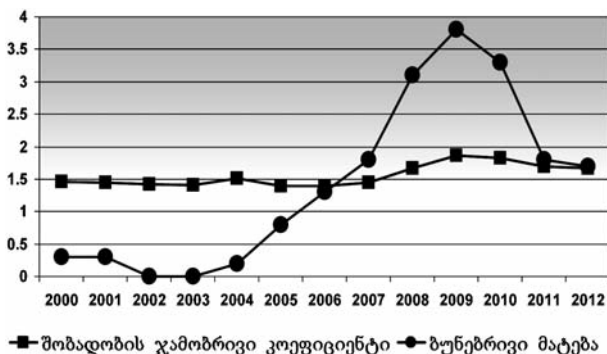
- სამედიცინო პერსონალის დაბალი ანაზღაურება;
  - სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუარესება;
  - სამედიცინო დაწესებულებების მწირი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა;
  - სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხელმისაწვდომობა.
- ყოველივე ამას დღეისათვის ემატება საქართველოში არსებული გენოფონდის ტრაგიკული შემცირება, რომელიც უარყოფითი ნიშნით არის წარმოდგენილი.

ცხრილი 1. დემოგრაფიული მაჩვენებლები, საქართველო, 2012

	მოსახლეობა (ათასი)	დაბადება	გარდაცვალება	ბუნებრივი მატება (%)
თბილისი	1 172,0	16 573	12 459	3,5
აკურა	393,9	5 733	3 274	6,2
გურია	139,8	1 538	1 926	-2,8
იმერეთი	705,7	8 619	8 868	-0,4
კახეთი	406,1	4 931	4 969	-0,1
მცხეთა-მთიანეთი	109,3	1 235	1 513	-2,5
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	46,7	384	891	-10,9
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	478,2	5 048	5 412	-0,8
სამცხე-ჯავახეთი	213,8	2 413	2 162	1,2
ქვემო ქართლი	511,2	6 628	4 438	4,3
შიდა ქართლი	314,0	3 929	3 436	1,6
<b>საქართველო</b>	<b>4 490,7</b>	<b>57 031</b>	<b>49 348</b>	<b>1,7</b>

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

სურათი 1. დემოგრაფიული მაჩვენებლები, საქართველო, 2000-2012



წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

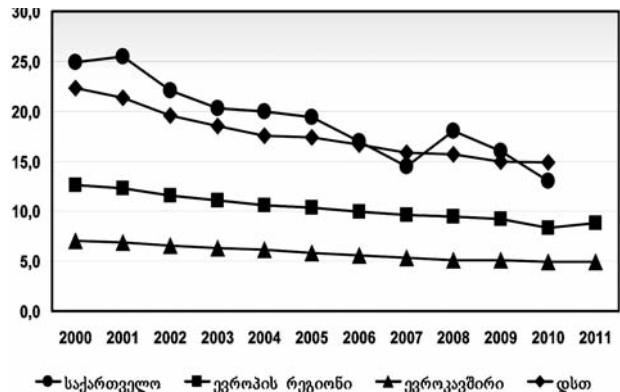
ბუნებრივია, გენოფონდის განვითარებაზე დიდ ზემოქმედებას ახდენს მოსახლეობის მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, ხშირი განქორწინებები, ლტოლვილთა გაუსაძლისი პირობები, შინაბრძოლის დიდ რიცხვი, მოსახლეობის მიგრაცია და სექსუალურ უმცირესობათა თავსმოხვეული მოთხოვნები. ყოველი-

ვე ზემოაღნიშნული ძლიერ ინდიკატორს წარმოადგენს დემოგრაფიული პროცესების განვითარებაში.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მონაცემებით, საქართველოს დემოგრაფიული კატასტროფა ემუქრება. 2050 წლისთვის ამიერკავკასიაში საგრძობლად დაირღვევა დემოგრაფიული ბალანსი, რაც გამოიხატება იმაში, რომ საქართველოს მოსახლეობა შესაძლებელია 1700000-ით შემცირდეს.

• საქართველოში, ბოლო ათწლეულის განმავლობაში, ყოველწლიურად 0-5 წლამდე ასაკის 900 ბავშვი იღუპება, მათ შორის 1 წლამდე ასაკის 800 ბავშვი. 2012 წელს საქართველოში ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე 0-5 წლამდე ასაკის 14,4 ბავშვი დაიღუპა, მაშინ, როდესაც ევროკავშირის ქვეყნების ეს მაჩვენებელი 4,9-ით განისაზღვრებოდა.

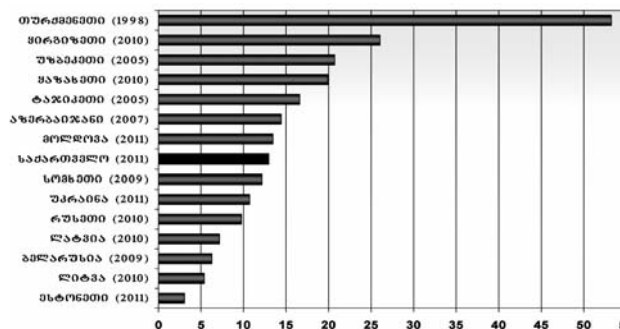
სურათი 2.5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ მონაცემთა ბაზა

ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა მაჩვენებელი საქართველოში შუალედურ ადგილს იკავებს.

სურათი 3. 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები, ბოლო ხელმისაწვდომი წელი



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ მონაცემთა ბაზა

ჩვენ რომ გვეკონდეს შესაფერისი დონის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, ხოლო ჯანდაცვის სისტემაზე შესატყვისად განვითარებული იყოს, შესაძლებელი იქნებოდა ყოველწლიურად 500-მდე ბავშვი სიკვდილისაგან გადაგვეყრინა.

• მსოფლიოს ჯანდაცვის კომპეტენტური ორგანიზაციების მიერ დიდი ხანია დადგენილია, რომ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა დამოკიდებულია შემდეგ ფაქტორებზე:

• გენეტიკა და გარემო – 8-10% (ნაკლებად მართვადაი);

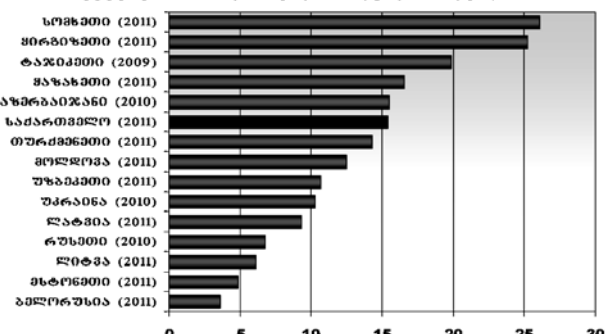
• ცხოვრების წესი – 49%;

• ჯანმრთელობის დაცვა 8-10%.

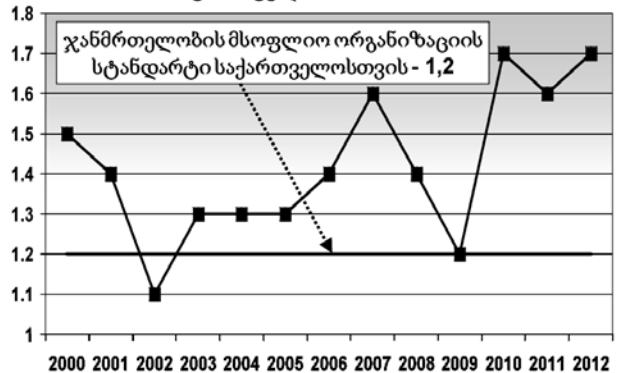
• დღევანდელი საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისათვის გამოყოფილი შედარებით მწირი ბიუჯეტი გვაიძულებს განვსახდროთ ყველაზე პრიორიტეტული მიმართულებები, რომელიც ნაკლებ დანახარჯებს მოითხოვს და სწრაფ რეაგირებას მოახდენს სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების საქმეში. ასეთ პრიორიტეტულ მიმართულებად ჩვენ დღეს მიგვაჩნია პერინატალური და ნეონატალური დარგების სწრაფი განვითარება და მათი სრულყოფა. დღეისათვის არსებული მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების დიდი ნაწილი უკლებლივ უნდა მოხმარდეს მედიცინის ამ პრიორიტეტულ მიმართულებას, რადგან უაღრესად აქტუალურია ანტინატალური პერიოდის ნაყოფის მართვის, დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის იმ მეთოდების დანერგვა, რომლებიც დღეს მთელ მსოფლიოში რუტინულ ხასიათს ატარებს, ხოლო საქართველოს ქალთა კონსულტაციებში და სამშობიარო სახლებში, ერთეული გამონაკლისის გარდა, მათი დანერგვის პროცესები ჭიანჭურვად ან საერთოდ ვერ ხორციელდება.

პერინატალური სიკვდილიანობა, რომელიც ორსულთა, მშობიარეთა და ახალშობილთა სამედიცინო მომსახურების დონეს და ხარისხს ახასიათებს, ინტეგრირებული მანქანებელია, რომელიც მკვდრადშობადობას და ადრეულ ნეონატალურ სიკვდილიანობას მოიცავს. საქართველოში როგორც მკვდრადშობადობის, ასევე ადრეულ ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის და ზოგ ყოფილი საბჭოთა კავშირის მაჩვენებლებს. მეტად მნიშვნელოვანია პერინატალური სიკვდილიანობის შემადგენელი კომპონენტების შეფარდება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებითი გათვლებით საქართველოში მკვდრადშობადობის და ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შეფარდება არ უნდა აღემატებოდეს 1. 2-ს, რაც უკანასკნელი წლების განმავლობაში მხოლოდ 2009 წელს დაფიქსირდა, ხოლო მომდევნო წლებში მნიშვნელოვნად გადააჭარბა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულ სტანდარტს.

**სურათი 4. პერინატალური სიკვდილიანობა 100000 დაბადებულზე, ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები, ბოლო ხელმისაწვდომი წელი**



**სურათი 5. მკვდრადშობადობის და ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შეფარდება, საქართველო, 2000-2012**



წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

განსაკუთრებით საყურადღებოა ის გარემოება, რომ როგორც ადრეულ ნეონატალურ პერიოდში გარდაცვლილ ახალშობილთა, ასევე მკვდრადშობილთა ერთი მესამედი ნორმალური წონის იყო.

**ცხრილი 2. ახალშობილთა გარდაცვალება და მკვდრადშობადობა წონების მიხედვით**

	სულ	წონა დაბადებისას (გრამებში)					2500 გ. და მეტი წონის გარდაცვლილთა პროცენტი
		500-999	1000-1499	1500-2499	2500-3999	4000+	
0-6 დღე	83	28	17	18	20	0	24%
მკვდრადშობადობა:							
მუცლად სიკვდილი	239	239	0	0	0	0	-
ანტენატალური სიკვდილი	379	33	98	123	110	15	33%
სამშობიარო მოქმედების დროს	29	9	2	9	8	1	31%

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

პერინატალურ პერიოდს, რომლის დროსაც ნაყოფის განვითარება, განსაკუთრებით ორგანოგენეზისა და პლაცენტაციის პერიოდებში რიგ დრამატულ სტადიებს გადადის, ბავშვთა სიკვდილიანობის გამოწვევად მრავალ ფაქტორთა შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია.

**ცხრილი 3. ბავშვთა სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზები, საქართველო, 2012**

	% საერთო რაოდენობიდან	
	0-დან 1 წლამდე	0-დან 5 წლამდე
პერინატალურ პერიოდში განვითარებული მდგომარეობები	62,0	54,0
თანდაყოლილი ანომალიები	12,4	11,3
ნერვული სისტემის ავადმყოფობები	4,8	6,2
სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები	3,5	3,8
სასუნთქი სისტემის ავადმყოფობები	2,0	3,6

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

ეფექტური პერინატალური დახმარება სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის პრობლემაა, რადგან მასში დაფუძნებული მტკიცებითი მედიცინის პრინციპები და ახალი ტექნოლოგიების გამოყენება საფუძველს გვაძლევს გამოვავლინოთ იმ პათოლოგიური პროცესების ხვედრითი წონა, რომელთა განვითარება პერინატალურ მიზეზებთან არის დაკავშირებული.



დღეისათვის პერინატალური დახმარების ცნება გულისხმობს მიდგომათა ერთობლიობას, რომლის მიზანია ქალის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ორსულობის ნებისმიერ ეტაპზე, ნაყოფის გადარჩენის უზრუნველყოფა და უსაფრთხო მშობიარობის წარმართვა.

ზრუნვა და კონტროლი ნაყოფისა და ახალშობილის განვითარებაზე პრე- და პოსტნატალურ პერიოდებში დიდ როლს თამაშობს მომავალი თაობის ჰარმონიული განვითარებისა და მათი ჯანმრთელობის სრულფასოვნობის ჩამოყალიბებაში. ავილოთ თუნდაც ნაყოფისა და ახალშობილის ჰიპოქსიური პროცესები, რომლებიც იწვევს მოზარდთა დეველუცურ ქცევებს, კერძოდ, მოზარდების 76%, რომლებსაც აქვთ გადატანილი პერინატალური იშემიური დაავადება, მიდრეკილია ნარკომანიისა და ტოქსიკომანიისადმი. ზოგიერთი პერინატალური პათოლოგია, 82% შემთხვევაში, ავადმყოფებს მოზარდის სისხლის სამართლის დამნაშავედ. პერინატალური პერიოდის გენეტიკურ სტიმებს შორის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაზიანება მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდება. გულის სისტემური გადახრები საწყის წყაროს წარმოადგენს მოზარდობის პერიოდში გულის იშემიური დაავადების განვითარებისათვის. განსაკუთრებით ყურადღების ღირსია მუცლად ყოფნის პერიოდში დედასა და ნაყოფს შორის იშემიური კონფლიქტური პროცესები, განპირობებული სისხლის ჯგუფური და რეზუს კუთვნილების შეუთავსებლობით, როდესაც ტოქსიური ბილირუბინემია იწვევს ენცეფალოპათიებს და სხვადასხვა სახის ნევროლოგიურ დაზიანებებს, რომლებიც გრძელდება მთელი სიცოცხლის განმავლობაში.

ცხრილი 4. პერინატალური და ნეონატალური ლეტალობის წამყვანი მიზეზები

ნაყოფი	დენაკალული	დროული
პლაცენტის უკმარისობა	დრამა დენაკალულობა	კონგენიტალური ანომალიები
მუცლადყოფნის ინფექცია	რესპირაციული დისტრეს სინდრომი	დაბადებისას ასფიქსია, ტრავმა
მზიმე კონგენიტალური მალფორმაციები (ანომალიები)	ინტრაცენტრიკულური ჰემორაგია	ინფექციები
პლაცენტის დაზიანება	ინფექციები	მეკონიუმის ასპირაცია პნევმონიით
ნაყოფის წყალმანკი	ნეკროზული ენტეროკოლიტი	პერსისტული პულმონური ჰიპერტენზია
	ბრონქოპულმონალური დისპლაზია	-

დღეისათვის დადგენილად უნდა ჩაითვალოს ის ფაქტი, რომ ახალშობილთა ძირითადი დაავადებების აღმოჩენა უშუალოდ იწყება მუცლადყოფნის პერიოდში, ნაყოფზე მრავალმხრივი უარყოფითი ფაქტორების ზეგავლენის გამო. ნაყოფზე მუდმივ ზემოქმედებას ახდენს დედის არასრულფასოვანი კვება, სივარცის მოწყვეა, ალკოჰოლიზმი, სხვადასხვა მედიკამენტების და ნარკოლოგიური საშუალებების მიღება, ფსიქოლოგიური ტრავმები და სხვა.

აქსიომად უნდა ჩაითვალოს ის ფაქტი, რომ ორსულობისა და მშობიარობის ბუნებრივ პროცესებში ჩართვა უნდა მოხდეს მხოლოდ საფუძვლიანი მიზეზების შემთხვევაში, იგი უნდა იყოს გამართლებული, ხელმისაწვდომი და უსაფრთხო.

თანამედროვე პერინატალური მედიცინის განვითარების სამსახური მეტად მჭიდრო კავშირშია ისეთ სამედიცინო დარგებთან, როგორცაა: სამედიცინო გენეტიკა, რეპროდუქტოლოგია, მეანობა, გინეკოლოგია, ნე-

ონატალოგია, პედიატრია და სხვა. მედიცინის ეს დარგები საგნობლად ამდიდრებს პერინატალოგიის შემუშავებულ სტანდარტებს მათი კრიტერიუმების დახურვის შემდეგ.

პერინატალური დაცვის თანამედროვე პრინციპებია:

- ორსულთა რისკის განსაზღვრა;
- პერინატალური დახმარების რეგონიზაცია;
- მშობიარობის ფიზიოლოგიური მართვა მინიმალური ჩარევით;

- მშობიარობის დემედიკალიზაცია;
- ეფექტური პირველადი რეანიმაცია.
- გამოძინარე ამგვარი მიდგომებიდან, ნეონატალოგ-რეანიმატოლოგები მუდმივად მზადყოფნაში უნდა იმყოფებოდნენ, რათა გაატარონ შესატყვისი რეანიმაციული ღონისძიებები პერინატალური პერიოდის რისკ-ფაქტორებით დაბადებულ ახალშობილებზე.

საქართველოში მრავალი წლების განმავლობაში ნაყოფის მკვლად შობადობა, დენაკალულობა, დედასა და ბავშვის სიკვდილიანობა მუდმივად მაღალი მაჩვენებლებით იყო დატვირთული. უშირესად ეს მოვლენები კავშირში იყო პერინატალური პერიოდის ნაყოფის ზრდა-განვითარების პროცესების მრავლობით დარღვევებზე. ამას კი უშუალო კავშირი ჰქონდა ქალთა კონსულტაციებისა და სამშობიარო სახლების უხარისხო მომსახურებასთან.

ანტენატალური მეთვალყურეობის მიზნით ყოველ ორსულ ქალს უნდა მიეწოდებოდეს ინფორმაცია, თუ ვინ უნდა განახორციელოს მისი მეთვალყურეობა, რა სკრინინგული ტესტები უნდა ჩაუტარდეს და სად უნდა დაიკავოს მისი მეთვალყურეობა და მშობიარობის პროცესები.

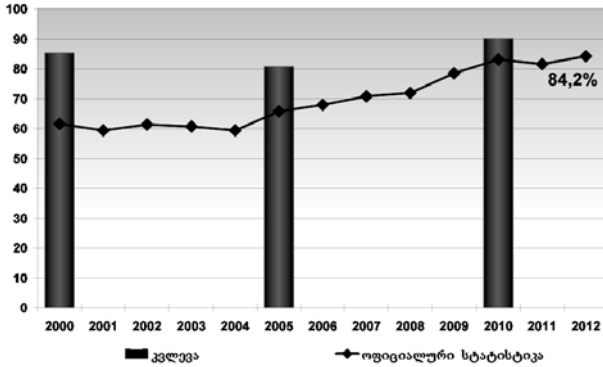
სოციალური მომსახურების ქსელის ვაჭერების პროგრამის თანახმად, დაბალი რისკის ჯგუფის ორსულებისათვის 4 ანტენატალური ვიზიტა გათვალისწინებულია, რომლის დროსაც ხორციელდება რუტინული კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევები, მათ შორის ერთჯერადად მცირე მენჯის დრუს ორგანოების ექოსკოპია მე-18-20 კვირის ორსულობაზე. ჩვენ მიგვაჩნია, რომ ერთჯერადი ექოსკოპიური გამოკვლევები ნაკლებად მისაღებია, რადგან პერინატალური პერიოდი რამდენიმე ეტაპისგან შედგება და ამიტომ ნაყოფის განვითარების პროცესებში მოგვიანებით შესაძლებელია ჩამოყალიბდეს პათოლოგიური პროცესები, რომლებიც ამოუცრობი აღმოჩნდება. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე ცხადია, რომ დროული პერინატალური დიაგნოსტიკა უზრუნველყოფს ორსულობის მიმდინარეობას და ნაყოფის მდგომარეობის შეფასებას. პერინატალური დიაგნოსტიკის საფუძველზე დაყრდნობით შესაძლებელი ხდება:

- ორსულობის დარჩენილ ვადაში ნაყოფის მდგომარეობის მართვა;
- ორსულობის შეფასება;
- მშობიარობის პროცესის მოსალოდნელი გართულებების თავიდან აცილების ღონისძიებების შემუშავება;
- ორსულობის შეწყვეტის ან გაგრძელების შესახებ გადაწყვეტილების მიღება.

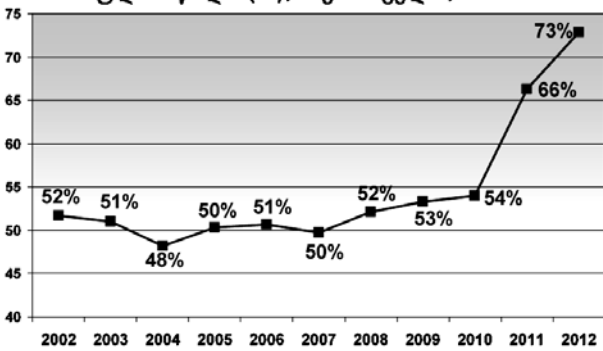
- ანტენატალური ვიზიტების ადექვატურ რაოდენობას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციას მიაჩნია ანტენატალური ვიზიტების გაზრდის აუცილებლობა. საქართველოში როგორც ოფიციალური სტატისტიკა, ასევე კვლევები ანტენეტალური მომსახურებით მაღალ მოცვას გვაჩვენებს და ყოველწლიურად იზრდება ორ-

სულობის პირველ ტრიმესტრში ანტენატალურ მეთვალყურეობაზე აყვანილ ორსულთა წილი.

სურათი 6. ანტენატალური მომსახურებით მოცვა, 4 სრული ვიზიტი (%), საქართველო, 2002-2012



სურათი 7. ორსულობის პირველ ტრიმესტრში ანტენატალურ მეთვალყურეობაზე აყვანილ ორსულთა წილი (%), საქართველო, 2002-2012

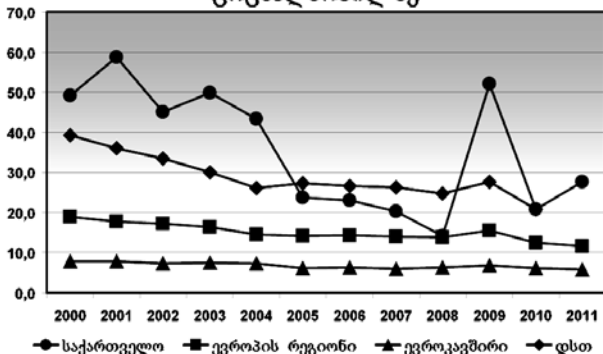


წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

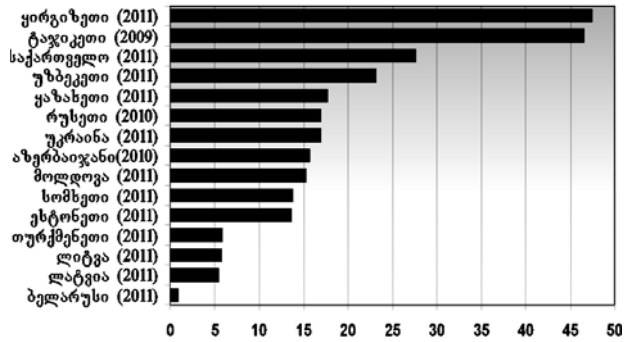
მიუხედავად ამისა, საქართველოში კვლავ მაღალია დედათა სიკვდილიანობის დონე და დედათა სიკვდილის მიზეზებს შორის ანტენატალური მოვლის ხარვეზებით გამოწვეული დედათა სიკვდილობის ხვედრითი წილი.

პოსპიტალური პერინატალური სამსახური გაწეული დახმარების მოცულობის ხარისხისა და კომპლექსურობის მიხედვით შეიძლება დაიყოს 3 ძირითად დონედ.

სურათი 8. დედათა სიკვდილიანობა 100000 ცოცხალშობილზე



სურათი 9. დედათა სიკვდილიანობა 100000 ცოცხალშობილზე, ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები, ბოლო ხელმისაწვდომი წელი



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ მონაცემთა ბაზა

I დონე (საბაზისო) პერინატალური დახმარება მიეწოდება იმ ორსულებს, რომლებსაც სამშობიარო გართულებების დაბალი რისკი აქვთ. გართულების რისკ-ფაქტორების გამოვლენის შემთხვევაში ქალების გადაგზავნა მომსახურების უფრო მაღალი დონის დაწესებულებებში სათანადო დახმარების მისაღებად.

II დონე (სპეციალიზებული) პერინატალური დახმარება მიეწოდება ორსულებს, რომლებსაც დაუდინდათ გართულების განვითარების მაღალი რისკი, ან ზოგიერთ შემთხვევაში მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის პათოლოგიის მქონე ახალშობილების დახმარება, რომელთა მდგომარეობა სტაბილურია და მათი პრობლემები არ საჭიროებს დამატებით კვლევებს. ეს უზმირესად ეხება დღენაკლულ ახალშობილებს.

III დონე (მაღალი სპეციალიზებული) პერინატალური დახმარება მიეწოდება ქალებს ორსულობის და მშობიარობის გართულების განვითარების აშკარა ან პოტენციური მაღალი რისკით, რომელიც საფრთხეს უქმნის დედის, ნაყოფის და ახალშობილის სიცოცხლეს და ჯანმრთელობას. აღნიშნულის გამო ისინი მოითხოვენ უმაღლესი დონის სპეციალიზებულ დახმარებას ფართო სპექტრის სპეციალისტების ჩართვით და ნაყოფის კვლევების (ბიოქიმიური, ნეიროფიზიოლოგიური, იმუნური) ჩატარების შესაძლებლობას, როგორც დედისა და ნაყოფისთვის, ისე ახალშობილისათვის.

ორსულთა სხვადასხვა დონის მომსახურების სერვისების განხორციელება უშუალოდ წარმოებს რეფერალური სისტემის სწორად გააზრებული მონიტორინგის მეშვეობით. ეს არის II ან III დონის დაწესებულება, რომელიც წინასწარი შეთანხმების საფუძველზე უწევს ამავე პროფილის დაწესებულებებს აუცილებელ საკონსულტაციო დახმარებას ან ორსული გადაყვას უფრო მაღალი დონის სპეციალიზებულ სამშობიარო სახლებში.

დედის ნაკლებად კონტროლირებადია საქართველოს რეგიონებში პერინატალური სამსახურის მდგომარეობა, მათ შორის ახლადშენებულ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში, როგორ არიან ისინი მატერიალურ-ტექნიკური თვალსაზრისით მომარაგებულნი და მომსახურების რომელ დონეს მიეკუთვნებიან. თუ რეფერალური სისტემის მონაცემებით ვიმსჯელებთ, ხშირია მივლინებულ სპეციალისტთა არაკვალიფიციციური დახმარება, ორსულთა დაგვიანებული გადაყვანა ქვეყნის ცენტრალურ სტაციონარებში და სხვა. ეს ყველაფერი მაგალითია იმისა, რომ რეფე-



რალური პროგრამის მონიტორინგი არასწორად არის დაგეგმილი და იგი მოიცავს გარკვეულ ხარვეზებს. პერინატალური დახმარების სრულყოფილი სერვისების გამოყენებას ხელს უშლის ის გარემოებაც, რომ დღემდე საქართველოში სამშობიარო სახლები სტანდარტულად არ არიან დაყოფილი პროფესიონალური დახმარების დონის მიხედვით. 94 სამშობიარო დაწესებულება, რომელიც დღეს საქართველოში ფუნქციონირებს, მათზე გაცემული სერტიფიკატების მიხედვით თითქმის ერთმანეთისაგან დიდად არ განსხვავდება და ამიტომაც მათი საქმიანობის არეალიც ბევრ გაუგებრობას იწვევს. ამას კიდევ ხელს უწყობს რეგიონალური პერინატალური ცენტრების პროფესიონალური კადრებისა და სათანადო აღჭურვილობის არარსებობაც.

გესტაციური ასაკის ნაყოფის პათოლოგიური პროცესის ან ნაადრევი მშობიარობის რისკის დადგენის მიზნით მოწოდებულია პერინატალური დიაგნოსტიკის შემდეგი მეთოდები:

- ულტრასონოგრაფია;
- ამნიოცენტეზი;
- ქორიონის ხალების კვლევა;
- დედის სისხლში სხვადასხვა სახის ბიოქიმიური, მოლეკულურ-ბიოლოგიური და იმუნოლოგიური ანალიზები.

**ულტრასონოგრაფიული სკრინინგი** – არაინვაზიური მეთოდია. მისი საშუალებით შესაძლებელია სხვადასხვა ორგანოსა და ქსოვილების ამნიონური სითხის გარემოცვაში ჩაძირული ნაყოფის ხილვადი გამოსახულების მიღება დაწყებული მე-9 კვირიდან, ხოლო ყველაზე ეფექტურად კი მე-16-20 კვირებში. ულტრასონოგრაფიის კვლევით შესაძლებელია ნაყოფის პლაცენტის ზომების, მისი პოზიციის, ამნიონური სითხის რაოდენობისა და ნაყოფის მთლიანად ანატომიის დადგენა.

**ამნიოცენტეზი** – ინვაზიური მეთოდია. მცირე მუცლის ასაკში ინექციის საშუალებით ხდება საშვილოსნოს ამნიონური სითხის მიღება (მე-14 კვირიდან), მასზე შეიძლება განხორციელდეს ქრომოსომული, ბიოქიმიური, მოლეკულურ-ბიოქიმიური ანალიზი. ამნიოცენტეზის გვერდითი გამოვლინების რისკი მინიმალურია, თუ ექიმში ამ საქმეში დახელოვნებულია.

**ქორიონის ხალების კვლევა** – ულტრაბერის კონტროლით კათეტერი შეჰყავთ საშვილოსნოს ყელიდან პლაცენტამდე. ტარდება ქორიონის ხალების უჯრედების ქრომოსომული ანალიზი და ნაყოფის კარიოტიპირება. შესაძლებელია ჩატარდეს ბიოქიმიური ან მოლეკულური ბიოლოგიური ანალიზი (ორსულობის 0-12 კვირამდე).

**დედის სისხლში სხვადასხვა სახის ბიოქიმიური, მოლეკულურ-ბიოლოგიური და იმუნოლოგიური ანალიზი:**

- ემბრიონალური უჯრედების კვლევა – ქრომოსომული აპარატის ტიპირება;
- ტრიპლე სკრინინგი – კომბინირებული კვლევის მეტად მგრძობიარე ტესტი. იგი იძლევა საშუალებას, დროულად შეფასდეს ემბრიონალური გადახრები, როგორც არის: ნერვული ღეროების დეფექტი, მე-21 ქრომოსომის ტრისომია, მე-18 ქრომოსომის ტრისომია, მრავალნაყოფიანი ორსულობა და ემბრიონალური ლეტალობა. ეს ტესტი გულისხმობს ალფა-ფეტო პროტეინის, Beta HCG და ესტროლის ერთდროულ განსაზღვრას.

არსებობს კიდევ მრავალი გამოკვლევა (ინჰიბინის განსაზღვრა, Beta HCG ცალკე განსაზღვრა და სხვა). დედის სისხლში ჩართული გამოკვლევები, რომლებიც პერინატალური დიაგნოსტიკის საკითხებისათვის

უაღრესად დიდი მნიშვნელობისაა, რატომაც ხელმიუწვდომელია საქართველოს მრავალი სამშობიარო სახლებისათვის, მაშინ როდესაც ჩვენი ქვეყნის დიდ ქალაქებში და უშუალოდ ქ. თბილისში დიდი რაოდენობით არის გახსნილი უცხოური უმაღლესი დონის ლაბორატორიები, სადაც თავისუფლად არის შესაძლებელი ჩამოთვლილი ანალიზების გაკეთება. თუმცა რაზე უნდა ვილაპარაკოთ, როდესაც საქართველოს უმრავლეს სამშობიარო სახლებში ამნიოცენტეზის გამკეთებელი ნაკლებად მოიძებნება. დღეს საქართველოს დედათა და ბავშვთა სამსახური იმ ამოცანის წინაშეა, თუ როგორ მოახდინოს პერინატალური სამსახურის ორგანიზება, რათა არსებული შესაძლებლობების ფარგლებში გაუწიოს მაღალი ხარისხის სამედიცინო დახმარება. ამისათვის საჭიროა გადაისინჯოს საქართველოში დღეისათვის არსებული პერინატალური სამსახურის მოწყობის ორგანიზაციურ-ფუნქციური გეგმა, რათა შემუშავდეს სათანადო რეკომენდაციები საჭირო ცვლილებების შესახებ.

პერინატალური დარგის განვითარების მიზნით საჭიროდ მიგვაჩნია შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

1. სამედიცინო დარგებში პრიორიტეტულ მიმართულებად გამოცხადდეს პერინატალური და ნეონატალური დარგების განვითარება, როგორც მყარი ინდიკატორები ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებისა საქართველოში
2. გაიზარდოს სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლე ორსულთა ვიზიტების რაოდენობა, ხარისხი და მათი მომსახურების სერვისებში გაფართოვდეს ლაბორატორიული და ექოსკოპიური კვლევების რიცხვი
3. გაძლიერდეს პირველადი ჯანდაცვის (ქალთა კონსულტაციები და ოჯახის ექიმები) და სამშობიარო სახლების ერთობლივი კოორდინირებული საქმიანობა, რათა პერინატალური დახმარება აყვანილ იქნეს პროფესიონალურ დონემდე
4. საქართველოში პერინატალური მედიცინის სწრაფი განვითარების მიზნით ქვეყნის ძირითად რეგიონებში ჩამოყალიბდეს სპეციალიზებული სამშობიარო სახლები (III დონის მომსახურებისათვის), რომლებსაც შეეძლება მაღალ დონეზე აწარმოონ ნაყოფის მართვის ყოველგვარი პროცედურები
5. რეგიონალიზაციის პრინციპების სწორად წარმართვის მიზნით გაფართოვდეს და გააქტიურდეს რეფერალური სისტემის მონიტორინგი, რაც საგრძობლად გააუმჯობესებს ორსულ ქალთა პერინატალური პროცესების სწორად წარმართვას, მომსახურების სხვადასხვა დონის პირობებში.
6. მუდმივ რეჟიმში განხორციელდეს პერინატალური დარგის გაიდლაინების დანერგვა საქართველოს ყველა სამშობიარო დაწესებულებაში, რათა მათი მეშვეობით განხორციელდეს კლინიკო-ლაბორატორიული მეთოდებისა და ახალი ტექნოლოგიების გამოყენება ნაყოფის პათოლოგიური პროცესების დადგენის მიზნით.
7. საქართველოს სამშობიარო სახლებში განხორციელდეს პერინატალური დარგში მომუშავე სპეციალისტების გადამზადება, უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და სერტიფიცირების სწორად წარმართვის პროცესების გათვალისწინებით
8. ინფორმირებულობის გაზრდა;
9. საქართველოში პერინატალური განვითარების მიზნით მიზანშეწონილია III დონის სამშობიარო სახლებში დაინერგოს ექიმ-პერინატოლოგთა სპეციალური შტატი, რომლის მაგალითს წარმოადგენს მრავალი განვითარებული ქვეყნები.

**ლიტერატურა:**

1. <http://www.ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=139>

რეზიუმე

პერინატალური მართვის პრიორიტეტები და მათი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში

პროფესორი ავთანდილ კვეზერელი-კოპაძე საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის პრეზიდენტი

საქართველოს დღევანდელი მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა მკვეთრად აისახება მოსახლეობის და, კერძოდ, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ჯანდაცვის სფეროში გატარებული რეფორმების ანალიზმა გამოავლინა შემდეგი:

- სამედიცინო პერსონალის დაბალი ანაზღაურება;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუარესება;
- სამედიცინო დაწესებულებების მწირი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა;
- სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხელმისაწვდომობა.

პერინატალური დარგის განვითარების მიზნით ემუშავებულა საჭირო ღონისძიებების გატარება.

SUMMARY

PRIORITIES OF PERINATAL MANAGERMENTS AND PERSPECTIVES OF THEIR DEVELOPMENT IN GEORGIA

Prof. A. KVEZERELI-KOPADZE President of Georgian Pediatric Association

Hard social-economic situation in Georgia is reflected on population and on mother-child health situation. Analysis of new reforms in the healthcare fields revealed following points:

- Low Salaries of Healthcare personnel
- Quality of Health Service Decreased
- Low Quality of Equipment in Medical institutions
- Low accessibility to the Health Service.

Several Steps to evolve perinatal field has been worked out.

S O S

პედიატრიის კომერსიალიზაცია მიუღებელია

პროფესორი ავთანდილ კვეზერელი-კოპაძე საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის საპატიო პრეზიდენტი



როგორც იქნა დაიბადა შესანიშნავი ჯანმრთელი ბავშვი, რას ახვედრებს საქართველოს პედიატრიული სამსახური ამ ღვთისაგან მოვლენილ არსებას? საქართველოს პედიატრიულ სამსახურს მრავალი პატრონი და გულშემოტიკივარი ჰყავდა:

1. თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტის პედიატრიული ფაკულტეტი მისი კათედრებით;
2. ჯანდაცვის სამინისტროს დედათა და ბავშვთა სამმართველო, რომელიც შემდგომში გადაკეთდა იმავე დასახელების დეპარტამენტად;
3. პედიატრიის ს/კ ინსტიტუტი,

რომელიც სპეციალურად გაიხსნა ამ დარგის ხელმძღვანელობისათვის და 50 წლის განმავლობაში დიდი წვლილი შეჰქონდა საქართველოში პედიატრიული აზროვნების, პრაქტიკული ცოდნის გაღრმავებისა და მეთოდოლოგიური კრიტერიუმების დანერგვის ღონისძიებებში.

ყველა ეს ჩამოთვლილი ორგანიზაციები საუბედუროდ ერთიანად წარსულს ჩაბარდა. განა კანონზომიერად შეიძლება ჩაითვალოს ის ფაქტი, რომ დღეისათვის საქართველოს გენოფონდი, როდესაც ესეთ მძიმე მდგომარეობაში იმყოფება, მისი ფლაგმანი პედიატრიის ს/კ ინსტიტუტი ლიკვიდაციის ფორმატშია წარმოდგენილი. თუ ღრმად გავაანალიზებთ დღევანდელი პედიატრიული სამსახურის მოწყობილობას, დავრწმუნდებით, რომ მისი დღევანდელი ნეგატიური მოვლენების მიზეზთა შორის გარკვეულ როლს თამაშობს მრავალი პედიატრიული დაწესებულების კერძო სექტორში გადასვლა. აღნიშნულმა რეფორმებ-

მა მოკლე დროით თითქმის გაურკვეველი პროგრესი გამოიწვია ბავშვთა მომსახურების მრავალმხრივი სერვისების დანერგვის საკითხებში, მაგრამ სრულფასოვანი პროფილაქტიკისა და მკურნალობის განხრით მთლიანად ქვეყნის მასშტაბით უარყოფითი ზეგავლენა მოახდინა. დაირღვა სინქრონულად მიმდინარე ურთიერთდამოკიდებულება პირველადი ჯანდაცვის რგოლისა და სადაზღვევო კომპანიებსა და ჰოსპიტალურ სექტორს შორის. ამის მიზეზად შეიძლება ჩაითვალოს კომერცისადმი დიდი ლტოლვა, რამაც თავის რიგად გამოიწვია პაციენტების მიმართ არასრულფასოვანი სერვისების განხორციელება და მკურნალობის პროცესების უხარისხოდ ჩატარება.

დაფიქრებას მოითხოვს რამდენად მიზანშეწონილია, როდესაც მთლიანად საქართველოს პედიატრიული სამსახური გადაყვანილი არის კერძო პირთა დაქვემდებარებაში. რა უარყოფითი ზეგავლენის მოხდენა



შეუძლია ჩატარებულ რეფორმებს:

1. კერძო სექტორი ნაკლებად კონტროლირებადია სახელმწიფო ორგანოების მხრიდან;

2. სრულად იგნორირებულია პედიატრიული დარგის პროფილაქტიკური მედიცინის საფუძვლები და მთლიანად გადასული არიან მხოლოდ სამკურნალო საქმეზე;

3. მეტად სავალალოა პედიატრიული სამსახურის მდგომარეობა რეგიონებში, პირველადი ჯანდაცვის და ჰოსპიტალური მომსახურების სფეროებში. იგი გამოირჩევა მეტად დაბალი სამედიცინო მომსახურების დონით, რამაც გამოიწვია ავადმყოფთა განუწყვეტელი დინება თბილისის სტაციონარებისაკენ, რაც იწვევს მათ საგრძნობ გადარტყმას. საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში პედიატრიული საწოდების დაგეგმარების დონისძიებებს ნაკლები ყურადღება ეთმობა. დაიხურა რამდენიმე ბავშვთა სტაციონარი, გაუქმდა ბავშვთა საწოდების ზოგიერთ მოზრდილთა საავადმყოფოებში, რამაც მთლიანობაში გამოიწვია ბავშვთა საწოდების ფონდის შემცირება ქვეყანაში. ჩვენს მიერ შესწავლილმა მონაცემებმა გამოავლინა შემდეგი სურათი.

ცხრილი №5  
ზოგიერთი მონაცემი 0-დან 15 წლამდე ასაკის ბავშვთა ლეტალობისა და სამედიცინო სერვისების შესახებ საქართველოში

	1995	2007	2008	2011
პედიატრიული საწოდების სასუალო წლიური რაოდენობა	6186	2542	2479	2011
საწოდებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 1000 ბავშვზე 0-15 წლამდე	5.8	3.3	3.3	2.6
ჰოსპიტალიზებულ ბავშვთა რაოდენობა	54393	64658	69553	73389
ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 1000 ბავშვზე 0-15 წლამდე	50.8	84.3	92.5	96.5
ახალი შემთხვევების რაოდენობა	201424	273032	276872	406709
ავადობის მაჩვენებელი 1000 ბავშვზე 0-15 წლამდე	184.8	355.9		534.9

**რეზიუმე**

**S O S  
პედიატრიის კომერციალიზაცია მიუღებელია**

პროფესორი ავთანდილ კვეზერელი-კოპაძე, საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის საპატიო პრეზიდენტი

საქართველოს პედიატრიულ სამსახურს მრავალი პატრონი და გულშემატკივარი ჰყავდა. ეს ორგანიზაციები კი საუბედუროდ ერთიანად წარსულს ჩაბარდა.

დაფიქრებას მოითხოვს რამდენად მიზანშეწონილია, როდესაც მთლიანად საქართველოს პედიატრიული სამსახური გადაყვანილი არის კერძო პირთა დაქვემდებარებაში. რა უარყოფითი ზეგავლენის მოხდენა შეუძლია ჩატარებულ რეფორმებს.

**SUMMARY**

**COMMERCIALIZATION OF PEDIATRY IS UNACCEPTABLE**

Prof. A. KVEZERELI-KOPADZE, President of Georgian Pediatric Association

Pediatric field had a lot of supporters. However, now most of those organizations are in the past.

It must be discussed if the fact that whole Georgian Pediatric service is in the hands of private companies. What kind of negative effects can this kind of reforms do?

ხანში თითქმის აღარ გვევლინება აკადემიური აღმზრდელი პედაგოგები, რომელთა გარეშეც ვერ მოხდება თაობათა ცვლის კანონზომიერი პროცესები საქართველოში. ვინ უნდა გამოასწოროს დღევანდელი პედიატრიული სამსახურის მიმე მდგომარეობა? მხოლოდ ჯანდაცვის სამსახურის ძალისხმევით ამ დარგის ნორმალურ პირობებში ჩაყენება შეუძლებელია, თუ ამ საქმეში არ ჩაერთო მთლიანად საქართველოს პედიატრიული საზოგადოება და მისი წამყვანი ბირთვი დარგობრივი ასოციაცია, როგორც ეს დაკანონებულია უცხოეთის სამედიცინო დარგში. მათი წევრობა ყველა პედიატრისათვის მეტად სასახელოა, ამიტომ ყველაფერს აკეთებენ, რათა საკუთარი წვლილი შეიტანონ თავისი დარგის აღორძინებისათვის. საქართველოში კი მეტად სამარცხეინოა, რომ ბევრმა პედიატრმა არც კი იცის, რომ არსებობს ასეთი არასამთავრობო ორგანიზაცია, რომლის წევრობაც სავალდებულოა, ვიდრე იგი ამ პროფესიით არის დასაქმებული.

დარგობრივი ასოციაციის არსებობა და მათი მრავალმხრივი საქმიანობა ის ძირითადი ქვაკუთხედი, რომლითაც ხორციელდება პროფესიონალიზმის აღორძინებისა და განვითარების საქმე.

ვიმედოვნებთ, რომ ახლად არჩეული პედიატრთა ასოციაციის პრეზიდენტი და გამგეობის წევრები გამოძებნიან ისეთ ღონისძიებებს, რომლითაც დაინტერესებენ საქართველოს პედიატრებს, რომ ისინი გახდნენ ასოციაციის ნამდვილი წევრები და ამით ნაწილობრივ მაინც მოახდინონ დაქსაქსული პედიატრიული საზოგადოების გამოთლიანება.

ლიტერატურა:  
1. <http://www.ncdc.ge>

# პედიატრთა უწყვეტი პროფესიული განვითარება

ირაკლი შავლენიშვილი - საქართველოს პედიატრთა აკადემიის ვიცე-პრეზიდენტი (საქართველოს პედიატრთა აკადემია)



პედიატრთა უწყვეტი პროფესიული განვითარება ერთეორი უმნიშვნელოვანესი საკითხია. შრომაში დაწვრილებით იქნება გა-

ანალიზებული ექიმთა პროფესიული მზადების კონცეფციის არსი, სამედიცინო განათლების საფეხურები და სხვ.

## ექიმთა აკოფესიული მზადების კონცეფციის არსი

პროფესიული სამედიცინო მ.შ. პედიატრის საფეხურებობრივი განათლება უმაღლესი სასწავლებლის პირველი კურსიდან დაწყებული და ექიმის პროფესიული საქმიანობის ბოლო დღით დამთავრებული, არ მორიზრება უწყვეტობის გარეშე მთელი ამ ხნის განმავლობაში

**სამედიცინო განათლების საფეხურები**  
(ევროდირექტუა 2005/36EC, WFME, WHO)

საბაზისო განათლება

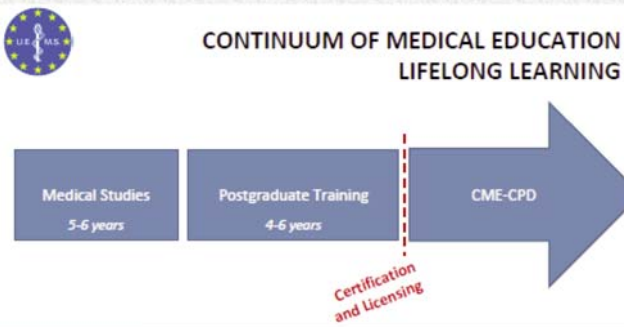
დიპლომის შემდგომი განათლება/რეზიდენტურა

უწყვეტი პროფესიული განვითარება

### მართიანი დიპლომის შემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდა მემიციონაში

წლები	სიითი რაოფინოა	ზღვარი დაპლია	ზღვარი ვირ დაპლია	არ ბამოცხადლა
2006	1 450	652 (45,0%)	718 (49,5%)	80 (5,5%)
2007	1 370	661 (48,2%)	635 (46,4%)	74 (5,4%)
2008	1 156	484 (41,9%)	628 (54,3%)	44 (3,8%)
2009	1 310	579 (44,2%)	678 (51,8%)	53 (4,0%)
2010	1 291	668 (51,7%)	539 (41,8%)	84 (6,5%)
2011	1 079	310 (28,7%)	658 (61,0%)	111 (10,3%)
2012	1 042	211 (20,2%)	666 (64,0%)	165 (15,8%)
2013	955	260 (27,2%)	548 (57,4%)	147 (15,4%)

### ექიმის პროფესიული მზადება ევროპაში



□ მსოფლიოში იზრდება უპე-ს რეგულირების აუცილებლობა ევროკავშირის ქვეყნები – სავალდებულოა 21 ქვეყანაში 2012 წლის მონაცემები

რითი მიიღწევა ეს სავალდებულოა ?

სავალდებულოა კანონმდებლობით	სავალდებულოა რეგულაციებით	სავალდებულოა პროფესიული ასოციაციების მოთხოვნით
1. ხორვატია	1. უნგრეთი	1. ირლანდია
2. ჩეხეთი	2. ღატვია	2. იტალია
3. საფრანგეთი	3. ღიტვა	3. შვეიცარია
4. გერმანია	4. პოლანდია	
5. საბერძნეთი	5. სლოვენია	
6. პოლონეთი	6. დიდი ბრიტანეთი	
7. რუმინეთი	7. ავსტრია	
8. სლოვაკეთი	8. ღუქსემბურგი	

### ექიმის პროფესიული მზადება საქართველოში



ევროკავშირის ქვეყნები – არაა აუცილებელი 12 ქვეყანაში 2012 წლის მონაცემები

1. ბელგია	7. მალტა
2. ბულგარეთი	8. ნორვეგია
3. კვიპროსი	9. პორტუგალია
4. დანია	10. ესპანეთი
5. ესტონეთი	11. შვეცია
6. ფინეთი	12. თურქეთი

თუმცა არსებობს უპე-ს მოტივაციის და წახალისების ფორმები – ძირითადად ფინანსური



**უკბ / უსბ ს ა მ ე ა რ ო**

ორგანიზატორები და განმახორციელებლები საკრედიტაციო და მარეგულირებელი ორგანოები

ექიმები კომერციული სპონსორები

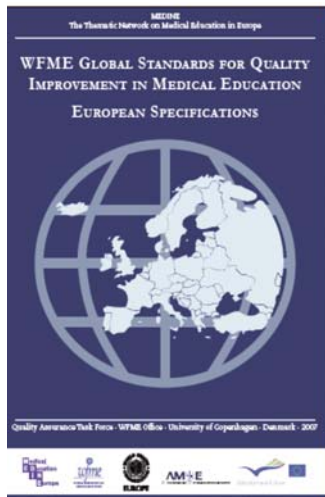
სამედიცინო სკოლები/ინსტიტუტები/უნივერსიტეტები

სამედიცინო დაწესებულებები /კლინიკები / საავადმყოფოები

სამედიცინო განათლების არასამთავრობო ორგანიზაციები /კოორდინატორები

ჯანდაცვის ორგანიზატორების წარმომადგენლები

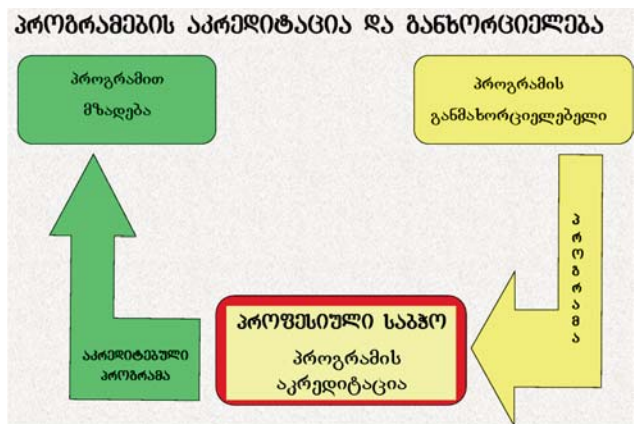
დამსაქმებლები სამედიცინო ასოციაციები ფარმაცევტული კომპანიები



სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაცია (WFME):

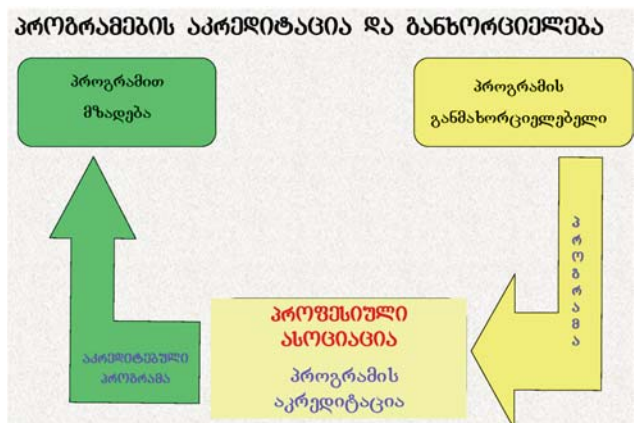
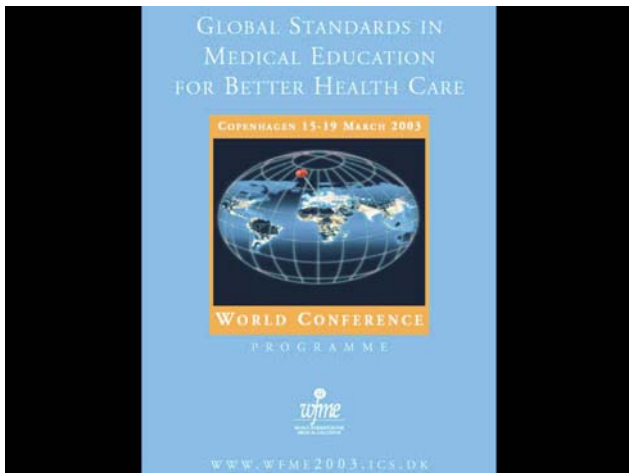
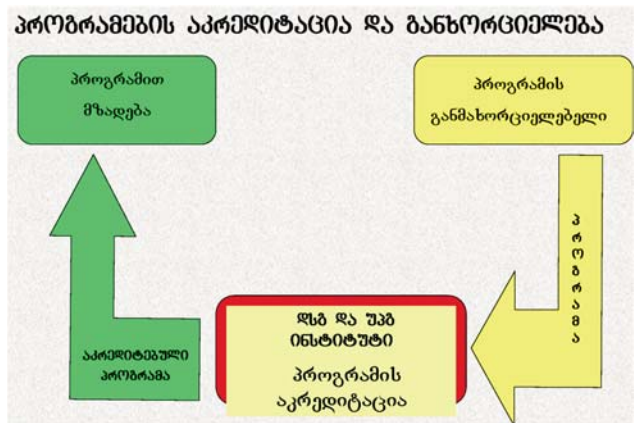
სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესების გლობალური სტანდარტები ევროპის სპეციფიკაციების გათვალისწინებით (2007)

**მიზანი:**  
ექიმის პროფესიული მზადების პარამონიზაცია ევროპაში



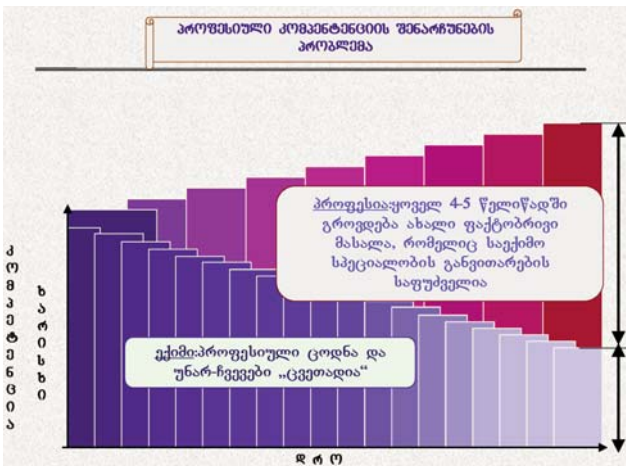
**სამედიცინო განათლების რეგულაცია**

სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის (WFME) ტრილოგია (ხარისხის გაუმჯობესების გლობალური სტანდარტები)





რატომაა ასე მნიშვნელოვანი ასოციაციების როლიც ექიმის კომპეტენციის შენარჩუნებაში



მაკოლმ კენდრიკი

„პარტნიორობა სწავლებაზე მთელი ცხოვრების მანძილზე“

სამედიცინო სკოლის დასრულების შემდგომ ექიმი "ფხვდაფხვს რომ მიყვას" თანამედროვე მედიცინის გამოწვევებს მხოლოდ სამედიცინო პუბლიკაციების კითხვით, დაჭირდება სრული 55 წელიწადი "წიგნთან ჯდომა"

სისტემური მიმოხილვა: შედარებითი ანალიზი კლინიკურ გამოცდილებასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხს შორის

წყარო: Niteesh K. Choudry MD, Robert H. Fletcher MD, MSc and Stephen B. Soumerai, " Systemic Review: The Relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care" – Ann Inter Med. 2005 Feb 15; 142 (4):260-73

- დადგინდა უარყოფითი კავშირი ექიმის პროფესიული მოღვაწეობის ხანგრძლივობასა და სამედიცინო დახმარების ხარისხს შორის. კერძოდ,
  - 62 საექსპერტო კვლევიდან 32 (52%) კვლევა მიუთითებს სამედიცინო დახმარების გაწევის ხარისხის ყველა პარამეტრის შემცირებაზე სამედიცინო მოღვაწეობის ხანგრძლივობის მატებასთან ერთად;
  - 13 საექსპერტო კვლევა (21%) მიუთითებს სამედიცინო დახმარების გაწევის ხარისხის რამდენიმე პარამეტრის შემცირებაზე სამედიცინო მოღვაწეობის ხანგრძლივობის მატებასთან ერთად;
  - 2 საექსპერტო კვლევა (3%) მიუთითებს სამედიცინო დახმარების გაწევის ხარისხის რაღაც ეტაპამდე მომატებაზე, ხოლო შემდგომ შემცირებაზე სამედიცინო მოღვაწეობის ხანგრძლივობის მატებასთან ერთად;

სისტემური მიმოხილვა: შედარებითი ანალიზი კლინიკურ გამოცდილებასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხს შორის

წყარო: Niteesh K. Choudry MD, Robert H. Fletcher MD, MSc and Stephen B. Soumerai, " Systemic Review: The Relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care" – Ann Inter Med. 2005 Feb 15; 142 (4):260-73

- 13 საექსპერტო კვლევა (21%) ვერ გამოავლინა რაიმე კავშირი სამედიცინო დახმარების გაწევის ხარისხსა და სამედიცინო მოღვაწეობის ხანგრძლივობის მატებას შორის;
- 1 საექსპერტო კვლევა (2%) გამოავლინა სამედიცინო დახმარების გაწევის ხარისხის მხოლოდ რამდენიმე პარამეტრის მატება სამედიცინო მოღვაწეობის ხანგრძლივობის მატებასთან ერთად;
- 1 საექსპერტო კვლევა (2%) გამოავლინა სამედიცინო დახმარების გაწევის ხარისხის ყველა პარამეტრის მატება სამედიცინო მოღვაწეობის ხანგრძლივობის მატებასთან ერთად;

სისტემური მიმოხილვა: შედარებითი ანალიზი კლინიკურ გამოცდილებასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხს შორის

წყარო: Niteesh K. Choudry MD, Robert H. Fletcher MD, MSc and Stephen B. Soumerai, " Systemic Review: The Relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care" – Ann Inter Med. 2005 Feb 15; 142 (4):260-73

დასკვნა

•ექიმისათვის არსებობს სამედიცინო დახმარების ხარისხის შემცირების რისკი მისი პრაქტიკის ხანგრძლივობის მატებასთან ერთად.

•ექიმისათვის აუცილებელია მუდმივი სწავლა/ტრენინგი სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით.

ექიმთა დაბალი კვლიფიკაცია – ეს დაკარგული სიცოცხლეები, ჯანმრთელობა და ხარჯები

დიდი ბრიტანეთი – ყოველწლიურად აღირიცხება 850 000

გართულება, რომელიც დაკავშირებულია ექიმთა არასწორ ქმედებებთან.

პოსპიტალიზებულ ავადმყოფთა 10%-ს უვლინდება გართულებები,

რომელთა ნახევარი შეიძლება თავიდან იქნეს აცილებული.

ზარალი: 3 მილიარდი დოლარი

კანადა – საექიმო შეცდომა რეგისტრირდება 13 პოსპიტალიზებული

ავადმყოფიდან 1 შემთხვევაში.

ზარალი: ზედმეტი 1.1 მილიონი საწოდ-დე

აშშ – ყოველწლიურად აღირიცხება სიკვდილობის 44 - 98 ათასი

შემთხვევა რომელიც დაკავშირებულია საექიმო შეცდომასთან.

ზარალი: 17-29 მილიარდი დოლარი

საქართველო – ამ სახის ვალიდური კვლევა არ არის ჩატარებული

რა არის „უწყვეტი პროფესიული განვითარება“

„უწყვეტი პროფესიული განვითარება (უპგ)“ არის საგანმანათლებლო მეთოდი, რომელიც ავსებს, ავითარებს და აძლიერებს ექიმთა უნარს მიუსადაგონ ცოდნა, ჩვევები და დამოკიდებულება მათ ყოველდღიურ პროფესიულ საქმიანობას.

უპგ-ის მიზანია გააუმჯობესოს პრაქტიკოსი ექიმის საქმიანობის ყველა ასპექტი“.

სამედიცინო სპეციალობათა ევროპული კავშირის (UEMS) „ბაზელის დეკლარაცია“ (2001 წ.)



უბ სისტემა:

- უზრუნველყოფს ექიმის წარმატებულ საქმიანობას;
- ორიენტირებულია ექიმის პრაქტიკული კლინიკური საქმიანობის სტანდარტების ამაღლებაზე და, შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებაზე და არა მხოლოდ ექიმის განათლებაზე;
- მაქსიმალურად ხელმისაწვდომი ექიმისთვის, როგორც დროის თვალსაზრისით, ისე ფინანსურად და გეოგრაფიულად;
- იმართება ექიმის და მისი პროფესიულ გაერთიანებაში მონაწილეობით.

**ექიმის უწყვეტი პროფესიული განვითარება**

თავად ექიმის, ექიმთა პროფესიული გაერთიანებების, სამედიცინო და საგანმანათლებლო დაწესებულებების, პაციენტთა ჯგუფებისა და სახელმწიფოს თანამშრომლობით უნდა მიმდინარეობდეს.

**უწყვეტი პროფესიული განვითარების ძირითადი კომპონენტებია**

- უწყვეტი სამედიცინო განათლება;
- უწყვეტი პრაქტიკული საქმიანობა;
- პროფესიული რეაბილიტაცია;
- ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება.

**უწყვეტი სამედიცინო განათლება**

- დასწრებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების ფორმები:
- მოკლევადიანი (1-10 დღე) სწავლების/ტრენინგების კურსები;
  - ლექციები;
  - ადგილობრივ და საერთაშორისო პროფესიულ კონფერენციებში, კონგრესებში მონაწილეობა;
  - სტაჟირება მეთრეული ან მესამეული დონის სამედიცინო დაწესებულებაში როგორც ქვეყნის ფარგლებში, ისე მის გარეთ.

**უწყვეტი სამედიცინო განათლება**

- დაუსწრებელი უწყვეტი სამედიცინო განათლების ფორმები:
- დასკვნითი შეფასების კითხვარით თანხლებული ნაბეჭდი ლიტერატურის დამუშავება;
  - დასკვნითი შეფასების კითხვარით თანხლებული აუდიო, ვიდეო, მულტიმედიის მასალების დამუშავება;
  - ინფორმაციის გაცნობა და დამუშავება ინტერნეტისა და ინფორმატიკის სხვა საშუალებების გამოყენებით, თანხლებული დასკვნითი შეფასების კითხვარით.

**უწყვეტი სამედიცინო განათლება**

უწყვეტი სამედიცინო განათლების სხვა ფორმები:

- ✓- უსვ პროგრამების მომზადება და ჩატარება;
- ✓- დიპლომის შემდგომი მზადების პროგრამების წარმართვა;
- ✓- უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებელში კლინიკური დისციპლინების სწავლება;
- ✓- აკადემიური ხარისხის მოპოვება;
- ✓- მოხსენების მომზადება და წარმოდგენა ადგილობრივ და საერთაშორისო პროფესიულ კონფერენციებზე, კონგრესებზე;
- ✓- სამეცნიერო ნაშრომის (სტატიის) გამოქვეყნება;
- ✓- მონოგრაფიის, სახელმძღვანელოს ან კლინიკური რეკომენდაციების („გაიდლაინი“) მომზადება;
- ✓- პრაქტიკული კლინიკური საკითხების ამსახველი პუბლიკაციების გამოქვეყნება;
- ✓- რეფერატული მიმოხილვების მომზადება და მათი წარმოდგენა.

**უწყვეტი პრაქტიკული საქმიანობა**

უწყვეტი პრაქტიკული საქმიანობა ექიმის ყოველდღიურ პროფესიულ აქტიურობას მოიცავს და არ გულისხმობს ექიმის მოწყვეტას აღნიშნული საქმიანობისაგან. უწყვეტი პრაქტიკული საქმიანობა ფასდება შემდეგი რაოდენობრივი მაჩვენებლებით:

- გატარებული პაციენტების რაოდენობა;
- მანიპულაციების რაოდენობა;
- კლინიკურ გარჩევებში, კონსილიუმებში მონაწილეობა;
- შემოვლა, კონსულტაციები;
- ლეტალური შემთხვევების გარჩევაში, კლინიკურ-პათოლოგანატომიურ კონფერენციებში მონაწილეობა.

**პროფესიული რეაბილიტაცია**

პროფესიული რეაბილიტაცია განკუთვნილია მხოლოდ იმ ექიმისთვის, რომლის პროფესიული აქტიურობა დაბალია (სტაჟის წყვეტა ან არასაკმარისი დატვირთვა).

პროფესიული რეაბილიტაცია გულისხმობს შედარებით ხანგრძლივი (2-5 თვე) პროგრამებით მზადებას.



**ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება**

- ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება თითოეული სამედიცინო დაწესებულების მნიშვნელოვანი ინტერესი და პრეროგატივაა.
- ხარისხის გაუმჯობესება გულისხმობს ექიმის პრაქტიკული საქმიანობის შეფასებას (შიდა ან გარე აუდიტი);

**უწყვეტი პროფესიული განვითარება**

უწყვეტი სამედიცინო განათლების მართვითი ფორმები	I ტიპის უპ/თლა
უზ. მოკლევადიანი (1-10 დღე) ტრენინგი	1 საათი - 1 ქულა
დღეცხრა დასკვნითი შეფასებით ან მის გარეშე	1 საათი - 1 ქულა
აფილიატივი და საერთაშორისო პროფესიულ კონფერენციასზე, კონგრესზე, ფორუმზე და სხვ. დასწრება	1 საათი - 0,5 ან 1 ქულა
სტაჟირება სარეზიდენტო პროგრამებში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებაში ანდა უცხოეთის შესატყვის დაწესებულებაში	1 დღე - 0,5 ან 1 ქულა
პროფესიული რეაბილიტაციის კურსის ავტორობა/განხორციელება	1 თვე - 15 ქულა
სამუშაო სტაჟი	II ტიპის უპ თლა
5 სრული წელიწადი და მეტი	75 ქულა
4 სრული წელიწადი	60 ქულა
3 სრული წელიწადი	45 ქულა
2 სრული წელიწადი	30 ქულა
1 სრული წელიწადი	15 ქულა
1 წელიწადზე ნაკლები/სტაჟის გარეშე	0 ქულა
პროფესიული რეაბილიტაციის განხორციელება	III ტიპის უპ თლა
1 თვე	15 ქულა
2 თვე	30 ქულა
3 თვე	45 ქულა
4 თვე	60 ქულა
5 თვე	75 ქულა

**უპ და რესერტიფიკაცია**

უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემაში მონაწილეობა და დადგენილი რაოდენობის ქულების დაგროვება ექიმს საშუალებას აძლევს გაიგრძელოს სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების ვადა გამოცდის გარეშე.

ანუ, სასერტიფიკაციო გამოცდაზე გასვლა არ არის აუცილებელი რესერტიფიკაციისათვის!

**უპ და რესერტიფიკაცია**

მეორე მხრივ, თუ პრაქტიკულად მომუშავე ექიმს სურვილი აქვს სერტიფიკატის ვადა გაიგრძელოს სასერტიფიკაციო გამოცდაზე გასვლის გზით, მას არ მოეთხოვება უწყვეტი სამედიცინო განათლებაში მონაწილეობის დადასტურება ქულების წარდგენით.

ანუ, უპ-ში მონაწილეობა არ არის აუცილებელი რესერტიფიკაციისათვის!

**უწყვეტი პროფესიული განვითარების ხელმისაწვდომობის და დაზინანების შესახებ**

უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემა ფინანსურად და გეოგრაფიულად აბსოლუტურად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ქვეყანაში მომუშავე ყველა ექიმისათვის.

ამასთან, გათვალისწინებული უნდა იქნეს ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონების თავისებურება ზემოთ მოხსენებული ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

**უწყვეტი პროფესიული განვითარება სასარგებლოა**

პაციენტისათვის:

მეტი შესაძლებლობა იქმნება იმისათვის, რომ პაციენტმა მიიღოს ადეკვატური სამედიცინო მომსახურება.

**უწყვეტი პროფესიული განვითარება სასარგებლოა**

ექიმისათვის:

მეტი შესაძლებლობა იქმნება იმისათვის, რომ ექიმმა გაიუმჯობესოს/სრულყოფს ცოდნა და უნარ-ჩვევები და დაიკმაყოფილოს პროფესიული ღირსების გრძობა, მიაღწიოს წარმატებული ექიმის სტატუსს.

**უწყვეტი პროფესიული განვითარება სასარგებლოა**

სამედიცინო დაწესებულებისათვის:

მეტი შესაძლებლობა იქმნება იმისათვის, რომ დაწესებულებას ჰყავდეს მაღალი დონის პროფესიონალები, შესაბამისად, წარმატებას მიაღწიოს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე.

**უწყვეტი პროფესიული განვითარება სასარგებლოა**

საზოგადოებისათვის:

მეტი შესაძლებლობა იქმნება იმისათვის, რომ კარგად განსწავლულმა სამედიცინო პერსონალმა მეტი წვლილი შეიტანოს ჯანმრთელობის და მასთან დაკავშირებული სოციალური პრობლემების მოგვარების საქმეში.

**რატომ უნდა იყოს დაინტერესებული ძველანა, აქიმა პროფესიული კომპეტენციის ადეკვატურობის უზრუნველყოფის საკითხით**

უფლება სიცოცხლესა და ჯანმრთელობაზე ადამიანის ძირითადი უფლებებისა და თავისუფლებების ერთ-ერთი შემადგენელია.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა და გაუმჯობესება სახელმწიფოსა და მთლიანად საზოგადოების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პრიორიტეტია.

ამიტომ სახელმწიფო უნდა ცდილობდეს ჩამოაყალიბოს ჯანმრთელობის დაცვის ეფექტური სისტემა, რომელიც პაციენტს უზრუნველყოფს ადეკვატური, ანუ სათანადო ხარისხის სამედიცინო მომსახურებით.

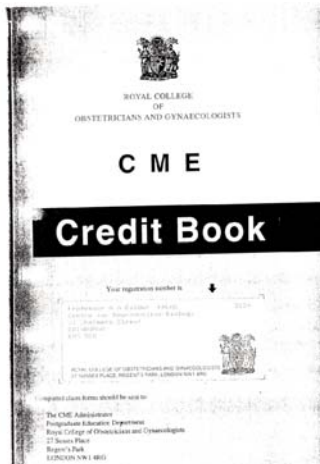


სერთიფიცირებული კვირბრუნები და ნეონატოლოგები

წლები	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	სულ
პედიატრი	2 044	387	106	58	147	96	93	44	36	81	3 092
ნეონატოლოგი	417	79	28	12	19	27	31	9	15	26	663

წლები	2011	2012	2013	სულ
პედიატრი	88	53	42	3 275
ნეონატოლოგი	25	31	11	730

ე.წ. "პროტეჯილი",  
რომელშიც აისახება  
ქიმიის აქტივობა  
შსპ/შპ სისტემაში



სერთიფიცირებულ კვირბრუნებსა და ნეონატოლოგებს განაწილება ასაკის მიხედვით 2006 წლისათვის

დაბადების წელი	1980-1970	1969-1959	1958-1948	1947-1941	1941 და <	შენიშვნა
პედიატრი	462	1 133	827	160	158	2
ნეონატოლოგი	98	223	175	26	33	-

სერთიფიცირებულ კვირბრუნებსა და ნეონატოლოგებს განაწილება სქმის მიხედვით 2006 წლისათვის

სპეციალობა	ძალი	ზამთარი
პედიატრი	2 595	147
ნეონატოლოგი	532	23

დალაძი/რეგიონი	კვირბრუნები	ნეონატოლოგი	სულ
თბილისი	1 049	253	1 302
აჭარა	71	-	71
აჭარა	144	41	185
ბათუმი	103	33	136
ქუთაისი	4	2	6
ქობულეთი	25	4	29
მუხრანის რაიონი	1	-	1
სედიკარის რაიონი	8	-	8
სედიკარის რაიონი	3	2	5
<b>ცხრამეტი</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>1</b>
<b>კახეთი</b>	<b>215</b>	<b>40</b>	<b>255</b>
მდინარე	52	7	59
ახალციხის რაიონი	20	6	26
კარსის რაიონი	38	3	41
მდინარე-სტეფანავანის რაიონი	9	1	10
მდინარე-სტეფანავანის რაიონი	18	3	21
საბურთლოს რაიონი	27	5	32
სოფლის რაიონი	30	10	40
თბილისის რაიონი	21	5	26
<b>მცხეთა-მთიანეთი</b>	<b>48</b>	<b>11</b>	<b>59</b>
მცხეთის რაიონი	26	7	33
მთიანეთის რაიონი	11	3	14
თბილისის რაიონი	7	1	8
თბილისის რაიონი	4	-	4

დალაძი/რეგიონი	კვირბრუნები	ნეონატოლოგი	სულ
<b>შიდა ქართლი</b>	<b>132</b>	<b>24</b>	<b>156</b>
კარსი	64	13	77
ახალციხის რაიონი	4	1	5
კახეთი	19	2	21
ქარსი	14	2	16
სამცხე-ჯავახეთი	31	6	37
<b>ძველი ქართლი</b>	<b>172</b>	<b>28</b>	<b>200</b>
მცხეთის რაიონი	76	12	88
მთიანეთის რაიონი	16	2	18
გარდაბანის რაიონი	44	7	51
მცხეთის რაიონი	3	1	4
თბილისის რაიონი	6	1	7
მთიანეთის რაიონი	27	5	32
<b>სამცხე-ჯავახეთი</b>	<b>49</b>	<b>12</b>	<b>61</b>
ახალციხის რაიონი	15	2	17
თბილისის რაიონი	5	1	6
ახალციხის რაიონი	7	3	10
ახალციხის რაიონი	2	2	4
მთიანეთის რაიონი	16	4	20
წალკის რაიონი	3	-	3
მთიანეთის რაიონი	1	-	1

დალაძი/რეგიონი	კვირბრუნები	ნეონატოლოგი	სულ
<b>იმერეთი</b>	<b>377</b>	<b>63</b>	<b>440</b>
ქუთაისი	177	31	208
ბათუმი	7	2	9
კარსი	10	1	11
სამცხე-ჯავახეთი	39	4	43
თბილისი	14	3	17
სამცხე-ჯავახეთი	27	3	30
სამცხე-ჯავახეთი	21	5	26
თბილისი	14	3	17
წალკის რაიონი	24	3	27
ქუთაისის რაიონი	27	7	34
სამცხე-ჯავახეთი	4	1	5
სამცხე-ჯავახეთი	13	-	13
<b>გურია</b>	<b>106</b>	<b>12</b>	<b>118</b>
ოზურგეთის რაიონი	37	3	40
დასის რაიონი	24	3	27
სამცხე-ჯავახეთი	15	1	16
სამცხე-ჯავახეთი	30	5	35

დალაძი/რეგიონი	კვირბრუნები	ნეონატოლოგი	სულ
<b>სამცხე-ჯავახეთი-სამცხეთის რაიონი</b>	<b>147</b>	<b>37</b>	<b>184</b>
სამცხე-ჯავახეთი	71	16	87
ახალციხის რაიონი	13	1	14
მთიანეთის რაიონი	13	6	19
სამცხე-ჯავახეთი	12	4	16
მთიანეთის რაიონი	11	2	13
წალკის რაიონი	17	5	22
სამცხე-ჯავახეთი	7	2	9
მთიანეთის რაიონი	3	1	4
<b>რაჭა-ლეჩხუმი-ძველი ქართლი</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>24</b>
ახალციხის რაიონი	8	1	9
მთიანეთის რაიონი	3	1	4
მთიანეთის რაიონი	4	1	5
სამცხე-ჯავახეთი	5	1	6
<b>შვეთის რაიონი</b>	<b>211</b>	<b>30</b>	<b>241</b>
<b>სულ</b>	<b>2 742</b>	<b>555</b>	<b>3 297</b>

პროფესიული რეაბილიტაციის აკრედიტებული მოდულები

კვირბრუნები		
მოდული N°	მოდულის დასახელება	ხანგრძლივობა
1.	განვითარებისა და ქვეყნის პედიატრია	2 თვე
2.	მონარდის მდინარე	2 თვე
3.	ზოგადპედიატრიული სტაციონარი	5 თვე
4.	ბავშვთა გადაუდებელი დახმარება	2 თვე
5.	ბავშვთა რეანიმაცია და ინტენსიური თერაპია	2 თვე

ნეონატოლოგები		
მოდული N°	მოდულის დასახელება	ხანგრძლივობა
1.	ნაყოფის ანტენატალური დაცვა, პერინატალური მდინარე	2 თვე
2.	ინტრანატალური და ნეონატალური პერიოდების მართვა, სამშობიარო ბლოკის/ახალ მშობილთა განყოფილება	3 თვე
3.	ამბულატორიული ნეონატოლოგია	1 თვე
4.	დროულ ახალშობილთა სტაციონარი	2 თვე
5.	ახალშობილთა კრიტიკული მდინარე	1 თვე
6.	დღენაკლულ და მცირე მასის ახალშობილთა სტაციონარი	3 თვე







**ათვისების ხარისხი სწავლების სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებით**

სწავლების მეთოდი	ათვისების ხარისხი
სხვების სწავლება (პედაგოგია)	95%
პრაქტიკული საქმიანობა	75%
დისკუსია ჯგუფებში	50%
დემონსტრაცია/პრეზენტაცია	30%
აუდიოვიზუალური სწავლება	20%
ლიტერატურის გაცნობა	10%
ლექცია	5%

**შპს: აუდიტორიებიდან ავადმყოფის საწოლისაკენ**

**დასკვნა:**  
**გაბონილი - მ ა ვ ი შ ყ დ ე ბ ა**  
**ნანახი - მ ა მ ა ხ ს ო ვ რ დ ე ბ ა**  
**ნაკეთებს - ვ ი თ ა ვ ი ს ე ბ**  
 შპს-ს ტენდენცია  
**აუდიტორიებიდან ავადმყოფის საწოლისაკენ**

უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა უნდა მოიცავდეს აგრეთვე ამ პროცესის ეფექტურობის დამდგენ მეთოდებს, რაც სამომავლო სტრატეგიის სწორად დაგეგმვის საშუალებასაც იძლევა.


იდეალურ შემთხვევაში უწყვეტი სამედიცინო განათლება 4 დონეზე ფასდება:

- დასწრება და დამსწრე პირთა მიერ კურსის ათვისება
- ექიმის კომპეტენციის ცვლილებები, პროგრამის დასრულებისას
- ექიმის საქმიანობისა და უნარ-ჩვევების ცვლილებები მის სამუშაო გარემოში
- სამედიცინო დახმარების ხარისხის და პაციენტების მკურნალობის შედეგების ცვლილებები.


დასკვნა: სახელმწიფო უნდა ცდილობდეს ჩამოაყალიბოს ჯანმრთელობის დაცვის ეფექტური სისტე-

**ზრდასრულთა სწავლება**

- ახალგაზრდობაში ნასწავლი ფაქტები და უსწავლედები დროთა განმავლობაში გადახედვას მოითხოვს, ზოგ შემთხვევაში კი არასწორი ხდება, ხოლო ათვისებული უნარ-ჩვევები, ხშირად ახალი ტექნოლოგიებით იცვლება;
- ზრდასრულ ადამიანებს, მიუხედავად სპეციალისტების, რომელთაც მიღებული აქვთ განათლება, ცოდნა, პრაქტიკული საქმიანობის გამოცდილება და უკვე ჩამოყალიბებული აქვთ საკუთარი სტერეოტიპი, არცთუ იშვიათად უვლინდებათ “სხვისგან” სწავლების ერთგვარი წინააღმდეგობის, პროტესტის გრძობა;
- ისინი დარწმუნებულები არიან, რომ იციან და ახდენენ ამ ცოდნის დემონსტრაციას თანასწორებთან.
- აქედან გამომდინარე, სწავლებისას ზრდასრული მოიაზრება “როგორც მოსწავლედ და როგორც მასწავლებელიც”



ცოდნა სიმდიდრეა, მერე იმისთანა მადლიანი სიმდიდრეა, რომ, რაც უნდა ბევრს დაურიგო, ბევრს გაუწილად, შენ არა დაგაკლდება-რა, თუ არ მოგემატება



თუ გინდა ისწავლო - ასწავლე

მა, რომელიც პაციენტს უზრუნველყოფს ადეკვატური, ანუ სათანადო ხარისხის სამედიცინო მომსახურებით.

**რეზიუმე**

**პედიატრთა უწყვეტი პროფესიული განვითარება**

*ირაკლი შავლენიშვილი-საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი (საქართველოს პედიატრთა ასოციაცია)*

პედიატრთა უწყვეტი პროფესიული განვითარება ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი საკითხია. შრომაში დაწვრილებითაა გაანალიზებული ექიმთა პროფესიული მზადების კონცეფციის არსი, სამედიცინო განათლების საფეხურები და სხვ.

დასკვნა: სახელმწიფო უნდა ცდილობდეს ჩამოაყალიბოს ჯანმრთელობის დაცვის ეფექტური სისტემა, რომელიც პაციენტს უზრუნველყოფს ადეკვატური, ანუ სათანადო ხარისხის სამედიცინო მომსახურებით.

**SUMMARY**

**CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF PEDIATRICIANS**

*IRAKLIPAVLENISHVILI – vice President of Georgian Pediatric Association*

Continuous professional development of pediatricians is one of the most important subjects. This work discusses detailed concept of doctors professional development, various steps of educational steps and etc.

Conclusion: The state should be trying to form effective healthcare system, which will provide adequate high quality medical service for the patients.

# ჯანსაღი და უსაფრთხო სკოლის თანმიმდევრული განვითარებისთვის

ლ. სირაძე; მ.ბაიდაშვილი; მ. ვარაზაშვილი; ბ.სიმონია; ლ.შენგელია; რ.თათარაძე  
(ალიანსი ჯანსაღი და უსაფრთხო სკოლა, რეაბილიტაციის და ჯანმრთელობის სამეცნიერო-პრაქტიკული ეროვნული ცენტრი, საქართველოს შრომის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, საქართველოს განათლების და მეცნიერების სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი)

აღიარებულია, რომ ჯანმრთელობასა და აკადემიურ წარმატებას შორის არის მჭიდრო ურთიერთკავშირი და რომ ჯანსაღი და უსაფრთხო სკოლა, ეს არის გარემო სადაც თერთმეტი აკადემიური სასწავლო წლის დასრულების შემდეგ

მოზარდს აქვს მიღებული განათლება ჯანმრთელობის შესახებ;საერთაშორისო სტანდარტით მოსწავლე აანალიზებს ოჯახის წევრების, მეგობრების ქცევას, ჯანმრთელობაზე მედიის და ტექნოლოგიების ზეგავლენას; ირჩევს ჯანმრთელობის ხელშემწყობ ინფორმაციას, პროდუქტს და მომსახურებას; იღებს გადაწყვეტილებას დაიშვას ჯანმრთელობა; იგი ისახავს მიზანს და იძლევა იმუნარებს, რომლებიც ეხმარება ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში; შესწევს უნარი თავიდან აიცილოს ან შემციროს ჯანმრთელობისთვის მავნე რისკების; ზრუნავს საკუთარ, ოჯახის და საზოგადოების ჯანმრთელობაზე. (Health Education Standard)

მოზარდიარის ჯანმრთელი ფიზიკურად და ფსიქოლოგიურად, რასაც განაპირობებს სკოლის ფიზიკური, სოციალური პირობები და სამედიცინო მომსახურება.

## რა არის ჯანსაღი და უსაფრთხო სკოლა?

ჯანსაღი და უსაფრთხო სკოლა ეს არის ერთიანობა ძირითადი ელემენტების, რომლებიც მოწოდებულია ჯამოს და ოტავას, ჯაკარტის საერთაშორისო დეკლარაციების მიხედვით, კერძოდ:

- ჯანმრთელი და უსაფრთხო სკოლის პოლიტიკის განმახორციელებელი დოკუმენტები;
- სკოლის ფიზიკური გარემო
- სკოლის სოციალური გარემო.
- სასკოლო ფორმალური და არაფორმალური განათლება.
- საზოგადოებასთან კავშირი
- სამედიცინო მომსახურება

რა ღონისძიებები ტარდება საქართველოს სკოლებში და რა საერთაშორისო გამოცდილება შეგვიძლია გავიზიაროთ ჯანსაღი და უსაფრთხო სკოლის თანმიმდევრული განვითარებისთვის საქართველოში?

განათლების და ჯანდაცვის სამინისტროების სამსახურების, სამედიცინო არასამთავრობო, საზოგადოებრივი და საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ ტარდება და ნაბიჯ-ნაბიჯ მიმდინარეობს ჩვენთვის ცნობილი ღონისძიებები:

2011–20016 წ. ეროვნულ სასწავლო გეგმების საგნობრივ სტანდარტში მნიშვნელოვანი ყურადღება ექ-

ცევა განათლებას ჯანსაღი და უსაფრთხო ცხოვრებისთვის

• მაგ: 1-დან მე-6 კლასის ჩათვლით სწავლების შედეგი, რომელიც უნდა იყოს მისწვლელი თითოეულ კლასში წლის ბოლოს, დაკავშირებულია მოსწავლის მიერ: ა) პირადი ჰიგიენის და ბ) უსაფრთხო ქცევის ელემენტარული წესების დაცვასთან.

• VI მავნეჩვევების (ნიკოტინის, ნარკოტიკის, ალკოჰოლის მოხმარება) გავლენაადამიანის ჯანმრთელობაზე.

• VIII კლასის ბიოლოგიის პროგრამით მოსწავლეს მოეთხოვება თითქმის ყველა ორგანოთა სისტემასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემების, ჰიგიენის; სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ცოდნა

• XI კლასის სტანდარტით გათვალისწინებულია მძიმე ინფექციური დაავადებების (შიდსი, ტუბერკულოზი) და მათი პრევენციის ცოდნა.

• მე-IX კლასის პროგრამის დასრულებისას მოსწავლეს უნდა შეეძლოს იმსჯელოს ჯანსაღი ცხოვრების წესთან დაკავშირებულ პრობლემებზე

• I–XII კლასის ჩათვლით „ფიზიკური განათლება და სპორტი“ სტანდარტის გამჭოლ მიმართულებას წარმოადგენს „ჯანმრთელობა და უსაფრთხოება“,

(მანანა ვარაზაშვილი ბიოლოგიის მეცნიერებათა დოქტორი განათლების და მეცნიერების სამინისტრო 27 იანვარი 2014წ.)

• ეტაპობრივად მიმდინარეობს ფიზიკური გარემოს, შენობა-ნაგებობების, სასკოლო ინვენტარის შესაბამისობა საერთაშორისო სტანდარტებთან, იგეგმება და ხორციელდება სხდასხვა ღონისძიებები, რომლებიც უზრუნველყოფს სკოლის უსაფრთხო ფიზიკურ გარემოს, სკოლის შენობების შიგნით და გარეთ. მაგ:

• იატაკის ზედაპირებზე არ იყოს მოცურების საშიშროება, კიბეებზე ქონდეს მყარი მოაჯირები.

• შხამი და ქიმიურად საშიში ნივთიერებები ინახება დალუქულ კაბინეტებში და მათზე კეთდება შესაბამისი ეტიკეტები

• პირველი დახმარების ტექნიკა და ცნობები უსაფრთხოების პროცედურების შესახებ ხელმისაწვდომია

• სკოლის ყველა ტერიტორიას აქვს საკმარისი განათება, ხოლო დაჩრდილული ადგილები კი კონტროლდება.

• დაინსტალირებულია და ფუნქციონირებს სახანძრონივთები სისტემა

• ფეხით მოსიარულეებს სთავაზობს სპეციალურ გადასასვლელებს.



• შოლის ავტობუსები მუდმივად ფუნქციონირებენ რეგიონებში

• სივრცე და შესაძლებლობები ფიზიკური აქტიულობისათვის მათ შორის სათამაშო მოედნები და სპორტული მოედნები აკმაყოფილებს უსაფრთხოების რეკომენდირებულ სტანდარტებს

• სასიამოვნო სასწავლებლის ტერიტორია და შენობები

• სოციალურ-ემოციური გარემოს გასაუმჯობესებლად ტარდება ძალადობის, ჩაგვრის არაფორმალური საგანმანათლებლო ღონისძიებები. ასევე იმართება სხვადასხვანაირი არასამთავრობო და საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ ინტერვენციები, მიმართული სკოლის სოციალური ურთიერთობების გასაუმჯობესებლად. მოსწავლეებს შორის, მოსწავლეს და მასწავლებელს შორის. მასწავლებელს და მშობელს შორის, სკოლის მომსახურე პერსონალს შორის

• დამუშავდა და მომზადდა ადაპტაციისთვის ჯანმრთელი და უსაფრთხო სკოლის პოლიტიკის განმარტოვებული საერთაშორისო (WHO, Scotland, England, DCD) დოკუმენტები. აღიანსი „ჯანსაღი და უსაფრთხო სკოლის“ წევრი და კოლაბორაციული 20 ორგანიზაციის მათ შორის გაეროს ბავშვთა ფონდის, ევროკავშირის დაავადებათა კონტროლის და სამინისტროებსა დასაჯარო სკოლებთან ერთად შეიქმნა დოკუმენტი:

1. ჯანსაღი და უსაფრთხო სკოლის სტრატეგიული ელემენტები - მთავრობისთვის (სადაც შესწავლილია და გაანალიზებულია საქართველოს სამეცნიერო და სტატისტიკური მონაცემები, ათეულობით საერთაშორისო სტრატეგია, სტანდარტი, მოდული, ჩარჩო ხელშეკრულებები, დეკლარაციები, გზამკვლეუები)

2. მოდული სკოლისთვის

ასევე გადაითარგმნა და მომზადდა ადაპტაციისთვის შემდეგი დოკუმენტები:

3. მოზარდის ზრდა-განვითარება

(8-14წწ) ასაკში. სკოლების სათრეინინგო პაკეტი

4. გზამკვლევი ჯანმრთელობის ხელშემწყობი სკოლებისთვის.

5. ჯანსაღი კვება ახალგაზრდებისათვის მთელს ევროპაში.

6. უელსის ჯანსაღი სკოლის ქსელის სქემა (ინგლისი)

7. ჯანსაღი სკოლის ინდექსი (ინგლისი)

8. ჯანმრთელობის ხელშემწყობი მეორადი საფეხურის სკოლებში.

9. საკვების და ნუტრიციების პოლისი სკოლებისთვის.

10. ჯანმრთელობის ხელშემწყობი სკოლის განხორციელების გზა.

11. ჯანმრთელი სკოლების პროფილი.

12. ჯანმრთელი სკოლების ქსელი და რესურსები ედინბურგსა და ლათიანში

13. ჯანსაღად ყოფნა შოტლანდიაში ჯანმრთელობის ხელშემწყობი სკოლების ფარგლებში

როგორც ავღნიშნეთ ჯანმრთელი და უსაფრთხო სკოლა ეს არის არამარტო განათლება ჯანმრთელობის შესახებ, დოკუმენტები, მოდულები, გზამკვლეუები, სკოლის ფიზიკური გარემო: შენობა ნაგებობები და ინვენტარი, არამედ ასევესამედიცინო სამსახური სკოლაში, რომელსაც ანხორციელებს სამე-

დიცინო ჯგუფი, ექიმის და/ან ექთანის ხელმძღვანელობით.

**სამედიცინო მომსახურების მოვალეობები:**

მოსწავლეების მუდმივი დაკვირვება // მონიტორინგი „ჯანმრთელი მოსწავლეების“ ასაკობრივ რისკებზე, მათი გამოვლენის და დროული პრევენციის მიზნით: იზომება: სხეულის სიმაღლე და წონა, სხეულის მასის ინდექსი, დისლიპიდემია, არტერიული წნევა, მიმდინარეობს მხედველობა, სმენა, პირის ღრუს სკრინინგი, მონიტორინგი ფიზიკური კვლევაზე: იმუნიზაცია, ჰემატოკრიტი, ჰემოგლობინი, ტყვიის სკრინინგი, ტუბერკულოზის სინჯი, სქესობრივ გზით გადადები დაავადებების სკრინინგი, ქცევის ფსიქოლოგიური დაკვირვება რათა დროულად მოხდეს მათი გამოვლენა და პრევენციული ღონისძიებების გატარებისთვის.

განსაკუთრებულ საჭიროების და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე მოსწავლეების ჯანმრთელობის მდგომარეობის მეთვალყურეობა დიაბეტით, ნერვულ-ფსიქიური დაზიანების მქონე, და ა/შ.

**სამედიცინო აღრიცხვის წარმოება**

• ასაკის შესაბამისი სპორტული დატვირთვის მეთვალყურეობა.

• აწარმოებს სკოლის ფიზიკური გარემოს მონიტორინგს (სპორტული დარბაზი, კვების ბლოკი, სანიტარულ-ჰიგიენური კვანძების, სკოლის ფიზიკური გარემო: შენობა: სათამაშო ადგილები, სასკოლო ინვენტარი, სკოლის შემოგარე ტერიტორია. შენობის სანიტარია და წყლით უზრუნველყოფა, სუფთა ჰაერი.

• უწყვეს მეთვალყურეობას საკვების სტანდარტის სასკოლო კვებისთვის და, კვების პროგრამების განხორციელებას, კვების მომსახურების გარემოს, კვების დახლ-ბარებით მომსახურეობას სკოლაში. საკვები და არალკოჰოლური საშუალებით ვაჭრობას. საკვების სკოლის მიმდებარე ტერიტორიებზე.

**ჩვენი მიზანია არგუმენტებზე დაყრდნობით დავა-საბუთოდსასკოლო სამედიცინო სამსახურის პასუხისმგებლობა საქართველოს სკოლებშიდაგამოვსატოთ ჩვენი, როგორც პედიატრების, მზადყოფნა მის განხორციელებაში.**

დღევანდელი მდგომარეობით საქართველოს განათლების მართვის საინფორმაციო სამსახურის და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2013. www.geostat.ge ISBN 978-9941-0-6103-5 მიერ მოწოდებული ინფორმაციის

• **რალდენობრივი მაჩვენებლების ანალიზით:**

• პირველი – განათლების მართვის საინფორმაციო სამსახურის მონაცემების მიხედვით 2014 წლის 10 მარტისთვის საქართველოში ფიქსირდება 551 446 მოსწავლე. სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით საქართველოს მოსახლეობა არის 4 483,9 ადამიანი. ე.ი. საქართველოს მოსახლეობის 12,3 % შეადგენს სასკოლო ასაკის ბავშვი და მოზარდი.

• მეორე – დაავადებათა კონტროლის და სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით ბოლო 12 წლის პერიოდში 1990 წლიდან 2012 წ. მკვეთრად შემცირდა ბავშვთა მოსახლეობა, განსაკუთრებით 4 დან 19წლის ასაკის. თითქმის 1/3 ით.

• მესამე – ბავშვის სასკოლო პერიოდი მოიცავს 7 დან 18 წლამდე პერიოდს უმცროს სასკოლო ასაკს, მოზარდობის ადრეული, შუა და გვიან პერიოდს. (პრეპუბერტატულ პერიოდს 10წ-დან – 12წ. პუბერტატულ პერიოდს 12წ-დან 17/18 წლამდე) იხ სქემა. 1.11 წლიანი სასკოლო პერიოდის ყოველი დღის 1/3 ბავშვი ატარებს სკოლაში.

• მეოთხე – ადამიანის სიცოცხლის სკოლის პერიოდში საბოლოოდ ფორმირდება ძირითადი სისტემები და ამავდროულად დროსარის სქესობრივი მომწიფების კრიტიკული ხანა.

#### • მოსწავლეების ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები.

დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ გამოქვეყნებული ანგარიშების და ბიულეტენების მონაცემებით თვალშისაცემია სასკოლო ასაკის ბავშვთა ავადობის მონაცემები.

• 2013 წლის საანგარიშო პერიოდში წინა წელთან შედარებით, დიარეის შემთხვევათა მატემა დაფიქსირდა თითქმის ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. სულ რეგისტრირებული შემთხვევებიდან 19289 შემთხვევა (74%) დაფიქსირდა 0-14 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, აქედან 42% არის 4-14 წლის ასაკობრივ ჯგუფში

• ჰიპერტენზიის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები ბავშვთა და განსაკუთრებით მოზარდთა პოპულაციის საპედაგოგიკური რისკის მნიშვნელობით განპირობებულია ამ ასაკში ქვეითი მოდელის და აქედან გამომდინარე ქვეითი რისკების ფორმირების ფაქტორით. იმის მიხედვით, თუ როგორ იმართება არტერიული ჰიპერტენზია ამ ასაკობრივ ჯგუფებში, განისაზღვრება გახდება თუ არა მოზარდი ჰიპერტენზიის მქონე მოზარდი.

ამ სუბპოპულაციაში ჰიპერტენზიული ავადმყოფობების პრევალენტობა და ინციდენტობა და მისი დინამიკა ქვეყანაში არის გადაუდებელი ინტერვენციის ერთ-ერთი ძირითადი ფოკუსი.

საყურადღებოა არტერიული ჰიპერტენზიის მზარდი დინამიკა ბავშვებსა და მოზარდებში, ეს მაჩვენებელი უკანასკნელ წლებში 2,5-ჯერ გაიზარდა. ასევე მნიშვნელოვანია ბავშვებში გულის რემატოიდული დაავადებების მაჩვენებლების ზრდა. (დიაგრამა 1). ჰიპერტენზიული დაავადებების 2012 წელს. ინციდენტობა ბავშვთა ასაკში არის 3,3. პრევალენტობა 8,7 წინა წლებთან შედარებით მკვეთრად იმატებს პრევალენტობამ 2005 წლამდე 4.4-ის ტოლი.

• მოიმატა სასუნთქი სისტემის დაავადებების მაჩვენებელმა ბავშვთა ასაკში, განსაკუთრებით თბილისის ბავშვთა მოსახლეობაში (იხ. გრაფიკი) ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული ავადმყოფობების სტრუქტურაში ქრონიკულ და დაუზუსტებელ ბრონქიტზე მოდიოდა და ბავშვებში 99,4%-ს გაუტოლდა (პრევალენტობა – 443,9, ინციდენტობა – 293,8); წინა წლებთან შედარებით ეს მონაცემები მნიშვნელოვნად მომატებულია

• საქართველოს უმეტეს რეგიონში ნერვული სისტემის დაავადებების ინციდენტობის მაჩვენებელი ბავშვებში ბევრად აღემატება ავადობის მაჩვენებელს საქართველოს პოპულაციაში; მაგ.: თბილისში 1,5-ჯერ, კახეთი 1,4-ჯერ, იმერეთი 1,5-ჯერ, ქვემო ქართლში 1,3-ჯერ, გურიაში 1,7-ჯერ.

• 2011 წლის ბოლოს საქართველოს ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში რეგისტრირებულ იქნა ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების 69728 შემთხვევა, პრევალენტობის მაჩვენებელი 100 ათას მოსახლეზე – 1555,2, მათ შორის ბავშვებში 1207 შემთხვევა. ბავშვებში ფსიქიკური დაავადებების გავრცელების მხრივ, პირველ ადგილზეა გონებრივი ჩამორჩენილობა, რომელზეც 70% მოდის, ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დაწესებული ქცევითი და ემოციური აშლილობები – 7,5%.

• თითქმის 2-ჯერ გაიზარდა 2000-2011 წლებში შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებების დინამიკა, როგორც პრევალენტობის, ასევე ინციდენტობის მაჩვენებლები, (იხ გრაფიკი) მაღალია საკეისრო კვეთების რაოდენობა. ჯამის 1985 წლამდე მონაცემებით არც ერთ რეგიონსა თუ ქვეყანაში მშობიარობათა საერთო რიცხვის 10-15%-ს არ უნდა აღემატებოდეს.

• მაღალია ენდოკრინული დაავადებების მაჩვენებლები.

წარმოდგენილი ავადობის მაჩვენებლების და მოსწავლეთა რაოდენობის მონაცემების ანალიზით ლოგიკურად მივიღებთ შედეგს: 10 წლის შემდეგ დღევანდელი „სკოლის თაობა“ - ქვეყნის განვითარების გადამწყვეტი იქნება რაოდენობრივად მცირე და ქრონიკულად მთავად.

აღნიშნულის საპირისპიროს საჯარო სკოლის დაახლოებით მხოლოდ 2 %-შია სამედიცინო კაბინეტი.

სამედიცინო პერსონალს არ აქვს სკოლის მედ. პერსონალისთვის აუცილებელი სპეციფიური სამედიცინო განათლება,

სკოლის სამედიცინო პერსონალს არ აქვს სკოლის სამედიცინო მომსახურების. გზამკვლევი// მეთოდური სახელმძღვანელო

დამატებით აღნიშნულისა საქართველოს, როგორც განვითარებადი ქვეყნის ბავშვები დამოზარდების სარიან დაუცველი (საერთაშორისო კვლევით) დაავადების გამოწვევი რისკ ფაქტორების წინაშე: კვების დეფიციტი, მშობლების დეპრესია, ნარკოტიკზე ან ალკოჰოლზე მშობლის დამოკიდებულება, ოჯახის სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობა, ბავშვის კვება, კლიმატი, ბავშვის მდგომარეობა ოჯახში, შვილების რაოდენობა, ოჯახის სტრუქტურა მარტოხელა მშობელი, ბავშვის გონებრივი მონაცემები, ყველა ეს რისკები უარყოფით გავლენას ახდენენ მათ ზრდა-განვითარებაზე.

ჩვენი რეკომენდაციად ავადმყოფობების მაჩვენებლებს ბავშვთა ავადობის სტატისტიკური მონაცემების ანალიზზე, სკოლაში დაავადების პრევენციის, სკრინინგის სისტემური მექანიზმების არ არსებობაზე, ჯანმრთელობის შესახებ განათლების საერთაშორისო სტანდარტზე, ჯანმრთელი და უსაფრთხო სკოლის საერთაშორისო რეკომენდაციებზე; რომ სკოლის დამთავრების შემდეგ მოზარდს უნდა შეეძლოს საკუთარი თავის, ოჯახის და საზოგადოების ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა.

შესაბამისად, საქართველოს სასკოლო ასაკის ბავშვთა სტატისტიკური მაჩვენებლები დანაშაულოვანად დაბალია, რეკომენდირებულია: სკოლის სამედიცინო



ნო სამსახურის რეაბილიტაცია და მოდერნიზაცია, 551 446 მოსწავლის ჯანმრთელობის და უსაფრთხოების დაცვის სკოლაში.

**ლიტერატურა:**

Annual report of the Ministry of Labour, Health and Social Affairs OF Georgia. 2013

• დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი 2013, მარტი №3, ტომი 17 თ. ჩანავა, მ. გელეიშვილი, ე. მახვი, ტ. რაში

• 2013, ივლისი №7, ტომი 17 დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი ნაწლავთა ინფექციები საქართველოში 2010-2013 წ.წ.

• დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი 2013, სექტემბერი №9, ტომი 17

• სტატისტიკის ეროვნული სამსახური ქალი და კაცი 2013წ

• განათლების მართვის საინფორმაციო სისტემის წერილი 2014 10 მარტი

• „ჯანსაღი და უსაფრთხო სკოლა“ მანანა ვარაზაშვილი სასწავლო გეგმების ეროვნული ცენტრი, პრეზენტაცია 2014 27 იანვარი

• Models of Health Promoting Schools in Europe-European Network of Health Promoting Schools. Technical Secretariat WHO Regional Office for Europe 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

**რეზიუმე**

**ჯანსაღი და უსაფრთხო სკოლის თანმიმდევრული განვითარებისთვის**

**ლ. სირაძე; მ. ბაიდაური; მ. ვარაზაშვილი; ბ. სიმონია; ლ. შენგელია; რ. თათარაძე**  
(ალიანსი ჯანსაღი და უსაფრთხო სკოლა, რეაბილიტაციის და ჯანმრთელობის)

სამეცნიერო-პრაქტიკული ეროვნული ცენტრი, საქართველოს შრომის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, საქართველოს განათლების და მეცნიერების სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი)

აღიარებულია, რომ ჯანმრთელობასა და აკადემიურ წარმატებას შორის არის მჭიდრო ურთიერთკავშირი და რომ ჯანსაღი და უსაფრთხო სკოლა, ეს არის გარემო სადაც თერთმეტი აკადემიური სასწავლო წლის დასრულების შემდეგ

• მოზარდს აქვს მიღებული განათლება ჯანმრთელობის შესახებ; საერთაშორისო სტანდარტით მოსწავლე აანალიზებს ოჯახის წევრების, მეგობრების ქცევას, ჯანმრთელობაზე მედიის და ტექნოლოგიების ზეგავლენას; ირჩევს ჯანმრთელობის ხელშემწყობ ინფორმაციას, პროდუქტს და მომსახურებას; იღებს გადაწყვეტილებას დაიუმჯობესებს ჯანმრთელობას; იცნობს მისი მიზანს და იძლიერებს იმუნარებს, რომლებიც ესმარება ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობებაში; შესწავს უნარი თავიდან აიცილოს ან შემციროს ჯანმრთელობისთვის მავნე რისკები; ზრუნავს საკუთარ, ოჯახის და საზოგადოების ჯანმრთელობაზე. (Health Education Standard)

• მოზარდი არის ჯანმრთელი ფიზიკურად და ფსიქოლოგიურად, რასაც განაპირობებს სკოლის ფიზიკური, სოციალური პირობები და სამედიცინო მომსახურება.

მიღებული მონაცემების ანალიზის შედეგად საქართველოს სასკოლო ასაკის ბავშვთა სტატისტიკური მაჩვენებლებიდან გამომდინარედა საერთაშორისო წარმატებული გამოცდილების ანალიზით, რეკომენდირებულია: სკოლის სამედიცინო სამსახურის რეაბილიტაცია და მოდერნიზაცია, 551 446 მოსწავლის ჯანმრთელობის და უსაფრთხოების დაცვის სკოლაში.

**SUMMARY**

**HEALTHY AND SAFE SCHOOL'S SUSTAINABLE DEVELOPMENT**

**L.SIRADZE MD, PhD; M.BAIDAURI MD. PhD; M.VARAZASHVILI PhD; G.SIMONIA MD, PhD. L. SHENGELIA MPH, R. TATARADZE MD, PhD**

Alliance H&S school, National Rehabilitation and health Practical Science Center, Ministry of Labor, Health and Social Affairs. Ministry of Education and Science. National Center of Diseases Control and Public Health.

According to the health education standard, school pupil has to be learned healthy and safe live style skills during 11 years study in the schools. Healthy and safe schools main elements are political documents, physical and social environment, formal and informal education, commune connection and health serves. Georgian health & Safe promotion school has been moving forward , but, here is a gap in school's, Only in 2% of schools has a health service. Duty of health team are the monitor of children's health development, health risk management, integration of special needed children in school; The controlling of healthy eating in school, observation of adequate sport exercise to children ages. National statistical date of children disease (NCDC \_ge) indicate the rapidly rise a numbers cardio-vascular, mental-neurological, oncological, bronco pulmonological disease. After analyze data Pediatrics and researchers of Alliance Health and safe school have conclude:

Have to start the rehabilitation of the health services for healthy and safe live of 551 446 pupils in Georgian schools

### კვების სწორი პოლიტიკა

და მართლაც, შ.პ.ს. „პურის“ პური – „აპიპური“ ძალიან „მაგარია“

შ.პ.ს. „პურის“ „აპიპური“ ძალიან „მაგარია“ – პროფესორები: ბატონები – ალექსო ლაბარტაშაძე, ბიორბი ჩახუნაშვილი, ელგუჯა ყიფიანი, ანთონილი კვიციანი-კოპაძე

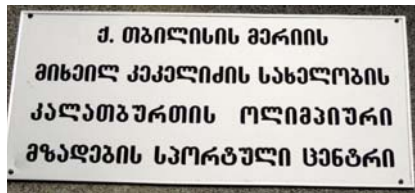


## „აპიპური“ - ამინომჟავებით, ვიტამინებითა და მინერალებით გაძლიერებული „პურია“

ბ. ჩახუნაშვილი, შ. იუსუპოვი, ი. კალანდია, ნ. ჯობაძე, ნ. ბაგრაშვილი, ნ. თოფურბიძე, ბჩახუნაშვილი ზ. შატარაშვილი (სოციალური პედაგოგის დაცვის ფონდი, შ.პ. ს. „პური“ (თბილისი))

ახალი ტექნოლოგიით დამზადებული პური საქართველოში შეამცირებს მასიურად გავრცელებულ ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებებს. მოსახლეობის ფართო ფენების კვების რაციონში საკმაოდ გავრცელებული მიკრონუტრიენტების დეფიციტი რომელიც მრავალი დაავადების საწინდარია. ცილოვან-ენერგეტიკული ტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებებს. მოსახლეობის ფართო ფენების კვების რაციონში საკმაოდ გავრცელებული მიკრონუტრიენტების დეფიციტი რომელიც მრავალი დაავადების საწინდარია. ცილოვან-ენერგეტიკული

ტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებებს. მოსახლეობის ფართო ფენების კვების რაციონში საკმაოდ გავრცელებული მიკრონუტრიენტების დეფიციტი რომელიც მრავალი დაავადების საწინდარია. ცილოვან-ენერგეტიკული



დეფიციტი (ზრდაში ჩამორჩენა) ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მასიური გაუმჯობესებას მოგვცემს მიკროელემენტების, ვიტამინების და ამინომჟავების დეფიციტის მხრივ. ეფექტური 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 საკმაოდ გავრცელებული მიკრონუტრიენტების დეფიციტი რომელიც მრავალი დაავადების საწინდარია. ცილოვან-ენერგეტიკული

ჩამორჩენის ნებისმიერი მაჩვენებელი საგანგაშოა და შესაბამისი რეაქციებისა და კვებისა და ჯანმრთელობის პროგრამის განხორციელების საფუძველს წარმოადგენს. ახალი ტექნოლოგიით დამზადებული პური „აპიპური“, რომელიც გამდიდრებულია ბიოლოგიურად აქტიური დანამატით (ფუტკრის ნატურალური პროდუქტების ნაზავი), გამოირჩევა სასიამოვნო, სპეციფიკური სურნელით და გემოთი, რაც პროდუქტს უფრო მიმზიდველ ხდის. ვინაიდან მოსახლეობა დარწმუნებულია ფუტკრის პროდუქტების სასარგებლო თვისებებში, პროდუქტი უფრო მეტ ნდობას მოიპოვებს მომხმარებელში ვიდრე სხვა უფრო ძვირად ღირებული კვების პროდუქტები (რძის ნაწარმი, ხორცი, თევზი და სხვა) ან კიდევ პრეპარატი (Multi-tabs B-complex და სხვა) და კვებითი დანამატები, რომლებიც შეიცავს სინთეზური გზით მიღებულ ამინომჟავებს, ვიტამინებს და მინერალებს. პური „აპიპური“ რომელიც გამდიდრებულია ბუნებრივი ბიოლოგიურად აქტიური პროდუქტით წარმოადგენს სიახლეს როგორც ადგილობრივ ისე საერთაშორისო ბაზარზე. არ არსებობს ისეთი პურ-ფუნთუშეულის პროდუქტი რომელიც შეიცავს ამ რაოდენობის ერთდროულად ამინომჟავებს, ვიტამინებს და მინერალებს. საქართველოში პურ-ფუნთუშეულის მრავალი სახეობა იწარმოება. მწარმოებლები, რომლებიც უშვებენ ვიტამინებით და მინერალებით გამდიდრებულ პურს.





მათი პროდუქცია გამდიდრებულია ძირითადად რკინით და B-ჯგუფის ვიტამინებით. ასეთ საწარმოთა რაოდენობა მცირეა და ვერ აკმაყოფ

დებულია ახალი ტექნოლოგიით, საქართველოში შეამცირებს მასიურად გავრცელებულ ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტე-

ლიტ.:

1. 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

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. ედიციის მეცნიერება და აუცილებელი გზა XXI საუკუნეში მისი განვითარებისაკენ „ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“ სოციალური, ეკოლოგიური-დაკლინიკური 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 polymorphism of 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// 6. www.kveba.ge/ 7. http://www.google.ge/

დასახელება	პური „აპიპური“	„ბეზვი“ ცეხვილი პური	პური „ბოროდინული“	„ქვის პური“	პური რძის შრატით
მწარმოებელი	შ.პ.ს. „იფელი“	შ.პ.ს. „ბეზვი“	შ.პ.ს. „ლიტვური საცხობი“	„შ.პ.ს. „კოლხი“	
B-ჯგ ვიტამინები: B1, B2	+	+	+	+	+
B-ჯგ ვიტამინები: 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,	+				
აღბუმინი	+				+
ამინომჟავების 22სახეობა (ვალინი, ლიზინი, ლეიცინი, გლუტამინი, ცისტინი და სხვა)	+				
ფოსფორტერინები, რუტინი	+				
ნაჯერი უჯერი ცხიმოვანი მჟავები	+				
საბაზრო ღირებულება	1 ლარი	1,10 ლარი	1,1,ლარი	0,90ლარი	1,20 ლარი

ფილებს ბაზრის მითხოვნილებას. ჩვენს მიერ წარმოებული პური-„აპი პური“ 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 და სხვა), ვიტამინები

(A, B1, B2, B6, Bc ac. folici, C, D, PP, E, ფოსფორტერინები, რუტინი (სისხლძარღვის კედლის გამამაგრებელი ფლაეინოიდი) ნაჯერი და უჯერი ცხიმოვანი მჟავები, მინერალები (Ca, Mg, Pp, Fe, Zn, I, Ka, Na, Cu).

ყოველდღიური და ყველასათვის ხელმისაწვდომი იაფი საკვები პროდუქტი „აპი პური“. რომელც დამზა-

ბის დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებებს.

**ამგვარად, და მართლაც შ.პ.ს. „პურის“ პური – „აპი პური“ ძალიან „მაგარია“**



რეზიუმე

„აპიპური“ – ამინომჟავებით, ვიტამინებითა და მინერალებით გამდიდრებული „პური“

ბ. ჩახუნაშვილი, შ. იუსუფოვი, ი. კალანდია, ნ. ჯობავა, ნ. ბადრიასვილი, ნ. თოფურიძე, ბჩახუნაშვილი ზ. შაკარაშვილი (სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი, შ. კ. ს. „პური“ (თბილისი))

საქართველოში პურის მოხმარება საკმარისზე უფრო მაღალია. 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, გამდიდრებულია ჯანმთელობისათვის აუცილებელი ამინომჟავებით, ვიტამინებითა და მინერალებით უნიკალური და მაღალმოთხოვნადია.

ყოველდღიური და ყველასათვის ხელმისაწვდომი იაფი საკვები პროდუქტი „აპიპური“. რომელც დამზადებულია ახალი ტექნოლოგიით, საქართველოში შეამცირებს მასიურად გავრცელებულ ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებებს.

SUMMARY

APIPURI – BREAD ENRICHED WITH AMINO ACIDS, VITAMINS AND MINERALS

K. CHAKHUNASHVILI, SH. YUSUFOV, N. JOBAVA, N. BADRIASHVILI, N. TOPURIDZE, G. CHAKHUNASHVILI, Z. SHAKARASHVILI (SPPF, LLC “Puri”)

Bread is has the biggest consumer base in Georgia. According to the studies only 24.9% of the bread samples were fortified enough to correspond to daily standard and decrease the chance of micronutrient deficiencies. Apipuri, however, is made by totally new technology which enriches bread with amino acids, vitamins and minerals.

Cheap and daily product, affordable for everyone “Apipuri” – will decrease the chance of disease developed because of micronutrient deficiencies.

სამკურნალო დიაგნოზის შესახებ (იმიოხილვა)

ბ. ჩახუნაშვილი (სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი)

ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გასაუმჯობესებლად, აუცილებელია დაცული იქნეს „სამკურნალო დიეტები“.

უმნიშვნელოვანესია რაციონალური კვება, სამკურნალო დიეტები და მეთოდური მითითებები მათი გამოყენების სფერო და ზოგადი მოთხოვნების ცოდნა დიეტებისადმი.

აღნიშნული შრომა დახმარებას გაუწევს სამედიცინო პერსონალს (ექ. დიეტოლოგები, დიეტები და სხვ.) მთელ რიგ დაავადებათა კომპლექსური მკურნალობის დროს ეფექტურად გამოიყენონ სამკურნალო კვება. გამიზნულია სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში დიეტოთერაპიის ჩასანერგად.

გამოყენებული დიეტური რაციონის აბსოლუტური უმრავლესობა, განსაკუთრებით ხანგრძლივი დროით დაღნიშნული დიეტები, საკვები ნივთიერებების ხარისხობრივი და რაოდენობრივი პროპორციებით უახლოვდება ჯანმრთელი ადამიანის ფიზიოლოგიურ მოთხოვნებს.

თითოეული დიეტის აგების პრინციპი, ერთი მხრივ, განისაზღვრება ორგანიზმის ფიზიოლოგიური მოთხოვნებით საკვებ ნივთიერებებსა და ენერჯისზე, მეორე მხრივ კი – აღნიშნული დაავადებისათ-

ვის დამახასიათებელი ფუნქციონალური დარღვევების ხარისხითა და მეტაბოლიზმის პროცესების დარღვევის დონით. უმნიშვნელოვანესია:

1. საკვები ნივთიერებების თანაფარდობა ოპტიმალურია, თუ რაციონის კალორიულობის 12% კომპენსირებულია ცილებით, 30% – ცხიმებით და 58% – ნახშირწყლებით. დღიური რაციონის საშუალო ენერგეტიკული ღირებულება 2800 კკალ-ს უნდა შეადგენდეს.

2. სამკურნალო კვების დანიშნისას გასათვალისწინებელია ზოგიერთი ფაქტორი, კერძოდ: პროდუქტის შერჩევა, მისი ქიმიური შემადგენლობის თავისებურება, ცალკეული პროდუქტებისა და საკვები ნივთიერებების რაოდენობრივი პროპორციები, კვლინარეული დამუშავების ხერხები, მარილისა და საგემოვნო ნივთიერებების მოხმარება, მექანიკური დამუშავების ხარისხი, საკვების მიღების რითმი, რაციონის ენერგეტიკული ღირებულება. ავადმყოფი ადამიანის კვება ამ მოთხოვნების გათვალისწინების გარეშე უარყოფითად მოქმედებს ნივთიერებათა ცვლაზე, ორგანიზმის ძირითად მარეგულირებელ სისტემებზე, აქვეითებს კომპლექსურ მკურნალობაში სხვა სამკურნალო ფაქტორების დადებით გავლენას. ამიტომაც, რომ დიეტოთერაპიის ჩატარებისას აუცილებელია მივადწიოთ სამკურნალო კომპლექსის ყველა კომპონენტის სინერგიულ მოქმედებას.



3. კვების რაციონის შედგენისას, განსაკუთრებით ქრონიკული ავადმყოფებისათვის, როდესაც საჭიროა დიეტური რეჟიმის ხანგრძლივად დაცვა, უზრუნველყოფილ უნდა იქნეს ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლების, ვიტამინების, მიკროელემენტების, მინერალური მარილების და წყლის მიღება.

4. რაციონის კალორიულობის განსაზღვრისას ასაკის, სქესის, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის, ავადმყოფობის პათოგენეტიკური თავისებურებების გარდა, გათვალისწინებულ უნდა იქნეს პაციენტისათვის დანიშნული საერთო რეჟიმიც. ამიტომაც სამკურნალო დაწესებულებაში საკვების კალორიულობა არ შეიძლება საერთო იყოს ყველა ავადმყოფისათვის.

5. კვების რაციონში საკმარისი რაოდენობით უნდა იყოს ცილები და ვიტამინები. ამ ნუტრიენტების დეფიციტი განსაკუთრებით უარყოფითად ვლინდება რეპარატიულ პროცესებზე. ცილის ნორმის ქვედა ზღვარია – 1 გ ავადმყოფის სხეულის მასის 1 კგ წონაზე. ეს გარემოება გათვალისწინებული უნდა იყოს უხორცო, რძე-მცენარეული და უმი მცენარეული საკვებისაგან შემდგარი დიეტების დანიშნისას. უნდა გვახსოვდეს, რომ მთლიანი ცილის რაოდენობის 50%-ს ცხოველური ცილა უნდა შეადგენდეს. ბუნებრივია, ამ წესს თავისი გამონაკლისიც აქვს. მაგალითად, ქრონიკული ნეფრიტის დროს, თირკმლის გამოსატოვებელი ქრონიკული უკმარისობით, დიეტაში ხანგრძლივი დროით იზღუდება ცილა 40 გ-მდე დღეში.

6. ავადმყოფის კვებაში აუცილებელია უჯრედისით მდიდარი კვების პროდუქტების (უმეტესად ბოსტნეულის) ჩართვა.

7. ავადმყოფის ორგანიზმის მინერალური ნივთიერებებით, ვიტამინებით, მიკროელემენტებით უზრუნველსაყოფად დიეტურ რაციონში უნდა ჩაირთოს ახალი ხილი, კენკროვანი, ბოსტნეული, მწვანილი და სხვა პროდუქტები. თუ ვერ ხერხდება ვიტამინების დეფიციტის კომპენსირება ნატურალური პროდუქტებით, აუცილებელია დაინიშნოს ვიტამინები პრეპარატების ან ბიოლოგიურად აქტიური დანამატების სახით.

8. დიეტის დანიშნისას აუცილებელია პროდუქტების მკაცრი აღრიცხვა და შერჩევა ქიმიური შემადგენლობისა და ბიოლოგიური ღირებულების მიხედვით, რადგან ბოსტნეულიც კი, რომელიც ერთ სახეობას განეკუთვნება, მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთმანეთისაგან თავისი მინერალური მარილების შემადგენლობით. ასე, მაგალითად, კომბოსტოს ხშირად რთავენ პიპონატრიუმიან დიეტაში, ამ დროს კი წითელ თავხვეულ კომბოსტოში დიდი რაოდენობითაა ნატრიუმის ქლორიდი, თეთრ კომბოსტოში საშუალო რაოდენობაა, სავოს კომბოსტოში კი თითქმის არ არის. კულინარული დამუშავების ხერხებიც ასევე მნიშვნელოვნად მოქმედებს დიეტური კვების კერძების ქიმიურ შემადგენლობაზე. ამიტომაც დიეტის დანიშნის დროს ექიმმა უნდა იცოდეს საკვები პროდუქტების ქიმიური შემადგენლობა და სხვადასხვაგვარი კულინარული დამუშავების დროს მიმდინარე ცვლილებები.

9. ზოგიერთი დაავადების (დამწვრობა, ნეფროზული სინდრომი და სხვ.) დროს ხდება ცილის, ასევე ვიტამინებისა და მინერალური ნივთიერებების მნიშვნელოვანი რაოდენობით დაკარგვა. რიგ შემთხვევაში აღინიშნება ნუტრიენტების შეწოვის დარღვევა (მაღალსორბციის სინდრომი, ენტერიტი და სხვ.). ასეთ სიტუაციებში აუცილებელია კვების ნაკლები კომპონენტების გაზრდილი რაოდენობით მოხმარება. დამწვრობის მიმდებარე ფორმები, ინფექციური დაავადებები რეკონ-

ვალესცენციის ფაზაში მნიშვნელოვანი ენერგოხარჯებით ხასიათდებიან, ამიტომაც აუცილებელი, რაციონის კალორიულობის გაზრდა, რაც უნდა მოხდეს რაციონში შემავალი თითოეული კომპონენტის პროპორციული ზრდის საფუძველზე.

10. მწვავე ან ქრონიკული დაავადებების გამწვაების პერიოდში, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისას, სისხლის მიმოქცევის გამოსატოვებელი უკმარისობით, საჭიროა რაციონის ენერგეტიკული ღირებულების შემცირება მხოლოდ ნუტრიენტების სწორი თანაფარდობის დაცვით. ზოგიერთი დაავადების დროს კი (ალიმენტარული სიმსუქნე) აუცილებელია კალორიულობის შემცირება, რაც ხორციელდება ნახშირწყლებისა და ცხიმის ხარჯზე. ცილის ფიზიოლოგიური ნორმა კი დაცული უნდა იყოს. მხოლოდ თირკმლის გამოსატოვებელი უკმარისობისას, თერმინალური ურემიის დროს, სისხლის მიმოქცევისა და დეჰიდრის უკმარისობისას (მიმდებარე სტადია), აუცილებელია დიეტურ რაციონში ცილის მნიშვნელოვნად შემცირება. ამ დროს განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა რაციონში ცილის ამინომჟავურ შემადგენლობას. ცილის 40 გ-მდე შემცირებისასაც კი რაციონში, ცილოვანი პროდუქტების შერჩევის გზით, შესაძლებელი ხდება შეუცვლელი და ჩანაცვლებადი ამინომჟავების რაოდენობრივი მიხედვით ორგანიზმის ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებასთან.

11. თითოეულ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში პროფილის მიხედვით, ნაწილობრივ კი კვების ბლოკის ორგანიზაციის სისტემის, ტექნიკური აღჭურვილობისა და შრომის პირობების მიხედვით, დგება ძირითადი დიეტების რაოდენობა და ნომენკლატურა. დღევანდლამდე ჩვენთან გამოიყენებოდა რუსეთის კვების ინსტიტუტის სამკურნალო კვების კლინიკაში შემუშავებული და პეკინური მიერ მოწოდებული ნომენკლატურული სისტემით დანომრდებული დიეტები. ზოგიერთ დიეტას (N1,4,5 და სხვ.) რამდენიმე ვარიანტი გააჩნდა და აღინიშნებოდა რუსული ანბანით, რომელიც ემატებოდა ძირითადი დიეტის ნომერს. საზოგადოდ მიღებულ 15 დიეტასთან ერთად ფართოდ გამოიყენება სპეციალური, კონტრასტული დიეტები და კონტრასტული დიეტები, რომელთაც დიდი მნიშვნელობა აქვს დიეტოთერაპიაში.

12. დიეტების უმრავლესობა ავადმყოფს ხანგრძლივი დროით ენიშნებათ. დღემდე გამოყენებულ დიეტებში ძირითადად შესულია რუსული სამზარეულოს კერძები, რომელნიც თავისი საგემოვნო თვისებებით უცხოვრა ჩვენი ავადმყოფისათვის და ხშირად უარყოფითად მოქმედებს მის მადასა და განწყობაზე. ამ გარემოებიდან გამომდინარე, წინამდებარე დოკუმენტში შეტანილია იმ ქართული კერძების მომზადების ტექნოლოგია, რეცეპტურა, ქიმიური შემადგენლობა, ენერგეტიკული ღირებულება, რომელთა გამოყენება დიეტოთერაპიის მიზნით შესწავლილია და მიღებული შედეგები საშუალებას გვაძლევს ჩავთვალოთ ისინი სამკურნალო კვების რაციონებში.

13. დიეტოთერაპიის დანიშნისას ექიმი ვალდებულია აუხსნას ავადმყოფს დიეტის არსი, რეჟიმი და მისი ორგანიზმზე მოქმედების ხასიათი. ექიმმა ავადმყოფი უნდა გააფრთხილოს, რომ დიეტა დროებით არის რეკომენდებული, რადგან ზოგიერთ პაციენტს ეშინია ავადმყოფობის გამწვაების და დიდი ხნით ზღუდავს კვების რაციონს. ამან კი შეიძლება უფრო გაამწვაოს დაავადების მიმდინარეობა. პრაქტიკულ დიეტოლოგიაში ხშირად მიიჩნევენ, რომ დიეტური რაციონი ყვე-

ლა შემთხვევაში ზოგადად კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს, განსაკუთრებით, თუ დაზიანებულია საჭმლის მომწელებელი სისტემა. სინამდვილეში ორგანოს ან სისტემის დაზოგვა სამკურნალო კვების დროს უნდა ხდებოდეს შეთავსებით რეჟიმის პერიოდულ გაფართოებასთან, კონტრასტული დღეებისა და რაციონის ჩართვით, რომელიც გათვლილია საჭმლის მომწელებელი ჯირკვლებისა და რეადაპტიული მექანიზმების ფუნქციური უნარის გასაზარჯიშებლად.

14. დიდი მნიშვნელობა აქვს კვების რეჟიმის დაცვას. სამკურნალო დაწესებულებებისათვის, როგორც მინიმუმ, დადგენილია 4-ჯერადი კვება. ავადმყოფთა ზოგიერთი ჯგუფებისათვის (კუჭის, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები) აუცილებელია 5-ჯერადი კვება. მიზანშეწონილია საკვების თანაბარი განაწილება. სადამოს კვებაზე მთლიანი კალორიულობის 25-30%-ზე მეტი არ უნდა მოდიოდეს. სასურველია საკვების მიღების შემდეგი საათები: 8-9 სთ (საუზმე), 13-14 სთ (სადილი), 17-18 სთ (ვახშამი), 21 სთ (ძილის წინ).

15. რაციონის კალორიულობა უნდა განაწილდეს შემდეგნაირად: საუზმე – 30%, სადილი – 40%, ვახშამი – 20-25%, ძილის წინ დანიშნული კერძის კალორიულობა 5-10%-ს უნდა შეადგენდეს. შესვენებები საკვების მიღებებს შორის 4 სთ-ს არ უნდა აღემატებოდეს. 4-ჯერადი კვების დროს ბოლო კვება ინიშნება 21 სთ-ზე, 5-ჯერადი კვებისას ემატება მეორე საუზმე, 6-ჯერადი კვებისას ემატება მეორე საუზმე (11 სთ-ზე) და სამხარი (17 სთ-ზე). ამ საკვების კალორიულობა დიდი არ უნდა იყოს. ხშირად ესენია: ხილი, ასკილის ნახარში, ხილის წვენი, ბოსტნეულის სალათები და თეთრი პურის ორცხობილა. პირველი თავი კერძის ტემპერატურა არ უნდა აღემატებოდეს 60 0K, ხოლო მეორის 55 0K-ს.

16. აუცილებელია კერძების საგემოვნო თვისებების შენარჩუნება. ავადმყოფის გემოვნების დაკმაყოფილება აუცილებელი პირობაა წარმატებული მკურნალობისათვის, რადგან მათ უმრავლესობას მადა დაქვეითებული აქვს. განსაკუთრებით ეს ეხება ჰიპონატრიემიან დიეტებს ( 7 და მისი ვარიანტები, 10ა და სხვ), როდესაც საგემოვნო თვისებების გასაძლიერებლად და უგემური საკვების უსიამოვნო შეგრძნების ასაცილებლად საჭიროა სანელებლების, მწვანელების, თეთრი ძირების, ბოსტნეულისა და მუავე ხილის წველების გამოყენება.

17. თითოეული დიეტის კალორიულობისა და ქიმიური შედგენილობის საფუძველზე დგინდება პროდუქტების ნორმები, რაც აუცილებელია მრავალფერო-

ვანი და ბიოლოგიურად სრულფასოვანი რაციონის უზრუნველსაყოფად. ამ მიზნით თითოეული დიეტისათვის დგება 7-დღიანი მენიუ, იანგარიშება მთლიანი მოთხოვნილება პროდუქტებზე და გამოჰყავთ საშუალო დღიური ნორმა. პროდუქტების ნორმა და ნაკრები დგება სეზონების მიხედვით, ე. ი. ზამთარ-გაზაფხულისა და ზაფხულ-შემოდგომის პერიოდისათვის.

18. დღეისათვის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით ერთ ავადმყოფზე დღეში დადგენილია პროდუქტების საშუალო მოხმარების შემდეგი ნორმები (ცხრ.1).

სამკურნალო კვების ორგანიზაციაში გასათვალისწინებელია სამკურნალო კვების ძირითადი პრინციპები

1. სამკურნალო კვება კომპლექსური თერაპიის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ელემენტია. მას უნიშნავენ თერაპიის სხვადასხვა სახეობასთან (ფარმაკოლოგიური პრეპარატები, ფიზიოთერაპიული პროცედურები და სხვ) კომპლექსში. ზოგიერთ შემთხვევაში, მაგალითად, საჭმლის მომწელებელი სისტემისა და ნივთიერებათა ცვლის დაავადებების დროს, სამკურნალო კვება ასრულებს თერაპიული ფაქტორის ერთ-ერთ ძირითად როლს, სხვა შემთხვევაში ქმნის სასურველ ფონს თერაპიული ღონისძიებების ეფექტურად წარმართვისათვის.

2. კვების რაციონის აგების ფიზიოლოგიური პრინციპების შესაბამისად, სამკურნალო კვებას უნიშნავენ სადღეღამისო რაციონის სახით, რომელსაც დიეტა ეწოდება. პრაქტიკაში გამოყენებულ ნებისმიერ დიეტას უნდა ახასიათებდეს შემდეგი ნიშნები:

ა) ენერგეტიკული ღირებულება და ქიმიური შემადგენლობა (განსაზღვრული რაოდენობით ცილები, ცხიმები, ნახშირწყლები, ვიტამინები, მინერალური ნივთიერებები);

ბ) საკვების ფიზიკური თვისებები (მოცულობა, მასა, კონსისტენცია, ტემპერატურა);

გ) დაშვებული და რეკომენდებული საკვები პროდუქტების საკმაოდ სრული ჩამონათვალი;

დ) საკვების კულინარული დამუშავების ხერხები;

ე) კვების რეჟიმი (საკვების მიღების ჯერადობა, კვების დრო, სადღეღამისო რაციონის განაწილება) (ცხრილი 2).

3. დიეტოთერაპია საჭიროებს დიფერენცირებულ და ინდივიდუალურ მიდგომას. დიეტის სწორად აგება, რომელსაც შეუძლია მოახდინოს თერაპიული ზემოქმედება როგორც დაზიანებულ ორგანოზე, ასევე მთლიანად ორგანიზმზე, შესაძლებელია მხოლოდ და მხოლოდ დაავადების საერთო და ადგილობრივი პათოგენური მექანიზმის, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის ხასიათის, საჭმლის მომწელებელი ორგანოების ცვლილების, პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობის ფაზის, ასევე შესაძლო გართულებებისა და თანამდგევი დაავადებების, სქესის, ასაკისა და სხეულის მასის გათვალისწინებით.

ცხრილი 1.

ერთ ავადმყოფზე პროდუქტის საშუალო მოხმარების ნორმა (გრამებში)			
პროდუქტის დასახელება	რაოდენობა	პროდუქტის დასახელება	რაოდენობა
პური ჭკვავის	150	ჩაი	1
პური ხორბლის	250	ყავა	1
ფქვილი ხორბლის	25	ხორცი (ფრინველი)	125
ფქვილი კარტოფილის	8	თევზი	100
ბურღულეული და მაკარონის ნაწარმი	100	მარილი	10
კარტოფილი	400	ყველი	10
ბოსტნეული, მწვანილი	400	რძე, მაწონი	365
ხილი ახალი	15	საჭო უცხიმო	17
ხილი ხმელი	15	არაქანი	11
შაქარი	70	კარაქი	40
ზეთი	16	კვერცხი (ყალი)	0,4

დღეში როგორც დაზიანებულ ორგანოზე, ასევე მთლიანად ორგანიზმზე, შესაძლებელია მხოლოდ და მხოლოდ დაავადების საერთო და ადგილობრივი პათოგენური მექანიზმის, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის ხასიათის, საჭმლის მომწელებელი ორგანოების ცვლილების, პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობის ფაზის, ასევე შესაძლო გართულებებისა და თანამდგევი დაავადებების, სქესის, ასაკისა და სხეულის მასის გათვალისწინებით.

4. სამკურნალო კვება უნ-



დღის რეჟიმი	პროდუქტების დასახელება და წონა გრამებში 1 სულ აღამიანზე დღეში												
	ხორციელი		ცხიმები				ბოსტნეული						
	ხორცი	თევზი	კარაქი	მცენარეული მეთი	ბრინჯი	ბურღული	ფქვილი	კარტოფილი	კომბოსტო	სტაფილო	ხახვი	პომიდორი, კიტრი	ტომატო, პასტა
პირველი საუზმე													
მეორე საუზმე													
საღილი													
ვახშამი													
სპროდუქტები დღეში													

და ემყარებოდა არა მხოლოდ კლინიკურ სიმპტომებს, იგი უნდა ითვალისწინებდეს ავადმყოფი ორგანიზმის ნივთიერებათა ცვლის პროცესების თავისებურებებს. ამისათვის საჭიროა ორგანიზმი უზრუნველყოფილი იყოს კვების შეუცვლელი ფაქტორებით, კერძოდ, ამინომჟავებით, ესენციალური ცხიმოვანი მჟავებით, ვიტამინებით.

მნიშვნელოვანია, რომ სამკურნალო კვება უნდა შემუშავდეს ავადმყოფი ორგანიზმის ფიზიოლოგიური მოთხოვნების საფუძველზე. ამიტომ ყოველგვარი დიეტა უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს:

- ა) მისი ენერგეტიკული ღირებულება შეესაბამებოდეს ორგანიზმის ენერგოხარჯვას;
- ბ) უზრუნველყოფდეს ორგანიზმის მოთხოვნილებას საკვებ პროდუქტებზე მათი ბალანსირების გათვალისწინებით;
- გ) იწვევდეს კუჭის ოპტიმალურ შევსებას, რაც აუცილებელია მსუბუქი მადრობის შეგრძნების მისაღწევად;
- დ) ავადმყოფის გემოვნებას, რა თქმა უნდა, დიეტით დაშვებულ ფარგლებში, საკვების შეგუებისა და მენიუს მრავალფეროვნების გათვალისწინებით. ერთფეროვანი საკვები სწრაფად ბეზრდებათ, ის ხელს უწყობს ისედაც დაქვეითებული მადის შემცირებას, მომწივებელი ორგანოების მოქმედების არასაკმარისი აგზნება კი აფერხებს საკვების მონელებას;
- ე). დაცული უნდა იქნეს საკვების კვლინარული და მუშაობის სისწორე, საწყისი პროდუქტების შემადგენლობისა და მადლსაგემოვნო თვისებათა შენარჩუნებით;
- ვ) არ უნდა დაირღვეს რეგულარული კვების პროცესი.

დავიმახსოვროთ, რომ

1. სამკურნალო კვება დინამიკური უნდა იყოს. დინამიკურობის აუცილებლობა გამოწვეულია იმით, რომ ყოველგვარი სამკურნალო დიეტა, ამა თუ იმ თანაფარდობით, შემზღვევლია, აქედან გამომდინარე, ცალმ-

ხრივია და არასრულფასოვანი. ამიტომ განსაკუთრებულად მკაცრი დიეტის ხანგრძლივად დაცვამ შეიძლება გამოიწვიოს, ერთი მხრივ, ორგანიზმის ნაწილობრივი შიმშილი ცალკეული საკვები ნივთიერებების მიმართ, მეორე მხრივ, აღდგენის პერიოდში ცალკეული ფუნქციური მექანიზმის გაუვარჯიშებლობა. აუცილებელ დინამიკურობას აღწევს დიეტოთერაპიაში ფართოდ გამოყენებული „დაზოგვის“ და „ვარჯიშის“ პრინციპებით. „დაზოგვის“ პრინციპი გამოირიცხავს კვების იმ ფაქტორებს, რომლებიც ხელს უწყობენ პათოლოგიური პროცესის შენარჩუნებას ან მის პროგრესირებას (მექანიკური, ქიმიური, თერმული გამღიზიანებლები და სხვ.). „ვარჯიშის“ პრინციპი მდგომარეობს პირველადი მკაცრი დიეტის გაფართოებაში, ე.ი. სრულყოფილ საკვებ რეჟიმზე გადასვლის მიზნით მოხსნიან საწყის მკაცრ დიეტასთან დაკავშირებულ შეზღუდვას.

2. „დაზოგვის“ პრინციპი ძირითადად გამოყენებულია მკურნალობის დასაწყისში. იგი ითვალისწინებს მკაცრი დიეტის დაცვას. შემდგომში ცალკეული საკვები ნივთიერებების ნაწილობრივი შიმშილის თავიდან აცილების, დარღვეული ფუნქციური მექანიზმების გავარჯიშებისა და აღდგენის მიზნით საჭირო ხდება „ვარჯიშის“ პრინციპზე გადასვლა. იგი ხორციელდება „საფეხურების“ და „ზიგზაგის“ სისტემით. „საფეხურების“ სისტემა ითვალისწინებს საწყისი მკაცრი დიეტის თანდათანობით გაფართოებას შეზღუდვის დოზირებული მოხსნის ხარჯზე. „ვარჯიშის“ პრინციპზე გადასვლისას გასათვალისწინებელია, რომ დიეტაში როგორც სწრაფი გაფართოება, ასევე ზედმეტად გაჭიანურება უარყოფითად მოქმედებს. ამის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ორიენტაცია კლინიკური სიმპტომების დინამიკაზე, დარღვეული ფუნქციური მექანიზმების მდგომარეობასა და მათთან დაკავშირებულ შედეგებზე. ეს სისტემა პათოლოგიური პროცესის ლიკვიდაციის შემთხვევაში საშუალებას იძლევა მოვახდინოთ დიეტის თანდათანობითი დოზი-

რებული გაფართოება ორგანიზმის ფიზიოლოგიური მოთხოვნების შესაბამის რაციონალურ კვებაზე გადასვლამდე. „ზიგზაგის“ სისტემა ითვალისწინებს დიეტის შედარებით მკვეთრ, მოკლევადიან ცვლილებას. ასეთ დიეტას და, შესაბამისად, მისი გამოყენების დღეებს ეწოდება „კონტრასტული“.

3. „კონტრასტული“ დიეტა (დღეები) ორი სახისაა:

ა) დამტვირთავი („პლუს-ზიგზაგი“), ბ) განმტვირთავი („მინუს-ზიგზაგი“). დამტვირთავი დიეტა („პლუს-ზიგზაგი“) გამოყენებულია ვარჯიშის პრინციპზე დაყრდნობით. მას ხშირად „სადღესასწაულო დღესაც“ უწოდებენ. ამ დროს რაციონში ჩართულია ის საკვები ნივთიერებები, რომლებიც მკვეთრად იყო შეზღუდული ან საერთოდ გამორიცხული ძირითადი დიეტის დან. დამტვირთავი დიეტის პერიოდული დანიშვნა ხელს უწყობს დასუსტებული ფუნქციების ბიძისებურ სტიმულაციას. ეს დიეტა უზრუნველყოფს ორგანიზმში დეფიციტური საკვები ნივთიერებების შეყვანას, რაც იწვევს მადის გაძლიერებას, ხელს უწყობს ხანგრძლივი და საგრძობლად მკაცრი დიეტური რეჟიმის დაცვას. განმტვირთავი დიეტა („მინუს-ზიგზაგი“) ძირითადად დაფუძნებულია რაციონის ენერგეტიკული ღირებულების შეზღუდვასა და ქიმიური შემადგენლობის გარდაქმნაზე, რაც ხელს უწყობს დაზიანებული ფუნქციური მექანიზმის დაზოგვას, ახდენს ცვლითი დარღვევის კორექტირებას. სპეციალური განმტვირთავი დღეების დანიშვნა შეიძლება პერიოდულად („მინუს-ზიგზაგი“ 7-10 დღეში ერთჯერ) სხვადასხვა დაავადებების დროს (მკურნალობის დასაწყისში შედარებით მკაცრი დიეტის ფონზე). განმტვირთავი დღეების დანიშვნა მიზანშეწონილია დარღვეული ფუნქციების აღდგენის შემდგომაც, რადგან ამ პერიოდში ავადმყოფები ლაბილური არიან და საჭიროებენ პერიოდულ განტვირთვასა და დაზოგვას.

**ბასათვალისწინებალია სამკურნალო კვება ცალკეული დაავადებების დროს**

- 1. სამკურნალო კვება კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს დიეტა №1
- 2. სამკურნალო კვება გასტრიტის დროს. დიეტა №2
- 3. სამკურნალო კვება ნაწლავების დაავადების დროს. დიეტა №3

**რეკომენდებული და აკრძალული პროდუქტები და კერძები**

- 1. პური და პურ-ფუნთუშეული: უმადლესი ხარისხის ფქვილისაგან წინა დღეს გამომცხვარი ხორბლის პური (შეზღუდული რაოდენობით), ხორბლის პურის ორცხობილა, უცხიმო ნამცხვარი. აკრძალულია: ახალი და ჭკავის პური, ცხიმისანი ცომის ნაწარმი, ბლინები, მაჭკატი.
- 2. ხორცი და თევზი: საქონლისა და ხბოს, ქათმის, ინდაურის მსუფთო ხორცი, გახეხილი ან დაკეპილი, წყალში ან ორთქლზე მოხარშული, ფარშში პურის ნაცვლად ბრინჯის დამატებით; ფარშს 2-3-ჯერ ატარებენ წვრილბადიან ხორცსაკეპ მანქანაში. მოხარშული წიწილა, თევზი – აუცილებლად ახალი, უცხიმო (ფარგა, ვირთვეზა და სხვ.), გახეხილი ხორცის ლაბასხმული. აკრძალულია: ცხიმისანი ხორცი, ცხვრის, ღორის, ბატის, იხვის ხორცი, ნაჭრებად ჩათუშული და შემწვარი ხორცი, ძეხვი, შაში, კონსერვი, შებოლილი ნაწარმი.
- 3. ბურღულეულისა და პარკოსნების გარნირი და კერძი, მაკარონის ნაწარმი: წყალზე ან უცხიმო ბული-

ონზე მომზადებული გახეხილი ფაფა (ბრინჯის, ქერის, წიწიბურას, მანანის). აკრძალულია პარკოსნებისა და მაკარონის ნაწარმი.

4. კვერცხი: კვერცხი შეზღუდული რაოდენობით დღეში 1 ცალი, თოხლო ან ორთქლზე დამზადებული ომლეტის სახით. აკრძალულია უმი, შემწვარი და მაგრად მოხარშული კვერცხი.

5. რძის პროდუქტები: ახალი ხაჭო, კალციუმქლორით ან ძმრის სუსტი ხსნარით დაღეკილი, ნატურალური და გახეხილი, აგრეთვე ორთქლზე დამზადებული სუფლეს სახით. რძის სხვა ნაწარმი.

6. წვნიანი: ცხიმგაცილი თევზის ან ხორცის სუსტი ბულიონი ღორწოვანი ნახარშის დამატებით, ორთქლზე ან წყალზე მოხარშული ხორცის ან თევზის გუფთებით; მოხარშული ან გახეხილი ხორცი და კვერცხის ფიფქებით.

7. ბალნეული, ტკბილეული და ტკბილი კერძი: ვაშლის პიურე, ტკბილი ხილისა და კენკრის წვენიდან დამზადებული კისელი, ჟელე, გამხმარი შავი მოცხარის, შინდის, მოცვის, კომშის ნახარში, შაქრის შეზღუდული რაოდენობით.

**სამკურნალო კვება ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის დაავადების დროს. დიეტა №5**

**სამკურნალო კვება პოლპრის, შრატრისა და ოქსალურიის დროს. დიეტა №6**

**სამკურნალო კვება თირკმელების დაავადების დროს**

**სამკურნალო კვება სიმსუქნის დროს**

1. სიმსუქნით დაავადებულთათვის მრავალი დიეტა არსებობს. დიეტოთერაპიის ძირითადი პრინციპი არის რაციონის ენერგეტიკული ღირებულების მკვეთრი შეზღუდვა. კალორიულობის შემცირების ხარისხი სხეულის ჭარბი წონის (ნორმალურთან შედარებით) პირდაპირპროპორციულია. ამოსავალია სხეულის მასის ნორმალური წონა, შემდეგ განსაზღვრავენ ენერგეტიკულ ღირებულებას და ატარებენ რეკომენდებული დიეტის საორიენტაციო გათვლას.

2. გამოხატული სიმსუქნის დროს რაციონის ენერგეტიკულ ღირებულებას ნორმალურთან შედარებით ამცირებენ 40%-ით. ავადმყოფის მდგომარეობისა და მკურნალობის ეფექტურობიდან გამომდინარე, ეს პროცენტი შეიძლება დაქვეითდეს 30%-მდე ან გაიზარდოს 50%-მდე. ასეთ დროს სასურველია გათვალისწინებულ იქნეს ავადმყოფის ენერგოსაზღვრები სტანდარტულ ფიზიკურ დატვირთვასთან ერთად.

3. სიმსუქნის დროს მიზანშეწონილია მკურნალობის დაწყება რეღუცირებული საკვები რაციონის კალორიულობის ზომიერი შეზღუდვით. ასეთ მოთხოვნებს აკმაყოფილებს ძირითადი 8 დიეტა.

**სამკურნალო კვება ჰიპოთირეოზის დროს**

**სამკურნალო კვება შაქრიანი დიაბეტის დროს. დიეტა №9.**

თავი XIV. სამკურნალო კვება გულ-სისხლძარღვთა დაავადების დროს

სამკურნალო კვება ჰიპერტონიული დაავადების დროს (ზოგადი ნაწილი)

სამკურნალო კვება მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ჰიპერტონიული დაავადების პროფილაქტიკასა



და კომპლექსურ თერაპიაში. დაავადების პათოგენეზის არსის დრმა შესწავლამ უარყო დიეტური მკურნალობის პროცესში ავადმყოფთა მოკლე ვადითაც კი „ნახევრად მშვიერ“ რეჟიმზე გადაყვანა. პირიქით, მიღებულია მონაცემები, რომელნიც ადასტურებენ, რომ ჰიპონატრიემიანი დიეტა №10, გამდიდრებული C, PP და B ჯგუფის ვიტამინებით, მაგნიუმის მარილებითა და ლიპოტროპული ნივთიერებებით, 2600-2700 კკალ ენერგეტიკული ღირებულებით, ითვლება ფიზიოლოგიურად ადეკვატურ და პათოგენეტიკურად დასაბუთებულ დიეტად ჰიპერტონიით დაავადებულთა მკურნალობაში.

**დიეტა №10 (უმარილო დიეტა)**

1. დიეტა №10 გამოიყენება ჰიპერტონიული დაავადების სხვადასხვა სტადიის, ათეროსკლეროზთან თანმხლები ჰიპერტონიული დაავადების დროს, გულის დაავადებების კომპენსაციის სტადიაში ან ნაკლებგამოსატული სისხლის მიმოქცევის უკმარისობის ნიშნებისას (I-II ა სტადია), ქრონიკული გლომერულონეფრიტისა და პიელონეფრიტის დროს თირკმლის აზოტემიის ფუნქციის მოშლის გარეშე.

2. დიეტის მიზნობრივი დანიშნულებაა ცენტრალური ნერვული სისტემის გაზრდილი ავზნებადობის შემცირებისათვის საჭირო პირობების შექმნა, თირკმლების ფუნქციური მდგომარეობის გაუმჯობესება და თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ფუნქციის დაქვეითება, რომელიც იწვევს უჯრედში კალიუმის კონცენტრაციის შემცირებას, ტრანსმემბრანული ნატრიუმის გრადიენტის გაზრდას და ამგვარად, არტერიული წნევის დაქვეითებას.

3. დიეტა №10 ითვალისწინებს ნატრიუმქლორიდისა და სითხის მნიშვნელოვან შეზღუდვას, ნაწლავების მეტეორიზმის გამომწვევი მიზეზების შემცირებას; ქოლესტერინითა და მცენარეული უჯრედისით მდიდარი პროდუქტების შემცირებას; ნერვული სისტემისა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის აღმზნები, თირკმლებისა და ღვიძლის გამლიზიანებელი ექსტრაქტული და სხვ. ნივთიერებების შეზღუდვას. რაციონი მდიდრდება კალიუმის, კალციუმის მარილებით, ლიპოტროპული ნივთიერებებით (ლეციტინი, მეთიონინი); ორგანიზმი უზრუნველყოფილია ვიტამინებით.

4. ენერგეტიკული ღირებულება 9840-10890 კკ (2350-2600 კკალ). ქიმიური შედგენილობა: 80-90 გ ცილები (60% - ცხოველური), 70 გ ცხიმები (30% - მცენარეული), 350-400 გ ნახშირწყლები, 3-5 გ ნატრიუმქლორიდი, 1,2 ლ თავისუფალი სითხე.

5. კერძი მზადდება უმარილო, საჭმლის მომწელებელი ორგანოების ზომიერი მექანიკური დაზოგვით. ავადმყოფი უნდა იკვებებოდეს 5-ჯერ დღეში.

**რეკომენდებული და აკრძალული პროდუქტი და კერძი**

1. პური და პურ-ფუნთუშეული: წინა დღით გამომცხვარი ჭვავისა და ხორბლის პური, უცხიმო ნამცხვარი და ბისკვიტი. აკრძალულია: ახალი პური, ფენოვანი და ცხიმოვანი ცომეული, ბლინი.

2. ხორცი, ფრინველი, თევზი: უცხიმო, მკლე (საქონლის, დეკულის, მკლე ღორის, ქათმის, ინდაურის, კურდღლის) ხორცი; მოხარშული, შემდეგ კი შებრაწული, თევზი ნაჭრებად, დაბეგვილი. აკრძალულია: ცხიმოვანი თევზის, იხვის, ბატის ხორცი, ძეხვეული, შებოლილი, დამარილებული, კონსერვი, ხიზილადა.

3. კვერცხი: 1 ცალი დღეში კულინარული დამუშავების შეუზღუდავად.

4. რძე და რძის პროდუქტები: მოუხდელი რძე (თუ მეტეორიზმს არ იწვევს), ნაღები არაქანი, ხაჭო, უმარილო ყველი, შემწავებული რძის სასმელი. აკრძალულია: მარილიანი ყველი.

5. ცხიმები: უმარილო კარაქი და ზეთი. აკრძალულია: ხორცისა და კულინარული ცხიმი.

6. ბურღულეული, მაკარონის ნაწარმი და პარკოსნები: ყველა სახის ბურღული და მაკარონის ნაწარმი, წყალსა ან რძეზე დამზადებული (ფაფა, პუდინგი, კატლეტი და სხვ.). ავადმყოფს აძლევენ კარტოფილს, ჭარხალს, სტაფილოს, თავიან ან ყვავილოვან კომბოსტოს, მოხარშულს ან შებრაწულს. კიტრი, პომიდორი, სტაფილო, სალათის ფოთოლი, მწვანე ხახვი, კამა, ოხრახუში უმი (ნედლი). აკრძალულია: მწნილი, მარინადი, ისპანახი, თაღვამი, ბოლოკი, სოკო, მუაუნა, პარკოსნები (მუხელო, ლობიო).

7. წვნიანი: ვეგეტარიანი კარტოფილით, ბოსტნეულით, ბურღულით, რძის, ხილის. აკრძალულია: ხორცის, თევზის, სოკოს ბულიონი, პარკოსნებით.

8. ბაღჩეული, ტკბილი კერძი და ტკბილეული: რბილი ხილი და კენკროვანი, კომპოტი, კისელი, ყელე, მუსი, სამბუკი, რძის კრემი, მურაბა, თაფლი, კანფეტი, ზეფირი და პასტილა. აკრძალულია: უხეშუჯრედისიანი ბაღჩეული, უხეშმარცვლოვანი კენკროვანი, შოკოლადი, ნამცხვარი.

9. საწებელა და სახელებელი: საწებელას ამზადებენ ბოსტნეულის ნახარშზე, არაქანით, რძით, ტომატის, ხილის საწებელა, ვანილი, დარიჩინი, მიხაკი. აკრძალულია: საწებელა ხორცის, თევზისა და სოკოს ნახარშზე, წიწაკა, პირშუშხა და მღოვკი.

10. სასმელი: ღია ფერის ჩაი, ყავა-სუროგატი, ხილისა და ბოსტნეულის წვენი (ყურძნის შეზღუდულია), ასკილის ნახარში. აკრძალულია: მაგარი ჩაი, ნატურალური ყავა, კაკაო, გაზიანი სასმელი.

**დიეტა №10ა**

1. დიეტა №10ა გამოიყენება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების და სისხლის მიმოქცევის ძლიერ გამოხატული უკმარისობის დროს (იშემიური დაავადების III სტადია).

2. მიზნობრივი დანიშნულებაა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მუშაობის შემსუბუქება, საკვების მომწელებელი ორგანოებისა და თირკმლების ფუნქციის ერთდროული მნიშვნელოვანი დაზოგვა; დიურეზის გაძლიერება და დღეღამური ცვლის განტვირთვა.

3. დიეტას ახასიათებს ენერგეტიკული ღირებულების დაქვეითება ცილებისა (ცხოველური) და ნახშირწყლების ხარჯზე. მარილის, თავისუფალი სითხის, მცენარეული უჯრედისის, ქოლესტერინით მდიდარი, ნაწლავებში მეტეორიზმის გამომწვევი პროდუქტების მკვეთრი შეზღუდვა. გულ-სისხლძარღვთა და ნერვული სისტემის აღმზნები, ღვიძლისა და თირკმლების გამლიზიანებელი ნივთიერებების გამორიცხვა. რაციონის გამდიდრება კალიუმის, კალციუმის მარილებით (ლეციტინი, მეთიონინი). ორგანიზმის უზრუნველყოფა ვიტამინებით.

4. ენერგეტიკული ღირებულება 7750-7960 კკ (1850-1900 კკალ). ქიმიური შედგენილობა შემდეგნაირია: 50-60 გ ცილები (65% - ცხოველური), 50 გ ცხიმები (30% - მცენარეული), 0,6 ლ თავისუფალი სითხე, 1-2 გ ნატრიუმქლორიდი, 300 გ ნახშირწყლები (60-80% - შაქრით).

5. კერძებს ამზადებენ უმარილოს, მოხარშულსა და გახეხილს. საკვებს ავადმყოფს აძლევენ 6-ჯერ დღეში.

**რეკომენდებული და აკრძალული პროდუქტები და კერძები**

1. პური და პურ-ფუნთოშეული: ხორბლის პური, უმარილო ნამცხვარი. აკრძალულია: ჩვეულებრივი პური და ნამცხვარი.

2. ხორცი, ფრინველი, თევზი: მჭლე (საქონლის, ხბოს, ინდაურის, ქათმის, კურდღლის) ხორცი და თევზი, მოხარშული, დაბეგვილი, ნაჭრებად და ლაბასხმული. აკრძალულია: ცხვრის, ბატის, იხვის, თევზის, ძარღვიანი და ცხიმოვანი ხორცი, შებოლილი ხორცი, კონსერვი, დამარილებული თევზი, ხიზილადა.

3. კვერცხი: 2 ცალამდე დღეში, თოხლო, ორთქლზე დამზადებული ომლეტი ან კერძში. აკრძალულია: უმი, შემწვარი და მაგარი მოხარშული.

4. რძე და რძის პროდუქტები: რძე (თუ არ იწვევს მეტეორიზმს), მაწონი, კეფირი, არაჟანი კერძში, ნაღები შეზღუდულად, ახალი გახეხილი ხაჭო. აკრძალულია: ყველი.

5. ცხიმები: უმარილო კარაქი და რაფინირებული ზეთი. აკრძალულია: ხორცისა და კულინარული ცხიმი.

6. ბურღულეული, მაკარონის ნაწარმი და პარკონები: მანანის, გახეხილი ჰერკულესის, ბრინჯისა და წიწბურას ბურღულის ფაფა, პუდინგი, მოხარშული ვერმიშელი. აკრძალულია: უჩენო ქერი, ფეტვი, მაკარონი, პარკონები.

7. ბოსტნეული: კარტოფილი შებრაწული (შეზღუდულად), მოხარშული, პიურე, სტაფილო, ჭარხალი, ყვავილოვანი კომბოსტო მოხარშული, ყაბაყი პიურეს სახით და ჩათუშული გოგრა. ბოსტნეულის სუფლე, მწიფე პომიდორი. აკრძალულია: ყველა დანარჩენი ბოსტნეული, მწნილი, დამარილებული და მარინადი.

8. წვნიანი: (1/2 ულუფა) გახეხილი და წვრილად დაჭრილი ბოსტნეულის (კარტოფილი, სტაფილო, ჭარხალი), ბურღულის (მანანის, გახეხილი ჰერკულესის, ბრინჯის), ხილის. აკრძალულია: ხორცის, თევზის, სოკოს ბულიონი, შიი, ბოშაი, რძის ცივი წვნიანი, შეჭამადი.

9. ბაღჩეული, ტკბილი კერძი, ტკბილეული: რბილი ხილი და კენკროვანი, შემწვარი ვაშლი, ჭერმისა და შავი ქლიავის დამბალი ჩირი, კომპოტი, კისელი, მუსი, უელე, შაქარი, თაფლი, მურაბა, ზეფირი და მარმელადი. აკრძალულია: ხილი და უხეშუჯრედისიანი კენკრა, ყურძენი, ქიშიში, შოკოლადი, კრემიანი ნაწარმი.

10. საწებელი და სანელებლები: თეთრი საწებელი, ტკბილი და მჟავა ბოსტნეული, ხილის მოსასხმელი. აკრძალულია: თევზის, ხორცისა და სოკოს ნახარში, სანელებელი.

11. სასმელი: ღია ფერის ჩაი, ყავა-სუროგატი, ხილისა და ბოსტნეულის წვენი, ასკილის ნახარში. აკრძალულია: მაგარი ჩაი, ყურძნის წვენი, გაზიანი სასმელი, ნატრიუმით მდიდარი მინერალური წყალი.

**სამკურნალო კვება ათეროსკლეროზის დროს დიეტა №10ს**

1. დიეტა გამოიყენება იშემიური დაავადების, ვენური, ტვინის, პერიფერიული სისხლძარღვების ათეროსკლეროზის, ჰიპერტონიული დაავადების II-III სტადიის დროს.

2. დიეტის მიზნობრივი დანიშნულებაა ცვლითი პროცესების, სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესება, სისხლძარღვთა კედლებსა და გულის კუნთის მეტაბოლიზმის აღდგენა. სისხლის ჰემოკოაგულაციის შემცირება, ორგანიზმის სხვადასხვა ფუნქციის მარეგულირებელი ნერვული პროცესების ნორმალიზება.

3. დიეტაში შეზღუდულია მარილისა და ცხოველური ცხიმების რაოდენობა. ეს უკანასკნელი შეცვლი-

ლია მნიშვნელოვანი რაოდენობის მცენარეული ზეთით. დიეტა შეიცავს უჯრედოვანი გარსით, ლიპოტროპული ნივთიერებებით, ასკორბინმჟავათი, ვიტამინით, ვაგუუსის ვიტამინებით (განსაკუთრებით B6)-ით, კალიუმითა და მაგნიუმით მდიდარ პროდუქტებს.

4. რეკომენდებულია დიეტის ორი ვარიანტი: ა) ჭარბი წონის მქონე პირებისათვის, ბ) ნორმალური ან დაქვეითებული სხეულის მასის მქონეთათვის.

5. ქიმიური შედგენილობა და ენერგეტიკული ღირებულება შემდეგია: დიეტის პირველი ვარიანტი: 90 გ ცილები, 70 გ ცხიმები (35% – ცხოველური), 300 გ ნახშირწყლები. ენერგეტიკული ღირებულება 2100-2200 კკალ. დიეტის მეორე ვარიანტი: 100 გ ცილები, 80 გ ცხიმები, 350 გ ნახშირწყლები. ენერგეტიკული ღირებულება 2600-2900 კკალ. მინერალური შედგენილობა: 3-5 გ მარილი, 0,5-0,8 გ კალციუმი; 1-1,6 გ ფოსფორი, 1 გ მაგნიუმი. ვიტამინები: ჩ - 100 მგ, 1 - 4 მგ, - 15-30 მგ, 2 - 3 მგ. რაციონის საერთო მასა 2 კგ, თავისუფალი სითხე 1 ლ.

7. ავადმყოფი საკვებს ღებულობს 6-ჯერ დღეში. საკვების ტემპერატურა ჩვეულებრივია.

**რეკომენდებული და აკრძალული პროდუქტები და კერძები**

1. პური და პურ-ფუნთოშეული: ჭვავის ან უხეშად დაფქვილი ხორბლის უმარილო, წინადღის გამომცხვარი პური, ორცხობილა, უცხიმო მშრალი ნამცხვარი, ქატოიანი პური ფოსფატიდებით.

2. ხორცი, ფრინველი, თევზი: უცხიმო, მჭლე, მოხარშული ან შებრაწული, დაბეგვილი ან ნაჭრებად. ლაბასხმული ბოსტნეულის ნახარშზე, მჭლე შაშხი, ზღვის პროდუქტების კერძი, კალმარები, ზღვის ბიბილო. აკრძალულია: ცხიმოვანი ხორცი, ფრინველის (ბატის, იხვის) ხორცი, თევზი, შებოლილი, დამარილებული, შებოლილი ხორცი, კონსერვი, დამარილებული თევზი, ხიზილადა, ძეხვეული, ტვინი, თირკმლები, ღვიძლი.

3. კვერცხი: თოხლო (3 ცალამდე კვირაში), ცილოვანი ტაფამწვარი, ორთქლზე დამზადებული.

4. რძე და რძის პროდუქტები: რძე, შემქავებული რძის სასმელი, უცხიმო ხაჭო, უცხიმო, უმარილო ყველი, არაჟანი შეზღუდული რაოდენობით (ძირითადად კერძში). აკრძალულია: ნარები, ცხიმოვანი ხაჭო, მარილიანი და ცხიმოვანი ყველი.

5. ცხიმები: კარაქი და ერბო (შეზღუდული), მცენარეული (მეტწილად არარაფინირებული) ზეთი. აკრძალულია: ხორცისა და კულინარული ცხიმი.

6. ბურღულეული, მაკარონის ნაწარმი და პარკონები: ფანტია ფაფა, მობრაწული, წიწბურას, ქერის, შვრიისა და სხვა ბურღულეულის პუდინგი. შეზღუდულია მანანის, ბრინჯის, მაკარონის ნაწარმი და პარკონები.

7. ბოსტნეული: თითქმის ყველა სახის, გამონაკლისია უხეშუჯრედისიანი ბოსტნეული (თაღგამი, ბოლოკი), ისპანახი, მჟაუნა, დაქუცმაცებული უმი ბოსტნეული.

8. ხილი, კენკროვანი, ტკბილეული: მწიფე ხილი, ყველანაირი კენკროვანი. წვენი (ყურძნის წვენის გარდა). ტკბილეული შეზღუდულია 50 გ-მდე. აკრძალულია: უხეშუჯრედისიანი ახალი ხილი.

9. წვნიანი: ვეგეტარიანული, ხილის, რძის (მზადდება უმარილოდ).

10. საწებელი და სანელებლები: ბოსტნეულის ნახარშზე, რძის საწებელი, ხილისა და კენკრის მოსას-



ხმელი, დარიჩინი, ლიმონის მუავა, ვანილინი. შეხლუ-  
დულია მაიონეზი და პირშუშხა. აკრძალულია: თევ-  
ზის, ხორცისა და სოკოს საწებელი, მღოვავი, წიწაკა.

11. სასმელი: ღია ფერის ჩაი, ყავა-სუროგატი, ხილი-  
სა და ბოსტნეულის წვენი, ასკილის ნახარში. აკრძა-  
ლულია: მაგარი ჩაი, ნატურალური ყავა, კაკაო.

### სამკურნალო კვება მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს

#### დიეტა №10ი

1. დიეტა 10ი გამოიყენება მიოკარდიუმის ინფარქტის  
შემდეგ.

2. დიეტის მიზნობრივი დანიშნულებაა რეპარაცი-  
ული პროცესების დაჩქარებისათვის ხელშემწყობი პი-  
რობების შექმნა და გულის კუნთის ფუნქციური უნა-  
რის აღდგენა. ცვლათი, ნერვული პროცესების, სისხ-  
ლის მიმოქცევის გაუმჯობესება, თრომბოემბოლიური  
გართულების აცილება, გულ-სისხლძარღვთა სისტე-  
მაზე დატვირთვის შემცირება, ნაწლავების მოტორუ-  
ლი ფუნქციის გაუმჯობესება.

3. დიეტა ხასიათდება საკვების ენერგეტიკული ღი-  
რებულებისა და მოცულობის მნიშვნელოვანი შე-  
ზღუდვით. შემდგომში თანდათანობით გაზრდით. დი-  
ეტიდან გამორიცხულია ცხოველური ცხიმებითა და  
ქოლესტერინით მდიდარი პროდუქტები (საქონლის ში-  
ნეულობა, ტვინი, მსუქანი ხორცი და თევზი, კვერცხის  
გული, ხიზილალა, ცხოველური ცხიმი და სხვ.); აზო-  
ტოვანი ექსტრაქტული ნივთიერებები, ცხიმოვანი ცომე-  
ული და მეტეორიზმის გამომწვევი პროდუქტები (შა-  
ვი პური, კომბოსტო, პარკოსნები, ნატურალური რძე და  
სხვ.).

4. დიეტა შეიცავს ლიპოტროპული ნივთიერებებით  
(ხაჭო, ვირთევზა, შვრია), C და P ვიტამინებითა და კა-  
ლიუმის მარილებით მდიდარ პროდუქტებს. სუფრის  
მარილი და სითხე შეზღუდულია.

5. დიეტას უნიშნავენ სამი რაციონის სახით. ა) პირ-  
ველი რაციონი განკუთვნილია მიოკარდიუმის ინფარ-  
ქტის მწვავე პერიოდისათვის (2-3 კვირა), ბ) მეორე რა-  
ციონი – ქვემწვავე პერიოდისათვის (2-3 კვირა), გ) მე-  
სამე რაციონი – ნაწიბურის ჩამოყალიბების პერიო-  
დისათვის (მე-4 კვირიდან დაწყებული). პირველ დღეს  
ავადმყოფებს აძლევენ მხოლოდ 1 ჭიქა ღია ფერის ჩა-  
ის, ხილის წვეს, ბოსტნეულის ნახარშს, მორსს დღე-  
ღამეში 8-ჯერ.

6. დიეტის ქიმიური შედგენილობა და ენერგეტიკუ-  
ლი ღირებულება შემდეგნაირია:

ა) პირველი რაციონი: 50 გ ცილები, 34-40 გ ცხი-  
მები, 170-200 გ ნახშირწყლები. ენერგეტიკული ღირე-  
ბულება 1200-1300 კკალ. ვიტამინები: A – 2 მგ, 1 – მგ,  
PP – 15 მგ, 2 – 2 მგ. ასკორბინმუავა – 100 მგ. თავი-  
სუფალი სითხე 800 მლ, მარილი 1,5-2 გ (პროდუქტებ-  
ში). რაციონის მთლიანი მასაა 1700 გ.

ბ) მეორე რაციონი: 60-70 გ ცილები, 60-70 გ ცხი-  
მები, 230-250 გ ნახშირწყლები. ენერგეტიკული ღირე-  
ბულება 1600-1900 კკალ. ვიტამინები: A – 2 მგ, 1 – 2  
მგ, PP – 15 მგ, 2 – 2 მგ. ასკორბინმუავა – 100 მგ. თავი-  
სუფალი სითხე 1000 მლ, მარილი 1,5-2 გ (პროდუქ-  
ტებში), 3 გ ხელზე. რაციონის მთლიანი მასაა 2 კგ.

გ) მესამე რაციონი: 90 გ ცილები, 80 გ ცხიმები, 300-  
350 გ ნახშირწყლები. ენერგეტიკული ღირებულება  
2200-2300 კკალ. ვიტამინები: A – 2 მგ, 1 – 2 მგ, PP –  
15 მგ, 2 – 2 მგ. ასკორბინმუავა – 100 მგ. თავისუფა-  
ლი სითხე 1000 მლ, მარილი 1,5-2 გ (პროდუქტებში),  
5 გ ხელზე. რაციონის მთლიანი მასაა 2200 გ.

### რეკომენდებული და აკრძალული პროდუქტები და კერძები

#### I რაციონი

1. პური და პურ-ფუნთუშეული: ორცხობილა. გამო-  
რიცხულია: ჭვავის პური, ფენოვანი და ცხიმოვანი ცო-  
მეული, ღვეზელი, ბლინი, ტორტი, მაჭკატი, ნამცხვარი.

2. ხორცი, ფრინველი, თევზი: მჭლე, საქონლის, ხბოს  
ხორცი, ქათამი, თევზი (ფარგა, ვირთევზა და სხვ.), მო-  
ხარშული ან დაკეპილი. აკრძალულია: ცხიმოვანი ხორ-  
ცი, ფრინველის (ბატის, იხვის) ხორცი, თევზი, შებოლი-  
ლი, დამარილებული, შებოლილი ხორცი, კონსერვი, და-  
მარილებული თევზი, ხიზილალა, ძეხვეული, ტვინი, თირ-  
კმლები, ღვიძლი.

3. კვერცხი: რეკომენდებულია ორთქლზე დამზადე-  
ბული ომლეტი. გამორიცხულია მაგარი მოხარშული  
და შემწვარი კვერცხი.

4. რძე და რძის პროდუქტები. განხავევული რძე  
(ცოტა რაოდენობით), შემკავებული რძის სასმელი,  
უცხიმო გახეხილი ხაჭო, უცხიმო, არაჟანი შეხლუდუ-  
ლი რაოდენობით (ძირითადად კერძში). აკრძალულია:  
ცხიმოვანი ხაჭო, ნაღები, ყველი.

5. ცხიმები: კარაქი და მცენარეული (ძირითადად  
არარაფინირებული) ზეთი. აკრძალულია: ხორცისა და  
კულნარული ცხიმი.

6. ბურღულეული, მაკარონის ნაწარმი და პარკოს-  
ნები. წიწბურას, ქერის, მანანის, ბრინჯის გახეხილი  
ფაფა. გამორიცხულია: მაკარონის ნაწარმი და პარ-  
კოსნები.

7. ბოსტნეული: ნედლი გახეხილი სტაფილო (პიუ-  
რეს სახით), ყვავილოვანი კომბოსტოს ან ჭარხლის  
პიურე. აკრძალულია: სხვა დანარჩენი ბოსტნეული, მწ-  
ნილი და მარინადი

8. ხილი, ბალნეული, ტკბილეული: ახალი ხილის პი-  
ურე, შემწვარი, გახეხილი კომბოსტო. აკრძალულია: ხი-  
ლი და უხეშო ფრუდისიანი კენკროვანი, ყურძენი, შო-  
კოლადი, კრემიანი ნაწარმი.

9. წვნიანი: გახეხილი ბოსტნეულის ბულიონზე  
კვერცხის ფიფქებით. აკრძალულია: ხორცის, თევზის,  
სოკოს ბულიონი, ბურღულის, პარკოსნების, ბორში, შიი,  
რასოლნიკი.

10. საწებელი და სანელებლები. ბოსტნეულის ნა-  
ხარშზე, რძის საწებელი, ხილისა და კენკრის მოსას-  
ხმელი. აკრძალულია: თევზის, ხორცისა და სოკოს ნა-  
ხარშზე დამზადებული საწებელი, სანელებლები.

11. სასმელი. ღია ფერის ჩაი, ყავა-სუროგატი, ხილი-  
სა და ბოსტნეულის წვენი, ასკილის ნახარში. აკრძა-  
ლულია: მაგარი ჩაი, ნატურალური ყავა, კაკაო, ყურ-  
ძის წვენი, გაზიანი სასმელი.

#### II რაციონი

12. პური და პურ-ფუნთუშეული: ხორბლის პური,  
ჭვავის, ცილოვანი ქათოვანი პური, წინა დღის გამო-  
ცხვარი. გამორიცხულია: ფენოვანი და ცხიმოვანი ცო-  
მეული, ღვეზელი, ბლინი, ტორტი და ნამცხვარი.

13. ხორცი, ფრინველი, თევზი: მჭლე, საქონლის, ხბოს  
ხორცი, ქათამი, მოხარშული თევზი, დაბეგვილი, ნაჭრე-  
ბად. დამზადებული ქაშაყი (1-2-ჯერ კვირაში). აკრძალულია:  
ცხიმოვანი ხორცი, ფრინველის (ბატის, იხვის) ხორცი,  
თევზი, შებოლილი, დამარილებული, შებოლილი პრო-  
დუქტი, კონსერვი, დამარილებული თევზი, ხიზილალა,  
ძეხვეული, ტვინი, თირკმლები.

14. კვერცხი. რეკომენდებულია ორთქლზე დამზა-  
დებული ცილოვანი ომლეტი. გამორიცხულია მაგა-  
რი მოხარშული და შემწვარი კვერცხი.

15. რძე და რძის პროდუქტები: განზავებული რძე (ცოტა რაოდენობით), შემქმავებული რძის სასმელი, უცხიმო ხაჭო, არაჟანი კერძში, უმარილო გახეხილი ყველი. აკრძალულია: ცხიმოვანი ხაჭო, ნაღები, მარილიანი და ცხარე ყველი.

16. ცხიმები: კარაქი და მცენარეული ზეთი. აკრძალულია: ხორცისა და კულინარული ცხიმი.

17. ბურღულეული, მაკარონის ნაწარმი და პარკოსნები: წიწბურას, ქერის, მანანის, ბრინჯის ფაფა, მოხარშული ლაფშა. გამორიცხულია: მაკარონის ნაწარმი და პარკოსნები.

18. ხილი, ბაღეული, ტკბილეული: ახალი ხილი შემწვარი პიურეს სახით, ჩირი, კომპოტი, კისელები, შაქარი. აკრძალულია: ყურძენი, ქიშმიში, შოკოლადი, კრემიანი ნაწარმი, ნაყინი (კარაქის პლომბირი).

19. წვნიანი: ვეგეტარიანული გაუხეხავი ბოსტნეულისა და ბურღულეულის წვნიანი რძით. აკრძალულია: ხორცის, თევზის, სოკოს ბულიონი.

20. საწებელი და სანელებლები: რძისა და ბოსტნეულის ნახარშზე დამზადებული საწებელი, ტკბილი ხილი-კენკრის მოსასხმელი. აკრძალულია: თევზის, ხორცისა და სოკოს ნახარშზე დამზადებული საწებელი, სანელებლები.

21. სასმელი: ღია ფერის ჩაი, ყავა-სუროგატი, ხილი-სა და ბოსტნეულის წვენი, ასკილის ნახარში. აკრძალულია: მაგარი ჩაი, ნატურალური ყავა, კაკაო, ყურძის წვენი, გაზიანი სასმელი.

**III რაციონი.**

22. მესამე რაციონი რეკომენდებული კერძებისა და პროდუქტების მხრივ ეთანადება 10ს დიეტას.

**სამკურნალო კვება ტუბერკულოზის დროს დიეტა №11**

1. დიეტა №11 გამოიყენება ფილტვების, ძვლების, ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზი გამწვავების ჩაცხრომის პერიოდში; საერთო კვებისა და ორგანიზმის რეაქტიულობის დაქვეითება რეკონვალესცენციის პერიოდში ინფექციური დაავადებების, ტრავმისა და ოპერაციების შემდეგ, ანემიის დროს (ცხიმის შეზღუდვით). დიეტა გამოყენებულია ყველა აღნიშნული დაავადებისას იმ შემთხვევაში, თუ არ ერთვის საჭმლის მომკვლელობის სისტემის დაავადება.

2. მიზნობრივი დანიშნულებაა – ორგანიზმის რეაქტიულობის მომატება, ქრონიკული ინფექციისადმი რეზისტენტობის გაზრდა.

3. დიეტა ხასიათდება ცხოველური ცილების, ვიტამინების, მინერალური მარილების (რკინა, კალციუმი, ფოსფორი და სხვ.) რაოდენობის მატებით, ასევე საკვების ენერგეტიკული ღირებულების გაზრდით.

4. დიეტის ენერგეტიკული ღირებულებაა 13400-12300 კჯ (3200-3650 კკალ),

ქიმიური შედგენილობა კი: 120-140 გ ცილები (60% – ცხოველური), 100-120 გ ცხიმები (20-25% – მცენარეული), 400-500 გ ნახშირწყლები, 6-8 გ ნატრიუმქლორიდი, 1,5 ლ თავისუფალი სითხე.

5. კვება დღეში 5-6-ჯერადა.

**ტუბერკულოზით დაავადებულითათვის შემუშავებულია №11 დიეტის 5 ვარიანტი.**

ა) I ვარიანტი. უნიშნავენ ისეთ ავადმყოფებს, რომელთაც დაქვეითებული აქვთ ორგანიზმის რეაქტიულობა, საერთო ჰიპოტონია, სუფერბილური ტემპერა-

ტურა, დაავადების დუნედ მიმდინარეობა. ამ ვარიანტის ქიმიური შედგენილობაა: 140 გ ცილები, 100 გ ცხიმები, 350-400 გ ნახშირწყლები (აღვილად შეთვისებადი ნახშირწყლების შეზღუდვით). დღიური რაციონის ენერგეტიკული ღირებულებაა: 2700-3000 კკალ, ასკორბინმჟავა 300 მგ, ვიტამინი 15 მგ. კვება დღეში 5-6-ჯერადა.

ბ) II ვარიანტი. უნიშნავენ მომატებული ნერვული აგზნებადობის, სხეულის მასის დეფიციტის, მომატებული ტემპერატურის (38°C–მდე) შემთხვევაში ქსოვილის გაძლიერებული დაშლის ნიშნების გარეშე, ფილტვების, პლევრის, ლიმფური კვანძებისა და სახსრების ტუბერკულოზის პროცესის ჩაქრობის პერიოდში.

II დიეტის II ვარიანტის ქიმიური შედგენილობაა: 110-120 გ ცილები, 120 გ-მდე ცხიმები, 500-550 გ ნახშირწყლები, ასკორბინმჟავა 300 მგ. ენერგეტიკული ღირებულებაა: 3000-3500 კკალ. რეკომენდებულია კალციუმით მდიდარი პროდუქტები (რძე, რძის პროდუქტები, კვერცხი). კვება 5-ჯერადა დღეში.

გ) III ვარიანტი. უნიშნავენ გამწვავების პერიოდში, თუ ქსოვილის დაშლის პროცესი გამოხატულია, მაღალი ტემპერატურისა და გამოფიტვით მიმდინარე მნიშვნელოვანი ანთებითი გამოვლინებისას. ამ შემთხვევაში შეინიშნება ცილების გაძლიერებული დაშლა. დიეტის ქიმიური შედგენილობაა: 120-140 გ ცილები, 100 გ ცხიმები, 400-500 გ ნახშირწყლები. ენერგეტიკული ღირებულებაა: 3000-3500 კკალ. მკვეთრი ინტოქსიკაციისა და დაქვეითებული ჟანგვითი პროცესების გამო აუცილებელია ჭარბი რაოდენობით ასკორბინმჟავას შეყვანა. დანარჩენი ვიტამინები რეკომენდებულია ფიზიოლოგიური ნორმების ფარგლებში. კალციუმი 2 გ დღეში, სუფრის მარილი – 8გ.

დ) IV ვარიანტი. უნიშნავენ ავადმყოფებს, რომელთაც აშკარად გამოხატული ალერგიული მოვლენები აქვთ. დიეტაში შეზღუდულია აღვილად ათვისებადი ნახშირწყლები. ქიმიური შედგენილობა: 120 გ ცილები, 110 გ ცხიმები, 250-300 გ ნახშირწყლები. ენერგეტიკული ღირებულებაა: 2500-3000 კკალ. ვიტამინები ფიზიოლოგიური ნორმების ფარგლებში. კალციუმი 2-5 გ დღეში.

ე) V ვარიანტი. უნიშნავენ იმ შემთხვევაში, თუ არსებობს ექსუდატისა და ტრანსუდატისადმი მიდრეკილება. დიეტა მარილის დამატების გარეშეა. ქიმიური შედგენილობა: 100-120 გ ცილები, 120-130 გ ცხიმები, 300-350 გ ნახშირწყლები. ენერგეტიკული ღირებულებაა 3000 კკალ. კალციუმი არანაკლებ 2 გ დღეში. სითხის რაოდენობა შეზღუდულია 800-1000 მლ-მდე დღეში.

**მუხლი 41. რეკომენდებული პროდუქტები და კერძები**

1. პური და პურ-ფუნთუშეული: თეთრი პირი, ორცხობილა, უცხიმო ცომის ნამცხვარი, ბისკვიტი. გამორიცხულია: ცხიმოვანი ტორტი, კრემიანი ნამცხვარი.

ხორცი, ფრინველი, თევზი. საქონლის, ხბოს, ქათმის, ინდაურის ხორცის კატლეტი, სუფლე და პაშტეტი. მდინარის ახალი მოხარშული თევზი.

2. რძე და რძის პროდუქტები: რძე, მაწონი, კეფირი, არაჟანი, ყველი, კალცინირებული ხაჭო, ხაჭოს მობრავლა და სხვ.

3. კვერცხი: ომლეტი, მთლიანი თოხლო კვერცხი.

4. ბურღულეული, მაკარონის ნაწარმი და პარკოსნები: ასორტიმენტისა და დამზადების ხერხის



შეზღუდვის გარეშე. სასურველია წიწიბურას და პერ-  
კულესის კერძი.

5. ბოსტნეული: მოხარშული და გახეხილი. გამო-  
რიცხულია კომბოსტო.

7. წვნიანი: გახეხილი ხორცის ბულიონზე დამზა-  
დებული.

8. ცხიმები: კარაქი და მცენარეული ზეთი.

9. ხილი, ტკბილეული. ყველა სახის. აუცილებელია  
ახალი ხილი, კისელი, უელე, მუსი, წვენი, ასკილის და  
შავი მოცხარის ნახარში.

**სამკურნალო კვება ნერვული სისტემის დაზარა-  
დების დროს**

12 დიეტა გამოყენებულია ნერვული სისტემის და-  
ავადებისას. ქიმიური შედგენილობით იგი უახლოვდებ-  
ა N 15 დიეტას. პრაქტიკულად №12 დიეტას აღარ  
უნიშნავენ ავადმყოფებს. ნერვული სისტემის დაავა-  
დების ხასიათისა და ორგანიზმის სხვა თანდართუ-  
ლი დარღვევისას ძირითადად გამოყენებულია №5, 10,  
15 დიეტის სხვადასხვა ვარიანტი.

**სამკურნალო კვება ინფექციური დაზარა-  
დების დროს**

**დიეტა №13**

1. დიეტა №13 გამოიყენება მწვავე ინფექციური და-  
ავადების, ანგინის დროს, რბილ ქსოვილზე, ძვლებზე, ფა-  
რისებრ ჯირკვალზე ოპერაციის შემდგომ პერიოდში.

2. დიეტის მიზნობრივი დანიშნულებაა ორგანიზმი-  
დან ტოქსინების (შხამების) გამოყოფის გაძლიერება  
და მისი დაცვითი უნარის ამაღლება, საჭმლის მომ-  
წოდებელი ორგანოების დაზოგვა მწვავე ციების  
მდგომარეობისას ან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში  
წოლითი რეჟიმისას.

3. დიეტა P 13-ს ხასიათებს ენერგეტიკული ღირე-  
ბულების შეზღუდვა, საჭმლის მომწოდებელი ტრაქტის  
გამღიზიანებელი და ნაწლავებში დაზოგვის პროცესის  
ხელშეწყობი პროდუქტების შეზღუდვა; ვიტამინები-  
სა და სითხის რაოდენობის გაზრდა, მარილი ზომი-  
ერი რაოდენობითაა.

4. დიეტის ენერგეტიკული ღირებულება და ქიმიუ-  
რი შედგენილობა შემდეგნაირია. ა) ენერგეტიკული  
ღირებულება – 9000-9340 კჯ (2150-2230 კკალ). ბ) ქი-  
მიური შედგენილობა – 80 გ ცილები (60-70% – ცხო-  
ველური, უპირატესად რძისა), 70 გ ცხიმები (15% – მცე-  
ნარეული), 300-320 გ ნახშირწყლები, 8-10 გ ნატრიუმ-  
ქლორიდი, 2 ლ და მეტი თავისუფალი სითხე.

5. საკვები უნდა მოიხარშოს წყალზე ან ორთქლ-  
ზე. პიურეს ან ნახევრად თხიერი კონსისტენციის წვნი-  
ანის სახით. კვება დღეში 6-ჯერადაა. კერძის ტემპე-  
რატურა არანაკლებ 60°C-ისა.

**რეკომენდებული პროდუქტები და კერძები**

1. პური და პურ-ფუნთოშეული: წინა დღის გამომ-  
ცხვარი ან გამომშრალი ხორბლის პური, უცხიმო ორ-  
ცხობილა, მშრალი ნამცხვარი, ბისკვიტი. გამორიცხუ-  
ლია: ჭვავის პური, შავი პური, ბლინი, ცხიმისანი ცომე-  
ული.

2. ხორცი, ფრინველი, თევზი: უცხიმო ხორეული,  
ფრინველი ან თევზი, დაკეპილი ან ნაჭრებად დაჭრი-  
ლი, ორთქლზე მოხარშული, ლაბასხმული. კერძის დამ-  
ზადებისას ხორცს აცილებენ ძარღვებს, ხრტილოვან  
ნაწილსა და კანს. აკრძალულია: ცხიმისანი, ფრინველის  
(ბატის, იხვის, ცხვრის, ღორის) ხორცი, თევზეული, შაშ-  
ხი, კონსერვი, შებოლილი და სხვ. მისთ.

3. კვერცხი: თოხლო, ორთქლზე დამზადებული ომ-  
ლეტი. აკრძალულია: მაგრად მოხარშული და შემწ-  
ვარი კვერცხი.

4. რძე და რძის პროდუქტები: მაწონი, აციდოფილი-  
ნი, კეფირი, არამუცვე ხაჭო, გახეხილი ან მობრაწულას  
სახით, უცხიმო არაჟანი და რძე კერძში, გახეხილი უმა-  
რილო ყველი. აკრძალულია: მოუხდელი რძე, არაჟა-  
ნი, ცხიმისანი მარილიანი ყველი.

5. ცხიმები: კარაქი ნატურალური სახით და კერძ-  
ში, მცენარეული რაფინირებულ ზეთი შეზღუდულად  
(10-15 გ-მდე). ყველა დანარჩენი ცხიმი აკრძალულია.

6. ბურღულეული, მაკარონის ნაწარმი და პარკოს-  
ნები: რძისა და წყლის ნარევეზე დამზადებული ფა-  
ფეული, მანანის ბურღულის, ბრინჯის, პურკულესისა და  
დანაყილი წიწიბურას პუდინგი. აკრძალულია: უჩენ-  
ხო ქერი, ფეტვი, მაკარონი და პარკოსნები.

7. ბოსტნეული: კარტოფილი, ჭარხალი, ყაბაყი, გოგ-  
რა, სტაფილო, ყვავილოვანი კომბოსტო, მოხარშული,  
პიურეს სახით. ყაბაყი და გოგრა იხარშება ნაჭრებად.  
მწიფე პომიდორი. აკრძალულია: ყველა სახის ბოს-  
ტნეული (კომბოსტო, თავხვეწულა, თაღგამი, ბოლოკი,  
კიტრი, სოკო და სხვ.).

8. წვნიანი: ხორცისა და თევზის სუსტი ბულიონი,  
ბოსტნეულის ნახარში გახეხილი ბოსტნეულითა და  
ბურღულეულით, რძის შეგუებადობის მიხედვით. აკ-  
რძალულია: მაგარი და ცხიმისანი ბულიონი, ბორში,  
შიი, შეჭამადი.

9. ხილი, ტკბილეული: მწიფე, რბილი ხილი და კენ-  
კროვანი, გახეხილი, შემწვარი ვაშლი, გახეხილი კომ-  
პოტი, კისელი, უელე, მუსი, სამბუკი, შაქარი, თაფლი, მუ-  
რაბა, მარმელადი, პასტილა. აკრძალულია: უხეშეჭრე-  
ლისიანი ხილი, შოკოლადი, ნამცხვარი.

10. საწებელი და სანელებელი: ბოსტნეულის, თევ-  
ზისა და ხორცის ნახარშზე დამზადებული, არაჟნით.  
დაფნის ფოთოლი, ვანილინი. აკრძალულია: ცხარე და  
მწვავე სანელებელი.

11. სასმელი: ჩაი, ყავა, წყალზე დამზადებული კა-  
კაო რძით, ხილისა და ბოსტნეულის წვენი, ასკილის  
ნახარში. აკრძალულია: ყურძნისა და კომბოსტოს  
წვენი.

**სამკურნალო კვება კენჭოვანი დაზარადებისა და  
ფოსფატურიის დროს დიეტა №14**

**სამკურნალო კვება რკონვალმსენციის დროს  
დიეტა №15**

და ბოლოს უმნიშვნელოვანესია დიეტური კერძე-  
ბის დამზადების ტექნოლოგიის სკუპულოზური დაც-  
ვა.

ამდენად, „სამკურნალო დიეტები“ დაავადებათა  
სრულყოფილი მართვის შემადგენელი ნაწილია და  
იგი აუცილებლად მოითხოვს ასაკის შესაბამისო-  
ბას, როგორც ამბულატორიულ ასევე სტაციონარულ  
პაციენტებში.

**ლიტ:**

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სო-  
ციალური დაცვის მინისტრის ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა 258/ნ  
2002 წლის 17 სექტემბერი ქ. თბილისი სამკურნალო  
დიეტების დამტკიცების შესახებ

2. რაციონალური კვებასამკურნალო დიეტები მე-  
თოდური მითითებები  
მმ 2.3.1.001-02 ქ. თბილისი

რეზიუმე

სამკურნალო დიეტების შესახებ (მიმოხილვა)

ბ. ჩახუნაშვილი (სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი)

ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გასაუმჯობესებლად, აუცილებელია დაცული იქნეს „სამკურნალო დიეტები“. უმნიშვნელოვანესია რაციონალური კვება, სამკურნალო დიეტები და მეთოდური მითითებები მათი გამოყენების სფერო და ზოგადი მოთხოვნები დიეტებისადმი. აღნიშნული შრომა დახმარებას გაუწევს სამედიცინო პერსონალს (ექ. დიეტოლოგები, დიეტდები და სხვ.) მთელ რიგ დაავადებათა კომპლექსური მკურნალობის დროს ეფექტურად გამოიყენონ სამკურნალო კვება. გამიზნულია სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში დიეტოთერაპიის ჩასანერგად. უმნიშვნელოვანესია დიეტური კერძების დამზადების ტექნოლოგიის სკუპულოზური დაცვა. ამდენად, „სამკურნალო დიეტები“ დაავადებათა სრულყოფილი მართვის შემადგენელი ნაწილია და იგი აუცილებლად მოითხოვს ასაკის შესაბამისობას, როგორც ამბულატორიულ ასევე სტაციონარულ პაციენტებში.

SUMMARY

ABOUT MEDICINAL DIETS

G. CHAKHUNASVILI SPPF

To ensure healthy environment and improve quality of medical service certain diets should be followed. Rational eating, medicinal diets and their use is essential part of medicine. This work will assist medical personnel in the treatment of various situations. Following steps of cooking is essential. The medicinal diets are part of managing certain diseases and must be used in stationary patients as well as in ambulatory.

„საქართველოში კვების ნაციონალური პოლიტიკის ძირითადი ასპექტები“

თ. ღარსანიას, ღ. ზარნაძე, ირ. ზარნაძე, ბ. ჩახუნაშვილი (თსსუ, სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი)

მნიშვნელოვანია, რომ თანამედროვე მსოფლიოში მე-20 საუკუნის ბოლოსა და 21-ს დასაწყისში სხვადასხვა საერთაშორისო დონეზე ინტენსიურად საქმიანობამ ბევრ ქვეყანაში გააუმჯობესა ჯანმრთელობის მაჩვენებლები. როგორცაა, აშშ-ში გულსისხლძარღვთა მართვით ფატალური შედეგების 20%-ით შემცირება და, ასევე, ფინეთში 50%-ით სიკვდილიანობის შემცირება ამავე ავადმყოფობით.

სწორედ ამიტომ, შრომის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოში კვების ნაციონალური პოლიტიკის ძირითადი ასპექტების კომპლექსური შესწავლა.

აქედან გამომდინარე ახლებური ხედვა თანამედროვე კვების ეროვნულ პოლიტიკაში არსებული რთული და აქტუალური პრობლემებისადმი აუცილებელია დაშრომის დებულებანი, ნუტრიციული დარღვევების მართვას ემსახურება.

შემოსავალი და დასაქმება წარმართავს მოსახლეობის კვებით ქცევას. მისი ძირითადი კომპონენტები განსაზღვრავენ ინდივიდუალურ, საზოგადოებრივ კვებით ქცევას და სამედიცინო აქტივობას. მოსახლეობის რაციონი შეიცავს არასაკმარის ცილებს, მცენარეულ ცხიმებს, ვიტამინებსა და მიკროელემენტებს. არასაკმარისი ნუტრიცია სერიოზულ პრობლემებს უქმნის ჯანმრთელ მოსახლეობას, ხოლო ჯანდაცვის ძირითადი დაწესებულებები ეფექტურად ვერ უწევენ პო-

პულარიზაციას და ამახვილებენ მოსახლეობის ყურადღებას კვებით საქციელზე; ფართო საკვები კალათისადმი ხელმიუწვდომლობა წარმოქმნის ნუტრიციული დარღვევების სერიოზულ საფუძველს ისევე, როგორც ღარიბთა მდგომარეობა, როდესაც მათ კონფორმაცია განიცადეს და ერთფეროვან საკვების მიღებაზე გადავიდნენ.

- აქამდე საქართველოში არასდროს ჩატარებული კომპლექსური და
- ძირფესვიანი კვლევა იმაზე, თუ რა ზეგავლენას ახდენს ნუტრიციული
- მდგომარეობა და კვებითი ქცევა ჯანმრთელობაზე.
- მოსახლეობის კვების სტატუსზე კვლევა პირველად ჩატარდა ორიგინალური
- მეთოდის გამოყენებით – ნუტრიციის ზეგავლენის მნიშვნელობა

ჯანმთელობაზე. შემუშავებულია სრულიად ახალი ოპერაც იული მოდელი, რომელიც მოიცავს ინტეგრირებულ მართვისა და ადმინისტრაციის მოდელს მენეჯმენტის მეთოდებით, მექანიზმებით იმ მიზნით, რომ განისაზღვროს ექვივალენტი პოპულაციის საკვები რაციონის მიღების და საკვებისადმი ხელმისაწვდომობის გაანალიზებით.

კვლევის ღირებულება არის არა მხოლოდ სამეცნიერო არამედ პოლიტიკურიც.



დაგეგმილია, რომ მოიპოვება ახალი, ჯერ უცნობი, და ზუსტი ინფორმაცია ნუტრიციის ძირითად ასპექტებზე და ეფექტურ სოციალურ მანევრებზე.

კვლევის გამოსავალი შეადგენს ოპტიმალური მოდელის შექმნას და ავტორებს მიცემს უფლებას, შემოგვათავაზოს ინტეგრირებული პოლიტიკის დანერგვა ჯანდაცვის და სასოფლო-სამეურნეო დაწესებულებებში. ეს უკანასკნელი კი თავისთავად სამეცნიერო-პრაქტიკული ღირებულებისაა.

ამასთან ერთად, გამოკვლევა მოგვცემს შესაძლებლობას:

- განისაზღვროს ძირითადი მიმართულებები კვებითი პოლიტიკის
  - სახელმწიფო მნიშვნელობა მიენიჭოს ნუტრიციის მდგომარეობას
  - განვითარდეს ინტერსექტორული თანამშრომლობა სახელმწიფოსა და საზოგადოებრივ სტრუქტურებს შორის
  - ჩამოყალიბდეს და განვითარდეს ჯანმრთელი კვებითი ქცევა
  - სავალდებულო გახდეს საკვების გამდიდრება ვიტამინებითა და მინერალებით
  - კვების შენახვა, დამზადებაზე, შეფუთვასა და ტრანსპორტირებაზე გამკაცრდეს კონტროლი
  - დაიწყოს სამეცნიერო კვლევა საკვების მიღება შესაბამისობა მის ხელმისაწვდომობასთან
  - მომავალ პროგრამებში გათვალისწინდეს ნუტრიციის კულტურული, ქცევითი, ეკონომიკური, ანთროპომეტრული, ბიოქიმიური და ჰემატოლოგიური კვლევები
  - ჩაუტარდეს ტრენინგები სამედიცინო პერსონალს საჯარო სამედიცინო დაწესებულებებში შესაბამისი პროგრამის მიხედვით
  - გამკაცრდეს კონტროლი ჯანმრთელობისთვის საშიშ პროდუქტებზე, გენმოდიფიცირებული საკვების ჩათვლით
  - დაიძლიოს შიმშილი და არასაკმარისი ნუტრიცია
  - გაიზარდოს საზოგადოების ცნობიერების და ჩართულობის დონე ახალი ნუტრიციული ღირებულებების დანერგვისას, გათვალისწინებულ იქნება რაციონირებული, გეოგრაფიული და რელიგიური მხარეები.
  - უზრუნველყოფილ იქნას საკვები პროდუქტების უსაფრთხოება
  - განისაზღვროს შესაძლო რისკები
  - შემუშავდეს პროგრამები შესაძლო პრობლემების აღმოფხვრისთვის
  - შემუშავდეს საკვები პროდუქტების ნორმები და სტანდარტები
  - შემუშავდეს კონტროლის მექანიზმები და რეგულარული მონიტორინგი“
- საკითხთა გადაჭრა ძირითადი ამოცანების განხორციელების პროცესშია.
- შრომაში კვლევის მეთოდოლოგია, მეთოდოლოგია და მეთოდები სრულიად აღქვავატურია, რომლებიც შეესაბამება თანამედროვე მოთხოვნებს.
- ნაშრომის საკუთარი კვლევის შედეგებს, რომლებიც სტატისტიკურად დამუშავებულია. ამასთან ერთად, საკუთარი მონაცემების მიღებული შედეგების კრიტიკულმა ანალიზმა შესაძლებლობა მოგვცა ჩამოგვეყალიბებინა ფრიალ სარწმუნო დასკვნები, რომლებიც ემყარება და ლოგიკურად გამომდინარეობს მასალიდან. მიღებული შედეგებიდან გამოვყოფდით შემდეგ დასკვნებს:

• საქართველოში კვების რაციონის და სოციალური კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ კვების რაციონში არასაკმარისია ისეთი პროდუქტები, როგორცაა ხორცი, თევზი და ბოსტნეული

• პენსიონერთა და ხანდაზმულთა რაციონი ერთფეროვანია და დაბალი კვებითი ღირებულება აქვს

• მოსახლეობის უმრავლესობა ვერ იღებს ხორცს ხილსა და ბოსტნეულს ყოველდღიურ რაციონში.

• კვებითი ქცევის ცვლილებისთვის არაა საკმარისი ჯანმთელობის განათლების საფუძვლები, ვინაიდან მოსახლეობის უმრავლესობის სოციალური-ეკონომიკური მდგომარეობა არაა დამაკმაყოფილებელია. რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის სტატუსზე.

• დადგინდა, რომ ძირითად პრობლემას საართველოს მოსახლეობის კვებასა და სურსათის მოხმარების საკითხებში შეადგენს: არასაკმარისი კვება, ნუტრიენტების დეფიციტი, კვების ერთფეროვნება.

• დადგინდა, კომპლექსური მიდგომის აუცილებლობა (პოლიტიკური, სოციალური-ეკონომიკური) საკვები პროდუქტების მოხმარების, ჯანსაღი კვების და კვებითი ქცევის დამკვიდრებისათვის ადა ასევე რეგულარული შესწავლისა და შეფასებისთვის

• კვლევამ აჩვენა, რომ მოსახლეობის კვების რაციონი დეფიციტური და ერთფეროვანია. სტანდარტებისაგან საკმარისად შორსაა დღიურ რაციონში ნუტრიენტებისა და მიკროელემენტების შემცველობა, შესამჩნევია ცილოვანი დეფიციტი.

• ასევე, ერთნაირად ცუდად იკვებებიან მამაკაცები და ქალები

• შეამჩნევია ვიტამინური დეფიციტი, რაც ფაქტობრივად მიუთითებს კვების რაციონში ხილისა და ბოსტნეულის სიმცირეზე.

• განსაკუთრებით აღსანიშნავია, რომ რძისა და რძის პროდუქტების ხვედრითი წილი კვების რაციონში ძალიან უმნიშვნელოა

• მოსახლეობის სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფი ერთნაირად ცუდად იცნობს ჯანსაღ კვებით ქცევებს

ვფიქრობთ შრომის პრაქტიკული მიმართულებას, რეკომენდაციებს ფართოდ გამოიყენებენ საქართველოს კვებითი პოლიტიკის შემუშავებისას. შედეგები დაინერგება დიპლომადედა და ექიმთა დიპლომის შემდგომი განათლების სასწავლო და სასწავლო-მეთოდური მუშაობისას.

ამრიგად, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ნაშრომი საკითხის აქტუალობით და მიღებული შედეგებით, დღევანდელი საზოგადოებრივ ჯანდაცვის სრულყოფილი მართვისათვის აუცილებლობას წარმოადგენს.

#### ლიტერატურა:

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება 258/ნ 2002 წლის 17 სექტემბერი ქ. თბილისი სამკურნალო დიეტების დამტკიცების შესახებ
2. რაციონალური კვებასამკურნალო დიეტები მეთოდური მითითებები მმ 2.3.1.001-02 ქ. თბილისი

3. „გლობალიზაციის გავლენა საქართველოს მოსახლეობის კვებითი ქცევის ცვლილებებზე“ – თ. დარსანია, დ. ზარნაძე, ირ. ზარნაძე 19–21 ოქტომბერი, IV საერთაშორისო კონფერენცია „ჯანმრთელობა და ეკოლოგია“

4. “HEALTH REFORMS AND PUBLIC HEALTH IN GEORGIA“. RAMINASHVILI D. ZARNADZE I. ZARNADZE SH. LOMTADZE L. KITOVANI <http://cyberleninka.ru/article/n/health-reforms-and-public-health-in-georgia>

5. P.J. Laurent (1972), Approximation et Optimization, Herman: Paris (Russian translation).

6. R. Holmes (1972), J. Math. Anal. Appl., 40: 574-593.

7. D.K. Ugulava (1986), Trudy Inst. Vychisl. Matemat. AN GSSR, 26, 1: 234-241 (in Russian).

8. J.F. Traub, W. Wasilkowski, H. Wozniakowski (1988), Information-Based Complexity. Academy Press, New York.

10. D.N. Zarnadze (1999), Reports of Enlarged Session of I.N.Vekua Inst. of Applied Math., 14, 3: 91-94.

11. G. Albinus (1972), Beiträge zur Analysis, 8: 31-44.

12. D.N. Zarnadze (1995), Izv. RAN. Ser. Matem. 59, 5: 59-

72 (in Russian); Engl. transl.: (1995), Russian Acad. Sci. Izv. Math. 59, 5: 935-948.

13. D.K. Ugulava, D.N. Zarnadze (1987), Trudy Inst. Vychisl. Matemat. AN GSSR, 27, 1: 59-71 (in Russian).

14. D.N. Zarnadze (1986), Izv. AN SSSR. Ser. Matem. 50, 4: 711-725. (in Russian); Engl. transl.: (1987), Math. USSR-Izv., 29: 67-79

15. მდგრადი განვითარება და ბავშვთა უსაფრთხოება: („ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“) / გ. ჩახუნაშვილი, ი. ფავლენიშვილი // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2011. – I შუშ 1987-9865. – 13-8-7. – გვ. 25-46. – ორიგანული სტატიები. – რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენ.

16. ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის კურსი (ბავშვთა და მოზარდთა უსაფრთხოება მეცნიერული გზით მედიცინა და სპორტი) / გ. ჩახუნაშვილი // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2010. – 12-7-6. – გვ. 29-30. – ტექსტი ქართ. და ინგლ. ენაზე

### რეზიუმე

## „საქართველოში კვების ნაციონალური პოლიტიკის ძირითადი ასპექტები“

თ. დარსანია, დ. ზარნაძე, ირ. ზარნაძე, გ. ჩახუნაშვილი  
(თსუ, სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი)

მნიშვნელოვანია, რომ თანამედროვე მსოფლიოში მე-20 საუკუნის ბოლოსა და 21-ს დასაწყისში სხვადასხვა საერთაშორისო დონეზე ინტენსიურად საქმიანობამ ბევრ ქვეყანაში გააუმჯობესა ჯანმრელობის მაჩვენებლები. როგორცაა, აშშ-ში გულსისხლძარღვთა მართვით ფატალური შედეგების 20%-ით შემცირება და, ასევე, ფინეთის 50%-ით სიკვდილიანობის შემცირება ამავე ავადმყოფობით.

სწორედ ამიტომ, შრომის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოში კვების ნაციონალური პოლიტიკის ძირითადი ასპექტების კომპლექსური შესწავლა.

აქედან გამომდინარე ახლებური ხედვა თანამედროვე კვების ეროვნულ პოლიტიკაში არსებული რთული და აქტუალური პრობლემებისადმი აუცილებელია და- შრომის დებულებანი, ნუტრიციული დარღვევების მართვას ემსახურება.

მასალის ანალიზით ირკვევა, რომ

- საქართველოში კვების რაციონის და სოციალური კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ კვების რაციონში არასაკმარისია ისეთი პროდუქტები, როგორცაა ხორცი, თევზი და ბოსტნეული

- პენსიონერთა და ხანდაზმულთა რაციონი ერთფეროვანია და დაბალი კვებითი ღირებულება აქვს

- მოსახლეობის უმრავლესობა ვერ იღებს ხორცს ხილსა და ბოსტნეულს ყოველდღიურ რაციონში.

ამრიგად, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ნაშრომი საკითხის აქტუალობით და მიღებული შედეგებით, დღევანდელი საზოგადოებრივ ჯანდაცვის სრულყოფილი მართვისათვის აუცილებლობას წარმოადგენს.

### SUMMARY

## MAIN ASPECTS OF GEORGIAN NATIONAL FOOD POLICY

T. DARSANIA, D. ZARNADZE, IR. ZARNADZE, G. CHAKHUNASHVILI (TSMU, SPPF)

By the end of 20th century and start of 21st century various worldwide activities improved health indexes, such as: in the US fatal outcomes during cardiovascular management decreased by 20 %, In Finland 50% decrease of mortality by such diseases.

The goal of the study was to study complexity of Georgian national food policy.

The data analysis show:

- The study of daily ration showed: lack of products in daily ration such as meat, vegetables and fish.

- Ration for older people who are on pension is monotonous and is of low nutritional value

- Majority of populations does not have fruit and meat in daily ration

All above said enables us to say that this work is of quite an importance and we can conclude that further studies should be performed for evaluating public healthcare.



## АНТРОПОГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ КАК КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ОСНОВА ТЕОРИИ МЕДИЦИНЫ

Только человек сопротивляется направлению гравитации: ему постоянно хочется падать вверх.

Ф.Ницше

Жизнь – это медленно рождаться.

Антуан де Сент-Экзюпери

Мы не в состоянии избавиться от силы тяжести и поэтому навсегда останемся невежественными относительно ее роли в эволюции.

Ч. Дарвин.

Г.С.БЕЛКАНИЯ, Л.Р.ДИЛЕНЯН, И.В.ГВИНДЖИЛИЯ, Э.Д. МАТИАШВИЛИ,  
С.В.ДЖАИАНИ, А.С.БАГРИЙ, Л.Г.ПУХАЛЬСКАЯ

*Лаборатория медицинских экспертных систем «Антропос Системс Лэб.», Винница, Украина; Нижегородская медицинская академия, Россия; Лечебно-оздоровительный центр АНТРОПОС, Тбилиси, Грузия; Академия гуманитарных наук, Тбилиси, Грузия; Институт критической медицины, Тбилиси Грузия; Винницкий национальный медицинский университет, Украина; Варшавский медицинский университет, Польша.*

Рассматривая вопросы здоровья и нездоровья человека, следует учитывать его особенности как животного существа, по которым он принципиально отличается от всех остальных животных. Рассматриваемые в современной антропологии морфологические и психосоциальные базовые качества человека, как биологического вида [2,3], и с учетом эволюционной последовательности их проявления можно сформулировать в синтетическом понятии гоминидной триады – прямохождение, мозг и речь, из которых ключевым признаком биологии вида Номо, безусловно, является прямохождение.

И не случайно эти признаки называются именно в той последовательности, в какой они формировались в эволюции Номосариенс. Сначала несколько миллионов лет назад - это прямоходящее существо, мозг которого по своим относительным размерам не отличался от остальных животных. Но владельцем этого мозга было существо, которое перемещалось на двух ногах (бипедия) и при полностью разогнутом туловище, длинная ось которого по гравитационной вертикали совпадала с длинной осью нижних конечностей (ортоградная поза). При этом важно подчеркнуть, что прямохождение – это не просто поза, а уникальная позная форма адаптации к жизни в условиях земной силы тяжести.

С момента зарождения жизни на нашей планете на протяжении многих миллионов лет происходило постепенное изменение большинства факторов внешней среды (состава атмосферы, температуры, атмосферного давления и др.); неизменным оставалось лишь действие гравитации. Все тела живой и неживой природы находятся под постоянным гравитационным влиянием планеты, которое стало существенным фактором развития растительного и животного мира на Земле.

Жизнь зародилась, и долгое время существовала в воде, т.е. в среде, в которой противодействующие весу тела силы идеально распределены по всей его поверхности. В этих условиях ослабевает восприятие веса тела, что существенным образом уменьшает и проявление земной силы тяжести на организм. Постепенный переход живых существ от водной среды обитания к земноводному и наземному образу жизни привел к относительному усилению влияния гравитационных сил. Это влияние в дальнейшем прогрессировало параллельно изменению характера статики (от четвероногой к полувертикальной) и достигло максимума при прямохождении.

Живые существа активно взаимодействуют с гравитационным окружением. Вся история развития животного мира - это история преодоления силы тяготения. В результате произошло формирование мощного скелета и мышечной системы на-

земных позвоночных, обеспечивающих опорную функцию и реализацию позной и двигательной активности. Неслучайно, в отношении именно этой функции (реакции, адаптации) был впервые использован термин «антигравитационная» [40]. Именно на этой базе наземных животных и, особенно, у человека, прежде всего, как у прямоходящего существа высокой степени структурного и функционального развития достигли периферическая и центральная нервные системы [37].

Увеличение энергетических потребностей, что связано с относительным возрастанием влияния гравитационных сил на животные организмы в процессе их эволюционного развития, привело к направленным изменениям практически во всех системах организма [см. обзор, 12], включая модификацию системы газообмена [22,23,24,11]. Гравитация наложила свой отпечаток на весь обмен веществ животного организма, став существенным фактором его развития. В этом ее основное биологическое значение, которое отражает тесное взаимодействие живых существ с внешней средой. Каждый этап преодоления земного тяготения являлся скачком в эволюции животного мира. И, безусловно, уникальным событием и уникальной формой двигательной адаптации к земной силе тяжести в этом процессе явилось становление нового биологического вида, уникальным отличительным признаком которого является прямохождение.

Именно прямохождение и прямохождение явились биологической базой для прогрессивного развития, прежде всего двигательных возможностей Человека прямоходящего. Это и усложнившаяся система ориентации в пространстве и поддержания равновесия в условиях относительного повышения центра тяжести и резкого уменьшения площади опоры при бипедии (двустопости). Это и освобождение пары передних (верхних) конечностей от примитивной функции опоры и возможность развития хватательной функции, а на ее основе формирование и прогрессивное развитие тонких дифференцированных движений кистью и пальцами. Все это и обеспечило исключительные двигательные возможности Человека. В животном мире нет другого существа с таким многообразием поз и форм движений. Начиная от естественного поведения, бытовой и хозяйственной деятельности и заканчивая спортом, искусством и наукой. Руками человеческими созданы и продолжают создаваться шедевры во всех сферах жизни, начиная от написания первых букв ребенком.

Именно исключительные двигательные возможности Человека прямоходящего явились основой для прогрессивного развития нервной и мышечной систем, а на их основе и прогрессивного развития мозга. Такое эволюционное накоп-

ление и привело к увеличению относительной массы мозга, выдающейся функцией которого стала речь [3]. Особо следует подчеркнуть, что выразителем интеллектуальной составляющей речи являются опять-таки двигательные возможности. Это тонкая и сложно координированная работа нескольких десятков мимических мышц и не только их, учитывая экспрессивность человеческой речи. И носителем уже такого мозга в придачу к уникальному прямохождению, во всяком случае, не позже 40-60 тысяч лет и не раньше 150-200 тысяч лет назад стал Человек разумный.

Не менее четко рассмотренная эволюционная последовательность изменений влияния земной гравитации на животные организмы, включая процесс становление сначала Человека Прямоходящего, а затем Человека Разумного, проявляется и в определенной этапности возрастного развития человека. И проявляется она, прежде всего, в стереотипном формировании характерных поз и движений, подготавливающих ребенка к становлению у него стояния и прямохождения – по сути первого признака гоминидной триады (рис. 1).

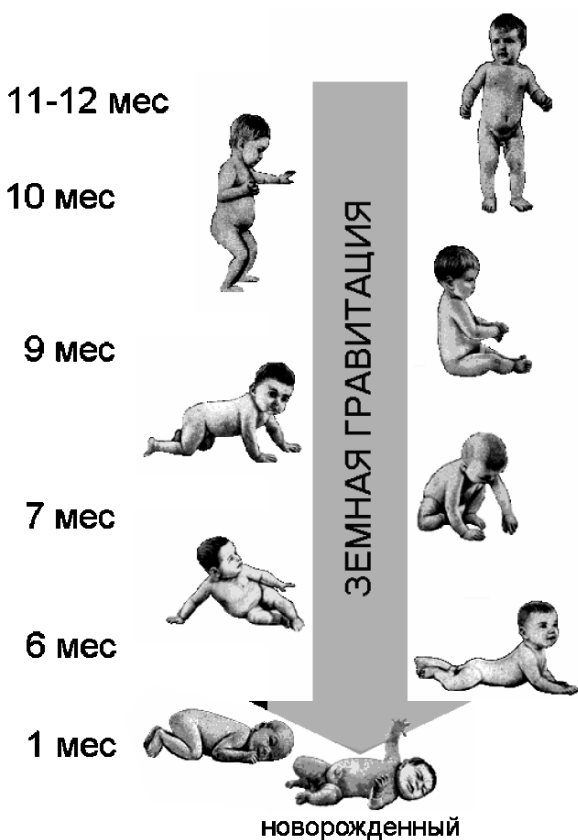


Рис. 1. Этапы поздней адаптации к земной гравитации у детей до года

Влияние земной гравитации на развитие плода минимально. Взвешенность плода в околоплодных водах обуславливает равномерное распределение силы тяжести по всей поверхности тела, которая равна площади опоры, а отсюда и минимальную гравитационную напряженность. Это определяет относительно слабое непосредственное влияние на плод силы тяжести.

Рождение ребенка – это начало формирования базовых биологических адаптаций к основным физическим условиям среды. После рождения ребенок полностью оказывается во власти гравитационных сил планеты. И если переход на легочный тип дыхания происходит практически сразу после рождения с первым криком ребенка, то адаптация к жизни в гравитационном поле Земли растягивается на годы, про-

ходя характерные этапы, определяющие видовые особенности всего постнатального развития человека.

Если другие животные после рождения очень быстро осваивают позу стояния, а затем и передвижение на четырех конечностях (например, жеребенок и теленок), включая и детеныша самого крупного наземного млекопитающего – слоненка, то у человека этот процесс затягивается на беспрецедентно более длительный период времени. Самостоятельное стояние, внутренним таинством которого является преодоление планетной гравитации, является наиболее значимой датой в развитии человека. Только к году, пройдя через поэтапное формирование характерных поз тела (рис. 1) и соответствующих форм двигательной активности, которые определяются как антигравитационные реакции[4,5,6], ребенок может самостоятельно и непродолжительно стоять и сделать первые шаги, а полное освоение прямохождения и устойчивой реализации основных локомоторных форм (ходьба, бег, прыжки и другие) с возможностью длительного поддержания вертикальной позы затягивается до 6-7 лет. Параллельно формируется и к этому возрасту закрепляется индивидуальный профиль функциональной (моторной, сенсорной, психической) асимметрии и схемы не просто тела, а поструральной модели человека как прямоходящего существа [17].

Это оказывается, действительно, очень длительный и трудный процесс формирование всего того, что принципиально отличает двигательный образ жизни Человека прямоходящего от остальных животных с четвероногой локомоцией. Практически любое животное можно обучить стоять и передвигаться на задних конечностях, но длительно (на протяжении многих часов) и так координировано, как это делает Человек, даже с грубыми неврологическими дефектами, например при детском церебральном параличе или после перенесенного инсульта, недоступно ни одному виду животных. И, наконец, только у Человека формируется и закрепляется исключительно надежная регуляция кровообращения по гравитационному (гидростатическому) фактору, которая обеспечивает функционирование сердечно-сосудистой системы (ССС) в условиях прямохождения [7,9].

На рисунке 2 схематически показаны этапы относительных изменений влияния земной гравитации и напряженности организменной адаптации в процессе роста, физического развития и жизнедеятельности человека: 0 – пренатальное развитие (от оплодотворения яйцеклетки до рождения); 1 – формирование прямостояния (от рождения до 1 года); 2 – формирование основных локомоторных форм прямохождения (к 5 годам); 3 – способность длительного удержания тела в условиях прямостояния и прямохождения (к 7 годам); 4 – половое закрепление прямохождения и формирование полодифференцированных форм адаптации организма женщин и мужчин к гравитации (к 20-21 годам); 5 – репродуктивные и нозологические формы адаптации на протяжении первого и второго зрелого возраста (от 20-21 года до менопаузы у женщин и до 60 лет у мужчин); 6 – старение и амортизационные формы проявления адаптации к гравитации (после менопаузы у женщин и старше 60 лет у мужчин и до конца жизни). Помимо возрастных границ основных этапов, по шкале возраста цифрами обозначены дополнительные разграничительные даты в пределах выделенных этапов: по этапу 4 – дата 14-15 лет соответствует вхождению в период полового созревания, по этапу 5 – дата 35 лет разграничивает периоды 1-го и 2-го репродуктивного возраста, по периоду 6 – дата 70 лет разделяет фазу пострепродуктивного возраста до и после условного рубежа средней продолжительности жизни. В качестве последней принимается условная средняя продолжительность жизни при рождении от общей численности населения по данным ВОЗ[30]. Рассмотрим содержание этапонтогенетической адаптации к земной гравитации в жизнедеятельности Человека как существа прямоходящего более подробно.

В процессе формирования основного биологического качества Человека – прямохождения со всеми его составляющи-



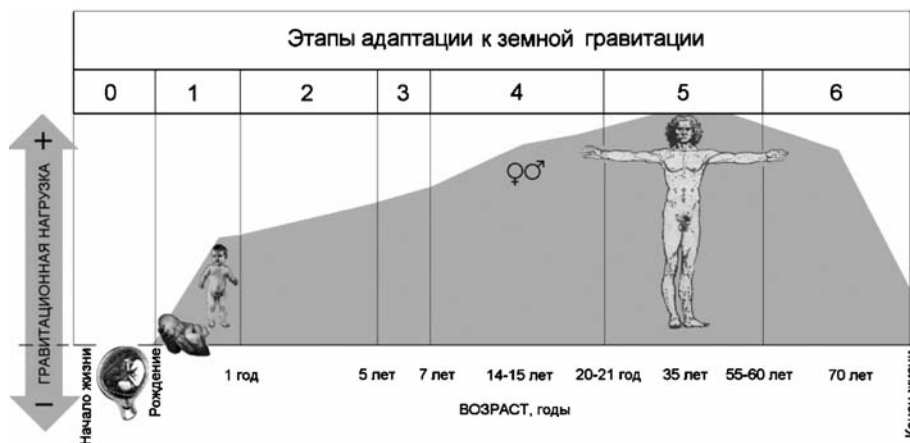


Рис. 2. Этапы относительных изменений влияния земной гравитации и организменной адаптации к ним в процессе развития и жизнедеятельности человека.

ми (ортоградная позная статика и бипедальные формы многообразных локомоций, гравитационный фактор кровообращения) влияние земной гравитации постоянно усиливается. Сначала - это скачкообразное усиление к 1 году, когда ребенок встал на ноги, а в дальнейшем permanently в связи с ростовым увеличением линейных размеров и изменениями пропорций тела. Кроме того, усиление гравитационной напряженности связано и с увеличением жизненной экспозиции пребывания в вертикальном положении тела (стоя, сидя, при ходьбе).

Последующий период ростовой адаптации Человека к жизни в условиях земной силы тяжести совмещается с половым созреванием и завершением роста и физического развития (к 20-21 годам). Относительное усиление влияния земной гравитации на данном этапе развития связано с дальнейшими изменениями массы, линейных размеров и пропорций тела. Ростовой процесс продолжается, но уже в видоспецифических для человека условиях многообразия локомоторных форм прямохождения. Именно в этих условиях в процессе роста и физического развития происходит окончательное оформление характерной соматической конституции человека как прямоходящего существа.

Определенную нестабильность на этом этапе организменной адаптации к земной гравитации придает пубертатный скачок роста. Реальной для данного этапа является и permanently увеличивающаяся суточная экспозиция гравитационной нагрузки в вертикальном положении тела в связи со значительным расширением социальной сферы и периода активной жизнедеятельности (учеба, спорт, развлечения и т.д.) детей и, особенно, подростков.

Важнейшим содержанием этого этапа является половое закрепление характерных для прямоходящего Человека форм локомоций, а также полодифференцированных форм адаптации организма женщин и мужчин к гравитации. Речь идет не о различиях просто двигательного поведения, хотя и они очевидны, а имеются в виду конституциональные особенности двигательного обеспечения полового поведения и детородной функции. Это, прежде всего, изменения в организме женщины, подготавливающие его к длительному вынашиванию беременности крупным плодом, причем, в отличие от остальных животных, вынашивание на протяжении всего срока беременности преимущественно в вертикальном положении тела.

После завершения ростовых процессов, физического развития и формирования конституции тела со вступлением в зрелый период жизни относительное усиление гравитационной напряженности связано преимущественно с увеличением суточной экспозиции пребывания в вертикальном положении тела в связи с повышающимся уровнем социально и репродуктивно мотивированной поисковой активности. Кроме того, это и наиболее продолжительный этап жизни человека, на протяжении которого реализуются репродуктивные и нозологические формы адаптации к земной гравитации. Для женщин это, прежде всего, беремен-

ность – состояние, при котором значительно и на протяжении достаточно продолжительного времени усиливается гравитационная нагрузка на организм женщины.

Это и нарушение суточного ритма с увеличением времени пребывания в вертикальной позе с укорочением периода лежания, включая нарушения естественной синхронизации по биоритму день-ночь. Все это дополнительно усиливает напряжение организма в режиме антигравитационного обеспечения [8], реально ведущее к развитию синдрома утомления [16].

И, наконец, такое усиление антигравитационного напряжения реально на фоне нарастающей на протяжении второго репродуктивного возраста (старше 35 лет) заболеваемости. В этом отношении особому обсуждению подлежит рассмотрение основных неинфекционных заболеваний, типичных для нозологического профиля человека. Это, прежде всего, заболевания ССС – артериальная гипертония и гипотония, ишемическая болезнь сердца, нарушения мозгового кровообращения, недостаточность артериального и венозного кровообращения нижних конечностей. Кроме того, это дегенеративные заболевания позвоночника и крупных суставов, в первую очередь, тазового пояса и нижних конечностей. Это язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, сахарный диабет и ряд других заболеваний.

С одной стороны, на фоне любых заболеваний дополнительно усиливается напряженность систем организма в режиме антигравитационного обеспечения. Отсюда широко практикующаяся врачебная рекомендация для болеющих людей – расширение режимного использования постельного режима. С другой стороны, характерные для человека болезни являются проявлением особой (нозологической) формы адаптации к относительно усилившемуся влиянию земной гравитации [7,42,16], что рано или поздно приводит к дзадаптации. Такое жизненное антигравитационное напряжение организма на протяжении всего постнатального онтогенеза, взаимодействуя с, так называемыми, факторами риска (средового и организменного происхождения), и определяет антропогенетическую основу процесса старения, включая главные неинфекционные болезни, качество и продолжительность жизни человека. С этих позиций представляется целесообразным пересмотр архаичного определения термина «антропопатология», основанного на представлении о том, что развитие болезни у человека (будто бы у других животных иначе) не ограничивается локальным процессом, а оказывает влияние на весь организм [35,36]. Хотя уже и тогда [28,29] и в последующее время [19] были достаточно обоснованные предположения связать определение «антропопатология» с выдающимся биологическим качеством человека – прямохождением.

Иные возможности адаптации к гравитационной нагрузке при прямохождении определяются у человека в пострепродуктивном возрасте. Вполне естественно, что на фоне старения существенно ослабляется возможность поддерживать уровень антигравитационного напряжения организма. Однако к этому времени накапливается уже солидный «багаж» амортизации тканей и органов, которые обеспечивали длительное время адаптацию организма к силе тяжести. Именно поэтому все большее время человек предпочитает находиться в покое, особенно в положении лежа.

Во всяком случае, предложенная классификация постнатального онтогенеза Человека, ориентированная на его определяющее биологическое качество – прямохождение, позволяет по-иному рассматривать основные проявления его жизнедеятельности во всем диапазоне состояний – здоровье-не-

здоровье-болезнь, как перманентно протекающую на протяжении всей жизни адаптацию к земной гравитации.

Исключительная значимость прямохождения, как основного позного условия жизнедеятельности на протяжении всей возрастной динамики адаптации человека к земной гравитации, подчеркивается энергетической «стоимостью» такой адаптации.

Понятно, что активное противодействие организма, особенно его опорно-двигательного аппарата и кровообращения гравитационным силам требует соответствующего энергетического обеспечения. У наземных животных среднего размера расход энергии на уравнивание механических условий окружающей среды составляет от 20% до 27% от общего расхода энергии. У более крупных животных с массой тела порядка 70 кг расход энергии выше и составляет в условиях одинаковой двигательной активности около 40% от общей величины энергозатрат [49]. У человека же гравитационный компонент энергозатрат еще выше и составляет от 40% до 50% всей метаболической энергии [38], а при ослабленном (болезнью, утомлением, недоеданием) состоянии организма и выше. Именно поэтому общий уровень обмена у человека на протяжении всего постнатального онтогенеза относительно выше, чем у остальных животных.

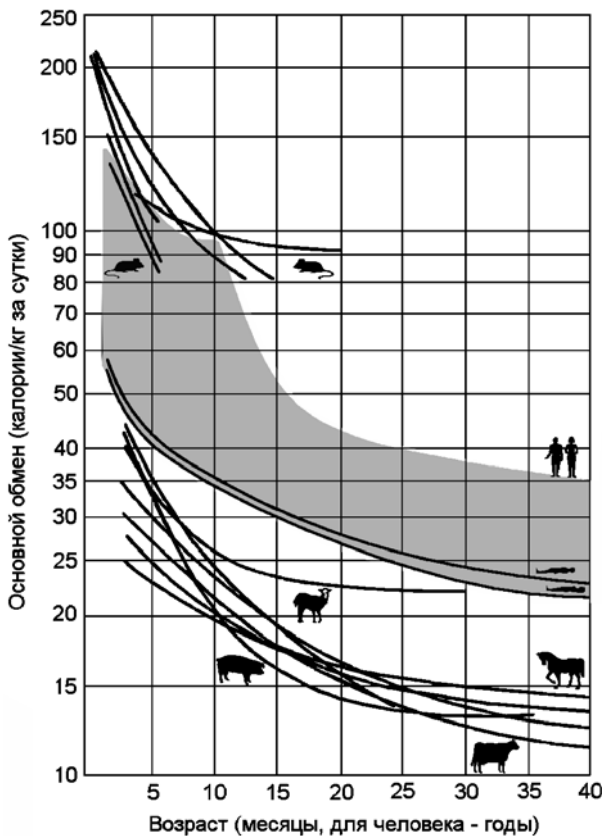


Рис. 3. Композиция фрагментов логарифмических шкал возрастной зависимости метаболизма (калории/кг массы тела в сутки) у мелких (крысы – верхняя группа кривых) и крупных (овцы, свиньи, лошади, крупный рогатый скот – нижняя группа кривых) животных [46]. Данные по человеку (выделено темной зоной) приведены у женщин и мужчин [39] в положении лежа (соответственно нижняя и верхняя кривая) и промоделированы стоя (верхний край затемненной зоны) в соответствии с природным показателем энергообмена при спокойном стоянии по отношению к уровню основного обмена.

По сводным данным [46,39], представленным на рис. 3, хорошо видно, что в ряду млекопитающих от мелких и до крупных животных общий уровень интенсивности обмена снижается. В принципе, эта же закономерность проявляется и в пределах каждого вида животных, включая и человека, на протяжении онтогенеза – сначала быстрое, а затем медленное снижение уровня метаболизма.

Следует отметить, что даже, если ориентироваться на стандартные условия определения у человека основного обмена, а это в положении покоя лежа, то и в этом случае общий уровень метаболизма у человека, как было отмечено выше [49,38], значительно выше, чем у животных, близких по массе тела. При этом следует иметь в виду, что, в принципе, сопоставимым с четвероногими животными условием определения основного обмена у человека является все же не лежание, а спокойное стояние. Поэтому если сравнивать интенсивность метаболизма человека с остальными животными с учетом этого условия (см. на рис. 3, верхний край затемненного профиля), то совершенно очевидно более высокий уровень обмена выявляется у человека.

С не меньшей очевидностью более высокая энергетическая стоимость прямохождения, как основного позного условия жизнедеятельности человека, выявляется и по сравнительной оценке расходов кислорода от белой мыши и до лошади, включая человека, на перемещение 1 кг массы тела на 1 км [41]. По данным, представленным на рис. 4, хорошо видно, что величины потребления кислорода по человеку, а это бег ортограднобипедального существа, располагаются значительно выше линии регрессии, по которой распределяются все остальные представленные млекопитающие с проноградной позной статикой и четвероногой локомоцией. При соблюдаемой одной скорости бега для всех объектов исследования это свидетельствует о более высокой энергетической стоимости локомоции в условиях прямохождения. Бипедия оборачивается почти в два раза большим расходом энергии по сравнению с типичным для млекопитающих передвижением на четырех ногах [52].

В связи с такой высокой энергоемкостью антигравитационной функции животных организмов параллельное формирование у них гомотермии несомненно явилось прогрессивным морфогенетическим процессом, отражающим адекватное терморегуляционное обеспечение наземного существования организмов в гравитационном поле Земли. Высокая энергоемкость прямохождения, как определяющего видового качества человека, и соответствующее повышение теплопродукции потребовало формирования адекватного и более мощного, по сравнению с остальными животными, механизма теплоотдачи. Отсюда и уникальная у человека характеристика кожного покрова как основного эффекторного органа терморегуляторного обеспечения.

Поэтому в эволюции человека – сначала прямохождение, затем рудиментация шерстного покрова и переключение на кожный кровоток, как основной механизм теплоотдачи при резко возросшей энергоемкости жизнедеятельности в условиях вертикального положения тела, а сапиенизация и все, связанное с ней, потом. В том числе и формирование характерных для человека форм поведенческой терморегуляции – от примитивной одежды, согревания у открытого очага и в жилище до атропогенного изменения жизненного пространства и формирования новых источников энергии на Земле и в Космосе. Другими словами – сначала надежный животный организм, обеспечивающий жизнедеятельность прямоходящего существа в уникальных условиях очень высокого, по сравнению с остальными животными, энергоемкого антигравитационного напряжения базовых функций организма – двигательной, циркуляторной и терморегуляторной. Радикальная модификация системы терморегуляции и достижение ее высокой степени эффективности у прямоходящего человека отражает значение энергетического напряжения и теплового стресса (внешнего и внутреннего происхождения) как фактора давления в эволюционном отборе гоминид [43].

Сложная и длительная позно-двигательная адаптация к земной силе тяжести в процессе формирования прямохождения у Человека является необходимой базой и для его психического развития. Это очень важно, что именно только после состоявшегося



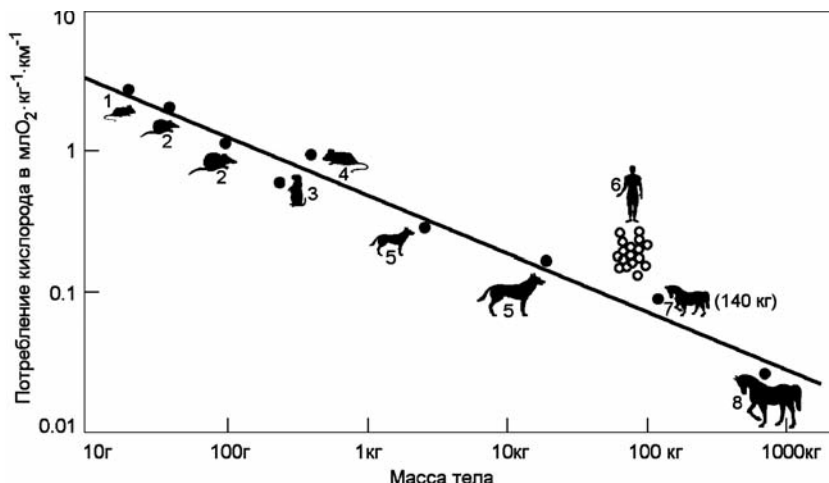


Рис. 4. Цена бега, выраженная в количестве кислорода, необходимом для перемещения 1 кг массы тела на 1 км. Эти расходы закономерно снижаются с увеличением размеров тела [41]. 1 – белая мышь, 2 – кенгуровая крыса, 3 – суслик, 4 – белая крыса, 5 – собака, 6 – человек, 7 – пони, 8 – лошадь.

Данные по человеку (бег на двух конечностях) располагаются выше линии регрессии, по которой представлены млекопитающие, передвигающиеся на четырех конечностях.

гося перехода к прямохождению, идет формирование речи – сложнейшего психомоторного выражения процесса сапиенизации ребенка. Поэтому становится понятной необходимость определенного уровня зрелости нервной системы для успешного психомоторного развития ребенка. И, безусловно, основу этого развития закладывает успешное становление, прежде всего, видоспецифического и первого из гоминидной триады признака – прямохождения.

Не случайно, не просто соответствие, а фактически полное совпадение сроков завершения структурной организации большинства проводящих путей мозга [53,1] с наиболее важными первым (до 1 года) и вторым (до 5 лет) этапами онтогенетической адаптации к земной гравитации в процессе становления прямохождения (рис. 5). Это является свидетельством весьма интимных отношений между параллельным и взаимозависимым развитием нервной системы и характерных для человека познотельных форм, как основы его дальнейшей сапиенизации. И в онтогенезе, как и в эволюции, сначала идет формирование Homo erectus (Человека прямоходящего) и только затем Homosapiens (Человека разумного). Это и есть биологическая база для развития мозга и дальнейшего формирования такой выдающейся психодвигательной реализации развития человека как формирование речи [3], без которой невозможно полноценное завершение процесса онтогенетической сапиенизации.

Имеющиеся в литературе данные по срокам миелинизации проводящих систем мозга человека [53,1] наложены на классификацию этапов онтогенетической адаптации к земной гравитации в процессе становления прямохождения, на-

чиная с внутриутробного периода – этапы 0, 1, 2, 3, 4. и 5 (см. рис. 2). Номерами сверху вниз обозначены различные проводящие пути: 1 – вентральные и 2 – дорсальные корешки спинного мозга, 3 – вестибуло-акустический тракт покрышки, 4 – медиальные лемниски, 5 – внутренняя и 6 – наружная часть нижних ножек мозжечка, 7 – верхние и 8 – средние ножки мозжечка, 9 – ретикулярная формация, 10 – ножки нижнего и 11 – верхнего двухолмия, зрительный нерв и тракт, 12 – таламический пучок Фареля Н1 и пучок Викдазира, 13 – лентиккулярная петля, 14 – лентиккулярный пучок Фареля Н2, 15 – зрительная радиация, 16 – соматосенсорная радиация, 17 – акустическая радиация, 18 – неспецифическая таламическая радиация, 19 – стриатум, 20 – пирамидный тракт, 21 – ломбо-мостовой тракт, 22 – свод, 23 – цингулом, 24 – длинные комиссуральные пучки мозга, 25 – внутрикорковые связи ассоциативных

Ни один ребенок в мире не заговорил, пока не встал на ноги. Переход к прямохождению и прямохождению является первым и принципиально важным событием в физическом развитии ребенка, без которого не может состояться дальнейшее полноценное физическое и психическое развитие человека. На рисунке 6 приводится этапная последовательность основных поз ребенка как проявления адаптации к земной

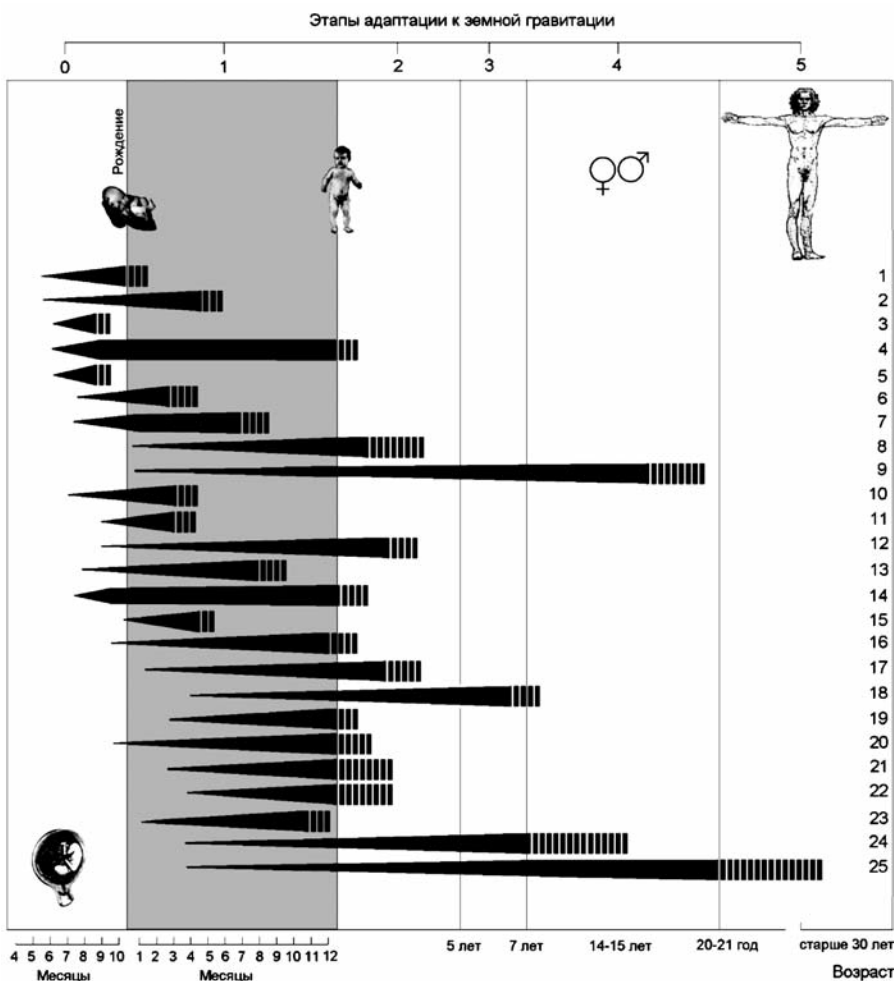


Рис. 5. Возрастная динамика структурной организации проводящих путей мозга (по скорости миелинизации).

силе тяжести в процессе становления у него прямохождения, а затем и прямохождения и составленная на основе сводных данных [25,31,20] последовательность овладения сначала звуковыми компонентами, а затем и речью.

На рис. 6 хорошо видно, что, если к моменту освоения самостоятельного стояния словарный запас у ребенка составляет до 5 слов, то после перехода к прямохождению и освоению характерных для человека основных локомоторных форм (ходьба, бег, повороты тела, приседания, прыжки) в вертикальном положении тела отмечается «информационный» скачок. В ближайший год словарный запас увеличивается на порядок, а к двум годам примерно до 400 слов, при этом ребенок уже осмысленно строит простые предложения из трех слов.

Учитывая рельефно выраженную и четкую последовательность онтогенетической этапности в формировании прямохождения, следует обратить особое внимание на значение определенных этапов в постнатальном онтогенезе, на протяжении которых происходит закрепление основных антропогенетических свойств морфофункционального комплекса организма, связанных с характерной для человека поздней формой адаптации к силе тяжести.

Не случайно, дети, которые по той или иной причине, отстают и не просто в своем физическом развитии, а, прежде всего, в формировании прямохождения и прямохождения отстают и в развитии речи и в интеллектуальном развитии в целом. Причем это не обязательно по причине болезней или повреждений скелета, мышечной или нервной системы. Ярким примером тому является поведение т.н. «диких» детей или «детей-волков» [48,26,27]. Хорошо также известно, что практически, во всех случаях нарушения психического и интеллектуального развития детей отмечается не просто задержка общего физического развития, а, прежде всего, формирования прямохождения и прямохождения [44,20,50,14]. И если такой ребенок в дальнейшем все же станет на ноги, то он все же не реализует всех тех возможностей развития, которые должен и мог бы реализовать в соответствующий период своего развития [44]. Поэтому дети с умственной отсталостью существенно отличаются по развитию моторики [51], которая является важнейшей основой для развития человеческого интеллекта.

И в эволюционном и онтогенетическом процессе сапиенизации без формирования наипервейшего гоминидного признака – прямохождения не могла бы осуществиться. Сначала *Homo erectus* и только затем *Homo sapiens*! Это и есть формула антропогенеза, все остальное – производное. Безусловно, генотипическая способность к освоению прямохождения сама по себе не реализуется, и в этом отношении трудно переоценить инстинктивное обучение на основе подражания ребенком двигательному поведению окружающих его прямоходящих существ. Невозможно недооценивать и активное родительское обучение жизни в условиях прямохождения. Подчеркнем - обучение жизни, так как все, чему человек научается за всю свою жизнь, в отличие от всех остальных животных реализуется им как прямоходящим существом и в процессе типичной для человека жизнедеятельности, основным условием которой является опять-таки прямохождение. В этом смысле прямохождение как генетически детерминированное основное биологическое качество человека становится определяющим фактором его роста и раз-

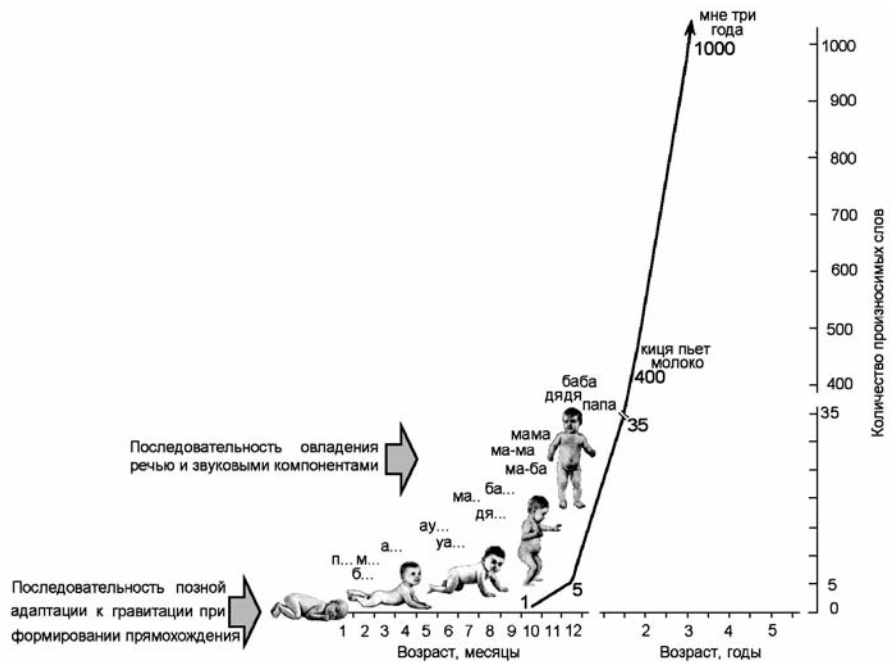


Рис. 6. Последовательность позной адаптации к земной гравитации в процессе формирования прямохождения (показано фигурными изображениями поз ребенка) и последующего развития речи у ребенка первых лет жизни [25,31,20]: 3 месяца – отдельные звуки, 6-7 месяцев – сочетание гласных звуков, 8 месяцев – отдельные слоги, 10 месяцев – складывание повторяющихся слогов и первое осмысленное слово, 1 год – несколько осмысленных слов, 1,5 года – около 10 слов, 2 года – около 400 слов, повторение произнесенных слов, составление предложений из двух-трех слов, говорит непрерывно; 2,5 года – использование слов «Я», «ты», «меня», называет предметы; 3 года – счет до трех, 4 года – счет до четырех, 5 лет – счет до 10.

вития, а также основным физическим и социальным условием его жизнедеятельности. В этом отношении особенно важны первые 7 лет развития ребенка, включающие в себя не только формирование прямохождения как видоспецифического позднего условия жизнедеятельности, а и всех основных двигательных форм поведения, характерных для человека как прямоходящего существа. Именно двигательное развитие в первые 7 лет жизни ребенка являются базовыми для всего его психофизиологического развития [45,32,47,33,34].

Рассмотренное представление и на его основе предложенная классификация постнатального онтогенеза Человека, ориентированная на его определяющее биологическое качество – прямохождение, позволяет по-иному рассматривать основные проявления его жизнедеятельности во всем диапазоне состояний – здоровье-нездоровье-болезнь, как перманентно протекающую на протяжении всей жизни адаптацию к земной гравитации. Такое представление является необходимым синтезирующим элементом в устоявшихся на данный момент представлениях о причинах и механизмах развития упомянутых выше главных нефункционных болезней, сопряженных со старением, т.н. четырех моделей медицины по В.М.Дильману [18]. Сформулированные им экологическая, генетическая, онтогенетическая и аккумуляционная модели, если с эволюционных позиций, то биологически обосновано и необходимо должны быть рассмотрены на основе и антропогенетической модели. Это, на наш взгляд, вносит определенный конструктив в формирование теории медицины, а также в разработку средств и способов валеологической и медицинской (превентивной, лечебной) поддержки здоровья [13,14,15,9,10,11].

Исходя из антропогенетического представления о природе Человека как прямоходящего существа, здоровье человека – это, прежде всего, последовательное и успешное формирование и закрепление признаков гоминидной триады (прямохождение, мозг, речь) с последующей успешной реализацией видовой репродуктивной и социальной миссии. Отсюда поддержка здоровья человека (или здоровый образ жизни) – это медико-биологическое, психологическое и социальное обеспечение успешного формирования и закреп-



ления этих признаков у детей и подростков, с последующим – на протяжении всей «взрослой» жизни валеологическим и медико-биологическим обеспечением жизнедеятельности Человека в характерных только для него условиях прямохождения и во всем диапазоне его функциональных состояний – здоровье-нездоровье-предболезнь-болезнь.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Ажила Я.И. Трофическая функция нервной системы. – М.: Наука, 1990, с 191.
- Алексеев В.П. Становление человечества. – М., 1984. – 462 с
- Поршнева Б.Ф. О начале человеческой истории (Проблемы палеопсихологии). М.: Мед-во "Мысль". 1974. – .... с.
- Аршавский И.А. Закономерности индивидуального развития после реализации позы стояния. - В кн.: Очерки по возрастной физиологии. - М.: Медицина, 1967, с.386-452.
- Аршавский И.А. Основы возрастной периодизации. - В кн.: Возрастная физиология. - Л.: Наука, 1975, с.5-67.
- Аршавский И.А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития. - М.: Наука, 1982. - 270 с.
- Антропогенетическая основа формирования артериальной гипертензии у приматов. / Г.С. Белкания [и др.]. // Физиологический журнал СССР. 1988. т.84. 11. с.1664-1676.
- Антропофизиологический подход в биоритмологическом обеспечении здоровья. Сообщение 1. Прямохождение как синхронизатор суточного ритма кардиодинамики / Г.С. Белкания [и др.]. // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. – Харьков: ХГАДИ (ХХПИ), 2003, 3, с. 11-34.
- Антропофизиологический подход в диагностической оценке состояния сердечно-сосудистой системы / Г.С. Белкания [и др.] // Медицинский альманах, 2013, 4(28), с. 108-114.
- Антропофизиологический подход как методологическая основа в разработке новых диагностических средств превентивной медицины и поддержки здоровья / А.С. Багрий [и др.] // Медицинский альманах, 2013, №2(26), с. 165-168.
- Антропофизиологическая характеристика гравитационного градиента в вентиляции и перфузии легких / Н.В. Тычкова [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии, 2013. т. 18, № 2, с. 50-58.
- Белкания Г.С. Функциональная система антигравитации. – М.: Наука, 1982. – 288 с.
- Белкания Г.С., Пухальская Л.Г., Трумпикас М. Фило- и онтогенетическая адаптация к прямохождению – антропогенетическая модель роста, физического развития, старения и патологии человека. – «Физиология и здоровье человека». Научные труды I съезда физиологов СНГ. Сочи, Дагомыс 19-23.09.2005 г., т. 2, №593, с.208.
- Белкания Г.С., Пухальская Л.Г., Диленя Л.Р. Основы валеологии и начала медицины. – Винница, Нижний Новгород, Варшава, 2009. – 500с.
- Белкания Г.С., Л.Р. Диленя Приглашение к дискуссии: что такое валеология? Профессиональная валеология и есть превентивная медицина. Сообщение 1. – Валеология, 2012, 2, с. 14-18.
- Белкания Г.С. Основы валеологии и начала медицины. Антропофизиологический аспект. – Palmarium Academic Publishing. Deutschland/Германия (2013-12-11) - ISBN-13: 978-3-659-98810-3. – 684 с
- Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. – М.: Медицина, 1981. – 288 с.
- Дильман В.М. Четыре модели медицины. – Л.: Медицина, 1987. 288 с.
- Жеденов В.Н. Сравнительная анатомия приматов. - М.: Высшая школа, 1962.–626 с.
- Иллингворт Р. Здоровый ребенок. Проблемы первых лет жизни. – Р.-на-Д.: «Феникс», 1997. – 608 с
- Информативность антропофизиологического подхода в диагностике недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей. / А.С. Багрий [и др.] // «Social, ecological & clinical pediatrics», Tbilisi, 2013, №15-10-9, с. 75-77
- Коржуев П.А. Силы гравитации и филогенез позвоночных животных. - Успехи современной биологии, 1965, т.60, вып. 2/5, с.271-286.
- Коржуев П.А. Эволюция, гравитация, невесомость. – М.: Наука, 1971. – 152 с.
- Коржуев П.А. Эволюция скелета позвоночных животных и силы гравитации. – В кн.: Гравитация и организм. – М.: Наука, 1976, гл. 3, с. 31-46.
- Красногорский Н.И. Высшая нервная деятельность ребенка. – Л., 1958.
- Ламонт К. Иллюзия бессмертия. – М.: Политиздат, 1984. – 286 с.
- Лангмейер Й, Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага: Авиценум, 1984. – 335 с.
- Лорин-Эпштейн М.Ю. Конечные и предконечные илеиты, илеовальвулиты и илеомезентериты как факторы страданий илео-цеко-аппендикулярного перекрестка. (К анатомии, физиологии и патологии конечного и преконечного отделов подвздошной кишки и брыжейки ее в связи с переходом к вертикальному передвижению). – Новый хирургический архив, 1929, т.19, книга 76, с.528-545.
- Лорин-Эпштейн Ю.М. Рациональна ли интра- или экстраплевральная декомпрессия сердца при некоторых расстройствах компенсации, сопровождающихся увеличением размеров его. (Эволюционные предрасполагающие моменты в патологии сердца человека). – Русская клиника, 1929, т.12, №63-64, с.116-137.
- Мировая статистика здравоохранения 2012 // Всемирная Организация Здравоохранения, Женева, 2013. – 180 с.
- Педиатрия. Руководство. Под ред. Р.Е. Бермана, В.Л. Вогана. – Пер. с англ. – Книга 1. Общие вопросы: развитие, питание, уход за ребенком. М.: Медицина, 1991. – 704 с.
- Пегов В.А. Вальдорфская педагогика как образец образования. – Смоленск, 1992. – 85 с.
- Пегов В.А. Возраст: воспитание и образование. Введение в экологию детства. Учебное пособие. – Смоленск, 1999. – 240 с.
- Пегов В.А. Теоретическое и практическое обоснование возможных путей решения проблемы экологии детства: от «нормального» к здоровому // Теория и практика физической культуры, 2000, 9, с. 49-52.
- Плетнев Д.Д. Избранное / АМН СССР. – М.: Медицина, 1989. – 432 с.
- Покровский В.И. Энциклопедический словарь медицинских терминов. – М.: Медицина. 2005. – 1591 с.
- Сепп Е.К. История развития нервной системы позвоночных. – М.: Медгиз, 1959. – 428с.
- Смитт А.Г. Основы гравитационной биологии. – В кн.: Основы космической биологии и медицины. – Москва-Вашингтон - М.: Наука, 1975, т.2, кн.1, с.141-176.
- Человек. Медико-биологические данные. (Публикация № 23 Международной комиссии по радиологической защите). Коллектив авторов. – М.: Медицина, 1977. – 496 с.
- Шеррингтон Ч. (1906) Интегративная деятельность нервной системы. – Пер с англ. Л.: Наука, 1969. – 391с.
- Шмидт-Нильсен К. Размеры животных: почему они так важны? – М.: Мир, 1987. – 259 с.
- Эмоциональное напряжение, поструральная регуляция кровообращения и некоторые противоречия в представлениях о патогенезе артериальной гипертензии. / Г.С. Белкания [и др.]. // Успехи физиологических наук. 1990. т.21. 1. с.78-96.
- Фоули Р. Еще один неповторимый вид. Экологические аспекты эволюции человека. - М., Мир, 1990. - 367 с.
- Шпек О. Люди с умственной отсталостью. Обучение и воспитание. – Пер. с нем. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 432 с.
- McAllen A.E. The Extra Lesson. Exercises in Movement, Drawing and Painting for helping Children in difficulties with Writing, Reading and Arithmetic. - London, 1980. - 78 p.

- Brody S. Bioenergetics and Growth. – New York, 1945.  
Feller E. Umgekehrte Orientation //Erziehungskunst. - 1996.  
- № 7-8. - s. 673-675.  
Gesella L., 1940 (приведено по К.Ламонт, 1984).  
Kleiber M. Further consideration of the relation between metabolic rate and body size. - In: Energy metabolism of various animals. – New castle-on-Tyne: Orient. Press, 1968, p.505-511.  
Pueschel S.M. Kindermitteln-Syndrom. Wachsen und Lernen. Marburg/Lahn, 1987.

- Stephcher J. Psychomotorische Forderung beileichter geistiger behinderung. Eine Studie zu einem Übungsprogramm im basalen Funktionsbereich. Berlin, 1987 (Приведено по ШпекО., 2003).  
Taylor C.R., Schmidt-Nielsen K., Raab J.L. Scaling of energetic cost of running to body size in mammals // American Journal of Physiology, 1970, 219, p. 1104.  
Yakovlev P.I., Lecours A.R. Regional development of the brain in early life. – Ed. A.Minkowski. – Oxford, 1967. p.2-70 (Приведено по Ажипая И., 1990).

## რეზიუმე

### ანთროპოგენეტიური მოდელი როგორც მედიცინის თეორიის კონცეპტუალური სუბპევილი

ბ.ს. ბელკანია, ლ.რ. დილენიანი, ი.ვ. გვინჯილია, ე.დ. მათიშვილი, ს.ვ. ჯაიანი, ა.ს. ბაგრი, ლ.გ. პუხალსკაია

გრავეიტაციული ბიოლოგიის და ანთროპოლოგიის პოზიციიდან გამომდინარე მკვირდება ადამიანების ბიოლოგიური თვისება-სწორად სიარული-როგორც ორგანიზმის საბაზო ადაპტაცია არსებობისათვის დედამიწის გრავეიტაციის პირობებში.

ამ ადაპტაციის მნიშვნელობა ადამიანის ბიოლოგიაში, როგორც სწორად მოსიარულე არსების გამოვლინება ადამიანისათვის დამახასიათებელი ონტოგენეტიკურ განვითარების ეტაპობრიობაში. ასევე ორგანიზმის ძირითადი ანტიგრავეიტაციული ფუნქციის რეალიზაციაში და სიმალეში ზრდის პროცესის მთლიანობაში. ასევე ადამიანისათვის დამახასიათებელ დაავადებების ნოზოლოგიური პროფილის ჩამოყალიბებაში რაც მთლიანად დაკავშირებულია პოსტნატალურ პერიოდთან.

განვითარებადი ანთროპოფიზიოლოგიური მიდგომის პოზიციიდან გამომდინარე შესაძლებელია ადამიანის ორგანიზმის სიცოცხლისუნარიანობის მთლიანობაში აღქმა-მისი მდგომარეობის ყველა დიაპაზონზე - ჯანმრთელი-არაჯანმრთელი -დაავადების წინა პერიოდი-დაავადება.

საკვანძო სიტყვები: გრავეიტაციული ბიოლოგია, ანთროპოლოგია, ონტოგენეზი, სწორადსიარული, ანტიგრავეიტაციული ფუნქცია, მეტყველება, ენერგოცვლა, ანთროპოფიზიოლოგიური მიდგომა, ჯანმრთელობა, ავადმყოფობა.

## РЕЗЮМЕ

### АНТРОПОГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ КАК КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ОСНОВА ТЕОРИИ МЕДИЦИНЫ

Г.С. БЕЛКАНИЯ, Л.Р. ДИЛЕНЯН, И.В. ГВИНДЖИЛИЯ, Э.Д. МАТИШВИЛИ, С.В. ЖАИАНИ,  
А.С. БАГРИЙ, Л.Г. ПУХАЛЬСКАЯ

С позиций гравитационной биологии и антропологии обосновывается значение определяющего биологического качества человека – прямохождения, как базовой адаптации организма к существованию в условиях земной гравитации. Значение этой адаптации в биологии человека как прямоходящего существа проявляется в характерной для него онтогенетической этапности становления и реализации антигравитационной функции основных систем организма и роста в процессе в целом, а также в характерном нозологическом профиле заболеваемости, который определенно связан с этими этапами на протяжении всего постнатального развития. С позиций развиваемого антропофизиологического подхода обосновывается возможность более целостного представления о жизнедеятельности организма человека во всем диапазоне его состояний – здоровье-нездоровье-предболезнь-болезнь.

Ключевые слова: гравитационная биология, антропология, онтогенез, прямохождение, антигравитационная функция, речь, энергообмен, антропофизиологический подход, здоровье, болезнь,

Для цитирования: Антропогенетические основы здоровья

## SUMMARY

### ANTHROPOGENETIC MODEL AS A CONCEPTUAL BASIS OF THE THEORY OF MEDICINE

G.S. BELKANIYA, L.R. DILENYAN, I.V. GVINJILIA, E.D. MATIASHVILI, S.V. JAIANI, A.S. BAGRII, L.G. PUCHALSKA

ABSTRACT. From the standpoint of gravitational biology and anthropology is justified the value of determined biological qualities of the man – walking upright as a basic form of adaptation to living in the earth's gravity. The value of this factor in biology of human-beings is manifested in the formation of a characteristic ontogenetic phasing of the growth process and the implementation of anti-gravity function of the basic body systems, as well as in the typical nosological profile of morbidity, which is definitely associated with these stages throughout postnatal development. From the standpoint of anthropogenetic approach it substantiates the possibility of a more complete picture of the human body life in all its range states - health - illness - pre-existing disease- disease.

Key words: gravitational biology, anthropology, ontogenesis, walking upright, antigravity function, speech, anthropophysiological approach, energy metabolism, health, illness



## ეპიდერმული ზრდის ფაქტორის რეცეპტორის ექსპრესია და ეპიდერმული ზრდის ფაქტორისა და მელატონინის შეფუთვა სისხლის შრატში ენდომეტრიუმის პიპერპლაზიაში და კომპლექსური პიპერპლაზიის დროს

ნ. ბნელაშვილი, დ. პასრაძე, ა. თაბართქილაძე  
დავით ტვილიაძის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტი, ადამიანის მორფოლოგიისა და პათოლოგიის დეპარტამენტი (თბილისი, საქართველო)

### შეჯამება

სამედიცინო ლიტერატურაში შრომათა სიუხვევა ეპიდერმული ზრდის ფაქტორის რეცეპტორის (Epidermal growth factor receptor, EGFR, ინგლ.) ექსპრესიასთან დაკავშირებით ადამიანის პიპერპლაზიურ ენდომეტრიუმში. მკვლევართა მონაცემები ხშირად ურთიერთგამომრიცხავია [3, 5, 7, 1]. აღსანიშნავია, რომ ეპიდერმული ზრდის ფაქტორს (Epidermal growth factor, EGF, ინგლ.) მნიშვნელოვანი როლი აქვს პიპერპლაზიური პროცესების განვითარებაში და ის სიმსივნური პროცესის აღმოცენების რისკის მატარებელია [8, 2, 4]. საინტერესოა ასევე მელატონინის – უნივერსალური ანტიპროლიფერაციული და ანტინეოპლაზიური ჰორმონის როლი და მნიშვნელობა ენდომეტრიულ პიპერპლაზიურ პროცესებში [6].

### კვლევის მიზანი, მასალა და მეთოდები

ჩვენი კვლევის მიზანი იყო განგვესაზღვრა პროგნოზული მნიშვნელობა EGFR-ის ექსპრესიისა ენდომეტრიუმში და, ამასთანავე – EGF-ის და მელატონინის დონეებისა სისხლის შრატში ენდომეტრიუმის მარტივი და კომპლექსური პიპერპლაზიის დროს. EGFR-ის ექსპრესიის გამოსავლენად 35 პაციენტში ჩატარდა მორფოლოგიური მასალის (საშვილოსნოს გამონაფხეკის) იმუნოჰისტოქიმიური კვლევა. თვითუფლებ შემთხვევაში წინასწარ დადგინდა კლინიკურ-პათოლოგიური დიაგნოზი: 19 შემთხვევაში ენდომეტრიუმის მარტივი პიპერპლაზია (ატიპიის გარეშე) და 16 შემთხვევაში ენდომეტრიუმის კომპლექსური პიპერპლაზია (15 შემთხვევა – ატიპიის გარეშე, ხოლო 1 – ატიპიით). იმუნოჰისტოქიმიური კვლევით გამოვლენილ იქნა EGFR-ის შედგენილი ინტენსივობა და მისი გავრცელება. ორივე ეს პარამეტრი შეფასდა მიღებული სტანდარტით (Niikura at al., 1996-ის მიხედვით). რიცხობრივი რეზულტატები გამოვსახეთ პროცენტებში. პლაზმაში EGF-ის და მელა-

ტონინის შემცველობათა დასადგენად პაციენტებისგან აღებულ იქნა სისხლი. EGF-ის დონის განსაზღვრა სისხლის შრატში ვაწარმოეთ მაღალეფექტური სითხური ქრომატოგრაფიით – HPLC მეთოდით და რეზულტატები გამოვსახეთ ნგ/მლ ერთეულებში (პლაზმური EGF ნორმაში < 0,35 ნგ/მლ-ზე). მელატონინის დონის განსაზღვრა სისხლის შრატში ვაწარმოეთ იმუნოფერმენტული ანალიზით – ELISA მეთოდით და

რეზულტატები გამოვსახეთ პგ/მლ ერთეულებში (პლაზმური მელატონინი ნორმაში > 20 პგ/მლ-ზე). საერთო ჯამში, მიღებული ციფრებით ვი მონაცემები სტატისტიკურად დაშუშავდა პროგრამის SPSS-12-ის გამოყენებით; ასევე გამოყენებულ იქნა სტატისტიკის პროგრამული სისტემა IBM SPSS, ვერსია 20.

### კვლევის შედეგები და მათი ანალიზი

ცხრილი 1  
EGFR-ის ექსპრესია ენდომეტრიუმში, პლაზმური EGF-ისა და მელატონინის მანვენებლები სისხლის შრატში ენდომეტრიუმის მარტივი და კომპლექსური პიპერპლაზიით დაავადებულ პაციენტებში

პაციენტები (ენდომეტრიუმის მარტივი პიპერპლაზიით)	პაციენტები (ენდომეტრიუმის კომპლექსური პიპერპლაზიით)	EGFR-ის ექსპრესია ენდომეტრიუმის მარტივი პიპერპლაზიის მქონე პაციენტებში	EGFR-ის ექსპრესია ენდომეტრიუმის კომპლექსური პიპერპლაზიის მქონე პაციენტებში	EGFR-ის ექსპრესია ენდომეტრიუმის მარტივი პიპერპლაზიის მქონე პაციენტებში	EGFR-ის ექსპრესია ენდომეტრიუმის კომპლექსური პიპერპლაზიის მქონე პაციენტებში		
№1	№1	დღიური	0,55	17,3	საშუალო	1,30	14,2
№2	№2	სუსტი	0,78	20,5	დღიური	0,93	10,4
№3	№3	სუსტი	0,22	23,8	სუსტი	1,70	17,9
№4	№4	დღიური	0,45	15,7	სუსტი	0,85	23,1
№5	№5	სუსტი	0,76	29,2	დღიური	1,18	11,9
№6	№6	სუსტი	0,37	26,3	სუსტი	2,70	23,1
№7	№7	დღიური	0,56	17,4	დღიური	1,90	12,7
№8	№8	სუსტი	0,81	28,7	დღიური	2,20	9,2
№9	№9	სუსტი	0,97	26,9	სუსტი	0,77	16,0
№10	№10	დღიური	0,65	11,2	სუსტი	3,20	19,3
№11	№11	სუსტი	0,88	20,1	დღიური	2,60	12,1
№12	№12	სუსტი	0,38	29,2	დღიური	1,15	10,7
№13	№13	დღიური	0,30	10,3	დღიური	2,05	13,2
№14	№14	დღიური	1,02	17,8	სუსტი	1,18	17,1
№15	№15	სუსტი	0,51	25,8	დღიური	2,60	10,1
№16	№16	დღიური	0,70	8,2	დღიური	1,19	8,5
№17		სუსტი	0,23	32,1			
№18		დღიური	0,59	15,7			
№19		სუსტი	0,38	19,2			

როგორც ცხრილიდან იკვეთება: I. ენდომეტრიუმში EGFR სუსტი ექსპრესიით ვლინდება 57,8%-ში ( $p < 0,1$ ) მარტივი ჰიპერპლაზიის დროს, ხოლო 40,0%-ში ( $p < 0,1$ ) – კომპლექსური ჰიპერპლაზიის დროს. EGFR ძლიერი ექსპრესიით ვლინდება 42,1%-ში ( $p < 0,1$ ) მარტივი ჰიპერპლაზიის დროს, ხოლო 53,3%-ში ( $p < 0,1$ ) – კომპლექსური ჰიპერპლაზიის დროს (პროცენტული მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა). აღნიშნული დასტურდება აგრეთვე ე. წ. რისკის შეფასების დახმარებით [მანსთა დამოკიდებულება (მარტივი ჰიპერპლაზია/კომპლექსური ჰიპერპლაზია)], რაც უდროს 2,063.

მაშასადამე, საკუთარი კვლევების შედეგების თანახმად, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ენდომეტრიუმის მარტივ ჰიპერპლაზიაში ჭარბობს EGFR-ის სუსტი ექსპრესია, ხოლო კომპლექსურ ჰიპერპლაზიაში – უფრო მეტად ვლინდება EGFR-ის მკვეთრი ექსპრესია; ამასთან, ჰიპერპლაზიის სიმძიმის მიხედვით EGFR-ის შედეგების ინტენსივობა მატულობს;

II. EGF-ის საშუალო შემცველობა პლაზმაში მარტივი ჰიპერპლაზიით (ატიპიის გარეშე) დაავადებულ პაციენტებში 66, 29%-ით ( $p < 0,01$ ) ნაკლებია ენდომეტრიუმის კომპლექსური ჰიპერპლაზიით (ატიპიის გარეშე) დაავადებულების სისხლის პლაზმის იმავე მაჩვენებელთან შედარებით (რაც სტატისტიკურად სარწმუნოა). გარდა ამისა, ასევე სტატისტიკური კვლევების მიხედვით, EGF-ის შემცველობა სისხლის პლაზმაში მარტივი ჰიპერპლაზიის დროს მნიშვნელოვნად დაბალია იმავე მაჩვენებელთან შედარებით კომპლექსური ჰიპერპლაზიის შემთხვევაში [T-კრიტერიუმის (p(T) მნიშვნელობა ტოლია 0,0000225-ის, ხოლო Mann-Whitney-ის არაპარამეტრული კრიტერიუმის (p(U) მნიშვნელობა ტოლია 0,0000026-ისა];

III. მელატონინის საშუალო შემცველობა პლაზმაში მარტივი ჰიპერპლაზიით (ატიპიის გარეშე) დაავადებულ პაციენტებში 29, 33%-ით ( $P < 0,01$ ) მეტია ენდომეტრიუმის კომპლექსური ჰიპერპლაზიით (ატიპიის გარეშე) დაავადებულების სისხლის პლაზმის იმავე მაჩვენებელთან შედარებით (რაც სტატისტიკურად სარწმუნოა). გარდა ამისა, ასევე სტატისტიკური კვლევების მიხედვით, მელატონინის შემცველობა სისხლის პლაზმაში მარტივი ჰიპერპლაზიის დროს მნიშვნელოვნად

მაღალია იმავე მაჩვენებელთან შედარებით კომპლექსური ჰიპერპლაზიის შემთხვევაში [T-კრიტერიუმის (p(T) მნიშვნელობა ტოლია 0,003-ის, ხოლო Mann-Whitney-ის არაპარამეტრული კრიტერიუმის (p(U) მნიშვნელობა ტოლია 0,007-ისა];

IV. მარტივი ჰიპერპლაზიის დროს 19-დან 11 პაციენტში (57, 9%;  $p < 0,1$ ) აღინიშნება EGFR-ის სუსტი ექსპრესია. ნუმერაციით, ანუ ცხრილში ამ პაციენტთა შესატყვისი ნომრებია: 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 19, და მათთან EGF-ის შემცველობა სისხლის შრატში შეადგენს 0, 22-0,97 ნგ/მლ-ს. აქედან: 2 შემთხვევაში (ნუმერაციით – 3, 17) EGF-ის დონე პლაზმაში ნორმის ტოლია და შეადგენს 0,22-0,23 ნგ/მლ-ს (მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში ნორმაშია, კარგადაა გამოხატული და შეადგენს 23, 8 პგ/მლ-სა და 32, 1 პგ/მლ-ს, შესაბამისად); 3 შემთხვევაში (ნუმერაციით – 6, 12, 19) EGF-ის დონე პლაზმაში ოდნავ იმატებს (ფაქტობრივად ზღვართანაა) და შეადგენს 0,37-0,38 ნგ/მლ-ს (მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში ნორმაშია, ერთ შემთხვევაში ზღვართანაა და შეადგენს 19, 2 პგ/მლ-ს, ხოლო ორ შემთხვევაში კარგად გამოხატულია და შეადგენს 26, 3-29, 2 პგ/მლ-ს); 1 შემთხვევაში (ნუმერაციით – 15) EGF-ის დონე პლაზმაში ზომიერად იმატებს და შეადგენს 0, 51 ნგ/მლ-ს (მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში ნორმაშია, კარგად გამოხატულია და შეადგენს 25, 8 პგ/მლ-ს); 5 შემთხვევაში (ნუმერაციით – 2, 5, 8, 9, 11) EGF-ის დონე პლაზმაში მნიშვნელოვნად/გამოხატულად მომატებულია და შეადგენს 0, 76-0,97 ნგ/მლ-ს (მათ შორის, ნუმერაციით: 2, 5, 8-ში – მნიშვნელოვნად მომატებულია და შეადგენს 0, 76-0, 81 ნგ/მლ-ს ((მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში ნორმაშია, კარგად გამოხატულია და შეადგენს 20, 5-29, 2 პგ/მლ-ს)), ხოლო ნუმერაციით: 9, 11-ში – გამოხატულად მომატებულია და შეადგენს 0,97 ნგ/მლ-სა და 0,88 ნგ/მლ-ს, შესაბამისად ((მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში ნორმაშია, კარგად გამოხატულია და შეადგენს 26, 9 პგ/მლ-სა და 20, 1 პგ/მლ-ს, შესაბამისად)).

განხილული შემთხვევების მიხედვით (ანუ სადაც EGFR-ის ექსპრესია სუსტია), მელატონინის შედარებით ნაკლები მნიშვნელობა „უნდა ჰქონდეს“ EGF-ის პლაზმურ

დონეს – ნორმაშია იგი თუ ოდნავ/ზომიერად/მნიშვნელოვნად/გამოხატულად მომატებულია (თუშეცხვებით ვერ გამოვრიცხავთ სისხლის შრატში EGF-ის შემცველობის გაველენას მელატონინზე). მელატონინისთვის, როგორც ჩანს, უფრო „მოავარი“ ის არის, რომ EGFR-ის ექსპრესია სუსტია! ამ ვითარებაში კი მელატონინის პლაზმური მაჩვენებელი ძირითადად ნორმაშია;

V. მარტივი ჰიპერპლაზიის დროს 19-დან 8 პაციენტში (42, 1%;  $p < 0,1$ ) აღინიშნება EGFR-ის მკვეთრი ექსპრესია. ნუმერაციით, ანუ ცხრილში ამ პაციენტთა შესატყვისი ნომრებია: 1, 4, 7, 10, 13, 14, 16, 18, და მათთან EGF-ის შემცველობა სისხლის შრატში შეადგენს 0, 30-1,02 ნგ/მლ-ს. აქედან: 1 შემთხვევაში (ნუმერაციით – 13) EGF-ის დონე პლაზმაში ნორმის ტოლია და შეადგენს 0,30 ნგ/მლ-ს (აქ მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში დაკლებულია მკვეთრად და შეადგენს 10, 3 პგ/მლ-ს, რაც შესაძლოა ცუდი პროგნოზის მაჩვენებელი იყოს, მიუხედავად EGF-ის ნორმული შემცველობისა პლაზმაში); 4 შემთხვევაში (ნუმერაციით – 1, 4, 7, 18) EGF-ის დონე პლაზმაში ზომიერად მომატებულია და შეადგენს 0,45-0,59 ნგ/მლ-ს (გარკვეულად თანხმობაშია მელატონინის მაჩვენებლებიც სისხლის შრატში – ანუ ზომიერად დაკლებულია და შეადგენს 15, 7-17, 4 პგ/მლ-ს); 2 შემთხვევაში (ნუმერაციით – 10, 16) EGF-ის დონე პლაზმაში მნიშვნელოვნად მომატებულია და შეადგენს 0, 65-0, 70 ნგ/მლ-ს (მელატონინის მაჩვენებლებიც სისხლის შრატშიც გარკვეულად თანხმობაშია: – დაკლებულია მნიშვნელოვნად/მკვეთრად და შეადგენს 11, 2 და 8, 2 პგ/მლ-ს, შესაბამისად); 1 შემთხვევაში (ნუმერაციით – 14) EGF-ის დონე პლაზმაში გამოხატულად მომატებულია და შეადგენს 1,02 ნგ/მლ-ს (მაგრამ მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში რატომღაც არ არის მკვეთრად დაკლებული, როგორც მოსალოდნელი იყო, არამედ ის ზომიერად დაკლებულია და შეადგენს 15, 7 პგ/მლ-ს ((შესაძლოა ეს უკეთესი პროგნოზის მაჩვენებელი იყოს წინა 4 შემთხვევასთან შედარებით)).

მაშ ასე: ენდომეტრიუმის მარტივი ჰიპერპლაზიის (ატიპიის გარეშე) დროს, მიუხედავად EGFR-ის სუსტი თუ ძლიერი ექსპრესიისა,



EGF-ის შემცველობა პლაზმაში – უფრო მეტად: ნორმაშია/ოდნავ ან ზომიერად მომატებულია, ხოლო უფრო ნაკლებად: მნიშვნელოვნად ან გამოხატულადაა მომატებული.

ყველა მატება EGF-ისა, განსაკუთრებით – მნიშვნელოვანი ან გამოხატული, სახიფათოა EGFR-ის ძლიერი ექსპრესიის ფონზე, რადგან მელატონინი კლებისკენ არის მიმართული! მელატონინი (როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ) სწორედ EGFR-ის ექსპრესიაზე რეაგირებს განსაკუთრებულად და სუსტი ექსპრესიის დროს ყოველთვის ნორმაშია, ხოლო ძლიერი ექსპრესიის დროს – დაკლებულია! – მაშინაც კი, როცა EGF ნორმაშია (ერთი შემთხვევა გვქონდა ასეთი).

განხილულ შემთხვევებში (ანუ სადაც EGFR-ის ექსპრესია ძლიერია) მელატონინი ძირითადად უკუპროპორციულ კავშირშია EGF-ის მატებასთან: კორელაციურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ სისხლის შრატში EGF-ის დონესა და მელატონინის შემცველობას შორის არსებობს გარკვეული უარყოფითი კორელაცია (შპეარმან-ის კორელაციის არაპარამეტრული კოეფიციენტი უდრის -0,372-ს, ხოლო Pearson-ის კორელაციის კოეფიციენტი უდრის -0,331-ს). მაგრამ იშვიათად გამოჩნდის არსებობაცაა შესაძლებელი (გვაქვს ერთი შემთხვევა). და ენდომეტრიული ჰიპერპლაზიაში მელატონინის კლება პლაზმაში – თუნდაც მარტივი ჰიპერპლაზიის დროსაც – საშიშია! ამიტომაც არსებობს მარტივი ჰიპერპლაზია ატიპიით, უიშვიათესად, მაგრამ არსებობს!

დამატებით წარმოებულმა კორელაციურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ენდომეტრიული ჰიპერპლაზიის დროს EGFR-ის ექსპრესიასა და სისხლის შრატში მელატონინის შემცველობას შორის არსებობს ძლიერი უარყოფითი კორელაცია (შპეარმან-ის კორელაციის არაპარამეტრული კოეფიციენტი უდრის -0,830-ს, ხოლო Pearson-ის კორელაციის კოეფიციენტი უდრის -0,805-ს). ასევე, დამატებით წარმოებულმა კორელაციურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ენდომეტრიული ჰიპერპლაზიის დროს EGFR-ის ექსპრესიასა და სისხლის შრატში EGF-ის დონეს შორის არსებობს სუსტი დადებითი კორელაცია (შპეარმან-ის კორელაციის არაპარამეტრული კოეფიციენტი უდრის 0,195-ს, ხოლო Pearson-ის კორელაციის კოეფიციენტი უდრის 0,147-ს).

**VI.** 15-დან 8 პაციენტში (53,3%;  $p<0,1$ ) აღინიშნება EGFR-ის მკვეთრი ექსპრესია. ნუმერაციით, ანუ ცხრილში ამ პაციენტთა შესატყვისი ნომრებია: 2, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 15, და მათთან EGF-ის დონე პლაზმაში გამოხატულად/მკვეთრად მომატებულია და შეადგენს 0,93-2,60 ნგ/მლ-ს (მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში 8 შემთხვევაში მკვეთრად/მნიშვნელოვნად დაკლებულია და შეადგენს 9, 2-13, 2 პგ/მლ-ს); აქედან: 3 შემთხვევაში (ნუმერაციით – 2, 5, 12) EGF-ის დონე პლაზმაში გამოხატულად მომატებულია და შეადგენს 0,93-1,18 ნგ/მლ-ს (მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში მკვეთრად/მნიშვნელოვნად/მკვეთრად დაკლებულია და შეადგენს 10, 4-11, 9 პგ/მლ-ს); 5 შემთხვევაში (ნუმერაციით – 7, 8, 11, 13, 15) EGF-ის დონე პლაზმაში მკვეთრად მომატებულია და შეადგენს 1,90-2,60 ნგ/მლ-ს (მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში მნიშვნელოვნად/მკვეთრად დაკლებულია და შეადგენს 9, 2-13, 2 პგ/მლ-ს). 15-დან 1 პაციენტში კი (ნუმერაციით – 1) აღინიშნება EGFR-ის საშუალო ექსპრესია – აქ EGF-ის დონე პლაზმაში გამოხატულად მომატებულია და შეადგენს 1,30 ნგ/მლ-ს (ხოლო მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში მნიშვნელოვნად დაკლებულია და შეადგენს 14, 2 პგ/მლ-ს). ანუ, 15 პაციენტიდან (ვისაც აღვნიშნავთ კომპლექსური ჰიპერპლაზია ატიპიის გარეშე) 9 პაციენტში (60,0%;  $p<0,1$ ) EGF-ის დონე პლაზმაში გამოხატულად/მკვეთრად მომატებულია და შეადგენს 0,93-2,60 ნგ/მლ-ს (მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში კი მნიშვნელოვნად/მკვეთრად დაკლებულია). 1 შემთხვევა (ნუმერაციით – 16) აღინიშნა კომპლექსური ატიპური ჰიპერპლაზიისა, სადაც სახეზეა EGFR-ის მკვეთრი ექსპრესია – აქ EGF-ის შემცველობა სისხლის შრატში გამოხატულად მომატებულია და შეადგენს 1,19 ნგ/მლ-ს (ხოლო მელატონინის დონე პლაზმაში ძალიან დაბალია და შეადგენს 8, 5 პგ/მლ-ს).

ჯამში, 100%-ში ასევე გამოხატულად/მკვეთრად მომატებულია EGF-ის პლაზმური შემცველობა არაატიპური კომპლექსური ჰიპერპლაზიის დროს (თუმცა ატიპურ კომპლექსურ ჰიპერპლაზიაშიც გამოხატულად მომატებულია იგი! ერთი შემთხვევა გვაქვს ასეთი, ამიტომ სტატისტიკური ანალიზი აქ ვერ

წარმოებს).

მელატონინი მნიშვნელოვნად/მკვეთრად დაკლებულია კომპლექსური ჰიპერპლაზიის დროს EGFR-ის ძლიერი ექსპრესიის შემთხვევაში, და ასეთ ვითარებაში განსაკუთრებული მნიშვნელობისა უნდა იყოს EGF-ის შემცველობა სისხლის შრატში, ანუ: თუ EGF-ის პლაზმური დონე ძალიან მომატებულია – ეს პროგნოზულად ცუდია, ხოლო თუ მელატონინის იგივე მაჩვენებლების დროს EGF-ის პლაზმური დონე ძალიან მომატებული არ არის, მაშინ ეს უკეთესი ვარიანტია არაატიპური ჰიპერპლაზიისთვის, რათა ატიპური არ გახდეს ისინი;

**VII.** 15-დან 6 პაციენტში (40,0%;  $p<0,1$ ) აღინიშნება EGFR-ის სუსტი ექსპრესია; მათ შორის: 2 შემთხვევაში (ნუმერაციით – 4, 9) EGF-ის შემცველობა სისხლის პლაზმაში მნიშვნელოვნად მომატებულია და შეადგენს 0,77-0,85 ნგ/მლ-ს (მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში ნორმა/ზომიერად დაკლებულია და შეადგენს 23, 1 და 16, 0 პგ/მლ-ს, შესაბამისად); 2 შემთხვევაში (ნუმერაციით – 3, 14) EGF-ის დონე პლაზმაში გამოხატულად მომატებულია და შეადგენს 1,18-1,70 ნგ/მლ-ს (მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში ზომიერად დაკლებულია და შეადგენს 17, 9 და 7, 1 პგ/მლ-ს, შესაბამისად); 2 შემთხვევაში (ნუმერაციით – 6, 10) EGF-ის დონე პლაზმაში მკვეთრად/უაღრესად მკვეთრად მომატებულია და შეადგენს 2,70 და 3,20 ნგ/მლ-ს, შესაბამისად (მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში ნორმაშია/ნორმის ზღვართანაა და შეადგენს 23, 1 და 19, 3 პგ/მლ-ს, შესაბამისად).

გამოდის, ენდომეტრიუმის კომპლექსური ჰიპერპლაზიის (ატიპიის გარეშე) დროს, მიუხედავად EGFR-ის სუსტი თუ ძლიერი ექსპრესიისა, EGF-ის შემცველობა პლაზმაში – უფრო მეტად: მნიშვნელოვნად ან გამოხატულად მომატებულია, ხოლო უფრო ნაკლებად: მკვეთრად ან ძალიან მკვეთრადაა მომატებული.

საინტერესოა: ენდომეტრიუმის კომპლექსური ჰიპერპლაზიის დროსაც არის მელატონინის შრატისმიერი მაჩვენებელი ნორმაში – ოღონდ ამისთვის EGFR-ის დაბალი ექსპრესიაა მთავარი პირობა (მიუხედავად მკვეთრად/უაღრესად მკვეთრად მომატებული EGF-ის პლაზმური მაჩვენებლისა ზოგიერთ შემთხვევაში!). ყველა ვითარებაში

მელატონინის პლაზმური მახვენებელი მაინც უფრო მაღალია ჯამში *EGFR-ის* სუსტი ექსპრესიის დროს, ვიდრე ძლიერი ექსპრესიის დროს – კომპლექსური ჰიპერპლაზიის შემთხვევაში! მარტივ ჰიპერპლაზიაზე აღარცა საუბარი, – იქ *EGFR-ის* სუსტი ექსპრესიის დროს მუდამ ნორმაშია მელატონინის შემცველობა სისხლში, მიუხედავად EGF-ის პლაზმური დონისა.

საბოლოოდ, როგორც ჩანს, ენდომეტრიული ჰიპერპლაზიის შემთხვევაში (სისხლის შრატში EGF-ის სხვადასხვა დონის მიუხედავად), სადაც სუსტი ექსპრესიაა EGFR-ისა, იქ მელატონინი ნორმაშია. და ეს პროგნოზულად კარგია! და პირიქით – EGFR-ის ძლიერი ექსპრესიის დროს მელატონინის პლაზმური დონე დაკლებულია (მაშინაც კი, როცა სისხლის შრატში EGF-ის შემცველობა ნორმაშია). აი ასეთ შემთხვევებში ყოველგვარი მატება EGF-ის პლაზმური დონისა, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი/გამოსატყულებელი მატება, EGFR-ის ძლიერი ექსპრესიის ფონზე სახიფათოა.

და ბოლოს, მელატონინი – ეს უნივერსალური ანტიპროლიფერა-

ციული და ანტინეოპლაზიური ჰორმონი EGFR-ის ექსპრესიის გაცილებით მეტად „პასუხობს“, ვიდრე EGF-ის პლაზმურ დონეს. და ეს პირდაპირ მიუთითებს, რომ მოცემულ ვითარებაში სწორედ EGFR უფრო „კანცეროგენეზულია“, ვიდრე თავად EGF. ანუ, თუ კი მხოლოდ EGF-ის შემცველობა იქნება მომატებული სისხლის შრატში, ხოლო ენდომეტრიუმში EGFR-ის ექსპრესია იქნება სუსტი, ეს უკეთესი ვარიანტი აღმოჩნდება პროგნოზულად, ვიდრე, ვთქვათ, ძლიერი ექსპრესია EGFR-ისა ენდომეტრიუმში და EGF-ის ზომიერად მომატებული დონე პლაზმაში.

**ლიტერატურა:**

1. Citri A., Yarden Y. EGF-ERBB signaling towards the systems level // Nat Rev Mol Cell Biol. –2006.–Vol.7, No.7.–P.505-516. 2. Ejksjaer K., Sorensen B.S., Poulsen S.S. et al. Expression of the epidermal growth factor system in endometrial cancer // Gynecol Oncol. – 2007. – Vol. 104, No. 1. – P. 158-167. 3. Gershtein E.S., Bocharova L.B., Ermilova V.D. et al. Epidermal growth factor receptors and their ligands in endomet-

rial carcinoma: correlation with clinicomorphological factors and steroid receptors // Vopr Onkol. – 2000. – Vol. 46, No. 2. – P. 180-186.

4. Kasradze M., Kasradze D., Tavartkiladze A. “AD AVGUSTA PER ANGUSTA”, - Tbilisi: “Mtatsmindeli”, 2013. – 128 p. (in Georgian/in English).

5. 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.

6. Pierpaoli W., Regelson W., Colman C. Melatonin miracle. New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore: “Pocket Books”, 2011, 314 p.

7. Tanaka T., Mizuno K., Miyama M. et al. Enhanced Fas/CD9 5-mediated apoptosis by epidermal growth factor in human endometrial epithelial cells // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 1999. – Vol. 86, No 2. – P. 189-194.

8. Wang S., Pudney J., Song J. et al. Mechanisms involved in the evolution of progesterin resistance in human endometrial hyperplasia – precursor of endometrial cancer // Gynecol Oncol. – 2003. – Vol. 88, No .2. – P. 108-117.

**რეზიუმე**

**ეპიდემიური ზრდის ფაქტორის რეცეპტორის ექსპრესია და ეპიდემიური ზრდის ფაქტორისა და მელატონინის შემცველობა სისხლის შრატში ენდომეტრიუმის მარტივი და კომპლექსური ჰიპერპლაზიის დროს**

**ნ. ძნელაშვილი, ღ. კახრაძე, ა. თამარაშვილი**

**დავით ტვილდიანის სახელების სამედიცინო უნივერსიტეტი, ადამიანის მორფოლოგიისა და პათოლოგიის დეპარტამენტი (თბილისი, საქართველო)**

ჩვენი კვლევის მიზანი იყო განგვესაზღვრა პროგნოზული მნიშვნელობა ეპიდემიური ზრდის ფაქტორის რეცეპტორის (EGFR, ინგლ.) ექსპრესიისა ენდომეტრიუმში და, ამასთანავე – ეპიდემიური ზრდის ფაქტორის (EGF, ინგლ.) და მელატონინის დონეებისა სისხლის შრატში ენდომეტრიუმის მარტივი და კომპლექსური ჰიპერპლაზიის დროს. EGFR-ის ექსპრესიის გამოსავლენად 35 პაციენტში ჩატარდა მორფოლოგიური მასალის (საშეიღოსნოს გამონაფხეკის) იმუნოჰისტოქიმიური კვლევა. პლაზმაში EGF-ის და მელატონინის შემცველობათა დასადგენად პაციენტებისგან აღებულ იქნა სისხლი. EGF-ის დონის განსაზღვრა სისხლის შრატში ვაწარმოეთ მაღალეფექტური სითხური ქრომატოგრაფიით – HPLC მეთოდით, ხოლო მელატონინისა – იმუნოფერმენტული ანალიზით – ELISA მეთოდით. მიღებული ციფრობრივი მონაცემები სტატისტიკურად დამუშავდა პროგრამის SPSS-12-ის გამოყენებით; ასევე გამოყენებულ იქნა სტატისტიკის პროგრამული სისტემა IBM SPSS, ვერსია 20.

როგორც ვლინდება, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიის შემთხვევებში (სისხლის შრატში EGF-ის სხვადასხვა დონის მიუხედავად), სადაც სუსტი ექსპრესიაა EGFR-ისა, იქ მელატონინი ნორმაშია. და ეს პროგნოზულად კარგია! და პირიქით – EGFR-ის ძლიერი ექსპრესიის დროს მელატონინის პლაზმური დონე დაკლებულია (მაშინაც კი, როცა სისხლის შრატში EGF-ის შემცველობა ნორმაშია). აი ასეთ შემთხვევებში EGF-ის პლაზმური დონის ყოველგვარი მატება (განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ან გამოსატყულებელი მატება) EGFR-ის ძლიერი ექსპრესიის ფონზე სახიფათოა.

და ბოლოს, მელატონინი – ეს უნივერსალური ანტიპროლიფერაციული და ანტინეოპლაზიური ჰორმონი EGFR-ის ენდომეტრიულ ექსპრესიას გაცილებით მეტად „პასუხობს“, ვიდრე EGF-ის პლაზმურ დონეს. და ეს პირდაპირ მიუთითებს, რომ მოცემულ ვითარებაში სწორედ EGFR უფრო „კანცეროგენეზულია“, ვიდრე თავად EGF. ანუ, თუ კი მხოლოდ EGF-ის შემცველობა იქნება მომატებული სისხლის შრატში, ხოლო ენდომეტრიუმში EGFR-ის ექსპრესია იქნება სუსტი, ეს უკეთესი ვარიანტი აღმოჩნდება პროგნოზულად, ვიდრე, ვთქვათ, ძლიერი ექსპრესია EGFR-ისა ენდომეტრიუმში და EGF-ის ზომიერად მომატებული დონე პლაზმაში.



SUMMARY

**EXPRESSION OF EPIDERMAL GROWTH FACTOR RECEPTOR AND PLASMATIC LEVELS OF EPIDERMAL GROWTH FACTOR AND MELATONIN IN SIMPLE AND COMPLEX ENDOMETRIAL HYPERPLASIA**

*N. DZNELASHVILI, D. KASRADZE, A.TAVARTKILADZE*

*D. Tvildiani Medical University, Department of Human Morphology and Pathology (Tbilisi, Georgia)*

The goal of our research was to find the prognostic significance of the epidermal growth factor receptor (EGFR) expression in endometrium and plasmatic levels of epidermal growth factor (EGF) and Melatonin in simple and complex endometrial hyperplasia. Immunohistochemical study of morphological material (endometrial scrap) was conducted in order to reveal the EGFR expression (in 35 patients). Measurement of EGF blood plasma content was carried out using HPLC (High performance liquid chromatography) method. The study of melatonin concentration in patients' blood plasma was performed using ELISA method). The numeric data of the investigation were processed statistically using the SPSS-12 and IBM SPSS-20 programs.

As it has been revealed, in endometrial hyperplasia ( regardless of the different EGF blood plasma levels ) with weak expression of EGFR melatonin levels are normal, which is prognostically favorable, and vice versa, with strong expression melatonin levels are decreased ( even with normal values of EGF blood plasma content). It is the case when every change towards the increase (especially significant or marked) of EGF blood plasma levels is particularly dangerous against the background of strong EGFR expression

Finally. Melatonin - the universal anti-proliferation and anti-neoplastic hormone is far more responsive to EGFR endometrial expression than to plasmatic levels of EGF. This directly indicates that in the given situation EGFR is more cancerogenic than EGF per se. That is, if merely EGF blood plasma content were increased while endometrial EGFR expression were weak, then this would be a prognostically better variant than with strong EGFR expression in the endometrium and moderately increased EGF blood plasma content.

**კონფერენციები, სიმპოზიუმები, შორუბები  
THIRD MEDICAL NURSE CONFERENCE**

**ექთანთა III კონფერენცია**

31. 05-1-2. 06. თბილისი 2014

კონფერენციის ინტერნეტ-ვერსია **Electronic Version**  
[www.sppf.info](http://www.sppf.info), [www.esgns.org](http://www.esgns.org) e-mail: [info@sppf.info](mailto:info@sppf.info)

**თავმჯდომარეები: კიმ კროუფორდი, მ. დიდებაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი**

Chairmen: Kim Crawford, M. Didebashvili, K. Chakhunashvili

1. „ინოვაციური უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამა ექთნებისათვის საქართველოში“ თ. დაუსი, საექთნო სამსახურის ხელმძღვანელი, „სამედიცინო კორპორაცია ევექსი“ (საქართველო, თბილისი).

New approach of continuous medical education for nurses in Georgia. T. Dowse, Head of Nursing Department, EVEX Medical Corporation (Georgia, Tbilisi)

2. „საექთნო პოსტდიპლომური განათლება“ ქ. გარსევანიშვილი – საქართველოს ექთნების ასოციაციის პრეზიდენტი (საქართველო, თბილისი).

“Medical Nurse Post Diploma Education” – K. Garsevanishvili – President of Georgian Association of Nurses (Georgia, Tbilisi)

3. მარტივი საფეხურები პაციენტის მოვლის და საექთნო საქმის გაუმჯობესებისთვის – კიმ კროუფორდი (ა.შ.შ.) “Simple steps to improve nursing and patient care“ (Kim Crawford (USA)

4. „საექთნო საქმე“ მ. დიდებაშვილი (საქართველო, თბილისი)

Nursing – M. Didebashvili (Georgia, Tbilisi)

5. „ევროპის ექთანთა ასოციაციის სამეთვალყურეო საბჭოს სარეკომანდაციო წერილი ექთნების შესახებ“ საქართველოს ექთანთა საერთაშორისო ასოციაციის პრეზიდენტი ე. კაკაბაძე (საქართველო, ქუთაისი)

Recommendation Letter about Nurses from European Nursing Association Supervisory Board – E.Kakabadze, President of Georgian International Association of Nurses. (Georgia, Kutaisi)

6. „როგორ გავაუმჯობესოთ საშუალო მედიკოსების განათლება: იაშვილის კლინიკის გამოცდილება“. ტ. ანიკევა (საქართველო, თბილისი)

How to give additional education to average medical personnel: Iashvili Clinic Experience T. Anikeva (Georgia Tbilisi)

7. „ინფექციური კონტროლის თანამედროვე სტანდარტების დანერგვის გავლენა საავადმყოფოს შიგნით ინფექციების გავრცელების პრევენციაზე“. თ. ბახტაძე, ი. დუნდუა (საქართველო, ბათუმი)

Impacts of Implementation of Modern Standards on Prevention of Hospital Infections – T. Bakhtadze, I. Dundua (Georgia, Batumi)

8. „ექთნის როლი პოსტოპერაციულ პაციენტებში“ თ. რეხვიაშვილი, ნ. ქარუმაშვილი (საქართველო, თბილისი)

Roles of Nurses in Post operational patients – T. Rekhviashvili, N. Qarumashvili (Georgia, Tbilisi)

9. „საექთნო უმაღლესი (საბაკალავრო) განათლება საქართველოში“ მ. გოგაშვილი საქართველოს უნივერსიტეტი (დეკანი) (საქართველო, თბილისი)

Medical Nursery High Education in Georgia – M. Gogashvili, Georgia (dean) Tbilisi, Georgia

თელავის, ზუგდიდის, ვანის სამტრედიის დას სხვ. ქალაქთა წარმომადგენელთა თეზისების მიმოხილვა Vani, Samtredia and etc.

განხილვა

„დავბადებულვარ, რომ ვიყო მონა და საქართველოს მედგას უღელი“

(გაზეთი „სოციალური პედიატრია“ №9, 2003 წელი)



თამაზ მარტიაშვილი - მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიაში სპეციალიზაციის კათედრის დოცენტი და სახანაგლო ნაწილი, საქართველოს პედიატრია ასოციაციის გამგეობის წევრი და მდივანი, პედიატრიული კლინიკის დირექტორის მოადგილე, სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის მდივანი.

ჭეშმარიტებას ბრძანებდა ფრანგი მწერალი, მფრინავი და სპორტსმენი სენტ ეკზუპერი: „ჩვენი ჩვენი ბავშვობიდან მოვიდვართ“. ამასვე ეხმარება დიდი ქართველ მწერალი ალექსანდრე ყაზბეგი „გახსოვდეს იხი გორისა ხარ!“

მთელი ცხოვრება განვიცდიდი ერთი მხრივ სიამაგეს საკუთარი გვარის გამო, მეორე მხრივ მუდამ შიშის გრძობა მეუფლებოდა, შევძლებ კი გვარის ღრსეული წარმომადგენელი ვაქნები?

ჩემი პაპა გიორგი მარინაშვილი ქართლის მართლმადიდებელი ეკლესიის დეკანოზი, ქართული ეკლესიის განსაკუთრებული თავდადებული დამცველი იყო. იგი წინ აღუდგა გიგლა ბერბიჭაშვილის ცდას, გაეკატა ქართლის ეკლესიები და ამ ბრძოლაში დაიღუპა კიდევ. მემკვიდრეებიც შესანიშნავი მამულიშვილები ჰყავდა დეკანოზს: ალექსანდრე მარინაშვილი, გენერალ-მაიორი, მწერალი, ჟურნალისტი ჟურნალ არგუმენტი ი ფაქტის ერთ-ერთი დამაარსებელი. მოღვაწეობდა მოსკოვში, პოლიკონიკო მიხეილ მარინაშვილი დიდი პატრიოტი, აფხაზეთის იმის გმირი, უდროოდ დაღუპული.

მამაჩემი, სახალხო ექიმი, დავით მარინაშვილი კვიციანი წინა ვლადიმირის სახელობის უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის კურსდამთავრებული. საქართველოს ეროვნული მთლიანობისათვის მებრძოლი, ქართულ ცენზორისათა პოლიკის უფროსი ექიმი 1920 წლის თურქეთისა და სომხეთის წინააღმდეგ სამარირ მოქმედების მონაწილე, გენერალ მანზინაშვილის მკურნალი ექიმი.

დავით მარინაშვილი ექიმთა ერთ-ერთ პირველ თაობას ეკუთვნოდა და 40 წლის მანძილზე თავდაუზოგავად ემსახურა მშობელ ხალხს.

არ მიყვარდა სახანაგლოების და სამსახურების ცვლა. პირველი კლასიდან მეთერთმეტე კლასის ჩათვლით ესწავლებიდი თბილისის რკინიგზის №2 ვაჟთა საშუალო სკოლაში, რომელიც ქალაქის კოლორიტულ უბანში, დიდ ბუბუში, ვახუშტი ბაგრატიონის ქუჩაზე მდებარეობდა. მიუხედავად უშიშროი პერიოდისა სკოლაში, როგორც მოსწავლეთა, ასევე მასწავლებელთა მხრივ სიკეთე და სიყვარული სუფევდა. ესწავლე თვალწინ მიდგას ჩვენი უსაყვარლესი ქართული ენის მასწავლებლის კლიმენტი კაპანაძის გაოგნებული სახე: იმ დროს უმაღლესი ინსტანციის ბრძანებით სკოლაში ვაჟა-ფშაველას სწავლება აიკრძალა, მასწავლებელი შეგვტყობდა რამოდენიმე სანდო მოსწავლეს და გატაცებით გვიკითხავდა ვაჟას უკვდავ სტრიქონებს.

როგორი ღრსეული მამულიშვილები ვაიზარდენ ჩვენს კლასში, პროფესორი რიჩარდ მეტრეველი, გროსმისტერი ბუხუტი გურგენიძე, ოლიმპური ჩემპიონი რობერტ შველაცაძე და სხვა.

ანიკ როგორ შეიძლებოდა იმდროინდელ თბილისში ბოროტებას ეხეიმა, როდესაც ყოველდღიურად ვხვდებოდით მღვდნოვის პროსპექტზე მოსიერნი გალაკტიონს, ხოლო რუსთაველის პროსპექტზე კი ჩოხა-ახალუხში გამონყოფილი, ქართული სიტყვის დიდოსტატი, კონსტანტინე გამსახურდია დაბრძანდებოდა. ვერ ვცილობდი რუსთაველსა და მარჯანიშვილის სახელობის თეატრებს, სადაც გე-

ნიალური მსახიობები მოღვენობდნენ: აკაკი ხორავა, აკაკი ვასაძე, ვერიკო ანჯაფარიძე, ვასო გომიშვილი, სერგო ზაქარაძე, ჟორა შავგულიძე და მრავალი სხვა.

სკოლის დამთავრებისთანავე 1952 წელს ჩავირიცხე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიულ ფაკულტეტზე. აქაც საოცარი სამყარო დამხვდა, შედეგობად განგებამ მომიჩინა ქართული უნივერსიტეტის ფუძემდებლები, დიდი ივანე ჯავახიშვილის თანამებრძოლები: აკადემიკოსები ალექსანდრე ავაშიანი, ვლადიმერ ჟღნბი, ზაქარია მისიურაძე და სხვანი.

მუშაობის დაწყების შემდეგ ბედმა კვლავ გამანებივრა: მე საქმიანი ურთიერთობა მქონდა ქართული პედიატრიის ყველა კორფესთან: დიდ მეცნიერთან და პრაქტიკოსთან, პროფესორ მარიამ ბოკურიასთან, საოცრად მზრუნველ, მაგრამ მკაცრ პროფესორ ფელციტა მთიათქსთან, პროფესორ ნიკაბორ ირაკლი რცხილაძესთან, მაღალი ადამიანური თვისებების მქონე აკადემიკოსი არტემიან ზარდავასთან, საოცრად დიდგულ და პატივსაცემ პროფესორ ვლადიმერ თაბაქაძესთან, ურდულირებულ და ნიჭიერ პროფესორ ნოდარ ხერხულიძესთან, ყველასათვის საყვარელი, დიდებულ ადამიანთან და პროფესიონალითან პროფესორ მერი გელოვანთან.

ამ ადამიანების მიმართ გამაჩნია საოცარი მადლიერების გრძობა. მაიტი დამსახურებათა შუკი რაიმე თეორიული ან პრაქტიკული ცოდნა გამაჩნია. ცალკე მინდა გამოვყო ჩემი ურთიერთობა უფროს მეგობართან და მასწავლებელთან, მსოფლიო სახელის მქონე მეცნიერ, პროფესორ იოსებ კვაჭაძესთან. ჩვენმა ხანგრძლივმა თანამშრომლობამ ბევრი სასარგებლო ნაყოფი გამოიღო. 1969 წელს ბატონმა იოსებ კვაჭაძემ, ბატონმა მინა ჩუქუშავაძემ და მე საქართველოში პირველად ჰიდროცეფალით და დაუნთხი დაავადებით შეპყრობილ ახალშობილის ზურგის ტვინის სითხეში გამოვყავით პარაზიტი ტოქსოლაზმა გონდი. პირველად ჩვენს მიერ იქნა ყურადღება გამახვილებული იმ ფაქტზე, რომ თანდაყოლილი ინფექციური საქართველოს რე-

სპუბლიკისათვის უცხო არაა და იგი დიდ საფრთხეს უქმნის ერის მომავალს. ეს მოსაზრება ნახევარი საუკუნით უსწრებდა წინ თანდაყოლილი ინფექციების დღევანდელ ბუმს.

1972 წლიდან კათედრაზე დავინყე რეგულარული ჯგუფის დაავადებების კლინიკის, იმუნოლოგიისა და იმუნოგენეტიკის საკითხების შესწავლა. ამ საკითხზე გამოქვეყნებულმა შრომებმა საერთაშორისო აღიარება მოიპოვეს.

ჩემს მიერ ბატონ იოსებ კვაჭაძესთან ერთად რესპუბლიკაში პირველად აღწერილია 10 ახალი სინდრომი და დაავადება. დასტაბუღებული მაქვს პედიატრიის აქტუალური პრობლემებისადმი მიძღვნილი 83 სამეცნიერო შრომა, რომელიც გამოქვეყნდაროგორც ჩვენში, ასევე ზეარგარეთ. ვარ სამი სახელმძღვანელოს ავტორთა კოლექტივის წევრი.

ძალზე მნიშვნელოვან ფაქტად მიმაჩნია ის ძალისხმევა, რის შედეგადაც საქართველოს პედიატრთა საზოგადოების პედიატრთა ასოციაციად გარდაქმნას, რის შემდეგ საქართველოს პედიატრთა საზოგადოების პედიატრთა ასოციაციის წევრებად მიიღეს. მაშინ მე ასოციაციის გენერალური მდივანი გახლდით.

1993 წელს თბილისის ბავშვთა №2 კლინიკურ საავადმყოფოს სათავეში ჩაუდგა გამორჩენილი მეცნიერი და კლინიციტი, პროფესორი მანანა ჟვანია. მე კი დირექტორის მოადგილე გახლდით. საავადმყოფო დარბეული და გაჩანაგებული იყო. ქალბატონ მანანას ხელმძღვანელობით მდგომარეობა გამოსწორდა. საბოლოოდ თი თსუს რექტორის აკადემიკოს რ. ხეცურიალის ძალიანსმეგობრული დახმავებით საავადმყოფო გადაკეთდა უნივერსიტეტის პედიატრიულ კლინიკად - დირექტორი პროფ. რ. კუტუბიძე. მასში თავმოყრილია ქართული პედიატრიული დარბის ძირითადი ძალები.

პროფესორმა მანანა ჟვანიამ თანამედროვე მოთხოვნათა დონეზე აღიწყო საქართველოს დავადებების და თანდაყოლილი ინფექციების შესწავლა. აღნიშნული საკითხი კათედრის ძირითადი თემატიკა გახდა.

თანდაყოლილ და მემკვიდრეობით დაავადებებს რამოდენიმე კონფერენცია მიუძღვნა სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდმა, რომელსაც წარმტებით ხელმძღვანელობს ბატონი იოსების

ღირსეული მონაწილე, პროფესორი გიორგი ჩახუნაშვილი, ფონდის მდივანი მე გახლავართ.

რაც შეეხება სამედიცინო და საკონსულტაციო მუშაობას, მას ინსტიტუტში სწავლების პერიოდთან ვენევი. აღნიშნული მუშაობა პროფ. ი. კვაჭაძემ მაღალ დონეზე აიყვანა, ადრე თუ იგი ერთეული ენთუზიასტების მხრებზე გადადიოდა, დღეს სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდმა გ. ჩახუნაშვილის ხელმძღვანელობით საკონსულტაციო მუშაობა გააჩინა მთელ საქართველოში, რომელშიაც მონაწილეობს ყველა მოქმედი მაღალკვალიფიციური ქართველი პედაგოგი.

ასევე აქტიურად ვმონაწილეობ მშობელთა მზრუნველობის მოვლელულ ბავშვთა საკონსულტაციო მუშაობაში. წლების განმავლობაში ვიყავი თბილისის რკინიგზის ბავშვთა საავადმყოფოს, თბილისის ბავშვთა IV პოლიკლინიკის, თბილისის დედათა და ბავშვთა სამკურნალო-პროფულტაციო ცენტრის კონსულტანტი.

თამამად შემძილა ვთქვა, რომ ჩემი ხანგრძლივი საქმიანი მოღვაწეობის მანძილზე 30 ათასზე მეტ ბავშვს ჩაუტარე კონსულტაცია ყოველგვარი ანაზღაურების გარეშე.

ცხოვრებაში ყველაზე მკაცრი მსჯელობა საკუთარი სინდისია. მოღვაწეობის 43 წლის გადასახედიად ადამიანი, უნდა თუ არა, აუტვილბლად დაუტყდამს კითხვას საკუთარ თავს: რისთვის იცხოვრე, საერთოდ ღირდა თუ არა მისი ამქვეყნად მოსვლა?

ამ კითხვაზე პასუხი ორგვარია: პირველი - კმაყოფილების გრძობა, უამრავი მადლიერი პაციენტი, მადლიერი სტუდენტები, სამეცნიერო თუ პრაქტიკული წარმატებების სიხარული; მეორე მხრივ კი ეჭვის ჭია გარდნის, ამონურე თუ არა მენი შესაძლებლობები, გაილეთ თუ არა ყველაფერი სამშობლოსათვის? პასუხი ხალხს, მომავალს ეკუთვნის.

**პ.ს. ბატონო თამაზა თაბატაშვილი, რომ ჩვენთან ახლოსაა თბილისი უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის კურსდამთავრებული. საქართველოს ეროვნული მთლიანობისათვის მებრძოლი, ქართულ ცენზორისათა პოლიკის უფროსი ექიმი 1920 წლის თურქეთისა და სომხეთის წინააღმდეგ სამარირ მოქმედების მონაწილე, გენერალ მანზინაშვილის მკურნალი ექიმი.**

ირაკლი ხიციანიშვილის განხილვა



სულ რაღაც რამოდენიმე თვეა გასული. რაც გარდაიცვალა ცნობილი პედიატრი, საქართველოს პედიატრიული სკოლის თვალწინით წარმომადგენელი პროფესორი ირაკლი ციციშვილი. ბატონი ირაკლი იმ მუდკოსთა პლადას განეკუთვნება, ვინც თავისი დაუღალავი შრომით ფასდაუდებელი წვლილი შეიტანა საქართველოს პედიატრიული სამსახურის განვითარებაში. დღეს მისი ყველა ახლობელი და მეგობარი დანადგლიანებული შევიკრიბებით ირაკლის საფლავთან. ცრემლით მივიფონებთ მის

მიერ განვლილ მშოკილო გზას და ვლოცვით, რომ მისი ღამაში სული სასუფევლოში ახოფაოს უფადა. მისაგონარო კი საზოგადოებას მან მართლაც ბევრი დაუტოვა.

ბატონი ირაკლი ციციშვილი დაიბადა 1922 წლის 12 სექტემბერს ღრმად ვერტიკულ ინტელიგენტის ოჯახში. მამა სამხედრო ოფიცერი იყო, ხოლო დედა - ცნობილი ექიმი. მეან-გინეკოლოგი ოჯახის დიდიმ ტრადიციულმა ადამიანებმა და აღზრდის სწორმა მიდგომამ გააღწია იქინა ბატონი ირაკლის

პროფესორის წამოყვანებაზე საქართველოს პატრიარქი, უწმიდესი და უნეტარესი ილია მეორე თავის ერთ-ერთი კანონიკოს ადინიანას: „როგორც შეიცვალა მენსა საეპარქოსო, ისე იქნება შენი ცხოვრება“. ბატონმა ირაკლიმ სწავლა დაიწყო თბილისის მე-18 საშუალო სკოლაში. მაგრამ 1937 წელს, მასობრივი რეპრესიებში მიხვდა მისი მამა და ოჯახის რამდენიმე წევრი. პროტესტის ნიშნად, ბატონმა ირაკლიმ ამხანაგბითან ერთად ფარული ანტისაბჭოთა ორგანიზაცია წამოაყვალა, რომელიც 1 წლის განმავლობაში ფუნქციონირებდა. შემდეგ, დასმენის გამო, ამ ორგანიზაციის წევრები დაიპირეს და 13 თვის განმავლო-





ბაში პატივობაში აცოფვს. ციხიდან გამოსვლის შემდეგ, ბატონი ირაკლი 1941 წ. წარჩინებით ამთავრებს თბილისის 25-ე სკოლას და იმავე წელს სწავლას აგრძელებს თბილისის სახ. სამედიცინო ინსტიტუტში. 1946 წელს, უკვე დიპლომირებული ექიმი, მუშაობას იწყებს სამედიცინო ინსტიტუტის საფეხურებზე პედიატრიის კათედრაზე პროფესორ ვლადიმერ თოხაძის ხელმძღვანელობით. აქ მან განწყო დიდი გზა ექიმი ორდინატორიდან კათედრის პროფესორამდე. კლინიკაში მუშაობის პერიოდში ბატონმა ირაკლიმ დიდი ცოდნა და პრაქტიკული გამოცდილება შეიძინა. მას მუდამ ფაქიზი დამოკიდებულება ჰქონდა თავის პატარა პაციენტებთან და მომხსენებელ გავლენას ახდენდა მათზე. მას არასოდეს დაუშურებია სიყვარული, ხიბლი და ძალისხმევა თავისი პაციენტების ჯანმრთელობისათვის, ასევე უშურველად გადასცემდა თავის უიღვს პროფესორ გამოცდილებას ახალგაზრდა კოლეგებისა და მოწაფეების. ბატონი ირაკლი უპირატესობას ექიმის ზნეობრივ პრინციპებს ანიჭებდა. მას ღრმად სწამდა, რომ ადამიანი ვერ გახდება ჯეშმარიტი ექიმი, თუ იმათეთვე არ ჩამოყალიბდა, როგორც სანიშნო მოქალაქე, სპირატი მსახური თავისი ერისა.

ირაკლი ციციშვილი იყო ჩვენი საზოგადოებრივი ბრწყინვალე წარმომადგენელი, კეთილშეგობარ, პრინციპული, შესანიშნავი პედაგოგი, პრაქტიკოსი ექიმი და მეცნიერი. განსაკუთრებით ხაზი უნდა გასვას მისი, როგორც ქვეყნიშობის, თვისებებს. კაცი, რომელიც სულ იმის ფიქრში იყო, როგორ დახმარებოდა გაჭირვებულ ადამიანებს, თავისი საკუთარი ნაღ-

ვაწის თითქმის ნახევარი იგი და მისი შემდეგ, ქალბატონი დიდა, ამ კითხვებში ბიბლიურ საქმეს ახმარდნენ. ბატონი ირაკლის საქმიანობიდან გამომდინარე, იგი იყო ნამდვილი სახალხო ექიმი. შეიძლება იტყვას რომ საქართველოს ბარ-



სა და მათში ძველად მოიხებებოდა ოჯახი, რომლის ერთ წევრს მაინც არ შეეხოდა მისი თბილი ხელი, არ ყოფილიყო მისი პაციენტი. ბატონი ირაკლის ხანგრძლივი ცხოვრება ყოველთვის ია-გარეთი არ ყოფილა მიუხედი, მას ხშირად უხდებოდა მუშაობა ურთულეს პირობებში. თუხრდაც ავიღოთ საქართველოში არსებული ვითარება, როდესაც პედიატრულ სამსახურს ძალიან უჭირდა, ის, რო-

გორც ერთგული ჯარისკაცი, ყოველთვის იბედა თავისი საქმის სადარჯოზე მის მიმართ დაკისრებულ ვალდებულებებს პირნათლად ასრულებდა. მომაკვლის იმედი არ დაუკარგავს, ფარ-ხმალი არასოდეს დაუყურია. წინ მისიწრაფოდა

და ნათლად მომავალს შენატოდა. ბატონი ირაკლი იყო საქართველოს პედიატრიული აკადემიის ერთ-ერთი დამფუძნებელი და მისი შეუცვლელი პრეზიდენტი, თბილისის სახ. სამედიცინო უნივერსიტეტის კათედრის პროფესორი და პედიატრული

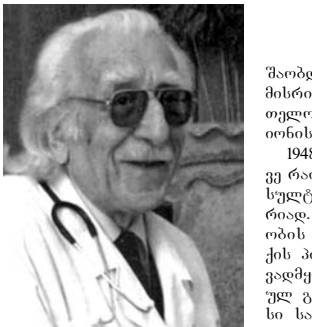
ფაკულტეტის დეკანი. მცირე ხნის განმავლობაში ხელმძღვანელობდა საქართველოს პედიატრიის ს/კ ინსტიტუტს, იყო მრავალი დარღობრივი ასოციაციის საპარტიო წევრი და სხვა. ბატონი ირაკლი თავისი ხანგრძლივი მოღვაწეობის დღეებში მოწვეულებული იყო ღირსებისა და დაჯილდოებული იყო ღირსებისა და ბრწყინვალეების ორდენებით. მას საქართველოში პირველად გაუხსნეს მისი სახელობის ვარსკვლავი, ბავშვთა ახალ კონიკას მაინიგს ირაკლი ციციშვილის სახელი. გენდა გაიხსენი, რომ ეს დონისძიება გასული წლის დეკემბრის ბოლოს ჩატარდა, რის შემდეგაც გამიზნა ვაშში, რომელსაც ესწრებოდნენ ოჯახის წევრები ახლო ნათესავები, მეგობრები და კლინიკის თანამშრომლები. ბატონმა ირაკლიმ იმ საღამოს ყველას უწილადა გულწრფელი სიყვარული, ყველას მიუყვრა. ფაქტობრივად, ეს ადამიანი საზოგადოებასთან და ახლოობლებთან მისი გამოსამშვიობებელი უკანასკნელი საღამო.

წავიდა ჩვენგან გულმსურვალე მამულიშვილი, კაცთმოყვარეობითა და ღირსებებით გამოირჩეული, ყველასგან ახლოდებული პროფესორი, ნამდვილი ინტელექტუალი, ბრწყინვალე მეცნიერი, მისაბაძი მამა, მზრუნველი ბაბა და საიმეო მეგობარი.

ბატონი ირაკლი სიკვდილის წინ მივიდა სამსახურში, სამუშაო კაბინეტში წაიკვია თიერი ხალხით, რომელსაც ხანგრძლივი ცხოვრების მანძილზე არასოდეს სცხვებია შვიი დაქა და საკუთარი მაციდთან გაწურება სურთაყო სული.

დრო გავა, ირაკლი ციციშვილის სიზნა მარადიული იქნება, მადლიერად ადამიანების მიერ დაწოებულ სახეთელი მუდამ იცავაგებს მისი სიყვარულისა და სიხვნის სიმბოლოდ.

საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის სახელით პროფესორი ანაბერიძე სპეხერაძე-კოპაძე



უმიკაშვილი ნიკოლოზ დავითის ძე, დაიბადა ქ. თბილისში 1923 წლის 18 იანვარს, მოსამსახურის ოჯახში. ვარსკვლავი 1971 წლიდან. 1930 წელს დაიწყო სწავლა ქ. თბილისის მე-19 საშუალო სკოლაში, სადაც დაამთავრა 10 კლასი წარჩინებით 1941 წელს. 1941 წელს განავარაძე სწავლა ქ. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტზე. 1946 წელს დაამთავრა ქობილისის სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტი. 1946 წლის დეკემბრის თვიდან დაიწყო მუშაობა გორის რაიონის სოფელ დივის საექიმო უბნის გაიკის თანამდებობაზე. სადაც ემუშაობდა 1948 წლამდე. 1948 წლის 23 მარტიდან ამავე წლის 15 მაისამდე ემუ-

# ავტობიოგრაფია

შობიდი ქ. თბილისი 26 კომისრის სახ. რაიონის ჯანმრთელობის განყოფილების რაიონის პედიატრად. 1948 წლის 15 მაისიდან ამავე რაიონის მე-7 ბავშვთა კონსულტაციის უბნის პედიატრად. კონსულტაციაში მუშაობის პარალელურად ქალაქის პირველი კლინიკურ საავადმყოფოს ბავშვთა თერაპიულ განყოფილებაში. 1955 წლის აპრილიდან 1957 წლის აპრილამდე ემუშაობდა იმავე საავადმყოფოსთან გაერთიანებულ პირველ ბავშვთა პოლიკლინიკაში უბნის პედიატრად. 1957 წლის აპრილიდან 1960 წლის თებერვამდე ემუშაობდა იმავე საავადმყოფოსთან გაერთიანებულ მეორე ბავშვთა პოლიკლინიკის პედიატრული განყოფილების გამგედ. 1960 წლის თებერვლიდან გადმოვიწინდ ვიქინი საავადმყოფოს ბავშვთა თერაპიული განყოფილების ორდინატორად, ხოლო 1962 წლის იანვრიდან ამავე განყოფილების გამგედ. 1963 წლის 20 სექტემბრიდან საავადმყოფოში გაიხსნა მეორე ბავშვთა თერაპიული განყოფილება, სადაც დავითნი მუშაობდა განყოფილების გამგედ. 1969 წლის 10 თებერვლიდან გადმოვიწინდ ვიქინი პედიატრიის სამედიცინო კვლევის ინსტიტუტში დირექტორის მოადგილედ სამკურნალო დარგში. 1964 წლის 8 აგვისტოდან ჩემი ძირითადი სამსახურის პარალელურად ემუშაობდი ქ. თბილისის ჯანდაცვის სამარ-

თველოს ქალაქის მთავარი პედიატრის თანამდებობაზე. ჩემი მუშაობის მანძილზე გავიარე კვალიფიკაცია 1947 წლის 26 ნოემბრიდან 13 თებერვამდე ექიმთა დახვედრების ინსტიტუტში. 1950 წლის 27 თებერვლიდან 27 ივლისამდე და 1954 წლის 3 იანვრიდან 4 აპრილამდე ქ. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ბავშვთა სნეულებათა კათედრაზე პედიატრიის ციკლზე. 1959 წლის 1 ოქტომბრიდან 30 დეკემბრამდე ქ. მოსკოვში ექიმთა დახვედრების ცენტრალურ ინსტიტუტში. აკადემიკოს გ/ნ სპერანსკის თანადადრევი ასაკის ბავშვთა ფიზიოლოგიის და პათოლოგიის ციკლზე. 1961 წლის 16 თებერვლიდან 1 დეკემბრამდე ქობილისის სსრ ჯანდაცვის სამინისტროს აკადემიკოს მუხაძის სახელობის სისხლის გადასხმის ინსტიტუტში კორპორაციული პედაგოგიის ციკლზე. 1970 წელს გავიარე საატესტაციო კომისია და მომენიჭა მადლიერობითა უმაღლესი კა-

# ბახსენება

ტეგორის ექიმ-პედიატრის. საქართველოს რესპუბლიკის უმაღლესი საბჭოს პრეზიდიუმის 1967 წლის 26 ოქტომბრის ბრძანებით მინიჭებული მამუქს საქართველოს სსრ დამსახურებული ექიმის საპატიო ხელისხილი ექიმის საპატიო ბიჯან, დაჯილდოებული ვარ შრომის წითელი დროშის ორდენით და მედლებით. მამუქს მიღებული მადლობები საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის საქართველოს სსრ ჯანდაცვის მინისტრის ქალაქის ჯანმრთელობის სამართველოს და პედიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ადმინისტრაციისგან. მამუქს სიგელები რესპუბლიკური პროფკავშირებიდან, ქალაქის პარტიის კომიტეტის ჯანდაცვის სამინისტროდან, ვარ პედიატრთა სამედიცინო საზოგადოების გამგეობის წევრი და ამავე საზოგადოების პასუხისმგებელი მდიანი, საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს პედიატრიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის სამეცნიერო საბჭოს წევრი.





# იგი გელოდ 50 წლის იხეზოდა

## ბახსენება



**ლევან ურუშაძე (1964-2013)**

საქართველოს ეროვნული მუზეუმის დირექტორი არაერთი გამოჩენილი მეცნიერი შეიძლება შეგხედოს. თუმცა, ახალი თანამშრომელი შიორად მათ ისე ჩაუვლიდა გვერდს, რომ ვერც ხედვით ამა. შემდეგ ხელ-ხელა იცნობ მათ და მიუხედავად იმისა, რომ იცებ კონკრეტულად რა სფეროს ემსახურებოდა მისი ბოლომდე ვერ ან არ უფიქრდები იმ ფაქტს, რომ შენ წინ შეიძლება ახლა გამოჩენილი მეცნიერი იდგეს... ან იქნებ უფიქრდები კიდევ, მაგრამ დრო არ გეოფინს, შენერდ და ესაუბრო, უკეთ გაიცნო ისინი. ეს უდროობაც იმდენად თანმდევი გახდა ჩვენი 21-ე საუკუნის ცხოვრების, რომ აღარც იმის დრო გვაქვს ამ თემაზე დიდხანს იფიქრო... სულ ბევრი საქმე გვაქვს და სულ ცდილობ ვეღვას სასწრაფოდ გასცე პასუხი, ან სასწრაფოდ დაასრულო ერთი საქმე, მეორეზე რომ გადახვიდ და ასე... ეს აღმიახებთ კი არიან შენ გვერდით და ვინ იცის, რამდენ შესაძლებლობას უშვებ ხელიდან, რომ მათგან უფრო მეტი ისწავლო, სიამოვნება მიიღო მათთან ურთიერთობით და იმაზე ცოტა უკეთესი გახდო ვიდრე მანამდე იყავი... ხანდახან წაით ფიქრები ამაზე და მერე თავს იმიედებ, რომ როცა იქნება მოიცლი და... ასე გადის დრო... მერე უცბად იტვობ ძალიან სამწუხარო ფაქტს - გარდაიცვალა...

22 თქობმეურს ბატონი დევან ურუშაძე გარდაიცვალა... ახეთი ამბის გაერცელებას წუთიერი მწუხარე დუმილი და შემდეგ ვეღვას ერთდროულად აღაპარაკება მოეგება: „გახსოვს, ბოლოს აქ რომ შემიიარა...“ „გახსოვს, დერეფანში რომ შეგხედა, ოკუპაციის მუხეუზთან დაკავშირებით რაღაც საქმე მქონდა...“ მერე წუხსარ: ნეტა რამე ხომ არ ვაწყენინე როდისმე, ან ყურადღება ხომ არ მოვაკელი... უცებ გაგიღვებს ფიქრად, რომ არ არის აღვილი მონაწილეობდე ექსპოზიციის ექსნაში, რომელიც შენი ქვეყნის უახლეს და ერთ-ერთ ვეღვალე ტრავიკულ პერიოდს ასახავს და ეს იმდენად კარგად გააკეთო, რომ, გარდა ინფორმაციისა, გადმოსცემდე მოელ იმ ტრავიზმს რაც

ნივნი ქვეყნის საბჭოთა ოკუპაციის ახლდა თან. გახსენდება, რომ სულ რამდენჯერმე ხარ ამ ექსპოზიციასზე ნამყოფი და ყოველთვის ცდილობთ თავი აარილო იქ შესვლას, რადგანაც ძნელია ხილო... ალბათ თვითონ რამდენს ზიდავდოა ფიქრობ მერე... რამდენს განიცდიდა და როგორ განიცდიდა ჩვენი ქვეყნის წარსულ, რომ შენ დათლიერებაც გიტირს და ის მოელ ამ მასალას სწავლობა, აანალიზებდა, ალაგებდა და ამზადებდა, რომ მერე ჩვენ გაეცნობოდი... და ხვდები, რომ იმ კაცის ფიზიკური

**1998 წელს დევან ურუშაძის თავისნობით დაფუძნდა მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების ხელშეწყობის პანვერპული ასოციაციის „ეკონომეცნიერების“ საქართველოს ეროვნული სექცია. იყო მისი ჯერ აღმასრულებელი მდივანი, 2000-06 წლებში კი - თავმჯდომარე. ეკონომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია გულწრფელ თანადგომას უცხადებს მის ინტელიგენტ ოჯახს**

ტავი და მეინჯა ისტორიის მეცნიერებათა დოქტორის ხარისხი. 2006 წელს 26 მაისს დევან ურუშაძის აქტიური მონაწილეობით დაარსდა საქართველოს



შუა მასალა, რომლის საფუძველზეც შეიქმნა საბჭოთა ოკუპაციის ამსახველი ექსპოზიცია.

1998 წელს მისი თავისნობით დაფუძნდა მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების ხელშეწყობის პანვერპული ასოციაციის „ეკონომეცნიერების“ საქართველოს ეროვნული სექცია. იყო მისი ჯერ აღმასრულებელი მდივანი, 2000-06 წლებში კი - თავმჯდომარე. 2007 წლიდან იგი არსებული იქნა სამეცნიერო კვლევათა ხელშეწყობის საერთაშორისო აკადემიის პრეზიდენტად (IAPSR-აშშ). იყო დიდი ბრიტანეთისა და ირლანდიის სამეცნიერო საზოგადოების (RAS), ხელმძღვანელებისა და მეცნიერების მსოფლიო აკადემიის (WAAS, აშშ); ახალი ზელანდიის სამეცნიერო საზოგადოებისა და კულტურათა შორის კვლევების საერთაშორისო აკადემიის (IAIR, აშშ) წევრი.



პარამეტრები დერეფანში, რომ გხვდებოდა ან რომ მოდიოდა ამა თუ იმ აღმინისტრაციულ საკითხთან დაკავშირებით არც მისი სასრული ასახულიყო და არც საწყილი-ის ბევრად უფრო მასტაბური პიროვნება იყო...

და აი, ზიხარ, ათეალოერებე მის პირად საქმეს და იცებ: ცნობილი ქართველი მეცნიერი, ეროვნული მუზეუმის უფროსი მეცნიერი თანამშრომელი, საბჭოთა ოკუპაციის მუხეუზის კურატორი, ისტორიის მეცნიერებათა დოქტორი, დევან ზურაბის ძე ურუშაძე დაიბადა 1964 წლის 7 თებერვალს ქალაქ თბილისში. 1986 წელს დაამთავრა თბილისის ივანე ჯავა-



ხიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტის აღმოსავლეთმცოდნეობის ფაკულტეტის ქვეყნათმცოდნეობის განყოფილება. 2006 წელს, ამავე უნივერსიტეტში დაიცვა დისერ-

ერონული მუხეუზის საბჭოთა ოკუპაციის მუხეუმი. როგორც მეცნიერ-კონსულტანტმა რამდენიმე თვის განმავლობაში იმუშავა სხვადასხვა არქივში - მოიხილა და დაამუ-

შეის ისტორიის, საქართველოს 1801-1917 და 1921-1991 წლების ეროვნულ-განმათავისუფლებელი მოძრაობის ისტორიის, ქართული პოლიტიკუ ემიგრაციის ისტორიის საკვანძო სა-

კითხვებზე გამოქვეყნებული 130-მდე სამეცნიერო შრომის, მათ შორის 7 მონოგრაფიის, ავტორი. მასვე ეკუთვნის ქართულ პერიოდიკაში გამოქვეყნებული 300-ზე მეტი პუბლიცისტური წერილი. მონაწილეობდა ინტერნეტ-ენციკლოპედიების - „ეკონომის“ და „ეკიპედიის“ ქართული ვერსიის შექმნაში, სადაც გამოქვეყნდა მისი 30 ტერმინ-სტატია.

დევან ურუშაძე 2006 წელს მიენიჭა ისტორიულ კვლევათა საერთაშორისო აკადემიის საპატიო მდივანის წოდება და გენერალური და დოქტორ მენტურ მეცნიერებათა საპატიო მეცნიერის წოდება აშშ-ში. 2000 წელს „ჟინ ვინაა ამერიკაში“ მიერ მომზადდა საკვილადური გამოცემა სადაც შევიდა დევან ურუშაძის ბიოგრაფია.

ფურცლავ საქალდეშო მოთავსებულ ატობიოგრაფიის,

**მაღლიაზაპის სიგალი**

საქართველოს ეროვნული მუზეუმის დირექტორი

ლევან ურუშაძის ბიოგრაფია

ავტორი: ივანე ვინაა

გამომცემი: „ჯინ ვინაა ამერიკაში“

2006 წელი

დიკლომებს, საპატიო სიგალებს, მისადმი მოწერილ ღია წერილებს, ჯილდოებს, წოდებების ნუსხას და თვალწინ ცოცხლდება უაღრესად საინტერესო პიროვნება და მეცნიერი. გეკვირს კიდევ, რომ საქმიან ახალგაზრდა ამდენი რამე მოასწრო და გულში გვეუბნება, რომ არა ეს ტრავიკული ავტობიოგრაფია, დევან ურუშაძე კიდევ უფრო მეტ ნაშრომს გამოაქვეყნებდა და კიდევ ბევრჯერ წარმოაჩენდა ჩვენს ქვეყანას... შემდეგ აგროვებ მაგიდაზე გაფანტულ ფურცლებს და აბრუნებ პირად საქმეში... უცნაური და მძიმე განცდაა, როდესაც ათეალოერებ ადამიანის ცხოვრების ფურცლებს, სადაც მარტვიად, ქრონოლოგიური მიმდევრობითაა დალაგებული მნიშვნელოვანი თარიღები... ამ თარიღებს უკან კი დგას მეცნიერი, რომელიც სულ ცოტა ხნის წინ წვენ გვერით იყო...

**ნათია ხულუზაური**  
საქართველოს ეროვნული მუზეუმის მონაბე(IV)  
49-8.2013.620-622გგ





# საქართველოში მედიცინის დარგში მინიჭებული და უტინიკებში გახსნილი „ბრწყინვალეების ვარსკვლავი“



2010-11 წელი  
(პედიატრის – ირ. ციციშვილის – „ბავშვთა ახალ კლინიკაში“)



2012-13 წელი  
(ქირურგის – ლ. ჭაჭიაშვილის – „რკინიგზის საავადმყოფოში“ – დიღომში)



2013-14 წელი  
(ნეიროქირურგის – შ.ხევსურაიანის – „№1 საავადმყოფოს ნეიროქირურგიულ დეპარტამენტში“)



**ევექსი**

სამედიცინო კორპორაცია

„საპედიცინო კორპორაცია ევექსი“

ირაკლი ციციშვილის  
სახ. ბავშვთა ახალი კლინიკა

თბილისი,  
ლუბლიანას ქ. №21.  
(დიღომი)



**ევექსი**

ბაზილიანაული უაქანის ანოლაქტაბი





## სპერექსი ცეფაკლორი

## II თაობის ცეფალოსპორინი



**მოზრდილებისთვის** სადღეღამისო დოზა შეადგენს სხეულის მასის მიხედვით - 10-15 მგ/კგ გაყოფილი 2-4 მიღებაზე ჭამის დროს ან შემდეგ. საშუალო სიმძიმის ინფექციების დროს პრეპარატი მიიღება 250 მგ 3-ჯერ დღეში (ყოველ 8 სთ-ში), მძიმედ მიმდინარე ინფექციების დროს - 500 მგ 3-ჯერ დღეში (პნევმონია, შუა ყურის მწვავე ანთება). მოზრდილების მინიმალური სადღეღამისო თერაპიული დოზაა 750 მგ, მაქსიმალური რეკომენდებული დოზა - 2 გ, მაქსიმალური დასაშვები დოზა - 4 გ. მკურნალობის კურსი შეადგენს საშუალოდ 7-10 დღეს.

**6 წლამდე ასაკის ბავშვებში** 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 გადაუღებელი, გაცივებული წყალი ფლაკონზე აღნიშნულ ზოლამდე. მიიღება ნითელი ფერის სუსპენზია ჟოლოს არომატით. გამოყენების წინ შეანჯღრიეთ!

სუსპენზია გამოიყენება მომზადებიდან არა უმეტეს 2 კვირის განმავლობაში. მჭიდროდ დახურულ ფლაკონს 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 ხარგრძლივობა - 5-10 დღე.

**13 წლის ასაკის ზემოთ ბავშვებსა და მოზრდილებში** კვადიმექსი ინიშნება 100-400 მგ. 12 სთ-ში ერთხელ. მკურნალობის კურსის ხარგრძლივობა - 7-14 დღე. რეკომენდებულია კვადიმექსის ტაბლეტის მიღება საკვებთან ერთად. სუსპენზიის მიღება კვებთან 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-რაქციონალი", საქართველო.  
საინფორმაციო სამსახური: 967 227  
www.aversi.ge

