

**SOCIAL,
ECOLOGICAL
& CLINICAL
PEDIATRICS**

**სოციალური,
ეკოლოგიური
და კლინიკური**

უცხოეთის



**თბილისი
2015
TBILISI**



მთავარი რედაქტორი მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, აკადემიკოსი ბიორგი ჩახუნავილი



რედაქტორის მოადგილე

ვიქტორ გოროშკინი
(1945-2003)

UDC (უაკ) 616-053.2(051.2) ს 743

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

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი



ჩანასახიდან ბავშვს უზღვება 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 სადავოსტიკო 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 დღევანდელი ახალშობილთათვის – უფასო პერინატალური ცენტრი, ეპიდემიოლოგიური პროგრამები და სხვა;

ფონდმა შექმნა პირველი ქართული კვებითი დანამატები აპივიტი აპიკორი, აპიპინი, აპი-პიკონ და ეკოლოგიურად სუფთა მატონიზირებული 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 მედიცინა უნდა იყოს

THE SOCIAL PEDIATRICS PROTECTION FUND

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

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

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

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

We are looking forward for the future collaboration!

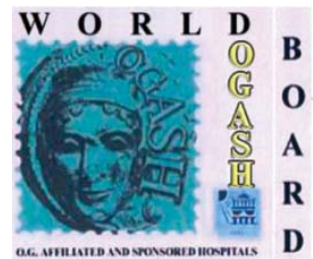
საერთაშორისო ფონდი „მსოფლიო უსაფრთხოება და ბავშვი“.
INTERNATIONAL FUND THE WORLD SECURITY AND CHILD

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

№ 17-12-11

SOCIAL, ECOLOGICAL & CLINICAL PEDIATRICS

გამოდის ექვს თვეში ერთხელ

თბილისი
2015
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.)

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 Javaxishvili 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 Assiciation "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. Homeophaty 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 Peditry 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 Associacion)

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 Pediatrist

M. NANOBASHVILI Pediatrist

D. CHAKHUNASHVILI Doctor ESGNS

E.TCHKOIDZE Pediatrist

G. ARVELADZE Youth Pediatric Associacion

K. NEPARIDZE Youth Pediatric Associacion

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
Vice President Myanmar Society of M.M.A. President of Pediatric Society of M.M.A.

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

Professor Dr. Iqbal A.Memmon(USA)
e-mail: iqbal.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
President Indian Academy of Pediatrics(I.A.P.), Deep Children Hospital & Research Centre

Professor Chok-wan Chan(China)
e-mail: Chancwhc@netvigator.com
International Pediatric Association (president-elect), Member of Executive 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
President Perdiatric Society of Thailand.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Ashak Gupta (Turkey)

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

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

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

ქურნალ „სოსიალური, 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 საპატიო პრეზიდენტი მ. მ. დ. პროფ. აკად.)

გიგიაშვილი ი. (არასამთავრობოების კოალიცია აფხაზეთისთვის)

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

გაბაიძე 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.)

კარანაძე თ. (ივანეჯავახიშვილი სსახ. სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი)

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

მამათა ლევანი (საქართველოს საპატრიარქო)

ზურაბაშვილი დ. (ფსიქიატრიის ინსტიტუტის დირექტორი, პროფესორი)

მანჯაშვილი ნ. (თსსუ პროფესორი, მმდ)

ზარნაძე დ. (თსსუ პროფესორი)

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

დოლონაძე გ. (აშშ ოფისის ხელმძღვანელი)

მირიანაშვილი მ. (არასამთავრობო ორგანიზაცია „ჭირაფი“)

მარინა როსა (აშშ)

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

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

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)
სოფაშა 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. ნუფარიძე 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
ნ. თოფურიძე მედიცინის აკადემიური დოქტორი

სარედაქციო საბჭოს მდივანი

ნ. ბადრიავილი
 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	http://www.sppf.info , www.esgns.org		
დასახელება ინგლისურად	Social, Ecological & Clinical Pediatrics		
სტატიები	ქართულ ენაზე		
რეფერატები	ქართულ და ინგლისურ ენებზე		
საკონტაქტო ინფორმაცია	თბილისი, ლუბლიანას ქ. 21 ტელ.: +(995 32) 247 04 01 ელ. ფოსტა: info@sppf.info , euscigeo@yahoo.com		



ტექნიკური ჩართული რეფერატული შურნალი სასახული გამოცემათა ჩამონათვალი

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 შურნალი
14. საქართველოს სამედიცინო სიახლენი
15. საქართველოს სამეცნიერო სიახლეები, საერთაშორისო სამეცნიერო შურნალი
16. საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის შრომები
17. სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია
18. სუხიშვილის უნივერსიტეტის საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის „თანამედროვე აქტუალური სამეცნიერო საკითხები“ მასალები
19. სუხიშვილის უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომათა კრებული

www.tech.caucasus.net



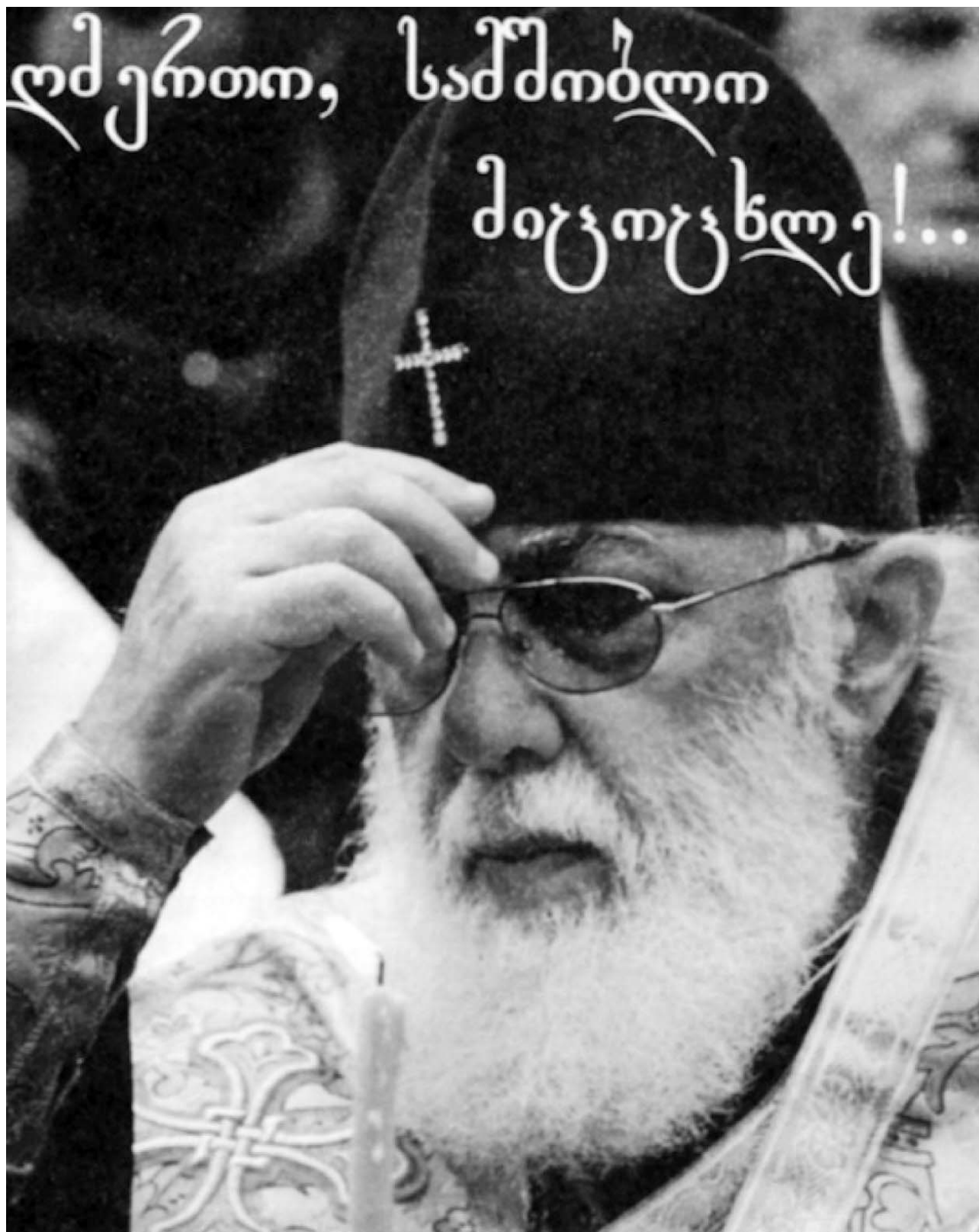
მთავარი დაგვიკავშირდით საიტის რუკა ქართული ბმულები

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

ქართული რეფერატული შურნალი 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
XXXII კონფერენცია	17
XXXIII კონფერენცია	19

იუბილეები

ნაყოფიერი 20 წელი	21
რედაქცია კიდევ ერთხელ ულოცავს ღირსეულ მამულიშვილთ საიუბილეო თარიღებს	22
დღევანდელი ქართული პედიატრიის მებაიარაღე	22
ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია აქტიურდება	23
„ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგის“ პრინციპები და მისია	24

ორიგინალური სტატიები და
სამეცნიერო აბტიოვანი

პროფესიონალები – ქვეყნის მართვაში Professionals – In governing of the country	25
ინტეგრალური მეცნიერება, როგორც XXI საუკუნის აუცილებლობა (ვალეოლოგია, სანოლოგია) Integrated Science, as a necessity for XXI century (Valeology, Sanology)	27
ენას გიწუნებ, ქართველო! ეგრე არა! მაშ რგორ? “I reject the language you speak, Georgian!” “Not like this! But how then?”	31
2014 წლის შურნალი „სოციალური, ეპოლოგიური და კლინიკური პედიატრია“ შემწეული შეცდომების გასწორება	34
ფიცის კაცები“ “Men of honor”	35
ადამიანის ჯანმრთელობა მედიცინის, ჰიგიენისა და სანოლოგიის მეცნიერულ-პრაქტიკული პოზიციებიდან Human health, using the scientific-practical experience of Medicine, Hygiene and Sanology	37
აღზრდისათვის For upbringing	41
ქართული ავეჯის ეთნოგრაფიული წარმომავლობა Ethnographic origins of Georgian furniture	43
ქ.თბილისის მუნიციპალიტეტის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამების მიმოხილვა-(2015წ) Municipality (2015).	47

ეთნიკური პათოლოგიები ამერიკულ და კავკასიელთა პოპულაციებში Ethnical pathologies in American an Caucasian populations	51
მონოზოგოტური ტყუპები, დისკონკორდანტობა და დაავადებები Monozygotic twins, disconcordance and the diseases	52
ნუტრიგენომიკა. საკვები ნივთიერებების გავლენა გენების ექსპრესიაზე Nutrigenomics - influence on genes expression	54
საშარდე გზების ინფექცია ბავშვთა ასაკში Urinary tract infection in children	55

სხვადასხვა

Идиопатические воспалительные миопатии. Фенотипическая неоднородность. Дифференциальный диагноз. новые аспекты терапии.	58
იმუნოლოგიური მანევრებლები მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციების დროს ბავშვებში აპიკორით მკურნალობის ფონზე Dynamics of changes in the immune system during acute viral respiratory infections in children treated with Apikor	62
იმუნური სტატუსი, თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების დროს ბავშვებში, აპიპულმოთი მკურნალობის ფონზე Immunological testimonies among the children with bronchopnewmonia diseases associatied with thymomegalia disease treated with apipulmo	65
სპორტსმენთა ანთროპომეტრული, ფიზიკური და ფუნქციური მახასიათებლები აპიპეპატის მოქმედების ფონზე Antrophometric, physical and functional features of sportsmen under the effect of Apihepati	67

ბახსენება

ნახვამდის ბენდუ	71
ვიქტორ მოროშკინი – 70 წლის იქნებოდა	71
ქველმოქმედი და სიკეთის მთესველი, ჩვენი იოსებ (ბიჭი) მაჭავარიანი	71
ბავშვთა ქირურგიის თვალსაზრისით წარმომადგენელი და ჩვენი საყვარელი პედაგოგი	71
წელს ჩემს და თქვენს უსაყვარლეს პროფესორს ბატონ იოსებ კვაჭაძეს 90 წელი შეუსრულდებოდა	71
პატივცემულო პროფესორო ურუშაძე	72

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, ხარაგაული, ჭიათურა გაისინჯა 1728 ბავშვი.
10.05.2008 მარნეული გაისინჯა 300 ბავშვი.
17.05.2008 დუშეთი გაისინჯა 450 ბავშვი.
18.05.2008 ახაშენი გაისინჯა 250 ბავშვი.

2005 წელი

მარნეულის რეგიონში, გაისინჯა 700 ბავშვი და 800 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 მეთოდური რეკომენდაციები სამკურნალო ფიზიკულტურის შესახებ.

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

2008 წელი

1 ივნისი – ღია კარის დღე (გაისინჯა 200 ბავშვი)
2 ივნისი თედლე ბეარ (გაისინჯა 300 ბავშვი)
14 ივნისი ახმეტა (ქაქუცობა - გაისინჯა 450 ბავშვი, რომელთაც ჩაუტარდათ შემდეგი გამოკვლევები მუცლის ღრუს ექოსკოპია, ეკგ და სხვა. დარიგდა შესაბამის მედიკამენტები
27 ივნისი – საქართველოს სექციის აღდგენა
20 აგვისტო – Stop Russia/ 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 ბერგმანის კლინიკაში უფასოდ გაისინჯა 110 ბავშვი, რომელთაც ჩაუტარდათ შემდეგი გამოკვლევები მუცლის ღრუს ექოსკოპია, ეკგ და სხვა. დარიგდა შესაბამის მედიკამენტები

2009 წელი

13.06 ხაშური გაისინჯა 750 ბავშვი.
26.12 ბარისახო 80 ბავშვი.
დღემდე აქციებში სულ გასინჯულია 92750 ბავშვი და ათასობით ხანშიშესული. საქველმოქმედო აქციები გრძელდება.

2010 წელი

4 ივლისი – ღია კარის ომში დაღუპულთა ოჯახის წევრები (გაისინჯა 50 ბავშვი)
10 ივლისი – კარალეთი. გაისინჯა 200 ბავშვი და დაურიგდათ მედიკამენტები.
4 ნოემბერი – წმინდა კეთილმსახური მეფე თამარის სკოლა პანსიონის ბავშვები. გაისინჯა 50 ბავშვი.
3-4 დეკემბერი – გაისინჯა სპორტმენი 400 ბავშვი.

2011 წელი

1 ივნისი – გაისინჯა 200 ბავშვი
24 დეკემბერი – გაისინჯა 200 ბავშვი

2012 წელი

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

2013 წელი

1-4 ივნისი – თბილისი, ბათუმი, გორი, თელავი – გაისინჯა 1250 ბავშვი
17-21 დეკემბერი – თბილისი – გაისინჯა 350 ბავშვი

2014 წელი

1 ივნისი – თბილისი – გაისინჯა 150 ბავშვი
28 დეკემბერი – თბილისი – გაისინჯა 50 ბავშვი

დღემდე აქციებში სულ გაისინჯა 219 355 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 “არასრულწლოვანი დამნაშავეები,მათი უფლებები და რეალობა“

01.06.2001

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

30.03.99 01.06.2000 01.06.2001

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

23.04.99 01.06.2000

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

20.05.99 01.06.2000

“ორთოპედული სკოლა“ სიმპოზიუმი №1, №2

17.12.99 “მუკოვისციდოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები“

01.06.2000

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

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

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

01.06.2001 “ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“

სიმპოზიუმი №1

13.02.2002 “ადამიანის გენომის პროექტი“

10.03.2002 ახალგორი. მატონიზირებელი სასმელი “ლომისის“ პრეზენტაცია.

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

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

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

1.06.2003 I ინტერნეტ-კონფერენცია (X სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია) სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი უფასოდ უშვებს და არიგებს

გაზეთს „სოციალური პედიატრია“ და ჟურნალს “სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია“ (შუქდება სოციალური, სამედიცინო, პედაგოგიური, ფსიქოლოგიური, ფსიქიატრიული, რელიგიური და სხვა აქტუალური და პრობლემური საკითხები)

19.12.2003. საქართველოს ბავშვთა 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, გენეტიკოსის ვიქტორ მოროშინის ნათელ ხსოვნას.

1.06.2005 პედიატრიის აქტუალური საკითხები XIV კონფერენცია.

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

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

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

2008 წელი

2 ივნისი სოციალური პედიატრიის XVIII კონფერენცია

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

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

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

23.12.08 ESMNS ჰუმანიტარული დეპარტამენტის კონფერენცია (თბილისი)

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

1-2 ივნისი 2009 XX კონფერენცია 18 დეკემბერი 2009 XXI კონფერენცია.

2010 წელი

01.06.10 სპდფ-ის XXII და საქართველოს ექთანთა II კონფერენცია.

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

2011 წელი

01.06.11 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.

2014 წელი

01-02.06.14 სპდფ-ის XXXII კონფერენცია. 27-28.12.14 სპდფ-ის XXXIII 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 Kodoris Kheoba, - 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.
Akhalshebi – 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.

2014.

1st of June, Tbilisi – 150 children were examined.
28th of December, Tbilisi – 50 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 219 355 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 pediatric.
01.06.2001. “Child has right to be protected since embryo”.
01.06.2001. “Child, adult and family violence”.
13.02.2002. “Human genome project”.
10.03.2002. Akhlagori, - Presentation of toner drink “Lomisi”.
06.11.2002. National Conference: Medical and social problems of people who suffer from mucoviszidose and metabolism disorder.
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
1-2.06.2014. SPPF XXXII conference
27-28.12.2014. SPPF XXXIII conference

ქვემოქმედება

ჩვენს მიერ საქველმოქმედო აქციებში ბაისინჯა 1980 წლიდან – დღემდე 219 555 ბავშვი. საქველმოქმედო აქციები ბრძოლაში.

სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ საქართველოს საპატრიარქოს თანადგომით საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში: ზუგდიდი, ზულო, ხელვანაური, 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



გაისინჯა 2006 წლის 20 მაისს ჩატარდა საგურამოს ასობით დაავადებულ ბავშვთა პანსიონატის 28 ბავშვს. 9-10 ივნისს კასპში იგანე ჯგაბიანიშვილის 110 წლისსივრცეში მოძღვნილ ღონისძიებაში გაისინჯა 250-მდე ბავშვი. ოქტომბერ-ნოემბრის თვეში ოსსუ გვეანია პედიატრიულ კლინიკაში მოწოდებულ აქციებში (ღია კარის დღეები: მხატვართა კავშირის, ფეტვრანთა დეპარტამენტის, პრესისა და ტელევიზიის თანამშრომელთა ბავშვები) გაისინჯა 700-მდე ბავშვი.

2006 წლის 1 ივლისს, ცხინვალის რეგიონში გაისინჯა და შესაბამისი სამედიცინო დახმარება გაეწია 500-მდე ბავშვს



საქველმოქმედო აქცია ყვარულში, რომელიც მიმდინარეობდა დიდი ძარბაზის გვირგვინის საპარტოვო სულიერი მამის, ილია ზავაზავაძის დაბადების 170 წლისთავს. 9.06.2007



საქველმოქმედო აქციები მარნეულში, ღუშეთში და ახაშენში



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

საქველმოქმედო აქცია რუსთავსა და სამტრედიასში



საქველმოქმედო აქცია ქაქუცოზე 2008



საქველმოქმედო აქცია ხაშურში 2009



საქველმოქმედო აქცია ბარისახო 2009



საქველმოქმედო აქცია კალატუბრთა ბასინჯვა 2010



საქველმოქმედო აქცია ორის მონაწილეთა ოჯახებისა და წმინდა კეთილმსახური მღვმე თამარის სკოლა პანსიონის ბავშვები (ღეპანოზი მირიან სამხარაძე) ბასინჯვა 2010



საქველმოქმედო აქცია კარაღეთი 2010



2010 წლის ღია კარის დღე 04.XII სკოლებში



2011 წლის 1 ივნისს

კონფერენციის ორგანიზატორებსა და აფხაზეთის ჯანდაცვის სამინისტროს ინიციატივით ბავშვთა დაცვის დღეს მიეძღვნა ბავშვთა საქველმოქმედო კონსულტაციები, რომელიც ჩატარდა ბავშვთა ახალ კლინიკაში და გაისინჯა 200-მდე ბავშვი. აგრეთვე მოეწყო აფხაზეთიდან აფხაზ ბავშვთა ნამუშევრების ნახატების გამოფენა და მათ გადაეცათ სერტიფიკატები.

2011 წლის 1 ივნისს



საქველმოქმედო აქცია 24.12.2011. ბავშვთა ახალ კლინიკაში (ბასინჯვა 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 ირციციშვილის სახ. ბავშვთა კლინიკაში – გაიცინჯა 250-ზე მეტი ბავშვი.

01.06.13. აქცია აზარაში



2013 წლის 1 ივნისის აქციაში მონაწილეობდა:

თბილისი – ირციციშვილის სახ. ბავშვთა ახალი კლინიკა, პედაგოგის ინტეგრული, სადიაგნოსტიკო ცენტრი 444, კარდიოლოგიის ინტეგრული შ.პ.ს. „კიდმედი“. **აჭარის რეგიონი** 1. სს „ბათუმის რეგულაციური საავადმყოფო“ 2. შპს „ჯანმრთელობის ცენტრი „მედიანა“ 3. შპს „ქ. ბათუმის №1 პოლიკლინიკა“ 4. შპს „თამარის დასახლების საოჯახო მედიცინის ცენტრი“ 5. შპს „ქ. ბათუმის №4 პოლიკლინიკა“ 6. შპს „საოჯახო მედიცინის რეგიონული ცენტრი“ 7. შპს „მასინჯაურის მრავალპროფილური პოლიკლინიკა“ **გორი** – შ.პ.ს. „გორმედი, სა-აქსაზ. „იანანა“ გორის დედა

თა და ბავშვთა ცენტრი **თელავი** – ბავშვთა ჯანმრთელობის ცენტრი **ჭუთაისი** ინტეგრული ცენტრში უახლო მიღება 31-ში მოეწყო დღე მხოლოდ ინვალიდ და მიუხაფარ ბავშვებისათვის. 01.06.13-ში ჭუთაისის თითქმის კველა პოლიკლინიკა 1. ქ. ჭუთაისის ზ. ცხაკაიას სახელობის დასაფლავ საქართველოს ინტეგრული მედიცინის ეროვნული ცენტრი 2. ქ. ჭუთაისის 1 პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი 3. ქ. ჭუთაისის შ.პ.ს. „აგ“ სამკურნალო დიაგნოსტიკური ცენტრი. აფხაზეთის ჯანდაცვის სამინისტრო. აქციებში გაიცინჯა 1300-ზე მეტი ბავშვი

02.06.13. ბავშვთა დაცვის დღეს შ.პ.ს. „კიდმედი“ ერთობლივი აქციით 300-ზე მეტი ბავშვი გაიცინჯა



საქველმოქმედო აქტივებში 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 ბასინჯები
FREE MEDICAL EXAMINATIONS
19-20-21-XII, 2013 10:00-14:00
(თბილისი-პროფილაქტიკური გასინჯვები – სპორტსკოლა (მბლენისუბნისათვის), №21 პოლიკლინიკა (დიდობი)-, სპორტსკოლა (კალაბურთელებისათვის))



2014 წელი ივლისი



21 მარტი დაუნის სინდრომის საერთაშორისო დღეა. დაუნის სინდრომს და აუტიზმს მიეძღვნა კონფერენცია, რომელიც სასტუმრო „სიმპატი“-ში ჩატარდა, ხოლო უცხოელი კოლეგების უშუალო მონაწილეობით სკოლა – სამინარო მშობლებთან წარმატებით წარიმართა ირ. ციციშვილის სახ. „ბავშვთა ახალ კლინიკაში“. გაფორმდა მემორანდუმი სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდს, „მზის შვილებსა“ და უცხოელ სპეციალისტებს შორის შემდგომი მჭიდრო ურთიერთობის გასაგრძელებლად. გთავაზობთ მოკლე ფოტოგალაქს.



2015წ. 8 თებერვალი. თბილისი. „KINDER CARE“-ღია კარის დღეზე გაიხიზა 50 -ზე მეტი ბავშვი





XXXII 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



სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია
Scientific Conference
ექთანთა III კონფერენცია
Third Medical Nurse Conference
(კრმს-რელოზი)



ბავშვთა დაცვის საერთაშორისო დღე - პირველი ივნისი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, საქართველოს პუბლიკური და სახელმწიფო მეცნიერების აკადემიის, ორგანიზაცია - International fund the world security and child-ის, სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის, სამედიცინო კოორდაცია ევექსის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტური თვითმართელობის და არაერთი სხვა პარტნიორი ორგანიზაციის ვედიო, სამედიცინო უნივერსიტეტში გამართული საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციით აღინიშნა.

სინჯვს -1-2 ივნისს. ჩატარდა ბავშვთა უფასო თბილისში (პროფილაქტიკური გასინჯვები სპორტსკოლა(მძღვოსნებისათვის), N21 პოლიკლინიკა (დილოში), სპორტსკოლა (კალათბურთელებისათვის). აქციებში გაისინჯა 280-ზე მეტი ბავშვი.

01.06.14. თსუ-ის სადისერტაციო დარბაზში ჩატარდა ოთხი პლენარული სხდომა, რომელსაც თავმჯდომარეობდნენ აკადემიკოსები - დ. ბაშელაიშვილი, აკურვალიშვილი და გ. ნახუნაშვილი, აკვეზერელი-კობაძე, პროფესორები: ი. ფაველუ-





კონფერენციები, სიმპოზიუმები, ჟორნალები
THIRD MEDICAL NURSE CONFERENCE
ექთანთა III კონფერენცია

31. 05-1-2. 06. თბილისი 2014

კონფერენციის ინტერნეტ-ვერსია **Electronic Version**
www.sppf.info, www.esgns.org - email: info@sppf.info

თარგმნომარები: კიმ კრაუფორდი, მ. დიდბაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი
 Chairmen: Kim Crawford, M. Didebashvili, K. Chakhunashvili

1. "ინოვაციური უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამა ექთნებისათვის საქართველოში" თ. დავისი, საექსპერტო სამსახურის ხელმძღვანელი, „სამედიცინო კორპორაცია ევექსი“ (საქართველო, თბილისი).
 New approach of continuous medical education for nurses in Georgia. T. Dowsie, Head of Nursing Department, EVEX Medical Corporation (Georgia, Tbilisi)
2. "საექსპერტო პოსტდოქტორული 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 საექსპერტო საქმის გაუმჯობესებისთვის – კიმ კრაუფორდი (ა.შ.შ.) "Simple steps to improve nursing and patient care" (Kim Crawford (USA)
4. "საექსპერტო საქმე" მ. დიდბაშვილი (საქართველო, თბილისი)
 Nursing – M. Didebashvili (Georgia, Tbilisi)
5. "ევროპის ექთანთა ასოციაციის სამეთვალყურეო საბჭოს სარეკომენდაციო 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. Anikveva (Georgia Tbilisi)
7. "ინფექციური კონტროლის თანამედროვე სტანდარტების დანერგვის გავლენა საავადმყოფოს შერეული ინფექციების გავრცელების პრევენციის" თ. ბახტაძე, თ. დურგულაძე (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. რეკვიანიშვილი, ნ. გარსევანიშვილი (საქართველო, თბილისი)
 Roles of Nurses in Post operational patients – T. Rekhviashvili, N. Qarumashvili (Georgia, Tbilisi)
9. "საექსპერტო უმაღლესი (საბაკალავრო) განათლება საქართველოში" მ. გოგაშვილი საქართველოს უნივერსიტეტი (დეკანი) (საქართველო, თბილისი)
 Medical Nursery High Education in Georgia – M. Gogashvili, Georgia (dean) Tbilisi, Georgia

თემატიკა, ზედიზედ, განისაზღვრის დასაჯიშვადი წარმომადგენელთა თეზისების მიმოხილვა
Discussing various thesis from representatives of Zugddi, Vani, Samtredia and etc.



ნიშნული, ი. დოლიძე კონფერენციის მუშაობაში აქტიური მონაწილეობა მიიღო სამედიცინო კორპორაცია ევექსის გენერალური დირექტორის მოადგილემ გ. ფხაკაძემ.

კონფერენციაზე თბილისში გაიმართა ვარდისფერი კოლეჯების და „მადლიერების სიგელი“ გადაცემა პროექტების დასრულებული სექციის ერთობლივი დასრულებული ღონისძიების ფარგლებში.

კონფერენციაზე „ქების სიგელი“ გადაცემის შემთხვევაში: ექიმ მანანა შვინდარაძის და ინგა სვანიძის, რომელთაც ფონდის საქველმოქმედო აქტივში 10 000 ზე მეტი ბაგე შეიგროვებინა.

კონფერენციაზე „ქების სიგელი“ გადაცემის შემთხვევაში: ექიმ მანანა შვინდარაძის და ინგა სვანიძის, რომელთაც ფონდის საქველმოქმედო აქტივში 10 000 ზე მეტი ბაგე შეიგროვებინა.

კონფერენციაზე თბილისში გაიმართა ვარდისფერი კოლეჯების და „მადლიერების სიგელი“ გადაცემა პროექტების დასრულებული სექციის ერთობლივი დასრულებული ღონისძიების ფარგლებში.

კონფერენციაზე „ქების სიგელი“ გადაცემის შემთხვევაში: ექიმ მანანა შვინდარაძის და ინგა სვანიძის, რომელთაც ფონდის საქველმოქმედო აქტივში 10 000 ზე მეტი ბაგე შეიგროვებინა.

კონფერენციაზე თბილისში გაიმართა ვარდისფერი კოლეჯების და „მადლიერების სიგელი“ გადაცემა პროექტების დასრულებული სექციის ერთობლივი დასრულებული ღონისძიების ფარგლებში.

კონფერენციაზე „ქების სიგელი“ გადაცემის შემთხვევაში: ექიმ მანანა შვინდარაძის და ინგა სვანიძის, რომელთაც ფონდის საქველმოქმედო აქტივში 10 000 ზე მეტი ბაგე შეიგროვებინა.

კონფერენციაზე თბილისში გაიმართა ვარდისფერი კოლეჯების და „მადლიერების სიგელი“ გადაცემა პროექტების დასრულებული სექციის ერთობლივი დასრულებული ღონისძიების ფარგლებში.

კონფერენციაზე „ქების სიგელი“ გადაცემის შემთხვევაში: ექიმ მანანა შვინდარაძის და ინგა სვანიძის, რომელთაც ფონდის საქველმოქმედო აქტივში 10 000 ზე მეტი ბაგე შეიგროვებინა.



დღის ეროვნული სექციის სტრატეგიული გეგმა გადიოდა მასში ახალგაზრდობის მეცნიერებაში ჩართვის მკვეთრი საკენტი და დავისთვის ვერტიკალიზაციის საქართველოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტმენტს შეტანა განხორციელების აქტიური მუშაობა შემუშავებული გრძელვადიანი გეგმის მიხედვით.

გახეობის „სოციალური პედიატრია“ და კურსდამთავრების „სოციალური, ეპოლოგიური და კლინიკური პედიატრია“ და „ბავშვთა კარდიოლოგის“ ახალი ნომრების – ის და WWW.esgns.org ვებგვერდზე განთავსების და მათგან რეგულირებად კურსდამთავრების განხორციელების სტრატეგიის გააქტივება.

5. არასამთავრობო ორგანიზაციების სამთავრობოებთან ერთად ეროვნულად დაწესებული მედიკოსთა „ოქროს სტრუქტურის“ და „ოქროს დანერგვის“ გრძელვადიანი მუშაობის დასახელებს (თუ ასეთი კანდიდატურა შეირჩევა მსურველთა) შექმნილი კომისიის მიერ არაუგვიანეს 2015 წლის 1 ივნისისა.

6. 2014-17 წლებში გააქტიურდეს მედიკოსის, სპორტისა და განათლების ერთიანი მეცნიერული მართვისათვის განსახორციელებელი შესაბამისი ღონისძიებანი.

7. 2014-17 წლებში განხორციელდეს ინტენსიურად პედიატრია პროფესიული მზადების მონიტორინგი

8. კონფერენციის მონაწილეებს მიენიჭათ I ტიპის 10 უპაქული დიდი მადლობა ყველა აქტიურ მონაწილეს.





XXXIII 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

Internatinal Scientific-practical Conference

XXI საუკუნე – ინტეგრალური მეცნიერება – ვალეოლოგია&სანოლოგია
 (პრემ-რემიზი)



2015 წლის 27 დეკემბერს, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის, საქართველოს პუბლიცისტური და სახელმწიფო მეცნიერების აკადემიის, ორგანიზაცია – International fund the world security and child-ის, სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის, სამედიცინო კორპორაცია ექექსის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერ-

სიტეტის სტუდენტური თვითმმართველობის და არაერთი სხვა პარტნიორი ორგანიზაციის ეგიდით, სამედიცინო უნივერსიტეტში გამართული საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციით აღინიშნა.

კონფერენციის ფარგლებში, მედიცინის სხვადასხვა დარგის აღიარებულმა კლინიკისტებმა ათობით პატარა პაციენტი უფასოდ გახსნა თბილისში. გაიხსნა 50-ზე მეტი ბავშვი.

01.06.14. თსუ-ის სადისერტაციო დარბაზში ჩატარდა ოთხი პლენარული სხდომა, რომელსაც თავმჯდომარეობდნენ აკადემიკოსები – დ. ბაშელიძე, შვილი, აკურაძე, შვილი და გ. ჩახუნაშვილი, აკეპხეველი-კოპაძე, პროფესორები: ი. ფაღვენიშვილი, რქარსელაძე, ი. დოლიძე.

კონფერენციაზე თბილად გაიხსენეს გარდაცვლილი კოლეგები და ვერომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის „მადლიერების სიგელი“ გადაე-

ცა ეიქტორ მოროშკინის ოჯახს, ხოლო სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის „მადლიერების სიგელი“ ბიჭი მაჭავარიანისა და გურამ დავითიას ოჯახებს.





ობას, მასზე წარმოდგენილი მოსენებებში აქცენტი იყო დასრულებული და განახლებული თანამედროვე პედაგოგიის აქტუალურ საკითხებზე: როგორც აღვნიშნეთ იმუშავა ოთხმა სხდომამ (www.sppf.info): I პლენარული სხდომა – ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია, II პლენარული სხდომა – (პედაგოგიის თანამედროვე მართვა), III პლენარული სხდომა-XXXIII სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია – XXI საუკუნე – ინტეგრალური მეცნიერება – ვალუალობა და სანოლოგია, IV პლენარული სხდომა – კონფერენციის მუშაობის განხილვა, კონფერენციის რეზოლუციის მიღება, მიმდინარე საორგანიზაციო საკითხები, კონფერენციის დასრულება.

ბოლოს გაიმართა დისკუტი, რომლის დროსაც შეჯამდა ამ პერიოდში გაწეული საქმიანობა, ასევე, განიხილეს მიმდინარე საორგანიზაციო საკითხები, გაიმართა აქტუალურ საკითხებზე კამათი, სადაც გამოიხსენებებოდა დააფიქსირეს თავიანთი პოზიციები. ბოლოს კი კონფერენციის მონაწილეებმა მიიღეს შესაბამისი რეზოლუცია.

კია და მიღებულ იქნა გადაწყვეტილებები:

1. ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციამ 2015-2016 წლებში შეგუდა აქტიურად გააგრძელოს თავისი საორგანიზაციო საქმიანობა.
2. 2017 წელს მომზადდეს საქართველოს ექთანთა IV კონფერენცია.
3. ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის სტრატეგიული გეგმა გადიდდეს მასში ახალგაზრდობის მეცნიერებაში ჩართვის მკვეთრი მატებისაკენ და დეველოპის ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის ახალგაზრდულ დეპარტემენტს შეგუდა განახორციელოს აქტიური მუშაობა შემუშავებული გრძელვადიანი გეგმის მიხედვით

4. გაზეთის „სოციალური პედაგოგია“ და ჟურნალების „სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედაგოგია“ და „ბავშვთა კარდიოლოგია“ ახალი ნომრების **Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки.**-ის და WWW.esgns.org ვებ-გვერდზე განთავსებისა და მათთან რეგულარულად ჟურნალებში სტატიების გამოქვეყნების სტრატეგიის გააქტივება.

5. არასამთავრობო ორგანიზაციების საერთაშორისო თანამშრომლობის უზრუნველყოფის მიზნით ევროპული კავშირის საბიუროსთან და მსგავსი ორგანიზაციების დასახელებს (თუ ასეთი კანდიდატურა შეირჩევა მსურველთაგან) შექმნილი კომისიის მიერ არაუგვიანეს 2015წ-ის I ივნისისა.

6. 2014-17წწ-ში გააქტიურდეს მედიცინის, სპორტისა და განათლების ერთიანი მეცნიერული მართვისათვის განსახორციელებელი შესაბამისი ღონისძიებანი.

7. 2014-17წწ -ში განხორციელდეს ინტენსიური კვლევითი პროექტული შიხადების მონიტორინგი

8. ინტენსიური მუშაობა წარმოებოს ინტეგრალური მეცნიერებათა – ვალუალობისა და სანოლოგიის საქართველოში სათანადო განვითარებისათვის.

P.S კონფერენციის მონაწილეებმა მიხედვით I ტიპის 10 უბეჭდული დიდი მადლობა ეწვია აქტიურ მონაწილეს.



2015 წლის 17-18 აპრილს, სასტუმრო „ამელიტისში“ საპარტიზოლო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა



საერთაშორისო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა

თარიღები: 30 აპრილი - 1 მაისი 2015 წელი

საერთაშორისო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა

საერთაშორისო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა

საერთაშორისო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა

საერთაშორისო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა

საერთაშორისო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა

საერთაშორისო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა

საერთაშორისო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა

საერთაშორისო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა

საერთაშორისო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა

საერთაშორისო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა

საერთაშორისო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა

საერთაშორისო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა

საერთაშორისო კვირისათვის ასოციაციის 89-7 საერთაშორისო კონგრესი ჩატარდა

2015 წლის 27 თებერვალს საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის სამართლის დეპარტამენტის მხარდაჭერით ჩამოყალიბდა არასამთავრობო ორგანიზაცია „სიცოცხ-

ლის გადასარჩენად“ რომლის ერთ – ერთი მიზანი აბორტების საწინააღმდეგო კამპანიების ჩატარება და მოსახლეობის განათლების და ცნობიერების დონის ამაღლე-

ბაა ამ პრობლემასთან დაცვით. ადამიანებმა უნდა გაითავისონ, რომ ადამიანის სიცოცხლე მისი ჩასახვისთანავე იწყება, რომ შეცდამა ყოფი პაწია არსება ნამდვი-

ლი ადამიანია, პირველად და მომავალი მოქალაქე რომლის სიცოცხლის უფლებაც უნდა იყოს დაცული ასე რომ ”ზანაახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“





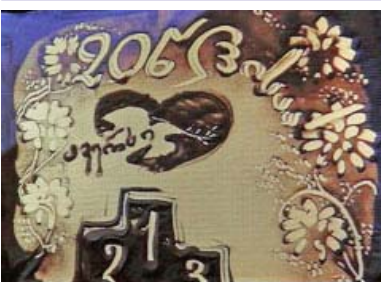
ჩვენს სახიკედლო და უსაყვარლეს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის დეველოპმენტ პედაგოგს, ბატონ ელგუჯა ყიფიანს, წელს 80 წელი შეუსრულდარედაქცია გულწრფელად ულოცავს მას ამ შრგავალ თარიღს და უსურვებს თავის სპეტაკ პედაგოგიურ მიღვაწეობაში იმ უზადლო ენერჯისა და შრომის ჩადებას კიდევ შრავალი წლის განმავლობაში, რასაც სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტებისათვის ტოპანატომის ურთულესი საგნის შესწავლა პქეია.

იუბილეები

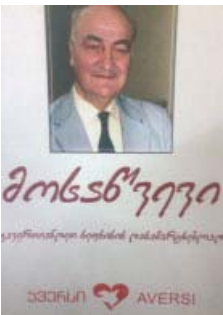


საქართველოს პრეზიდენტულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიის დაარსების 20 წლისთავი აღინიშნა 2014 წლის 30 თქტომბერს. ვუსურვებთ მის ქველა წევრს ჯანმრთელობას და ნაყოფიერი მიღვაწეობას.

რედაქცია



20 ავერსი AVERSI
თქვენი ჯანმრთელოვის სამსახურში!
 გიხსურებთ ჯანმრთელოვის და სუნიერ სიბრძნისა!
ნაყოფიერი 20 წელი
 რედაქცია გულითად ულოცავს „ავერსს“ და მის სულის ჩამღმმელს ბატონ პაატა ქურბანიძეს 20 წლის ნაყოფიერ მიღვაწეობას.



13.06.14.თსსუ.თბილისი. ბატონ ვახტანგ ბოჭორიშვილის 90 წელთან მიძღვნილი კონფერენცია. დიდი მადლობა მის ორგანიზატორებს.

2014 წლის 2 თქტომბერს აღინიშნა უდიდესი ქართველი დასტაქარის ბატონ კონსტანტინე ერისთავის 125 და ქირურჯის ეროვნული ცენტრის 68 წლისთავი.ბრწინვალე დღესასწაულის მომწრენი გახდით-განახლებული კლინიკარუსთაველის თეატრში თეატრადიზებული საღამო,დაუეიწვარი თბილი ბანკეტი.და ამის შემოქმედი გახდით ბატონი პაატა ქურბანიძე თავისი ერთგული გუნდით.რომელიც ნამდივლად ცდილობს ქართული მედიცინის ისტორიის უმთიმეს ფურცლებზე თავისი დამაზი გვერდი შექმნას.წარმატება ვუსურვოთ „ავერსის“დიდ გუნდს და ქირურჯის ეროვნულ ცენტრს ბრწინვალე ბიოგრაფიის სათანადოდ გაგრზედუბა.კიდევ ერთხელ დიდი მადლობა ბატონებო ამ მამულიშვილური საქმიანობისათვის.



რედაქცია კიდევ ერთხელ ულოცავს ღირსეულ მამულიშვილთ სიუზილეთ თარიღებს

იუბილეები



ქალბატონი სარა და ბატონი პაატა ორსეი, პარიზი 2014. Ms. Sarah and Mr. Paata: Orsay, Paris 2014.

XXXIII კონფერენციაზე ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის „ქების სიგელი“ გადაეცა ჩვენს სასიქადულო მეცნიერს ბატონ პაატა კერვალიშვილს (დაბადების 65 წელთან დაკავშირებით).



ღღევანდელი ქართული პედაგოგის ეგზორალე



ღღევანდელი ქართული პედაგოგის მემორიალი... ქართული პედაგოგის მემორიალი... ქართული პედაგოგის მემორიალი...

არის დაკავშირებული. ამასთან ერთად რეგიონში ჯანდაცვის სიტუაციის შესაფასებელი აუცილებელი მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფების მონაცემთა ანალიზი ბავშვთა ჯანმრთელობის შესახებ: ჩვილ და ხუთწლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა, ნეონატალური სიკვდილიანობა, განსაკუთრებით ადრეულ ეტაპზე (ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალი დონის შემცირება, რომლის შემცირებაც შესაძლებელია ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის დონის შემცირებით, ხოლო ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის დონის შემცირება - ნეონატალური სიკვდილიანობის დონის კლებით).

ვის სწორი პოლიტიკა, მათი განხილვა რეგიონის სოციალურ-ეკონომიკურ და ეკოლოგიურ პირობებში.



ბატონ ავთანდილ კვებორელი-კობახიძე გულისტადად გულრიცხვით 90 წელს რედაქცია

ლი სურვილებითა დარეალური გამოსავალი გზების ჩვენებით. ასეთია ჩვენი ბატონი ავთანდილი და გვინდა მრავალი წელი ქართული პედაგოგის სადარაჯოზე გვეყვადეს, როგორც ბერძენსა, საეკვარელი პროფესორი, ჭეშმარიტი პედაგოგი, მეცნიერი, ასაკისდამიუხედავად ყველას ერთგული მეგობარი, რაც მთავარია უნიკალური კლინიციისტი.

ბატონი ავთანდილ კვებორელი-კობახიძე, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, სხვადასხვა დარგობრივი მეცნიერებათა აკადემიების აკადემიკოსი, თანამედროვე ქართული პედაგოგიის მებაირადეა.

XXI საუკუნეში პედაგოგის დიდი გამოწვევების წინაშეა და, სწორედ ეს არის ბატონი ავთანდილის პრავალწახნაგოვანი მოღვაწეობის ფუნდამენტი. მათ შორის უპირველესია დემოგრაფიული მახვენებლები, რაც უშუალოდ შობადობას თან

თან ერთიან კონტექსტში. აი, ამ და სხვა მრავალსაკითხს ეძღვნება ბატონი ავთანდილი კვებორელი-კობახის მიერ ორგანიზებული კონფერენციები, წაკითხული ლექციები, მოხსენებები, თუ სამეცნიერო შრომები, სადაც დაუფარავად და უშუალოდ არის ნაჩვენები არსებული ხარვეზები, რაც მთავარია კეთილგანწყობი-

კეთილი სურვილებით, ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის თავმჯდომარე, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, საქართველოს საბუნებისმეტყველო, ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემიების აკადემიკოსი. გიორგი ჩახუნაშვილი 31.01.15. თბილისი.



ბატონი პაატა კერვალიშვილი და ბატონი ავთანდილ კვებორელი-კობახიძე (თბილისი, საქართველო, 2015)

ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სემინარები

2013 წელი ნაყოფიერად იმუშავა საქართველოს დარგობრივმა აკადემიებმა. რედაქცია ულოცავს მათ ყველა წევრს ბავშვთა საერთაშორისო დღეს 1 ივნისს და უსურვებს ნაყოფიერ შედეგებს საქართველოს უკეთესი მომავლისათვის.

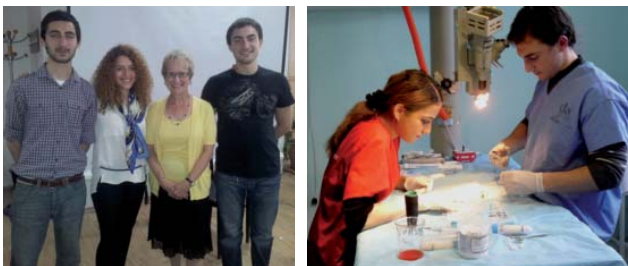
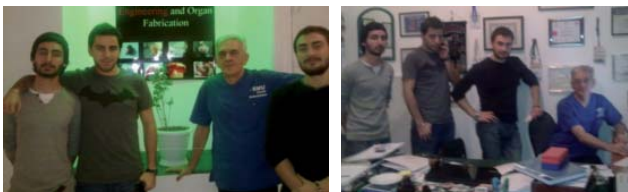
ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სემინარის ახალგაზრდული დეპარტამენტი დიდი პასუხისმგებლობით ასრულებს 2012 წლის 21-22 დეკემბრის, კონფერენციის პოლს მიღებული რეზო-

ლუციას და მეცნიერულ მუშაობასთან ერთად აქტიურად ჩაბმულნი არიან საზოგადოებრივ საქმიანობაში. სურვილია მათი შემართებით ატარონ საქართველოს ახალგაზრდა მეცნიერთა დროშა.



ახალგაზრდული ფრთა საერთაშორისო ფორუმზე და კვლევით ლაბორატორიაში

დღევანდელ დღეს უმნიშვნელოვანესია უმაღლეს სასწავლებლებში ახალგაზრდებთან პედაგოგიური პერსონალის ბოლომდე დახარჯვა და მათი სამეცნიერო მიმართულებაში სწორი ორიენტაციის მართვა. ასეთ რიცხვს ეკუთვნის თსუ-ის სრული პროფესორი ბატონი ზურაბ კაკაბაძე. დარწმუნებული ვარ იგი ახალგაზრდებთან ერთად კიდევ მრავალ ახალ სიტყვას იტყვის მედიცინის მსოფლიო ორბიტაზე.



„ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგის“ პრინციპები და მისი

რა გზები და მიზნები აქვს „ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგას“ საქართველოსა და მის ფარგლებს გარეთ (შემსათავაზო)

„ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგა“ 2014 წლის აგვისტოში დაარსდა და ამ მოკლე ხანში თანამედროვე მედიცინის განვითარების საქმეში გარკვეული ნაბიჯები გადადგა. „ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგა“ ამიერკავკასიის მასშტაბით მოქმედი ექიმების, სტუდენტებისა და რეზიდენტების გამაერთიანებელი ორგანიზაციაა. მისი მიზანია სამედიცინო განათლების მქონე პირების დამოუკიდებლობის ხელშეწყობა, პროფესიული ზრდა და კვალიფიკაციის ამაღლება. გარდა ამისა, „ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგის“ საქმიანობის ძირითად მიმართულებებია: თემატური კონფერენციები, სემინარები, ტრენინგები და „ვორკშოპები“; დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პრევენციის თანამედროვე მეთოდების დანერგვა და ამ მეთოდების განვითარების ხელშეწყობა; სტუდენტებისა და რეზიდენტების თეორიული ნაწილის ხელშეწყობა სხვადასხვა აქტივობებში ჩართვის გზით; ამიერკავკასიის წამყვან კლინიკებთან და ორგანიზაციებთან თანამშრომლობით ჯანდაცვის სფეროში ახალი პროექტების შემუშავება და მათი განხორციელება, აგრეთვე ექიმების ორიენტირება კონსულტაცია და საქველმოქმედო ღონისძიებების ჩატარება.

„ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგის“ დამფუძნებელია მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი, ალერგოლოგ-იმუნოლოგი ქალბატონი ბაია ბეზარაშვილი.

„ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგას“ ყავს მრჩეველთა საბჭო რომელიც შედგება გამოცდილი და პროფესიონალი ექიმებისგან. მრჩეველთა საბჭო მსჯელობს და განიხილავს სამედიცინო სფეროში მიმდინარე მოვლენებს, მასში არსებულ პრობლემებსა და ამ პრობლემების გადაჭრის გზებს.

„ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგა“ სხვადასხვა გაერცვლებული დაავადებების პრობლემატიკას, მისი წარმოშობისა და გავრცელების მიზეზებს საფუძვლიანად განიხილავს, წარმოადგენს მათთან ბრძოლისა და პრევენციის პროგრამებს.

„ლიგის“ ორგანიზებით საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში უკვე არაერთი ღონისძიება და აქცია ჩატარდა, გაიმართა შეხვედრები მედიცინის წარმომადგენლებთან. „ლიგის“ პირველ შეკრებაზე მედიკოსებმა ფილტვის ქრონიკულ დაავადებებთან დაკავშირებული პრობლემებზე იმსჯელეს. ფილტვის ქრონიკული დაავადებების სრული სტატისტიკა საქართველოში, საწუხაროდ, არ არსებობს, თუმცა სპეციალისტები მიიჩნევენ, რომ ამ კუთხით ყველაზე ცუდი მანევრებული სამედიცინო დაავადების რეგიონშია. საქართველო მსოფლიოს 27 ქვეყანას შორისაა, სადაც მსგავსი დაავადების მაღალი მანევრებელია. არსებული მონაცემებით, ჩვენს ქვეყანაში 100 ათას მოსახლეზე 130 ტუბერკულოზის შემთხვევა მოდის. სპეციალისტების თქმით, პრობლემის აღმოფხვრელად დროულ დიაგნოსტიკასთან ერთად საჭიროა მოსახლეობის უკეთ ინფორმირება და სახელმწიფო პროგრამების გააქტიურება.

„ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგა“ გაერთიანებული მედიკოსების სხვა დაავადების მკურნალობის, დიაგნოსტიკისა და პრევენციის თანამედროვე ასპექტების გაცნობასაც გეგმავენ.

„ლიგაში“ პირველი ნაბიჯები უკვე გადადგა: „ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგის“ წარმომადგენლებმა, მერიის შესაბამისი სამსახურის

წარმომადგენლებთან ერთად, ქალაქ ზუგდიდში მდებარე სოციალური საცხოვრებლის მობინადრეები მიიხსნელეს და საკვები პროდუქტები გადასცეს. უახლოეს მომავალში ამ მობინადრეებს უფასო სამედიცინო პროფილაქტიკულ შემოწმებაც ჩაუტარებენ.

ბოლნისის მუნიციპალიტეტის გამგეობის საკონფერენციო დარბაზში 50-მდე ექიმს „ლიგის“ წარმომადგენლებმა გასტროენტეროლოგიისა და ასთმის თემაზე ტრენინგი ჩაუტარეს. მასის პირველ დეკადაში ბოლნისის მუნიციპალიტეტში უფასო გამოკვლევებიც იგეგმება.

„ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგაში“ ტრენინგები ჩატარდა ასევე ანაკლიასა და აჭარაში. ტრენინგის ფარგლებში, მედიკოსები სამედიცინო სფეროს სახლებს გაეცნენ. ტრენინგის მონაწილეებს ლექციები ალერგიაზე, ასთმასა და იმუნოლოგიაზე თბილისიდან მოწვეულმა პროფესორებმა წაუკითხეს. მსგავს ტრენინგებს ორგანიზაცია საქართველოს სხვადასხვა ქალაქებსა თუ რაიონულ ცენტრებში სისტემატურად მართავს.

მიმდევრო 6 თვის განმავლობაში დაგეგმილია ღონისძიებები: ტრენინგები და საქველმოქმედო აქციები შემდეგ ქალაქებსა და რაიონულ ცენტრებში: ახალციხე, მცხეთა, რუსთავი, მესტია, შიშიანი აჭარა, ღვინჯო, სტეფანწმინდა, თელავი, ქუთაისი, წალენჯიხე. ასევე დაგეგმილია განმეორებითი ღონისძიებები ბათუმსა და ზუგდიდში. აღსანიშნავია, რომ ლიგის მიერ ტრენინგების თემატიკა და საქველმოქმედო აქციების დაგეგმვა რაიონში არსებული ჯანმრთელობის პრობლემებიდან გამომდინარე ხდება.

იგეგმება „ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგის“ ვიზიტი სომხეთსა და აჭერბაიჯანში. „ლიგას“ ჰყავს თავისი წარმომადგენელი ქალაქ პრელაში და აქვამდ წარმოებს მოლაპარაკებებს პრელის რამდენიმე წამყვან კლინიკასთან, რათა ქართველმა სტუდენტებმა აღნიშნულ კლინიკებში პრაქტიკა გაიარონ.

ბოლო დასრულების განმავლობაში მსოფლიოს წამყვანი ქვეყნების მედიცინაში მრავალი მნიშვნელოვანი მიღწევა აღინიშნა, მედიცინის სხვადასხვა დარგე სწრაფი ტემპით ვითარდება. მისასაღებელია, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმების თრული და ფართომასშტაბიანი პროცესი მიმდინარეობს და მრავალი მნიშვნელოვანი პროექტი ხორციელდება – საკმარისია დაგასახელოთ სპეკტივის სამკურნალო პრეპარატის შემოტანა, რომელიც, როგორც სპეციალისტები ვარაუდობენ, სპეკტივის სრულად აღმოფხვრის. ამ ყველაფრის ფონზე კი ისეთი ორგანიზაციის დაარსება და მუშაობა, როგორცაა „ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგა“. ჩვენი ქვეყნისთვის უმნიშვნელოვანესია. სოციალურად დაუცველი ადამიანები, მოსუცები და ბავშვები, სიღარიბის ზღვარზე მყოფი ოჯახები... ისინი არა თუ სრულყოფილი სამედიცინო მომსახურების მიღების, არამედ ზოგჯერ აუცილებელი მედიკამენტების შეძენის საშუალებასაც მოკლებულნი არიან. საქართველოს მასშტაბით ასეთი ოჯახების მონიტორინგი, მოსახლეობის ინფორმირება სხვადასხვა დაავადებების შესახებ, უფასო გამოკვლევები და დახმარების დროული აღმოჩენა, პრევენციის თანამედროვე მეთოდების დანერგვა – სწორედ ასეთი ტიპის ორგანიზაციების პეროვატრება. ასევე სამედიცინო განათლების მქონე პირების პროფესიული ზრდა და კვალიფიკაციის ამაღლება.

„ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგა“ მომავალში უცხოელ პარტნიორებთან და კოლეგებთან თანამშრომლობას გეგმავს, რათა მსოფლიოს წამყვანი კლინიკებისა და უცხოელი კოლეგების გამოცდილება ქართველ მედიკოსებსაც გაუზიაროს. ამგვარი კონტაქტების დამყარება უმნიშვნელოვანესია პროფესიონალიზმის ზრდისა და მედიცინის დარგის მეტად განვითარების თვალსაზრისით. მედიცინა ხომ თითქმის ერთადერთი დარგია, რომლის მდგომარეობა პირდაპირ აისახება ადამიანის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეზე. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ერთ-ერთ თეზისსაც თუ გავითვალისწინებთ, უმნიშვნელოვანესია ზოგადად მსოფლიო ექიმთა კავშირი, რადგან ნებისმიერი დაავადება ერთი კონკრეტული ქვეყნის პრობლემა არ არის, ის მსოფლიო პრობლემაა და მასთან ბრძოლა ყველა ექიმის მოვალეობაა, განურჩევლად იმისა, თუ რომელ ქვეყანაში ცხოვრობს ის.

ნებისმიერი ექიმთა გაერთიანება უზრუნველხდა ნდობას უნდა ყვეულებოდეს, ნდობას მოსახლეობასა და მედიკოსების შორის. სამწუხაროდ, ბოლო წლებში ეს ნდობა თითქმის დაიწვია, ამიტომ მის აღსადგენად მედიკოსთა პროფესიონალიზმსა და ცოდნასთან ერთად აუცილებელია მოსახლეობისადმი თანადგობა, მათი პრობლემების გათავისუფლება და საჭირო ინფორმაციის დროულად მიწოდება. „ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგა“ ჩატარებული ღონისძიებებისა და აქციების ფარგლებში ამ ნდობის აღდგენაზე ზრუნავს და მომავალშიც იზრუნებს. „ლიგის“ მოღვაწეობა მხოლოდ რეგიონებში ჩასვლით, ადგილობრივი ექიმების ტრენინგებითა და ლექცია-სემინარებით არ შემოიფარგლება, ის ადგილზე გაეცნობა ადამიანის პრობლემებს და ადგილობრივი თუ ცენტრალური ხელიშეწყობის მხარდაჭერით განახორციელებს იმ პროექტებს, რომლებიც ადამიანებს მათი დაავადების გამწვანებაში დაეხმარება. ეს არის „ლიგის“ ერთ-ერთი მთავარი პრინციპი, რაც სამედიცინო თუ სოციალური მთავარი პრინციპიცაა.

„ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგის“ მიერ დასახული პროექტები (დიაგნოსტიკა, მკურნალობისა და პრევენციის თანამედროვე მეთოდების დანერგვა და ამ მეთოდების განვითარების ხელშეწყობა) მსოფლიოს წამყვანი კლინიკებისა და უცხოელი კოლეგების ჩართულობასაც ითვალისწინებს, ამიტომ „ლიგის“ წარმომადგენელთა გეგმებიც მრავალმხრივ, მრავალსიმომცველი და გრძელვადიანია.

დღემდე „ლიგა“ ენოუხიამზე მუშაობს თუმცა ქვეყნისთვის საჭირო და გრძელვადიანი პროექტების განსახორციელებლად მას პარტნიორ ინვესტორთა და სახელმწიფოს თანადგობა საჭიროება.

„ამიერკავკასიის ექიმთა ლიგის“ მიერ განხორციელებული ღონისძიებები

ბათუმი, ტრენინგის თემა : ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, მისი მართვა და მკურნალობა

ზუგდიდი, ტრენინგის თემა : ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, მისი მართვა და მკურნალობა „ალერგიული რინიტი“

თბილისი, საქართველოს პედაგოგთა ასოციაციის დაარსების 85 წლისადმი მიძღვნილი საიუბილეო მე-7 კონგრესის პარტნიორი ორგანიზაცია.

ბოლნისი, ტრენინგის თემა : ბრონქული ასთმა – თანამედროვე მკურნალობის ლაბორინტები, კუჭნაწავის წყლულოვანი დაავადება და გერლე

ზუგდიდი, უფასო ანალიზები სოციალურად დაუცველი ოჯახებისთვის (პარტნიორი ორგანიზაცია – ჰამბურგის ლაბორატორია) ასევე იმართება ონლაინ-კონფერენციები და ტრენინგები საზღვარგარეთ მოღვაწე ქართველ ექიმებთან.

ორიბინალური სტატიები და სამეცნიერო აქტიობანი

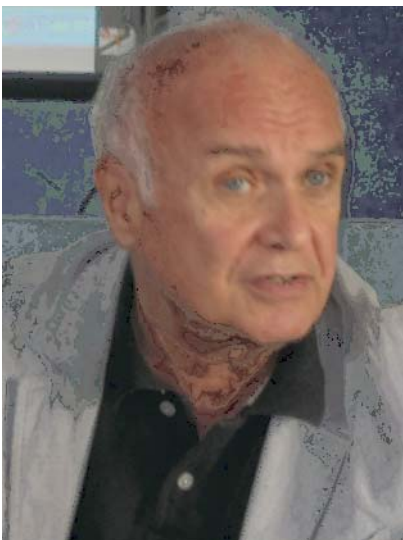
საქართველოს სახუმეცნიერო მეცნიერებათა აკადემია
GEORGIAN ACADEMY OF NATURAL SCIENCES



პროფესიონალიზმი – ქვეყნის მართვაში

პაატა კერვალიშვილი

ფიზ.-მათ. მეცნ. დოქტ., პროფესორი (თბილისი, საქართველო)



ჩვენს ქვეყანაში ბოლო რამდენიმე თვეში განვითარებულმა მოვლენებმა კიდევ უფრო მეტად დაანახა საქართველოს მოსახლეობას, რომ ქვეყნის მართვაში არსებობს სერიოზული პრობლემები, რომელთა გადაწყვეტა მოითხოვს არსებული ინტელექტუალური რესურსის სრულ გამოყენებას. გამოიკვეთა ჩვენი ქვეყნის განვითარების საჭირობოროტო საკითხების დრმა სტრატეგიული დამუშავებისა და მათი ცხოვრებაში გატარების ტაქტიკური პრობლემებისა და ტექნოლოგიური მეთოდების სწორი და დროული წარმართვის აუცილებლობა. სახელმწიფო და ჩვენი გამოცდილებაც გვეკარნახობს, რომ ალბათ ერთადერთი მართებული გამოსავალი არსებული მდგომარეობიდან მოქმედებების სწორი პრიორიტეტებისა და კარგი გეგმების არსებობაა.

საქართველოს მიზნებიდან გამომდინარე ქვეყნის სტრატეგიულ ამოცანას ინოვაციური და ცოდნაზე დაფუძნებული ეკონომიკის განვითარება წარმოადგენს. თავის მხრივ ნებისმიერი მიმართულების საინოვაციო საქმიანობა ემყარება მეცნიერების, ტექნოლოგიებისა და მრეწველობის წინმსწრებ განვითარებასა და მიღებული შედეგების ფართო გამოყენებას ცხოვრების ყველა სფეროში.

ცოდნაზე დამყარებული ეკონომიკური წინსვლის ერთ-ერთ მთავარი ამძრავი მოსახლეობის მაღალტექნოლოგიურ ბიზნესში აქტიური ჩართვაა. განსაკუთრებით კი მაღალტექნოლოგიური მცირე და საშუალო ზომის საწარმოების საქმიანობაში. ამას ძალიან დაეხმარება: სამეცნიერო-კვლევით და საწარმოო ორგანიზაციების ერთობლივი საქმიანობა; სახელმწიფო დაწესებულებების მიერ საინოვაციო საქმიანობის აქტიური დანერგვა თავისი მოღვაწეობის ყველა მიმართულებით და ამ საქმიანობის დახმარების სახელმწიფო სისტემის შექმნა; საინოვაციო ტექნოლოგიების საერთაშორისო, ინტეგრირებული მართვის სისტემის ჩამოყალიბება და დანერგვა.

ნებისმიერი მართვის სათავეში ყოველთვის ძვეს ერთი მთავარი საკითხი – რა არის სუბექტის მიზანი, რისკენ მიისწრაფვის იგი? დადგენილია, რომ მიზანი (მიზნების) ფორმულირების პროცესი წინ უსწრებს მართვის პროცედურას და ამიტომაც დიდად განსაზღვრავს მას.

მაგალითად, თუ ჩვენ მთავარსა და ერთადერთ მიზანს ტრანზიტული ქვეყნის შექმნა წარმოადგენს, მაშინ მართვის ობიექტად ისეთი ტიპის ხელისუფლება უნდა წარმოვიდგინოთ, რომელიც ძირითადად შექმნის ასეთი ამოცანის გადაწყვეტისათვის აუცილებელ მართვის სტრუქტურებს. ხოლო თუ ჩვენ მთავარი მიზანი მაღალი ინტელექტუალური ინტელექტუალური სახელმწიფოს შექმნაა, მაშინ მართვის ობიექტის განვითარების მარეგულირებელი პარამეტრების რიცხვი იზრდება და ამასთან ერთად იცვლება ქმედებების მიმართულებები. სხვანაირად, თუ მხოლოდ ტრანზიტული ამოცანების გადაწყვეტისათვის საჭიროა გარკვეული ტიპის ენერგეტიკულ-სატრანსპორტო-ტექნოლოგიური ინფრასტრუქტურა, მაღალი ინტელექტუალური ქვეყნისათვის ცოტა უფრო სხვა ენერგეტიკა, ტრანსპორტი და კავშირგაბმულობა გამოგვადგება. ყველაფერი ეს თავიდანვე უნდა იყოს გათვალისწინებული სამთავრობო და სხვა სახელმწიფო მართვის სტრუქტურების შექმნის დროს.

ასევე უნდა იყოს დალაგებული განათლების პრიორიტეტული ამოცანებიც. მაგალითად, წრფივი კავშირები: განათლება-მეცნიერება-ინდუსტრია; განათლება-მეცნიერება-ჯანმრთელობის დაცვა; განათლება-მეცნიერება-ხელოვნება და სხვა.

აქ განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს ის გარემოება, რომ თუ ზოგად-პოლიტიკური სისტემების ფუნ-

ქციონირების ელემენტები ჩვენში გარკვეულად ცნობილია, სახელმწიფოებრივი მართვის ისეთი მნიშვნელოვანი ბლოკის, როგორცაა სამეურნეო-ეკონომიკური პოლიტიკის გამტარებელი სარეგულაციო სამსახურების საქმიანობის გაძლიერება, მათი მოქმედების პრინციპების ჩამოყალიბება და დანერგვა საწყის სტადიაში იმყოფება.

სახელმწიფო მართვაში ცენტრალური ფუნქცია მის მთავრობას მიუძღვის. თვით სრულიად თავისუფალი საბაზრო ეკონომიკის პირობებშიც კი ეკონომიკური ორგანიზმი საჭიროებს მართვასა და კონტროლს, რასაკვირველია მართვის იერარქიული მდგენელის სერიოზული შემცირებით. ეს კი ნიშნავს, რომ მთავრობა სხვადასხვა თავისუფლების ხარისხის მქონე სისტემებში უბრალოდ სხვადასხვანაირად უნდა ატარებდეს სამეურნეო მართვის პოლიტიკას – უფრო ზოგადად, ან უფრო კონკრეტულად.

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

ასეთი ტიპის მართვის განხორციელებისათვის კი მაღალ-პროფესიონალური სპეციალისტებია საჭირო. ცნობილი გამოთქმა: „კადრები წყვეტენ ყველაფერს“ მეტად საჭირობოროტოა თანამედროვე საქართველოსათვის. პიროვნებები – თავისი საქმის პროფესონალები ჩვენს ქვეყანაში საბედნიეროდ მოიძებნება, მათ შორის კი მმართველობის ნიჭითა და უნარებით დაჯილდოებულები. მაშინ რაშია საქმე, რატომ ასე მოიკოჭლებს მათი შერჩევისა და დაწინაურების სისტემა? უბრალოდ მექანიზმი არა სწორედ არის შერჩეული. ჩვენი დონის, ზომისა და ტიპის ქვეყანაში მმართველი რგოლის შერჩევა პარტიულ-ნათესავურ-მეზობლური პრინციპებით მეტად არაეფექტურ შედეგს იძლევა და, მოვიძიეთ იმას, რასაც ვთვსავთ.

ამა წლის მარტში გამართულ „პროფესიონალთა ლიგის“ სხდომაზე, რომელსაც 200-მდე ცნობილი ექსპერტი და სპეციალისტი ესწრებოდა კიდევ ერთხელ ხაზი გაესვა პროფესიონალების მოსვლის აუცილებლობას ქვეყნის მართვაში და მათი ეფექტური გამოყენების მნიშვნელობას, რომელიც უნდა წარმართოს ქვეყანაში არსებული ყველა სალი ძალის მჭიდრო თანამშრომლობით.

როგორც უკანასკნელი წლების მსოფლიო გამოცდილებამ ცალსახად დაადასტურა ქვეყნის თანამედროვე ეფექტური სახელმწიფოებრივი მართვის განსახორციელებლად აუცილებელ პირობას საინფორმაციო – საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების წინმსწრები განვითარება წარმოადგენს. ისევე როგორც, ამ და სხვა ე. წ. ციფრული ეკონომიკის საბაზო ტექნოლოგიების განსავითარებლად საჭიროა სახელმწიფოში სამთავრობო მართვის ეფექტური ტექნოლოგია არსებობდეს.

ციფრული ეკონომიკის განვითარება ემყარება რა საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიასა და ტექნიკას თავის მხრივ საფუძველია ე.წ. საინფორმაციო საზოგადოების (ყოველმხრივ ინფორმირებული საზოგადოების) წარმოქმნისა, რომელიც აუცილებელი პირობაა, როგორც დემოკრატიული, სამოქალაქო საზოგადოების ჩამოყალიბების, ისევე მისი მდგრადი განვითარების და სტაბილური ფუნქციონირების.

ახალი ეკონომიკის განვითარებამ განაპირობა თანამედროვე ეფექტური სამთავრობო სტრუქტურების წარმოშობა, რომელთა მართვა ასევე ყვრდნობა ელექტრონული კომუნიკაციის თანამედროვე ტექნოლოგიურ საშუალებებს, რაც უზრუნველყოს ქვეყნის, რეგიონალური და მუნიციპალური მთავრობების მჭიდრო თანამშრომლობას საზოგადოებრივ, კერძო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, და რაც მთავარია თავის ყველა დიდსა თუ პატარა სამსახურთან.

საქართველოშიც უახლოესი მომავალში პირველ პრიორიტეტად საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების შექმნა-განვითარება რჩება. შემდეგ მოდის: ელექტროენერჯის წარმოება და

დისტრიბუცია, უმაღლესი ხარისხის და ეკოლოგიურად სუფთა კვების პროდუქტების წარმოება, მეცნიერებატევადი და მაღალტექნოლოგიური პროდუქციის შექმნა და მათი მცირე სერიული ინდუსტრია; თანამედროვე მრეწველობა სამამულო მინერალური რესურსების ბაზაზე და სხვა. რასაკვირველია, ამასთან ერთად და წინმსწრები ტემპებით უნდა შეიქმნას მდგრადი და ეფექტურად მოქმედი ინფრასტრუქტურა: ენერჯეტიკა – ტრანსპორტი – კავშირგაბმულობა და ასევე მშენებლობის თანამედროვე ინდუსტრია, რაც ჩვენი ქვეყნის მოწინავე ეკონომიკურად დამოუკიდებელ, ინტელექტუალურ-ტექნოლოგიურ სახელმწიფოდ ჩამოყალიბების მთავარი გარანტია უნდა გახდეს.

უნდა აღინიშნოს, რომ უკანასკნელ წლებში საქართველოს ხელისუფლების

მიერ ხორციელდება რეფორმა მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების პოლიტიკისა და მართვის მიმართულებით, რომელიც მიუხედავად მრავალი ხარვეზისა მთლიანობაში დადებითად უნდა შეფასდეს. გადადგმულია გარკვეული ნაბიჯები ქართული მეცნიერებისა და ტექნიკის ინტეგრაციის განსახორციელებლად ევროპულსა, და საერთოდ, დასავლურ სივრცეში.

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

რეზიუმე

პროფესიონალები – ქვეყნის მართვაში

პ. კერვალიშვილი

ფიზ.-მათ. მეცნ. დოქტ., პროფესორი(თბილისი.საქართველო)

საქართველოში არსებული პრობლემები ძალიან სწრაფად უნდა აღმოიფხვრას,რისი მიღწევაც შესაძლებელია ქართველი მეცნიერებისა და მეცნიერ-ორგანიზატორების აქტიური ჩართვით ქვეყნის მართვის პროცესებში, განსაკუთრებით კი გადაწყვეტილებათა დამუშავებისა და მიღების საკითხებში.

SUMMARY

PROFESSIONALS – IN GOVERNING OF THE COUNTRY

P. KERVALISHVILI

Professor, Doctor of Physical-mathematical science. (Tbilisi, Georgia)

Problems that exist in Georgia must be urgently solved, which can be achieved by active involvement of Georgian Scientists and Scientist-organizers in governing of the country, especially in matters like making decisions.

ინტეგრალური მენეჯერება, როგორც XXI საუკუნის
აუცილებლობა (ვალეოლოგია, სანოლოგია)

ბ. ჩახუნაშვილი

მედ. მეც. დოქ. პროფესორი – ვერომეცნიერების საქართველოს
ეროვნული სექციის თავმჯდომარე (თბილისი. საქართველო)



ურთულესი მეცნიერება ტევადი ტექნოლოგიების შექმნის და სრულყოფის ერა. მეცნიერება ტევადი ტექნოლოგიები იქმნება მრეწველობის ყველა დარგში, ფიზიკაში, ქიმიაში, ბიოლოგიაში (ბიოტექნოლოგიები), სოფლის მეურნეობაში, მედიცინაში და სხვა.

ამდენად, აუცილებლობა იქმნება ინტეგრალური მეცნიერებების განვითარების ხელშეწყობა. (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12) დღეს აუცილებლობას წარმოადგენს განათლების, მედიცინისა და სპორტის სისტემაში, როგორც ბავშვთა და მოზარდ სპორტსმენტთა მეცნიერული მართვის მოდელის შექმნა და მისი პრაქტიკული ამუშავება, ასევე გერონტოლოგიური და გერიატრიული საკითხებისადმი თანამედროვე მიდგომა XXI საუკუნის რეალობის გათვალისწინებით, რაც ქვემოთ მოყვანილ სქემებში ნათლად ჩანს:

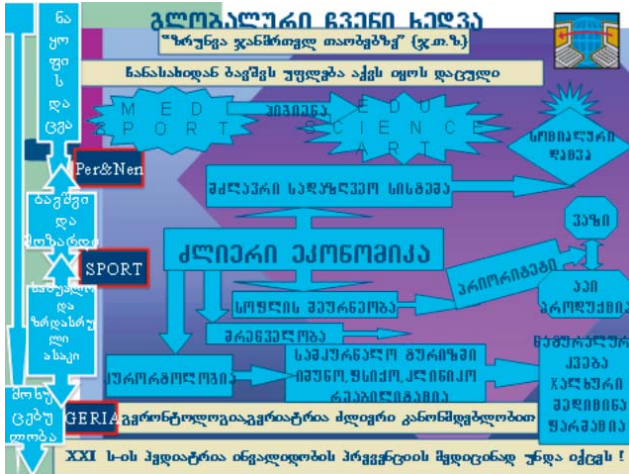
XXI საუკუნეს თავისი გამოწვევები აქვს, რაც ყველას გვაავადლებულეებს თავისი პროფესიიდან გამომდინარე პროფესიონალურად შეაფასოს არსებული რეალობა და პქონდეს რევიონის მდგრად განვითარებაში თავისი საკუთარი ხედვა.

აქედან გამომდინარე მოგახსენებთ შემდეგს,

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

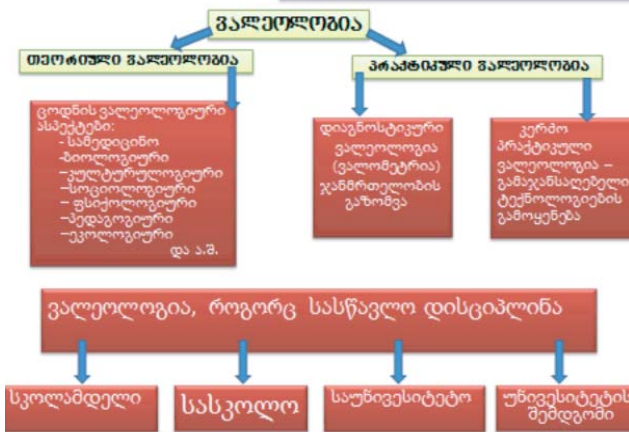
XX და XXI საუკუნეები ისტორიაში შევა როგორც დიდი მეცნიერული აღმოჩენებისა და ამასთან ერთად,





მნიშვნელოვანია, რომ დღემდე ამ სფეროში საკმაოდ სოლიდური შრომა ჩადებული სიმპოზიუმები, თუ კონფერენციები – (<http://sppf.infohttp://esgns.org>) <http://sppf.info/pdf/mosacvevi-2013-2.pdf> (XXXI-2013), პრეზენტაციები, (<http://sppf.info/presentation/presentation4.pdf>), სტატიები, შრომები (<http://sppf.info/pdf/gazeti-2014-1.pdf> (2014)) და ა.შ. თუმცა ეს არ არის საკმარისი და იგი საკითხის გობალურ გადაწყვეტას მოითხოვს – როგორც ინტეგრალურ მეცნიერებათა თანამედროვე მართვა. ამდენად, აუცილებლობა იქნება ინტეგრალური მეცნიერებების განვითარების ხელშეწყობა. კერძოდ, საქართველოში ვალეოლოგიისა და სანოლოგიის სრულყოფილი მართვა. მოკლედ, მათ შესახებ:

ვალეოლოგიის სტრუქტურა



დღეისათვის ადამიანის ჯანმრთელობა დამოკიდებულია არამარტო მედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემის გამართულ მუშაობაზე, არამედ სოციალურ-ეკონომიკური პირობების კომპლექსის ზემოქმედებაზე. სწორედ ადამიანის ჯანმრთელობა უნდა იყოს ქვეყნის „სავიზიტო ბარათი“, მისი სოციალურ-ეკონომიკური სიმწიფის, კულტურისა და წინსვლის მაჩვენებელი. როგორც ჩანს, მეცნიერება ჯანმრთელობაზე უნდა იყოს ინტეგრირებული, ითვალისწინებდეს ეკოლოგიის, მედიცინის, პედაგოგიკის, ფსიქოლოგიის და ა.შ. დარგთა შორის ზღვარზე არსებულ მონაცემებს. და, რაც დამახასიათებელია ახალი ინტეგრირებული მეცნიერებისათვის, უნდა გამოხატავდეს მიზანმიმართულ ურთიერთდამოკიდებულებას კონკრეტულ სამეცნიერო დარგსა და ფილოსოფიურ აზროვნებას შორის.

უმნიშვნელოვანესია შევბრუნდეთ ჯერ კიდევ არადაავადებული ადამიანებისაკენ, მოვახდინოთ მათი პირველადი პროფილაქტიკა და ეს ვაქცინით ყველაზე მთავარ საქმედ მედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემაში, მასში ჩაერთოთ სახელმწიფოსა და საზოგადოების მთელი ძალისხმევა და საშუალებები. ეს ამოცანა კი არ ეტევა მხოლოდ მედიცინის ჩარჩოებში. ამიტომ საჭიროა არა ალტერნატიული, არამედ მედიცინასთან თანამეგობრული მეცნიერებები ვალეოლოგია და სანოლოგია.

ვალეოლოგია ერთობ ახალგაზრდა მეცნიერებაა. იგი ვითარდება საკმარისი დინამიკურობით (რუსეთში, უკრაინაში, გერმანიაში). იმყოფება რა მრავალი მეცნიერების პირაპირზე, ვალეოლოგია თავისი მეთოდოლოგიებით, პრობლემებით, მონაცემებით აიძულებს ამ მეცნიერებათა წარმომადგენლებს, ახლებურად შეხედონ თავიანთ, საკუთარ პრობლემებს. ამიტომ გასაკვირი როდია, რომ თვით ვალეოლოგიაში მიმდინარეობს შესამჩნევი დიფერენცირება. იგი ასახავს იმ მეცნიერთა ინტერესების სპეციფიკურობას, რომლებიც ვალეოლოგიაში მეცნიერების სხვადასხვა დარგებიდან შემოვიდნენ. ვალეოლოგიური განათლება იწყება ბავშვის დაბადებამდე. ეს გულისხმობს მშობლებს ჯანმრთელობის ხარისხის გათვალისწინებას და გრძელდება ნაყოფის მუცლადყოფნის პერიოდიდან მთელი სიცოცხლის მანძილზე. ადამიანის განვითარების დინამიკურ პროცესში ჯანმრთელობის ფორმირებაში, შენარჩუნებაში და განმტკიცებაში დიდი როლი ენიჭება სამედიცინო და პედაგოგიურ ვალეოლოგიურ განათლებას, რომელშიც აქტიურ მონაწილეობას უნდა იღებდნენ მშობლები, ექიმები, პედაგოგები და ზრდასრულ პერიოდში თვით კონკრეტული პიროვნება.

სამედიცინო და პედაგოგიური ვალეოლოგიისადმი სისტემური მიდგომა გულისხმობს ადამიანის ინდივიდუალური ჯანმრთელობის შენარჩუნების მიზნით ვარგობრივი პოზიციებიდან ინტეგრირებულად გადასვლას და მათი შესაძლებლობების დადგენა-განსაზღვრას ჯანმართვისა და განათლების სახელმწიფოებრივ სტრუქტურებში.

სამედიცინო ვალეოლოგია ადგენს ჯანმრთელობასა და დაავადებას შორის არსებულ კლინიკურ განსხვავებებს და ახდენს დიაგნოსტიკას, შეისწავლის ჯანმრთელობის გარედან შენარჩუნებისა და დაავადებების აცილების ხერხებს, შეიმუშავებს მოსწავლე-ახალგაზრდების (მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფების) ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების კრიტერიუმებსა და მეთოდებსორგანიზმის რეზერვული შესაძლებლობების გამოყენებისა და დაწვებული დაავადებების უკუგანვითარების პირობებში, იკვლევს იმ გარეგან და შინაგან ფაქტორებს, რომლებიც ჯანმრთელობას ემუქრება, შეიმუშავებს რეკომენდაციებს ადამიანის ჯანმრთელობისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის უზრუნველსაყოფად.

რეაბილიტაციის სფეროში სამედიცინო ვალეოლოგიის შესაძლებლობები მალე შესამჩნევად გაიზრდება, რომლის დანერგვის პირობებში დღემდე მოქმედი დომინირებული საშუალებები-ფარმაკოლოგია, დანა და მყუდრობა აუცილებლად შეიცვლება და უფრო მეტად იქნება გამოყენებული ფუნქციური მეთოდები და საშუალებები. მოსალოდნელია და სრულებით შესაძლებელია, ამან მიგვიყვანოს ცნებების „ჯანმრთელობა“ და „დაავადება“ გარკვეულ კონკრეტულ მნიშვნელობაში შეიძლება შეიძინოს ოჯახის ექიმების მომზადებაში, რომელთა მოღვაწეობა მეტწილად ორიენტირებული იქნება პირველად პროფილაქტიკაზე.

პედაგოგიური ვალეოლოგია შეისწავლის ადამიანის სწავლისა და აღზრდის საკითხებს, რომელთაც სხვადასხვა ასაკობრივ ეტაპზე აქვს ურყევი სასიცოცხლო მოთხოვნილება ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებაზე. ამჟამად ვალეოლოგიის ეს მიმართულება ყველაზე დინამიკურად ვითარდება, რაც განპირობებულია შექმნილი ორი უკიდურესად რთული მდგომარეობით: 1. ეს არის საზოგადოების მოთხოვნილება ოპერატიულად გატარდეს ღონისძიებები ადამიანის გაჯანსაღებისათვის ყველაზე სწრაფი უკუგების შესაძლებლობების მიღების მიზნით; 2. შედარებით იაფად და სწრაფად მოხერხდეს ვალეოლოგიის პროგრამების საგანმანათლებლო პროცესში ჩართვა, მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფო აღმოჩნდა მძიმე ფინანსურ და ეკონომიკურ პირობებში.

პედაგოგიური ვალეოლოგიის მეთოდოლოგია მითხრავს სამედიცინო ვალეოლოგიასთან თანამშრომლობას. საერთო საკითხებია: ბავშვების აღზრდა ჯანმრთელობის მყარი მოტივაციით, ჯანსაღი ცხოვრების წესის დანერგვა, რომლის საფუძველი უნდა იყოს პრიორიტეტული ცოდნის შექმნა ადამიანის ჯანმრთელობაზე და ორგანიზმის ცხოველმტკიცების მექანიზმებზე. სასწავლო პროცესში გამოყენებული უნდა იყოს ის საშუალებები და მეთოდები, რომელიც მათ დაეხმარებათ თავიანთი ფიზიკური მდგომარეობის შესაფასებლად შეუქმნან მოტივაცია, თუ როგორ უნდა გამოიყენონ ორგანიზმის ფუნქციური შესაძლებლობები და შეინარჩუნონ საკუთარი ჯანმრთელობა გაჯანსაღების ბუნებრივი საშუალებების მეშვეობით. მოსწავლეთა სომატური ჯანმრთელობის შენარჩუნება პერიოდულად მოითხოვს ვალეოლოგიურ შეფასებასა და დინამიკურ კონტროლს. საჭიროების შემთხვევაში მედიკოსებმა და პედაგოგებმა ერთობლივად უნდა ჩაატარონ მოსწავლეთა გაჯანსაღების ღონისძიებები ფიზიკური ვარჯიშების, ფსიქოკორექციისა და ფსიქოლოგიურ-პედაგოგიური კონსულტაციების ჩატარების გზით. პედაგოგიური და სამედიცინო ვალეოლოგიის ერთობლივი პრინციპები გამოყენებული უნდა იქნეს მშობლებთან მუშაობისას, რათა ოჯახში ბავშვს აქონდეს ის კეთილსასურველი საყოფაცხოვრებო პირობები, რომელიც მას გონებრივ-ფიზიკურ ჯანმრთელობას შეუნარჩუნებს. დღეს, სკოლებში დაინერგა სპორტის სხვადასხვა სახეობაში (ფეხბურთი, კალათბურთი, ჭიდაობა, ცურვა და ა.შ.) ფიზიკური აღზრდის მეცადინეობები. ეს კი მოითხოვს მოზარდის ჯანმრთელობის მდგომარეობის პერიოდულ შემოწმებას, რათა თავიდან ავიცილოთ მოსალოდნელი ორგანული გართულებები, ზოგჯერ სიკვდილიც კი. სპორტის სხვადასხვა სახეობაში არარაციონალურ ფიზიკურ დატვირთვას შეუძლია შექმნას რისკ-ფაქტორები, რომლებიც მნიშვნელოვნად შეარყევს მოზარდის ჯანმრთელობას. ჯანმრთელი თაობის აღზრდაში კი აქტიურ მონაწილეობას უნდა ღებულობდნენ ერთიანი მეცნიერული მიდგომით შეიარაღებული სახელმწიფო სტრუქტურები. ესენია: სპორტის, ჯანდაცვისა და განათლების სისტემები რაც საშუალებას მოგვცემს ვალეოლოგიური პრინციპების დაცვით შევინარჩუნოთ მოზარდი თაობის ჯანმრთელობა და ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური ძლიერება.

მეცნიერთა მიერ დადგენილია: ჯანმრთელობის რეზერვი უსაზღვრო არ არის, მაგრამ უმეტესად ადამიანებს ის არასაკმარისად აქვთ მობილიზებული ბავშვობაში, ხოლო „თვლემს“ მოწიფულ ასაკში, რის აღვიდავ ქრება სიბერეში. არ უნდა დაგვაიწვიდეს, რომ საჯარო სკოლებში ქმედითუნარიან ბავშვებთან ერთად სწავლობენ არაქმედითუნარიანი მოზარდები, რომელთა ფსიქო-ფიზიკური აღზრდის თავისებურებანი მითხრავს ფაქიზ მიდგომას. ვალეოლოგიური (როგორც

სამედიცინო, ასევე პედაგოგიური) პრინციპების ადეკვატური შერწყვა მიზანდასახული რეაბილიტაციური ღონისძიებების ჩატარების მიზნით აუცილებელია. ამრიგად, ახალი მეცნიერების – ვალეოლოგიის საგანია ჯანმრთელი ადამიანი, მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნება და არა დაავადებათა მკურნალობა (ეს მედიცინის საგანია). პრაქტიკული მედიცინა, რომელიც „ეიფორიაში“ მიღწეული წარმატებებით (აღრე განუკურნებელი დაავადების კომპენსატორული „გაჯანსაღებით“ ქირურგიული ჩარევით, მომაკვდავთა გადარჩენით) და მხოლოდ ამაში ხედავს თავის კეთილგონიერულ და კეთილშობილურ მისიას. არადა ამგვარი მიდგომა უკვე მოძველდა. დრო კი ცვალებადია. დღეს, სულ უფრო ხშირად და ბევრად მეტი იწერება იმაზე, რომ მედიცინასა და ჯანმრთელობას შორის არ შეიძლება გავაყოლოთ ურთიერთთანაბრობის ნიშანი. საჭიროა ხაზი გაეხვას იმას, რომ მედიცინამ, როგორც მეცნიერება, ვერ შეასრულა თავისი მთავარი დანიშნულება: გაესწრო პრაქტიკისათვის თავისი ახალი მიზნების აღმოჩენითა და სასურველი მეცნიერული გზები შეერჩია ინდივიდუალური ჯანმრთელობის მისაღწევად; მან ჯეროვნად ვერ შეაფასა ჯანმრთელობის კენ მიმავალი პირდაპირი გზა. ვალეოლოგიურ განათლებასა და ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში განსაკუთრებული როლი ენიჭება ადამიანის მოძრაობის რეჟიმს. მინდა გაგიზიარო ჩვენი თანამემამულის, ცნობილი კარდიოქირურგის იგორ შხვაცაბაიას მტკიცებულებანი: „დარწმუნებული ვარ, რომ იდეალში მხოლოდ და მხოლოდ მეცნიერულად დასაბუთებულმა ფიზიკურმა დატვირთვებმა – ყოველგვარი წამლების გარეშე – ხელი უნდა შეუწყონ ადამიანის გაჯანსაღებას, მის შესაძლებლობათა დიაპაზონის გაფართოებას და შემკუბერლური, დამცველი „ბასტიონების“ გაძლიერებას.

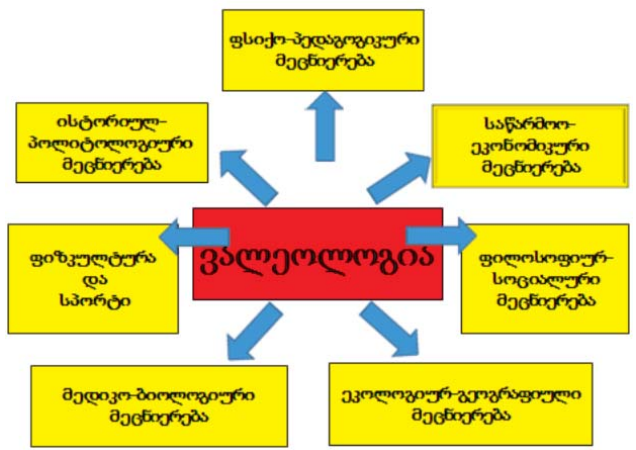
საწვრთნელი ვარჯიშები ყველასათვის აუცილებელია, მაგრამ დატვირთვა უნდა იყოს ადამიანის მდგომარეობის ადეკვატური. ზომიერი დატვირთვა სასარგებლოა როგორც ავადმყოფთათვის, რომელთა შემკუბერლური შესაძლებლობანი ნელ-ნელა, მაგრამ განუხრებლად გაივლიდა წვრთნას, ასევე ჯანმრთელებისთვისაც – ჯანმრთელობის განსამტკიცებლად და ბოლოს სპორტსმენთათვისაც, რათა კიდევ უფრო განავითარონ ისინი. ყოველივე იმალება დოზებში, ყველა ეტაპზე დატვირთვის თანდათანობით გადიდებაში, მოსვენება კი მუდმივი მტერია.“ დღეს მოსწავლე-ახალგაზრდების ჯანმრთელობის შესანარჩუნებელ ერთადერთ გზად მიჩნეულია ვალეოლოგიური განათლების (როგორც სამედიცინო, ასევე პედაგოგიურის) სამეცნიერო პრინციპების სინთეზი და მისი პრაქტიკული გამოყენება ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად და განსამტკიცებლად.

იმ ქვეყნებში, სადაც ვალეოლოგია ახალი დარგის სპეციალისტებს ამზადებს, დღესაც მიმდინარეობს მძაფრი კამათი, თუ რომელ პროფესიას უნდა მიენიჭოს უპირატესობა სპეციალისტების მომზადებაში (მხედველობაში აქვთ სამედიცინო და პედაგოგიური პროფილის უმაღლესი სასწავლებლები). ეს მეთოდოლოგიური დავა არაპროდუქტიულად და სუბიექტურად გვეჩვენება. მსჯელობენ იმაზე, რომ ვალეოლოგი უნდა მომზადდეს უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებელში და მიეცეს ფართო ფსიქოპედაგოგიური განათლება ან პედაგოგურმა უმაღლესმა სასწავლებელმა უნდა გამოუმუშავოს სპეციალისტი, რომელსაც ექნება დამატებითი მიზნობრივი სამედიცინო მომზადება ახალი ფიზიოლოგიური ნორმატივებისა და პროფილაქტიკის კრიტერიუმების გათვალისწინებით. ვითვალისწინებთ რა მომავალში ვალეოლოგ-სპეციალისტის მომზადების ეფექტური მიმართულების პერსპექტივას, უპირატესობას ვანიჭებთ სპორტული უნივერსიტეტის კურსდამთავრებუ-

ლებს, რადგან სხვათაგან განსხვავებით, ისინი გადაინდობენ თეორიულ-პრაქტიკულ მომზადებას ფიზიკური აღზრდის თეორიისა და პრაქტიკის მეთოდოლოგიაში, ზოგად და სპორტის ფიზიოლოგია-პედაგოგიაში, სპორტულ მედიცინაში, კინეზოთერაპიაში, ფიზიკურ რეაბილიტაციაში და ა.შ. ამასთანავე, რაც მთავარია, მათი აზროვნება მიმართულია გონებრივ-ფიზიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და მაღალი სპორტული შედეგების მიღწევებისა და არა დაავადებების პრობლემებისა, კენ.

ვალეოლოგიური დარგის განვითარება და მოსახლეობის ჯანმრთელობის განმტკიცება ბევრწილად არის დამოკიდებული ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვაზე, ბუნებისა და სოციალურ-ეკონომიკური ცხოვრების ყველა მახვევებზე. ჯანმრთელი გენოფონდის შენარჩუნება უნდა გახდეს ქვეყნის სოციალ-ეკონომიკური სიმწიფის, კულტურისა და სახელმწიფო წარმატების საფუძვლიანი ბარათი. საქართველოში ვალეოლოგიის განვითარების პირველ ეტაპზე (იგი ჩვენი გადმოსახედიდან 15 წელს ითვლის) არსებობისა და მნიშვნელოვანის გაკეთება ვერ შევძლებთ. მხოლოდ ის მოხერხდა, რომ დავებუდეთ სტატიები, ჩავატარეთ კონფერენციები და დაინერგა ზოგიერთ უმაღლეს-სასწავლებლებში ლექცია-პრაქტიკულები (იხ. დანართები).

აი, როგორ გამოიყურება სქემატურად ვალეოლოგიის ურთიერთდა მოკიდებულება სხვადასხვა მეცნიერებებთან:



ამდენად, წლების მანძილზე წარმოებულმა კვლევებმა, და შესაბამისად, დაგროვილმა ცოდნამ, შესაძლებელი გახდა ინტეგრირებულ მეცნიერებათა შორის და კერძოდ ვალეოლოგიისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობის მინიჭება. ყველა განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაში სადაც კი იგი ვითარდება სახელმწიფო კონტროლის ქვეშ იმყოფება და მის განვითარებას სპეციალური პროგრამები ეძღვნება, რადგან სწორედ ვალეოლოგია არის ერთ-ერთი რეალური გზა სრულფასოვნად უზრუნველყოს ჩვენი პლანეტის სწრაფად მზარდი მოსახლეობა.

ცხადია ფუნდამენტური მეცნიერების ნებისმიერი დარგი პრიორიტეტულია და მისი შემდგომი განვითარება აუცილებელია, მაგრამ ამასთან ერთად, XXI საუკუნეში ვალეოლოგიის შესაძლებლობების არ გამოყენება ისეთ მრავალფეროვან ქვეყანაში, როგორც საქართველო, დანაშაულის ტოლფასია.

საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიაში არ არის ვაკანსიები ინტეგრალურ მეცნიერებებში ვინაიდან არ არსებობს იმის საშუალება, რომ ყველა ამ მიმართულებით ვაკანსია იქნას დაშვებული, 2-3 ადგილი ვალეოლოგიასა და სანოლოგიაში კი ამ მოთხოვნებს ნაწილობრივად მაინც დაფარავს.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე 2014 წლის 27 დეკემბერს სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ ორგანიზებულ საერთაშორისო კონფერენციაზე მიღებული იქნა რეზოლუცია, რომელიც ითვალისწინებდა შუამდგომლობას, რათა საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიამ განიხილოს და შესაძლებლობის ფარგლებში გამოაცხადოს ვაკანსია 2015-2016 წწ-ში ინტეგრირებულ მეცნიერებაში - ვალეოლოგია, სანოლოგია. ეს ნამდვილად ინტეგრალური მეცნიერების-ვალეოლოგია სანოლოგიის, როგორც XXI საუკუნის აუცილებლობაა.

ლიტერატურა:

1. **სამაგიდო წიგნი ექიმებისათვის:** საექიმო საქმიანობის სამართლებრივი საფუძვლები / [რედ.: გოგა ჩახუნაშვილი]. - თბ.: [ბონა კაუზა], 2001. - 164გვ.; 20სმ. - ISBN 99928-844-44
2. **სამაგიდო წიგნი ექიმებისათვის:** რა უნდა იცოდეს ექიმი: ცვლილებებითა და დამატებებით 2006 წლის 25 ნოემბრამდე / [რედ. გოგა ჩახუნაშვილი]. - თბ.: [ბონა კაუზა], 2006. - 298გვ.;
3. **გაუფრთხილდი ხერხემალს** / თსუ; [შემდგ.: რ. სვანიშვილი, ნ. ჭაბაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი [და სხვ.]; რედ. გ. ელიავა]. - თბ.: [გეორგიკა], 2010. - 63გვ.; სურ.; 20სმ. - ISBN 978-9941-0-3047-5[MFN];
4. **რა უნდა იცოდნენ მოსწავლეებმა გამაჯანსაღებელი ფიზიკური ვარჯიშების შესახებ** / [ავტ.: რ. სვანიშვილი, ნ. ჭაბაშვილი, ზ. სოფრომაძე [და სხვ.]; რედ. გ. ელიავა]; თბილ. სახელმწ. სამედ. უნ-ტი. - თბ.: [გეორგიკა], 2011. - 60გვ.; 19სმ. - ბიბლიოგრ.: გვ. 59. - ISBN 978-9941-0-3360-5[MFN];
5. **სამაგიდო წიგნი ექიმებისათვის:** რა უნდა იცოდეს ექიმი: ცვლილებებითა და დამატებებით 2005 წლის 1 ივლისამდე / რედ. გოგა ჩახუნაშვილი. - თბ.: ბონა კაუზა, 2005. - 254 გვ.;
6. **ვალეოლოგია (სანოლოგია-სამედიცინო მიმართულება), როგორც „ჯანმრთელობის მედიცინა“** / ი. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. - თბილისი, 2013. - ISSN 1987-9865. - 15-10-9. - გვ.52-54. - რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენაზე. - ლიტ. გვ.53
7. **დაავადების პათოგენეზისა და სანოგენეზის სისტემური ანალიზი** / ივ. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. - თბილისი, 2013. - ISSN 1987-9865. - 15-10-9. - გვ.64-66. - რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენაზე
8. **საქართველოს ეკონომიკის, მეცნიერების და განათლების ჰარმონიული განვითარების პრიორიტეტული მიმართულებები (ფარმაცია, ბიომედიცინა, მედიცინა და სპორტი) კონცეფცია** / გიორგი ჩახუნაშვილი // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. - თბილისი, 2014. - ISSN 1987-9865. - N16-11-10. - გვ.56-62. - ორიგინალური სტატიები და სამეცნიერო აქტიობები. - რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენაზე;
9. **დოლიძე ი. - ვალეოლოგიური განათლება წარმატებული ქვეყნის საფუძვლიანი ბარათი** // საქართველოს განათლების მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, 2010, 11;
10. **დოლიძე ი. - სანოლოგია - ჯანმრთელობის მართვის ფუნდამენტური მოძღვრება** // ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, 2011, 2;
11. **დოლიძე ი. - სამკურნალო პედაგოგიის როლი სამედიცინო ვალეოლოგიაში** // საქართველოს განათლების მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, 2012, 12;
12. **დოლიძე ი. - სანოლოგიის როლი თანამედროვე მედიცინაში** // მედიცინისა და მენეჯმენტის თანამედროვე პრობლემები, 2014, 1.

რეზიუმე

ინტეგრირებული მეცნიერება, როგორც XXI საუკუნის აუცილებლობა (ვალეოლოგია, სანოლოგია)

ბ.ჩახუნაშვილი

მედ. მეც. დოქ. პროფესორი – ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის თავმჯდომარე (თბილისი, საქართველო)

წლების მანძილზე წარმოებულმა კვლევებმა, და შესაბამისად, დაგროვილმა ცოდნამ, შესაძლებელი გახადა ინტეგრირებულ მეცნიერებათა შორის და კერძოდ ვალეოლოგიისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობის მინიჭება. ყველა განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაში სადაც კი იგი ვითარდება სახელმწიფო კონტროლის ქვეშ იმყოფება და მის განვითარებას სპეციალური პროგრამები ეძღვნება, რადგან სწორედ ვალეოლოგია არის ერთ-ერთი რეალური გზა სრულფასოვნად უზრუნველყოს ჩვენი პლანეტის სწრაფად მზარდი მოსახლეობა.

SUMMARY

INTEGRATED SCIENCE, AS A NECESSITY FOR XXI CENTURY (VALEOLOGY, SANOLOGY)

G.CHAKHUNASHVILI

Doctor of medical science, Professor, Chairman of Georgian National Section of Euroscience (Tbilisi, Georgia).

After years of various researches, and therefore gained knowledge, it has become possible to grant special significance to Valeology among integrated science. In every developing and developed countries this field is under governmental surveillance and many programs are held due to its promotion, because indeed Valeology is the only way to provide the valuable growth of entire population on our planet.

საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემია Humanitarian and Art Academy of Georgia



ენას ბიწუნებ, ქართველო! ებრაე არა! მაშ რობორ?

ბიჭო ბოჯბუა

(საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემია)

დავიწყეთ ეპიგრაფი.

უკვე სასიამოვნო სიახლედ მკვიდრდება ყოველკვირეული ტელეგადაცემა „ექიმები“, რომლის მთავარი გმირია ოთხი ახალგაზრდა, მაგრამ ფრიად განათლებული, გამოცდილი და სხვადასხვა პროფილის მადლიანი მკურნალი. ნიშანდობლივია ისიც, რომ ისინი ძირითადად კარგი ქართულით მეტყველებენ, რაც მეტად სასიამოვნო და სასარგებლოა. მაგრამ... ხდება ხოლმე გამონაკლისიც. მაგალითად: თითოეული გადაცემის შემდეგ ერთ-ერთი იმ ექიმთაგანი მოგვიწოდებს, რომ „ექიმებს“ ვუყურებთ „ყოველ კვირას, ექვს-საათიანი „კურიერის“ „შემდეგ“. არადა, ასეთი „კურიერი“ არ არსებობს ბუნებაში.

როგორ არ არსებობს! – შემომწერებიან შენიშვნით გაღიზიანებულნი. განა ასეთ გამოთქმას წამდაუწუმ არ იყენებენ ჩვენი ტელეწამყვანები?

გეთანხმებით, კი, იყენებენ ასეთი ფორმით: „იხილეთ





„მოამბის“ რვასათიან (თერთმეტსათიან) გამოშვებაში. „ნახეთ სამსაათიანი (თორმეტსათიანი) „კურიერის“ შემდეგ, მაგრამ შეცდომით, რომელიც კი არ უნდა გავიმეოროთ, არამედ განვდექვით.

სამ, ექვს, რვა, თერთმეტ, თორმეტსაათიანი... ნიშნავს დროის, კერძოდ, საათის ხანგრძლივობას. ე.ი. რა დროის (რამდენი საათის) განამელობაში ხდება მოქმედება. ასე ხანგრძლივი დროიტ კი არ იმართება არც „კურიერისა“ და არც „მოამბის“ გადაცემები (უიშვიათესი გამონაკლისის გარდა).

მაშ, როგორ უნდა ვთქვათ და ვწეროთ სწორად? ჩემი აზრით, ასე: „ექიმებს“ ვუყურით და მოვუსმინოთ ყოველ კვირას, ექვსი (უმჯობესია თერამეტი) საათის „კურიერის“ დამთავრების შემდეგ (თანავე).

ნუ მიბაძავე უენათმეცნიერო ტელეწამყვანებს! არ გაეადრებათ!

აღნიშნულ გადაცემასთან დაკავშირებით გაგისხენოთ ორი მაგალითიც: 1. გახსოვთ, ალბათ, აქ სამ მაკაც ექიმთაგან ერთია წვეროსანი და მას რატომდაც წვერებიანად მოისხენიებენ ხოლმე (მსგავსად სიტყვებისა – თვალებიანი, ყურებიანი, უღვაშებიანი...).

წვერებიანი შეცდომაა, როცა იგულისხმება მამაკაცის ყბებსა და ნიკაპზე ამოსული თმა (წვერი). ასეთ შემთხვევაში ეს სიტყვა გამოიყენება მხოლოდ ირიცხვში. მრიგად, სწორია წვერიანი და არა წვერებიანი. ასევე კომპოზიტების შედგენისა და გამოყენების დროსაც – წვერგაუპარსავი, წვერთეთრი, წვერმოპარსული, წვერმოშეგებული... და არა წვერგაუპარსავი და ა.შ.

2. „ექიმების“ გადაცემას ექვია ერთი ცნობილი ტელეწამყვანი. ღოცა ჰკითხეს – თქვენ რა გაწუხებთო, უპასუხა: ხშირად მაქვს პრობლემა ყელზეო.

ხომ შეიძლებოდა – ამ მშვენიერ ასულს უბრალოდ, მარტივად, გნებავთ, უპრობლემოდ, მაგრამ ნატიფი, სანდომიანი, საამო ქართულით ეპასუხნა: ხშირად მტკივა ყელიო ან ხშირად მაწუხებს ყელის ტკივილიო?!

ჯოგლა, უთუოდ ჯოგლა!

ექიმებს კიდევ შევეხმიანებით. ახლა კი სხვებსაც შევეხოთ და გავკენწლოთ კიდევ.

რამდენიმე წელია, რაც მესმის ერთი უცნაური სიტყვა საფეხმავლო (ხიდი, გზა...). ისიც ტელე და რადიოწამყვანთა „წყალობით“.

რამდენადაც ვიცი, ეს ტერმინი, თავდაპირველად დაკავშირებული იყო ანაკლიაში, ზღვისპირად აგებულ ხილთან, რომლებზედაც დაუშვებელია რაიმე სატრანსპორტო ან სხვა საშუალებით გადაადგილება.

ერთი ცნობილი მშობლიური სიმღერისა არ იყოს, ქართულ თუ ქართულ-უცხოურ ლექსიკონებში „ვეძებ და ვერსად ვიპოვე“ სიტყვა საფეხმავლო. შულ-

ხან-საბას მიემართე, დავიგ და ნიკო ჩუბინაშვილებს, სხვათა და სხვათა ძეგლთა თუ ახალთა ლექსიკონრაფთა... ამოდ! იმასდა შევაველე თვალი, რომ ამ კომპოზიტში ფიგურირებდა ორი სიტყვა: ფეხი და სვლა (მავალი) ანუ ფეხით სიარული, ფეხით მოსიარულე.

ქართული ენის განმარტებითი ლექსიკონი იშველებს სიტყვა გზასაც – საავტომობილო, საურმე, საცალფეხო (ბილიკი).

რუსულ-ქართულ ლექსიკონებში შემომხვდა სიტყვა пешеход – ფეხით, ქვეითად მოსიარულე, მავალი, ქვეითი. აქვეа пешеходный переход-ის განმარტებაც – ფეხით მოსიარულე, საქვეითო: пешеходный мост– საქვეითო ხიდი; пешеходная тропинка – საქვეითო, საცალფეხო ბილიკი. Ходок – რუსულად ფეხით მოსიარულე, მავალს ნიშნავს. აქედან – пешеходный мост გახლავთ საქვეითო, საცალფეხო ხიდი. ასევე საქვეითო, საცალფეხო გზა, ბილიკი.

ერთი სიტყვით, სახეზეა ორი რუსული სიტყვის უხეროთარგმანი და მათი უგერგილო კომპოზიტად წარმოდგენა.

სწორი ფორმა იქნებოდა – ფეხით, ქვეითად (უტრანსპორტოდ) მავალთა ხიდი (გზა, ბილიკი) და არა საფეხმავლო!

ჩვენი მკურნალი ექიმები ხომ მიწვივ გვირჩევენ – ხშირად იარეთ ფეხით და ჯანმრთელობა გაიკაუთო! ჰოდა, პატივი მივაგოთ ამ კეთილ დამოდვრას – ვიაროთ ფეხით ანუ ქვეითად, ოღონდ ისე, რომ არ დავაავადოთ დედაენა!

● ქართველ და ფრანგ ჭაბუკ მორაგბეთა მატჩის დროს ჩვენმა კომენტატორმა გამოიყენა სიტყვა დაგვაღელვოვეს (ფრანგებმა დაგვაღელვოვესო). ეს სიტყვა ვერ გახდება მშობლიური ლექსიკონის ბინადარი, ვინაიდან იგი აშკარად ხელოვნურია და მიუღებელი. ჯობდა ძველებურად, მარტივად და გასაგებად თქმულიყო – ფრანგებმა ლელო გაავიტანეს!

● 2 ტელეწამყვანი ეკითხება ავტოავარიის თვითმხილველს:

– მანქანა მაღალი სიჩქარით მოძრაობდა?

– მანქანა მაგარი სიჩქარით მიდიოდა!

ასეთი დიალოგისას არც მაღალია სწორი და არც მაგარი. საუკეთესო ვარიანტია დიდი სიჩქარით მოძრაობდა. არცვადაჭარბებული სიჩქარე იქნებოდა ურიგო.

● ჩვენს ზეპირ თუ წერით მეტყველებაში არცთუ იშვიათად გამოიყენება ერთობ ციური სიტყვა კოსმოსური. მას განსაკუთრებით ხშირად მოუხმობენ ხოლმე მეცნიერები, სიტყვაკაზმული მწერლობის მოტრფილენი – პოეტები, ხელოვნებათმცოდნეები... და, რასაკვირველია, ასტრონომები.

ამას წინათ გაზეთში წავიკითხე ნაზი ხანიაშვილის მშვენიერი ნაშრომი, რომლის სათაურია „ქართული წელთაღრიცხვა „ქორთ ადამს აქათ“ და „დასაბამითგან“ (იხ. „ლიტერატურული საქართველო“, 10.4.2015 წ., N 14, გვ. 5-6). ფრიად ვისიამოვნე!

ამ ნაშრომმა იმთავ მიიპყრო ჩემი ყურადღება, რომ მასში თორმეტგზისაა გამოყენებული სიტყვა კოსმიური (კოსმიური – ელემენტი, სურათი, პროცესი, სინთეზი, პერიოდები, სურათები, მხედარი, ცოდნა. აგრეთვე – კოსმიურობა).

ქართველი ლექსიკოლოგები უარყოფენ აღნიშნული სიტყვის ასეთ ორთოგრაფიას ანუ მართლწერას. ამიტომ ჩვენს ლექსიკონებში (განმარტებითი, ორთოგრაფიული, მითოლოგიური, უცხო სიტყვათა...) ვერ ნახათ სიტყვას კოსმიური. ვ. თოფურიასა და ივ. გიგინეიშვილის „ქართული ენის ორთოგრაფიული ლექსიკონი“ (გამომცემლობა „განათლება“, 1998 წ.) კი

კატეგორიულად, ხაზგასმით გვაავალდებულებს: „კოსმიური კი არა კოსმოსური“-ო.

ღიახ, უნდა დავეთანხმეთ ამ მართებულ მოთხოვნას და ამიერიდან ვთქვათ ან დავწეროთ – კოსმოსური და არა კოსმიური.

● ჩემს წიგნში „მე ისეთ ქართველს რა ვუთხრა – სწორედ თქმისა და წერის კულტურა“ (თბილისი, „მემეცენება“, 2011 წ., გვ. 197-201) გულისტკივილით ვწერდი: „დღევანდელ ქართულში თითქოს სარგეილი გაუფართოვდა და მრავალი სიტყვის სინონიმად იქცა ხედსართავი სახელი მაღალი.

სინამდვილეში კი მან მოქმედების არე დაყვიწროვა უამრავ საჭირო, აუცილებელ, სუტ სიტყვას, მის ნაცვლად რომ უნდა კვებხმარა. შედეგად ამისა კინინდება, ხარაღდება ქართული ენის მდიდარი ლექსიკონური ფონდი, სტილისტური მრავალფეროვნება. ერთი სიტყვით ღარიბდება ენა, ფრთები ეკვეცება მის აღმატებულ შესაძლებლობებს“ (გვ. 197).

სამწუხაროდ, ეს პროცესი კვლავაც გრძელდება. მე ზემოთაც დავასახელე ერთი მაგალითი, მაგრამ სიტყვა მაღალი ბევრ სხვა შემთხვევაში გამოიყენება შეუსაბამოდ. მაგალითად, ამბობენ და წერენ მაღალი ფასი, მოლღინი, ინტერესი, სტანდარტი, ზნეობა, ფასიანი დაცვა, ვარაუდი, ყურადღება, ხელფასი, წოდება, ჯილდო, ხმა, ძაბვა, ტემპერატურა, ღირსება, მაღალხარისხოვანი...

ამათ, ხშირ შემთხვევაში, მიესადაგება სიტყვა დიდი, მაგრამ შეიძლება სხვა მეწყვილეც შევუღლიოთ და ენაც გავამრავალფეროვანოთ. მაგალითად: დიდი (ცოცხალი, ცხოველი) ინტერესი; დიდი ძაბვა; დიდი (საუკეთესო, საიმედო) მოლოდინი; დიდი ტემპერატურა; დიდი (პატივი) ღირსება; მაღალი (საუკეთესო, გამორჩეული, დიდებული) სტანდარტი; მაღალი (საუკეთესო, გამორჩეული, დიდებული) სტანდარტი; მაღალი (ამაღლებული, დახვეწილი, მისაბაძი) ზნეობა; მაღალი (ძლიერი, მძლავრი...) ხმა; მაღალი (ძვირი) ფასი; მაღალი (დიდებული, საიმედო) ვარაუდი; მაღალი (დიდი, მნიშვნელოვანი, ღირსეული, ანგარიშგასაწვევი) ყურადღება; მაღალხარისხოვანი, ძვირფასი (საუკეთესო); მაღალი (უხვი, სასურველი, ღირსეული) ხელფასი; მაღალი (ღირსეული, საამაყო) ჯილდო; მაღალი (უფრო დიდი ხარისხის) წოდება; მაღალფასიანი (დიდი ხელფასის მქონე) დაცვა...

● გავრცელებულ კალკებზედაც ვისაუბროთ. განსაკუთრებით მოხშირებულია რუსული კალკები.

რუსებს უყვართ გამოთქმა в курсе, რომელსაც ხშირად წააწყდებით ქართულ საუბარსა თუ წერილობით მასალაში პრესის, რადიოს, ტელევიზიის მეშვეობით საქმესთან შეწყვილებისას. მაგალითად: საქმის კურსში არა-ვარ; ჩვენი პარტნიორები საქმის კურსში არ არიან; ჩავაყენოთ საქმის კურსში; საქმის კურსში ვარ.

ასეთი შესიტყვება ბუნებრივი არ არის ქართული ენისათვის და სიტყვასიტყვით არც უნდა გადმოვიღოთ რუსულიდან. თარგმანით კი ასე ვთარგმნოთ:

საქმის კურსში არა ვარ – არ ვიცი საქმის ვითარება, არ ვიცნობ საქმის ვითარებას, ჩემთვის უცნობია საქმის ვითარება (გარემოება, შინაარსი, მდგომარეობა).

საქმის კურსში არ არიან – არ იცნობენ საქმის ვითარებას; მათთვის უცნობია საქმის ვითარება, შინაარსი. ჩავაყენოთ საქმის კურსში – გაგაცნოთ, გაგაგებინოთ, ავუხსნათ საქმის ვითარება.

საქმის კურსში ვარ – ვიცი საქმის ვითარება, ჩემთვის ცნობილია საქმის ვითარება.

ასევე კალკია რუსული შესატყვისება имеет место – ადგილი აქვს და წინადადებაში ასე გამოითქმება: ადგილი აქვს გაუგებრობას; ადგილი არ ჰქონია დარღვევას არჩევნების დროს; ზეწოლას ადგილი ჰქონდა; ადგილი არ ჰქონია კანონის დარღვევას; ცეხლის გავრცელებას ადგილი არ ექნება...

სწორი ფორმები კი იქნებოდა: მოხდა გაუგებრობა, არ დარღვეულა (არ მომხდარა დარღვევა); მოხდა, განხორციელდა ზეწოლა; კანონი არ დარღვეულა; ცეცხლი არ გავრცელდებოდა...

● რიგ შემთხვევაში ქართული ენისათვის დამახასიათებელი არ არის უარყოფითი ნაწილაკი „არა“. ამიტომ იგი უნდა უარყოფით ასეთ შემთხვევებში: არაგაყენული კი არა – გაუყენა; არადაამახინჯებული კი არა – დაუმახინჯებელი; არაკანონიერი კი არა – უკანონო; არამართებული კი არა – უმართებულო; არამომგებიანი კი არა – წამგებიანი; არასამართლიანად კი არა – უსამართლოდ...

● მსგავსი შემთხვევები გვაქვს სიტყვასთან გარეშე. მაგალითად, გარეშე გარეშეც უკეთესად და თანაც ერთი სიტყვით წარმოითქმება სათქმელი. ასე მაგალითად: შეფერხების გარეშე რომ იტყვიან, შეუფერხებლად უკეთესი არ არის? ან ბილეთების გარეშე – უბილეთოდ; იარაღის გარეშე – უიარაღოდ; ტექსტის გარეშე – უტექსტოდ; სამსახურის გარეშე – უსამსახუროდ; ძილის გარეშე – დაუძინებლად, უძილოდ და ა.შ.

● სამი უცხო სიტყვა არცთუ იშვიათად მახინჯდება ან არასწორად ესმით არცოდნის გამო. ვინაიდან ელექტრონთან გვაქვს საქმე, ჰგონიათ, რომ სწორია ტერმინი ელექტროფიკაცია; კინოსთან დაკავშირებით კი გვარწმუნებენ ტერმინ კინომატოგრაფიის უტყუარობაში; რაც შეეხება კინოლოგს, მასაც კინოსთან აკავშირებენ.

სწორი ფორმები: ელექტროფიკაცია და კინემატოგრაფია; კინოლოგის კი არავითარი კავშირი არა აქვს კინემატოგრაფიასთან და წარმოადგენს მეცნიერებას ძილების, მათი შეჯვარებისა და მოვლის შესახებ. მეცნიერების ამ დარგს მემაღლეობასაც ეძახიან.

რას გვასწავლის „ქართული ენის ორთობრაფიული ლექსიკონი“

ჩაავლებს კი არა ჩაატარებს, ჩაამწყვრევს – ჩაამწყვდევს, ჩააბნევს – ჩააბნებს, ჩაარჩობს – ჩაახრჩობს, ჩაახვამს – ჩაახსობს, ჩაასწრობს – ჩაასწორებს, ჩაატყუებს – ჩაატანს, ჩააცვამს – ჩააცმევს, ჩააწობს – ჩააწებს, ჩაახწევს – ჩაადწევს, ჩააჯენს – ჩაახვამს, ჩააჯინდება – ჩააუინდება, ჩააბღერტა – ჩააბერტყა, ჩაეკრო-



ბა – ჩაეკეროება, ჩაემწვერევა – ჩაემწვედევა, ჩაესახლება – ჩასახლება, ჩავაჯენ – ჩავსვამ, ჩაიარს – ჩაივლის, ჩაკონვა – ჩაკონება, ჩაღანდარი – ჩაღვადარი, ჩამოღვომილი – ჩამომღვარი, ჩამოიარს – ჩამოივლის, ჩამოსქდება – ჩამოსკდება, ჩანგური – ჩონგური, ჩანთქამს – ჩანთქავს, ჩარჩობა – ჩარჩენა, ჩარჭმული – ჩარჭობილი, ჩასათვალი – ჩასასვლელი, ჩასაკვნიტავი – ჩასაკვნიტი, ჩასაფრული – ჩასაფრებული, ჩასისხლებული – ჩასისხლიანებული, ჩატნეული – ჩატანებული, ჩაუსწრობს – ჩაუსწორებს, ჩაუფურჩულებს – ჩაუწურჩულებს, ჩაუცვინდება – ჩაუცვივდება, ჩაფლობილი – ჩაფლული, ჩაფსკენილი – ჩასკენილი, ჩაფუფქვილი – ჩაფუფქული, ჩაფუშვილი – ჩაფუშული, ჩაქსოვებული – ჩაქსოვილი, ჩაფუქვილი – ჩაქუფრული, ჩინჩახვი – ჩინახვი, ჩრდილოეთელი – ჩრდილოელი, ჩრდილოეთური – ჩრდილოური, ჩუქნის – აჩუქებს.

თუ არ მიწყნთ, პატივცემულო მკითხველებო, ერთ მცირე ზომის საშინაო დავალებას შემოგთავაზებთ. გა-

მოიცანით, ჩამოწერილი დაწვეილებული სიტყვებიდან, რომელია სწორი, სწორ სიტყვას ქვეშ ხაზი გაუსვით და, როცა დროს გამონახავთ, გადაამოწმეთ „ქართული ენის ორთოგრაფიულ ლექსიკონში“. მაშ, ასე:

როგელია სწორი?

ხაბურზაკი – საზამთრო, ხაღვა – ჰაღვა, ხანდისხან – ხანჯარი – ხანჯალი, ხაოსი – ქაოსი, ხარაკირი – ჰარაკირი, ხელსაქმარი – ხელსაქმე, ხელმისაწვდენი – ხელმისაწვდომი, ხელმწიფე – ხელმწიფე, ხენს – ხეხს, ხვირჯინი – ხურჯინი, კიდე – ხიდი, ხიდები – ხიდები, ხიზილალა – ხიზალალა, ხირომანტი – ქირომანტი, ხირომანტია – ქირომანტია, ხირხიმალი – ხერხემალი, ხლაფვა – ხლართვა, ხოკეი – ჰოკეი, ხოლერა – ქოლერა, ხოლერიანი – ქოლერიანი, ხოლეცისტიტი – ქოლეცისტიტი, ხოლი – ჰოლი, ხორალი – ქორალი, ხორო – ქორო, ხუთმეტიოდე – თხუთმეტიოდე.

რეზიუმე

ენას ბიწუნებ, ქართველო! ებრე არა! მაშ როგორ?

გივი ბოჯგუა

(საქართველოს ჰუმანიტარულ და სახელოვნებო მეცნიერებათა აკადემია)

წარმოდგენილ მასალებში ძირითადად თავმოყრილია საზოგადოების მიერ ხშირად დაშვებული ორთოგრაფიული შეცდომები. მითითებულია მათი გამოსწორების საშუალებანი ქართული ენის სიწმინდის დასაცავად.

SUMMARY

**“I REJECT THE LANGUAGE YOU SPEAK, GEORGIAN!”
“NOT LIKE THIS! BUT HOW THEN?”**

GIVI BOJGUA

(Georgian Academy of humanitarian and artificial science)

In presented topics, there are gathered the most frequent orthographic mistakes that our society makes. Instructions for improving these mistakes, to protect the purity of Georgian language, are also mentioned.

**2014 წლის შუბნალი „სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია“
შემჩნეული შეცდომების გასწორება**

გვერდი	სვეტი	სტრიქონი	არის	უნდა იყოს
42	I	3 ზ.	300	3000
42	I	7 ზ.	კაიფობს	კიაფობს
42	I	13-14 ზ.	“უდიდესი საუნჯეა ჩვენი ქართული ენა!”	“უდიდესი საუნჯეა ჩვენი ქართული ენა!”
42	II	1 ზ.	კუთრებული	კუთრებით
42	II	5-6 ზ.	დიდი/მავნე – გ.ბ/გავლენა მოახდინა	დიდი/მავნე – გ.ბ/გავლენა მოახდინა
42	II	23-24 ზ.	ტერმინოლოგიური = ლექსიკური	თერმინოლოგიური = ლექსიკური
42	II	29 ზ.	კაკრიაშვილი, 15.18. IV, 2014წ.	კაკრიაშვილი, გაზ. “ლიტერატურული საქართველო”, N15, 18.IV. 2014წ, გვ.2.
42	II	26 ქვ.	დებისა	დებასა
42	II	27 ქვ.	ჩვენთაგანი	ჩვენგანი
42	II	6 ქვ.	რა ემა	რა ენა
42	III	2 ზ.	ჩვენთაგანმა	ჩვენგანმა
42	III	21 ქვ.	მოსავლე	მოსწავლე
42	III	1 ქვ.	შეეთებაა, აჯიოტაჯი	შეერთებაა, აჯიოტაჯი
43	I	12 ზ.	ქართლად	ქართულად
43	I	21 ქვ.	ამორჩეულია	ამომჩვეულია

„ფიცის კაცები“

ლემსანაძე (ალექო) მითაბერიძე
(თბილისი, საქართველო)

„წესი მთავართა იყო გვარი და შთამომავლობა, ქართლოსიანობა და პატივი მისი, ხოლო აზნაურსა ჰქონდა გვარი და ჩამომავლობა, და სიმავრე რაიმე მთათა ანუ ბართა, და დაბნეები, და ძაღედვა გამოსვლა მარქაფათა, კარვითა და მათითა განწყობილებითა და თვინიერ ამისა არა იწოდებოდა აზნაურად.“

მახუშტი

1073 წელს გეგუთის სასახლეში დაიბადა ყრმა, რომელსაც მადლიერი ქართველი ხალხი შემდგომ შეამკობს უმშვენიერესი სახელით „აღმაშენებელი“. ხოლო საქართველოს კი ამ დროისათვის მთლად დაშრეტოდა სიცოცხლის ნიშანი. თურქების გამუდმებული შემოსევებისაგან აკლუბული და დაშინებული ხალხი ციხეებში, ტყე-მადნარებსა და ხევსუბებში შეკეტილიყო. არავინ ხნავდა და თესავდა, მეურნეობა მთლად მოშლილიყო. ქვეყანა მთიდან დაქანებული ზევივით მიექანებოდა უფსკრულისაკენ. და სწორედ რომ დროზე, მეფე გიორგი II-მ საქართველოს სამეფო გვირგვინი მის თექვსმეტი წლის შვილს – დავითს დაადგა თავზე.

იღვა 1089 წელი. ჭაბუკი მეფე ამოქმედდა. თავისთან მოუწოდა ყველას, ვისაც ჯერ კიდევ გული მთლად არ გასციებოდა.

მეფე დავით აღმაშენებელი – საქართველოს ერთიანობისათვის თავგანწირული მუხლჩაუხრელი ბრძოლა, ბრძოლა მამულისათვის, საქართველოს „სრულობისათვის“. მეფე დავით აღმაშენებელი – „სული აღმაშენებელი“ – და საქართველოს ერთიანობის მარადიული იდეა. „მეფე აფხაზთა, ქართველთა, კახთა და რანთა“ გარშემო იკრებს პატრიოტ ქართველობას. ქვეყნის ყოველი კუთხე-კუთქულიდან ზვირთივით დაძრული მამულისათვის მშფოთვარე ერი, ამერ-იმერი, „ქვემონი და ზემონი“. შფოთვენი და დრტვინვენი გმირი ქართლოსიანნი: „ან გამარჯვება, ან სიკვდილი!“.

და, მეფის ირგვლივ შეკრებილ პატრიოტ აზნაურთა შორის იშვა იდეა, მამულისადმი ერთგულება „შეკერთ“ და განემტკიცებინათ უმკაცრესი დაფიცებით ღვთისა და ერის წინაშე, რომ მარად უერთგულებდნენ მეფეს, ქვეყანასა და სარწმუნოებას, რომ ამ ფიცის დამრღვევს თავადვე აგებინებდნენ პასუხს ვაჟკაცური წესის მიხედვით და არც ერთმანეთს თავს დააჩაგრებინებდნენ ვინმეს.

ამ დაფიცებაში მონაწილეობდნენ როგორც ამერი, ისე იმერი აზნაურები, რომელთაც „შეფიცულები“ ეწოდათ. დიდად უერთგულეს შეფიცულებმა ქვეყანას და დავით მეფეს (შემდგომ მეფეებსაც), ქართულ მახვილსა და საბრძოლო ხელოვნებას სახელი გაუთქვეს არა მარტო ახლო აღმოსავლეთში, არამედ უფრო შორსაც. მაგრამ მას შემდეგ, რაც მონღოლებმა ფეხი მოიკიდეს საქართველოს აღმოსავლეთში (სხვათა შორის, დალატითა და გაცემით!), სასტიკი ბრძოლა გამოუცხადეს ყოველივე ქართულს და პირველ რიგში „შეფიცულებს“, მონღოლების ბატონობის დასასრულს აქ შეფიცულთაგან აღარავინ დარჩა, ხოლო დასავლეთში, სადაც მონღოლებმა ფეხი ვერ შეადგეს, შენარჩუნებული იქნა შეფიცულთა ნაწილი – 12 გვარი და მათ ხალხს სიყვარულით „ფიცის კაცება“ უწოდებდა. „ფიცის კაცებმაც“ ბოლომდე უერთგულეს დადებულ ფიცს, მეფეს, მამულს და სარწმუნოებას დევიზით: „ვინცა მოკუდეს მეფეთათვის, სულნი მათნი ზეცას რბიან!“.

„ფიცის კაცთა“ საცხოვრებელს აღმოსავლეთით საზღვრავდა სოფლები: სიმონეთი, ქვაშავა, ნავენახევი, ძვერული ანუ ძვერი, ჩხარი და ნაქერალას მთა; დასავლეთით, ვიდრე დადიანის საზღვრამდის და ხონამდის; სამხრეთით: ვაკე იმერეთი – ქუთაისი და ჭიშურა; ჩრდილოეთით: კვალადვე დადიანის საზღვარი, ბომბუას ხიდი, გორდი და ლეჩხუმი, ვიდრე რაჭის საზღვრამდის.

ამ საზღვრებს შიგნით ისეთი მიუდგომელი ადგილები იყო, რომ ვაკე იმერეთიდან და ქუთაისიდან ურმით შესვლაც კი არ შეიძლებოდა. ადგილები იყო მთავორა და კლდოვანი, გარდა ერთი ადგილისა, რომელსაც ჰქვია გურეშევი.

იმერეთში, წყალტუბოს რაიონში, სოფელ გურეშევის მახლობლად გაშლილ მინდორზე, ძველად ლეკურწას რომ ეძახდნენ, დგას ტოტეზგაშლილი, ფესვმაგარი ბებერი მუხა,



რომელიც არაერთხელ გამხდარა ფიცის კაცთა თავრილობის ალაგი. ფიცის კაცები კი, როგორც წესი, წელიწადში ერთხელ, მაისის (15) დღით, ამ მუხის ქვეშ იყრიდნენ თავს თავიანთი ყმებით, სამღვდლოებით, ხატით და ჯვრით და კიდევ ერთხელ იმეორებდნენ წინა წელს დადებულ ფიცს: „ვიყო ერთგული მეფისა და ქვეყნისა; ვიყო მტერი მათი მტრისა და მოყვარე მოყვარისა; ვიყო ერთგული ჩემი ოჯახისა; ვიყო მტერი ჩემი ოჯახის მტრისა და და მოყვარე მოყვარისა!“

ბატონი რომ ამ ფიცს მოილევდა, ყმები რიგრიგობით ეახლებოდნენ, ხელებზე ხელებს და უწყობდნენ და იტყოდნენ: ჩვენი ბატონი მართლად ფიცს ბრძანებს, ამ პირჯვრის მადლმანო, – და წამსვე პირჯვარს გამოისახავდნენ.

სანამ ფიცი და ზენაარი მიდიოდა, მანამ მზარეულნი, ხაზაზნი და მწდენი სანადიმო სუფრას აწყობდნენ ჭამა-სმის „ყოველივე სამკაულით“.

მიუსხდებოდნენ სუფრას ნაფიცარნი.

პირველი საწესო სადღეგრძელო ყოველთვის ეს იყო:

„დიდება ღმერთსა! ღმერთო, გაუმარჯვე ჩვენს მეფეს და მის ერთგულს ერთობით ფიცის კაცსა!“

მერე მიდიოდა სმა, შაირი, სახუმარო სიტყვის გორება, ცეკვა, სიმღერა, თოფ-დამბანის სროლა ყაბახზე.

არცრა უღირსი საქციელი, არც უზომო თრობა, არც ჭინჭკელი და უგვანი აყალმაცალი, არც უთმინარი პირში ჩახტომა და უსმინარი ჭირვეულობა.

ყოველ დღით ყაბახზე სროლა, ყოველ საღამოს ჯირითი.

პირველ ყაბახს, ბრტყელად გაჭედილ ვერცხლს მეფე უზაგნიდა ფიცის კაცებს.

ყოველი ოჯახიდან ყაბახად ცალკე ვერცხლის ნივთი მოჰქონდათ – ახარფეშა, თასი, სასმურნი, იარაღნი და მისთანანი. ყველა ეს ნივთი ყაბახის სვეტის ქვეშ გროვდებოდა.

ჯერ მეფის გამოგზავნილს დასდებდნენ სამიზნედ. იმას რომ ჩამოაგდებდნენ, მერე ქაშანურს აღმართავდნენ და იმის წილობაზე ვერცხლის რომელიმე ნივთს ჩაუთქვამდნენ, ვინც ყაბახ-ქაშანურს ჩამოაგდებდა, ჩათქმულ ვერცხლსაც ის დაინარჩუნებდა.

და ასე ორი კვირა გრძელდებოდა ღხინი და შექცევა ლეკურწას მინდორზე...

მეფეს ერთგულობდნენ და მეფისგან დიდი უფლებებიც მიეღოთ ფიცის კაცებს. ასე გასინჯეთ, მეფისგან სიკვდილმისჯილი კაცი თუ გაქცევას მოასწრებდა და ფიცის კაცის საყმოს საზღვარში შეასწრებდა, მღევარს ნება აღარ ჰქონდა, შეჰყოლოდა და ფიცის კაცის ნებართვის გარეშე უკანვე გამოეყვანა. უკეთუ ის ლტოლვილი კაცი მეფისა და ქვეყნის მოღალატე არ იყო, სხვა დანაშაულის პატიებისათვის თავს გამოიდებდნენ ფიცის კაცნი. ისინი შეიკრიბებოდნენ, ქუთათისის „ქუეყანაში“ შევიდოდნენ და მეფეს შეუთვლიდნენ: ვინაითგან ამა და ამ კაცს შენი და შენი ქვეყნის დაღალტი გულის არ გაუვლია, სხვა მისი შეცოდებანი ჩვენ გვაპატივე და ეს კაცი დაუსჯელი გაუშვიო. და არ ყოფილა შემთხვევა, მეფეს რომ ფიცის კაცთა შუამდგომლობა გაეწილებინოს.



„ფიცის კაცთა“ საბრძოლო დროშა. ინახებოდა როსტომ ლორთქიფანიძის ოჯახში. მოძიებული და განახლებული იქნა ჩემ მიერ.

დიდი და საიმედო ძალა იყო მეფისთვის ფიცის კაცნი. ამათგან მერმრად მარტლ თავადი და აზნაური ათასი ცხენოსანი გამოდიოდა, ათჯერ მეტი კიდევ მათი ყმანი. ქვეითი მეომარნი.

ბრძალაში ერთად შედიოდნენ ფიცის კაცნი, ერთად, მხარმიბრჯნით უტევდნენ მტერს.

დაჭრილს და მკვდარს ცოცხალის თავით მოსისხლეს არ დაანებებდნენ.

შიშრეულად და ხელგამოუღებლად მოკლულს დაუმარხავად და აგდებდნენ, ფრინველთა და მხეცთა არჩივად.

ცოცხლად დარჩენილ ლაჩარს ოჯახიანად აპყრიდნენ და გააძევიდნენ. მის მიწა-წყალს თვითონვე შეისყიდნენ ფიცის კაცნი, ნაწილ-ნაწილად...

ფიცის კაცებში თორმეტი გვარი შედიოდა თავისი ყმით და მამულებით:

ლორთქიფანიძე – ახალბედისეულიდან

მესხი – დედალაურიდან

ავალიანი – ცხუნკურიდან

იოსელიანი – გვიშტიბიდან

მიქაბერიძე – წყალტუბოდან

ლოლობერიძე – ჩუენშიდან

ეიფიანი – ქვილიშორიდან

ქორქაშვილი – გუმათიდან

იაშვილი – ჯიმასტაროდან

ოფურსხეთიდან

გრიგოლაშვილი – ნამახვანიდან

ჭაბუკიანი – „რიონიდან“ (ამონარიდი ლეგან სანიკიძის „უქარქაშო ხმლები“-დან).

დიახ, წმიდათაწმიდა იყო ქვეყნის ერთგულ კაცთა მიერ დადებული ეს ფიცი და აკი იმიტომაც დაერქვათ ფიცის დამდებლებს „ფიცის კაცნი“, რომელთაც სწამდათ, რომ, თუ ქვეყანას დასჭირდებოდა, უშურველად გაიდებდნენ სისხლის უკანასკნელ წვეთსაც კი.

და როდესაც იმერთა მეფე სოლომონ პირველმა გადაწყვიტა ოსმალთა ბატონობისაგან საბოლოოდ გაეწმინდა იმერეთი, ქუთაისის ციხის აღება ფიცის კაცებს დაავალა და უბრძანა: „ შემოჰკარით ქუთაისის ციხეს, დაამწყვდიეთ შიგ ოსმალების ჯარი, არავინ გამოუშვათ!“, რფასაც ქუთაისის განთავისუფლება მოჰყვა. ვინ იცის მანმადე დამ ას შემდეგ კიდევ რამდენჯერ გამოადგა მამულს ფიცის კაცების მამულიშვილური შემართება, ხმლის ეღვარება და სიკაცასე.

და როდესაც იმერთა მეფე სოლომონ პირველმა გადაწყვიტა ოსმალთა ბატონობისაგან საბოლოოდ გაეწმინდა იმერეთი, ქუთაისის ციხის აღება ფიცის კაცებს დაავალა და უბრძანა: „ შემოჰკარით ქუთაისის ციხეს, დაამწყვდიეთ შიგ ოსმალების ჯარი, არავინ გამოუშვათ!“, რფასაც ქუთაისის განთავისუფლება მოჰყვა. ვინ იცის მანმადე დამ ას შემდეგ კიდევ რამდენჯერ გამოადგა მამულს ფიცის კაცების მამულიშვილური შემართება, ხმლის ეღვარება და სიკაცასე.

1790 წლის 25 ივლისი.

ტფილისის იმერეთთა ელჩობა ეწვია. ეპისკოპოსი ექვთიმე გენათე-

ლი, ეპისკოპოსი დოსითეოს ქუთათელი, სახლთუხუცესი ზურაბ წერეთელი, სარდალი ქაიხოსრო წერეთელი, პაატა მიქელაძე, სეხნია წულუკიძე, იოანე აბაშიძე, იოანე აგიაშვილი, ქაიხოსრო ჩიჯავაძე და ფიცის კაცნი – ლორთქიფანიძე, მესხი, ავალიანი, ლოლობერიძე, მიქაბერიძე, ეიფიანი, ქორქაშვილი, იაშვილი, უგრეხელიძე, გრიგოლაშვილი და ჭაბუკიანი.

იმერელი დესპანნი მეფე ერეკლეს წარუდგნენ და მოახსენეს:

„ჩვენი სურვილია, იმერეთი ქართლ-კახეთს შეუერთდეს. იგივე სურთ გურიის და სამეგრელოს მთავრებს; უნდა აღდგეს ოდინდელი ერთიანობა სრულიად საქართველოსა, რომელსაც უხელმწიფებს ერთი მეფე, ვითარცა იყო ერთმეფობის დროთა, ხოლო ასეთი მეფე ერთიანი საქართველოსი უნდა იქნეს ერეკლე, სახელოვანი ხელმწიფე. მთელი დასავლეთ ქართველობა დიდი სიქადულითა და სიხარულით მოეღის საქმისა ამის დასასრულსა. მცხოვრებთა გლეხთაც იციან ესე და უხარისთ ბატონობა თქვენი იმერეთსა.“

იმერთა მხრიდან ქაიხოსრო წერეთელი ლაპარაკობდა:

„ბატონო მეფე, შეისმინე ჩვენი თხოვნა და მიიღეთ მეფობა იმერეთისა. დაე იყოს ერთობა მარადისი ქართლ-კახელთა, იმერეთთა და ყოველ ქართველთა შორის. ხოლო უკეთუ ვერ დამტკიცდება ერთობა ჩვენთა, შეუდგება უწესობა საქართლსა, სავნო რამ შეიქმნება ქართლისათვის და მეფობისა თქვენი სათვის, – მაშინ დაუტკვევთ მეფობა იმერეთისა, მაშინ უბოძეთ თქვენის ნებით მას სხვა ხელმწიფე. ახლა კი სცადეთ, ნუღარ ყოვნით მიიღეთ გვირგვინი ჩვენიცა, განძლიერდით ჩვენი და განგვაძლიერეთ თქვენი!“

„განძლიერდით ჩვენი და განგვაძლიერეთ თქვენი“ – ჩამოირბინა დარბაზი ამ ჯადოსნურმა სიტყვებმა. ამადლებული სული ზეიმობდა იმ დროს მეფის სასახლეში. არნახული განცდა ქართველთა ერთიანობისა გამოავლინა იმერეთის დედეგაციამ და ფიცის კაცებმა. ეს იყო დიდი ქუჯი ერისთავისა და ივანე მარუშიძის, გიორგი ჭყონდიდელის მსგავსი განცდა საქართველოს მთლიანობისა.

საარაკოა მათი თავდადება და ქვეყნის ერთიანობის ღრმა განცდა, რომლის მსგავსი მაგალითები ბევ-

რი არ მოიძებნება არამარტო საქართველოს, არამედ მსოფლიო ისტორიაშიც კი.

ასე ესმოდათ ქართველ რაინდთა „ორდენის“ წევრებს ფიცის კაცებს ქვეყნის ერთგულება და სიყვარული. ასე იცოდნენ ფიცის კაცებმა სიმამაცისა და ვაჟკაცობის ფასი. ასე უყვარდათ ფიცის კაცებს ერთურთი ნაღდი, კაცური, ქართველური, „ფიცით დათქმული“ სიყვარულით.

ასე ესმოდათ ფიცის კაცებს სიყვარული მიწისა და ცისა.

სჭირდებოდა (და ახლაც სჭირდება!) და მერე როგორ სჭირდებოდა სამშობლოს მათი ნაფიცობაც და კაცობაც! მერედა როგორ ნაფლეთობად ქვეყლიყო მათი საფიცური საქართველო!

კურთხეულ იყოს გამოძახილი რაინდების, რომელიც უკვე დიდი ხანია გვაფხიზლებს და აღგვანთებს ღვთიურკურთხეული საქართველოს ერთგულებით და სიყვარულით.

„ვიყო ერთგული მეფისა და ქვეყნისა!“ – შორეული წარსულიდან გუგუნებენ ფიცის კაცები!

ლიტერატურა:

1. ქართლის ცხოვრება
2. ივანე ჯავახიშვილი. „საქართველოს ისტორია“
3. აკაკი წერეთელი. ტ. 8, 1958 წ., გვ. 309, 317, 318, 372
4. ლევან სანიკიძე. „უქარქაშო ხმლები“, ტ. IV
5. პლატონ იოსელიანი. „ცხოვრება გიორგი XIII“ ზაქარია ჭიჭინაძის გამოცემა, 1915 წ., დამატება, გვ. 5
6. აკაკი ბელიაშვილი. „ოქროს ჩარდახი“

რეზიუმე

ფიცის კაცები

ლემსანდრე (ალექო) მიტაბერიძე
(თბილისი, საქართველო)

დამახასიათებლად ესმოდათ ქართველ რაინდთა „ორდენის“ წევრებს ფიცის კაცებს ქვეყნის ერთგულება და სიყვარული. იცოდნენ ფიცის კაცებმა სიმამაცისა და ვაჟკაცობის ფასი. უყვარდათ ფიცის კაცებს ერთურთი ნაღდი, კაცური, ქართველური, „ფიცით დათქმული“ სიყვარულით.

ასე ესმოდათ ფიცის კაცებს სიყვარული მიწისა და ცისა.

„ვიყო ერთგული მეფისა და ქვეყნისა!“ – შორეული წარსულიდან გუგუნებენ ფიცის კაცები!

SUMMARY

“MEN OF HONOR”

ALEQSANDRE MIQABERIDZE
(Tbilisi, Georgia)

Loyalty and love of the country was typical for Georgian knights – for the “men of honor”. They knew the value of fortitude and courage, loved each other with pure, Georgian, “sworn” love.

That is how the “Men of honor” understood the love of the land and the sky.

“Let me be devoted to the king and the land!” – buzzing “Men of honor” from the distant past.

ალამიანის ჯანმრთელობა მედიცინის, ჰიბიენისა და სანოლოგიის მეცნიერულ-პრაქტიკული კოორდინაციიდან

იბ. დოლიძე, ბ. ჩახუნაშვილი
(თბილისი, საქართველო)

ორგანული სამყაროს ევოლუციის პროცესში წარმოიშვა ალამიანის ფუნქციონირება, რომელიც გახდა მრავალმეცნიერებათა (ბიოლოგიის, გენეტიკის, ანთროპოლოგიის, ფსიქოლოგიის, ფილოსოფიის, სოციოლოგიის, პედაგოგიის, მედიცინის და ა.შ.) დარგის კვლევის საგანი, მაგრამ დღემდე პასუხგაუცემელია მრავალი შეკითხვა, რომელიც ეხება მისი პიროვნული თვითშეგნების არსს, ყოფითი ცხოვრების სრულყოფილ შემეცნებას და, რაც მთავარია მისი სიცოცხლისა და ცხოველმოქმედების ფუნქციონირების მხარეს, როგორ

რიცაა ჯანმრთელობა. ამასისიციმბრება, რომ უკანასკნელ წლებში ჯანმრთელობის შენარჩუნების იდეამ განსაკუთრებული აქტუალობა მიიღო იმის გამო, რომ მკვეთრად დაეცა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დონე და ამავე დროსის განიცდის გაუარესების მზარდ ტენდენციას. აქედან, დიდი სარწმუნოებით გასაგები ხდება, რომ „უკანდაბრუნების“ პრინციპი, ე.ი. დაავადებიდან ჯანმრთელობის მიღწევა – არასწორი და დამღუპველი მიდგომაა. სირთულე იმაშიც მდგომარეობს, რომ დღემდე სრულყოფილად არ შემუ-

შავებულა ჯანმრთელობის ფორმირებისა და შენარჩუნების მეცნიერული მეთოდოლოგია. აქ, გასაკვირიც არაფერია, რადგან უკანასკნელ დრომდე, როგორც პარადოქსალურად არ უნდა ქვედრდეს, არ არსებობდა თვით მეცნიერება ჯანმრთელობაზე (1,2,3,4,5,6).

კლასიკური მედიცინა, ძირითადად ში დაკავებულია დაავადებათა პრობლემებით დანაკლებად მიმართულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის განმტკიცებით. ამ მცდარ სახელმწიფოებრივ იდეოლოგიას 2000 წელს საფუძვლიანი მტკიცე-

ბულებით გამოეხმაურა პროფესორი გენადი აპანასენკო შემდეგნაირად: “თუ ჩვენ გვინდა განვავითაროთ კოსმოსური ტექნიკა, ჩვენ უნდა განვავითაროთ რაკეტომშენებლობა, თუ ჩვენ გვინდა მივიღოთ რძე და ხორცი, ჩვენ უნდა განვავითაროთ სოფლის მეურნეობა, თუ ჩვენ გვინდა გვკავდეს ჯანმრთელი ადამიანი, ჩვენ უნდა დავკავდეთ ჯანმრთელობის შესწავლით, ხოლო მედიცინა კი მთლიანობაში დაკავებულია დაავადებით. ჩვენ, უფრო და უფრო მეტი ვიცით დაავადებების შესახებ, ჩვენ უფრო და უფრო მეტად ვვლენთ ავადმყოფ ადამიანებს, სულ უფრო და უფრო მეტად ვიგონებთ და ვქმნით ახალ სამკურნალო პრეპარატებს და ამ სტრატეგიის განხორციელებას საბოლოოდ მივუვაართინებთ”.

კლასიკურმა (სახელმწიფოებრივმა) მედიცინამ და ჯანდაცვის სისტემამ, მიუხედავად იმისა, რომ მიაღწია უმაღლეს წარმატებებს მედიცინისა და ბიოლოგიის სფეროში, უძღური აღმოჩნდა ადამიანის ჯანმრთელობის პრობლემის გადაწყვეტის საკითხში. სახელმწიფოებრივი მედიცინა ყოველთვის იყო და არის მხოლოდ სამკურნალო მედიცინა. „ჯანდაცვა“ კი არასდროს ყოფილა მოსახლეობის ჯანდაცვის ორგანიზაციად, ჯანდაცვის სისტემის დაწესებულებები ადრეც და დღესაც უპირატესად მოიაზრება კლინიკური მედიცინის მართვის ქვესტრუქტურად. დღემდე, ქვეყნის მთავრობამ ვერ შეაფასა მოსახლეობის ჯანმრთელობის პირველხარისხოვანი მნიშვნელობა სახელმწიფოს ეკონომიკური და სულიერი განვითარებისათვის.

დღეს კაცობრიობა დგას „მესამე ეპიდსაწინააღმდეგო რევოლუციის“ ზღვრულზე, რომლის არსი მდგომარეობს ინდივიდის ჯანმრთელობის მართვაში, ცოცხალი სისტემის მარეგულირებელი მექანიზმების განმტკიცებისა და პარმონიზაციაში. ახალი სტრატეგიის საფუძველი მედიცინაში კი – სანოლოგიაა (სამედიცინო ვალეოლოგია), მისი თეორიული და პრაქტიკული მიღწევები. ის წარმოადგენს მეცნიერებას, რომელიც შეისწავლის ინდივიდუალური ჯანმრთელობის არსს, მისი შენარჩუნების მექანიზმებსა და გამოვლინებებს, დიაგნოსტიკისა და პროგნოზირების მეთოდებს, და აგრეთვე კორექციის გზით გაჯანსაღების მექანიზმების ოპტიმიზაციას, ინდივიდის სიცოცხლის ხარისხსა და სოციალურ ადაპტაცი-

ას.

თანამედროვე მედიცინის სტრუქტურა ძირითადადში წარმოდგენილია თეორიულ-პრაქტიკული განათლებით, როგორცაა: სწავლება დაავადებაზე (პათოლოგიაზე), სწავლება ჯანმრთელობაზე (სანოლოგიაზე) და სწავლება ცხოვრების ჯანმრთელ გარემოზე (ჰიგიენაზე). ამ სამი მეცნიერების (მედიცინის, ჰიგიენისა და სანოლოგიის) დარგობრივი განმასხვავებელი ნიშნები მოცემულია № 1 ცხრილში. როგორც წარმოდგენილი ცხრილიდან ჩანს სანოლოგია პრინციპულად განსხვავდება მედიცინისაგან და ჰიგიენისაგან, რომლის სწავლებაში ძირითად ადგილს იკავებს ადამიანის ჯანმრთელობა. არსებული განსხვავებები იმაში მდგომარეობს, რომ სანოლოგიის სფერო დაინტერესებულია ჯანმრთელობითა და ჯანმრთელი ადამიანით, მაშინ, როცა მედიცინა დაავადებითა და ავადმყოფი ადამიანით, ხოლო ჰიგიენა – ადამიანის ყოფითი გარემოსა და მისი ცხოველმოქმედების პირობებით. აქედან გამომდინარე, დარგთაშორის არსებული განსხვავებები ძირითადად განაპირობებს მეცნიერული კვლევის სხვადასხვა მიდგომების გამოყენებას, მიზნობრივითა და მეთოდების შერჩევას, მიზნებისა და ამოცანების დახვეწას, თუ რატომ უნდა აიღოს სანოლოგიამ სოკრატესა („ადამიანო, შეიცან თავი შენი“) და ევრიპიდეს („თუ კაცი თავის ჯანმრთელობას თვითონ-

ვე მიხედავს, უკეთეს ექიმს ვერ ნახავს“) ძირითადი ცნებების პრაქტიკული განხორციელების აუცილებლობა ინდივიდუალური ჯანმრთელობის ფორმირებისა და მისი შენარჩუნების მიზნით.

დღეს, თანამედროვე მედიცინა-პათოცენტრული და ნოზოცენტრული მიმართულებისაა, რაც დაავადებების მედიცინის სახით არის წარმოდგენილი. ჩვენ არ გაგვანია მედიცინა, რომელიც მიმართულია ადამიანის ჯანმრთელობის ფორმირებისათვის, შენარჩუნებისა და განმტკიცებისათვის (ვალეოცენტრული მედიცინა), ჩვენ ვმკურნალობთ დაავადებებს და მოსახლეობაში არ ვნერგავთ ჯანმრთელობის შენარჩუნების პრინციპებს, ადამიანის სიცოცხლის გახანგრძლივების პრაქტიკული განხორციელების დებულებებს. თანამედროვე ექიმი ნაკლებად ფლობს ჯანმრთელობის კანონებს, ასე თუ ისე გათვითცნობიერებულია დაავადების კანონებში (ეტიოლოგია, პათოგენეზი, დიაგნოზი). აქ საყურადღებოა ერთი მოსაზრება: როცა იწვეის სახლი-ის საჭიროებს ჩაქრობას. ექიმები ჯერჯერობით მეხანგრეობად გვევლინება და არა არქიტექტორების-ჯანმრთელობის მშენებლების როლში.

დღეს მრავალი სპეციალისტებისათვის, მათ შორის ექიმებისათვის, მარტივად, ბოლომდე არ არის გააზრებული შედარებით ახალი მეცნიერების – ვალეოლოგიის (სანო-

ცხრილი №1

ადამიანის ჯანმრთელობის კვლევის მეცნიერებათა განსხვავებული მიდგომების ურთიერთშედარება

მეცნიერების განმასხვავებელი ნიშნები	მედიცინა (კლინიკური, პროფილაქტიკური, თეორიული, ექსპერიმენტული)	ჰიგიენა (ზოგადი, კომუნალური რადაციული, კვების, შრომის, მოზარდის)	სანოლოგია (სამედიცინო მიმართულების ვალეოლოგია)
მეცნიერების ძირითადი მიმართულებები	ადამიანის გადარჩენა დაავადებებისაგან, მათი დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და აცილება	ადამიანის ცხოველმოქმედებისა და მისი გარემომცველი გარემოს ჯანსაღი პირობების კვლევა და შენარჩუნება	ადამიანის ინდივიდუალური ჯანმრთელობის ფორმირება, შენარჩუნება და მისი განმტკიცება
ძირითადი კონცეფცია, დოქტრინა	ადამიანი და მისი დაავადებები	ადამიანის ცხოველმოქმედებისა და ყოფითი გარემოს ოპტიმალური პირობები	ადამიანი და მისი ჯანმრთელობა, ჯანსაღი ცხოვრების წესი
შესწავლის ობიექტი	ადამიანი, დაავადებისა და მისი მდგრადი	ადამიანის საცხოვრებელი გარემო და ცხოველმოქმედების პირობები	პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანი
კვლევის საგანი	ადამიანის დაავადებები, მათი მიზეზები და განვითარების მექანიზმები; დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და დაავადებათა პროფილაქტიკა	ადამიანის ცხოველმოქმედებისათვის ჯანსაღი პირობების შექმნა და მისი ყოფითი გარემოს ოპტიმალური დახასიათებები	ადამიანის ჯანმრთელობა და მისი რეზერვები; მათი შეფასება, ადამიანის ფუნქციური შესაძლებლობების განვითარება და გამაგრება
კვლევის მეთოდები	ადამიანის დაავადებათა დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და აცილების მეთოდები	ჯანმრთელობისათვის საჭირო გარემოსა და ცხოველმოქმედებისათვის ოპტიმალური პირობების კვლევის, შექმნისა და შენარჩუნების მეთოდები	ჯანმრთელობის რეზერვების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი შეფასების, პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარების, ნორმდანი დაქვეითების ან გადახრების კორექციის მეთოდები
მიზნებისა და შედეგების მონიტორინგის გზები	მოსახლეობის ავადობის, ინვალიდობისა და სიკვდილიანობის შემცირება	მოსახლეობის ავადობის, ტრავმატიზმისა და ინვალიდობის შემცირება	ჯანმრთელობის გამაგრებიდან მოსახლეობის ჯანსაღი ცხოვრების წესის ფორმირება

ლოგიის) მასშტაბურობა. საჭიროა შემუშავდეს არამართო ჯანმრთელობის თეორია, არამედ უნდა გავიაროთ არსებითი გზა თეორიულ პრაქტიკამდე. უკანასკნელ წლებში ჩვენს პლანეტაზე განვითარებული კატაკლიზმები, გვარწმუნებს ცივილიზაციის თვითმკვლელობის აცილების ჭეშმარიტებაში და ნებისმიერი ადამიანის საკუთარი ჯანმრთელობის შენარჩუნების პასიური მოქმედებიდან აქტიურ მოქმედებაზე გადასვლის აუცილებლობაში. აქვე, უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ნებისმიერი ახალი მეცნიერების დამკვიდრების პროცესს თან ახლავს სხვა მეცნიერებათა დარგებს შორის გარკვეული შინაარსის კამათი მისი სამეცნიერო ადგილის დაკავების თაობაზე. ამას ვალეოლოგიაც ვერ გაექცა. სამეცნიერო დარგებს შორის ყველაზე ხშირად ვალეოლოგიას აიგივებენ ჰიგიენასთან, რაც არაკომპენტურ ცოდნის მახვენებელია. უნდა აღინიშნოს, რომ ჰიგიენური კვლევის ობიექტს წარმოადგენს არა კონკრეტული ადამიანის ჯანმრთელობა, არამედ გარეთა გარემოს პირობები. ჰიგიენა დაკავებული არ არის ჯანმრთელობის კრიტერიუმების შემუშავებით ან ჯანმრთელობის რეზერვების ფორმირებით, არამედ შეისწავლის გარეთა გარემო ფაქტორების ზემოქმედებას ორგანიზმზე და შეიმუშავებს კონკრეტულ ღონისძიებებს ცხოვრებისა და შრომის პირობების ნორმირებისა და გაჯანსაღებისათვის. ჰიგიენა პროფილაქტიკური მედიცინის ერთ-ერთი დარგია, ხოლო ვალეოლოგია კი - ერთმნიშვნელოვნად არ შეიძლება მივაკუთვნოთ მხოლოდ მედიცინას. ვალეოლოგია არ იზღუდება პროფილაქტიკური ღონისძიებებითა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვით, არამედ მიმართულია ადამიანის ჯანმრთელობის ფორმირებისათვის ყველა არსებული დადებითი ფაქტორების გამოყენებით და არა მხოლოდ მანვე ფაქტორების შეზღუდვითა და აცილებით. ვალეოლოგია ჰიგიენური კვლევის მეთოდების გარდა, თანაბრად გამოიყენებს დიაგნოსტიკის ფიზიოლოგიურ, სოციოლოგიურ და სხვა მეთოდებს, როგორცაა ფიზიკური, ქიმიური, ფარმაკოლოგიური, ფსიქოლოგიური და პედაგოგიური, რაც მიმართულია ადამიანის ორგანიზმის ფუნქციური მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად, ჯანმრთელობის რე-



ზერვების ფორმირებისათვის და კორექციისათვის.

ვალეოლოგიური ასპექტის გათვალისწინებით ნოზოლოგიის სახეები და კლინიკური მედიცინის ნაწილი წარმოადგენს გუშინდელ დღეს, რადგან თანამედროვე მედიცინის გამაჯანსაღებელ ეტაპად აღიარებულია სანოლოგია და რეაბილიტოლოგია. რაც შეეხება კლასიკურ მედიცინას, მან თავისი თეორიულ-პრაქტიკული ცოდნის შენაძენად განვლო მრავალსაუკუნოვანი გზა და მიადგია უდიდეს წარმატებებს დაავადებათა დიაგნოსტიკაში და ქირურგიულ მკურნალობაში, სამედიცინო-ტექნიკური პროგრესის უზრუნველყოფაში, ახალი დარგების (გენური ინჟინერია, ტრანსპლანტოლოგია, ინფორმატიკა და ა.შ.) ჩამოყალიბებაში და დანერგვაში, თითქმის სრულყოფილად დაიხვეწა ადამიანის ორგანიზმის ორგანოებისა და სისტემების ანატომიურ-მორფოლოგიური შესწავლა (კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევის მეთოდი, ელექტრონული მიკროსკოპია, იმუნომორფოლოგია და ა.შ.). მიუხედავად ამისა, ავადმყოფთა რაოდენობა კი არ მცირდება, არამედ პროგრესულად მატულობს, დაავადებათა უმეტესობა „განუკურნებელ დაავადებათა“ კატეგორიას მიეკუთვნება. ჩვენდა სამწუხაროდ, თანამედროვე სადიაგნოსტიკო ტექნოლოგიების დანერგვამ და ძლიერმოქმედი თერაპიული საშუალებების დანიშნვამ კაცობრიობა მიიყვანა იქამდე, რომ ხშირად ერთი დაავადების მკურნალობამ შეიძლება გამოიწვიოს ადამიანის ორგანიზმში მრავალი სახეობის ორგანული და სისტემური გართულებები. ყოველივე ამან, მედიცინა ჩიხში შეიყვანა და ამჟამად ჯანმრთელი ადამიანის ცნე-

ბა და შინაარსი წარმოადგენს იშვიათობას. ამასთანავე, უნდა აღინიშნოს, რომ მსოფლიოში შეიქმნა მეტად საშიში პარადოქსალური მდგომარეობა: რაც უფრო მეტად არის განვითარებული მედიცინა, მით უფრო მეტად გრძელდება ნომენკლატურის შესაბამისად პაციენტებისათვის დასმული დიაგნოზების ჩამონათვალი (შეიძლება იყოს 23 ათასამდე). ეს კი იმას ნიშნავს, რომ თითოეულ ჩვენთაგანს, საშუალოდ უნდა ვეჭონდეს 20-ზე მეტი დაავადება. ამას უნდა დაემატოს ისიც, რომ ვიწრო სპეციალიზაციის ექიმები რეგულარულად იგონებს ახალ სინდრომებს, პათოლოგიის სახეობებს და დაავადებებს. ყოველ შემთხვევაში გარედან ასეთი სურათი ჩანს. ამიტომ, ნებისმიერი ადამიანი უნდა ცდილობდეს დაიცვას თავისი ჯანმრთელობა ჯანსაღი ცხოვრების წესის გატარებით, რაც ხელს შეუწყობს ორგანიზმის დაცვით-კომპენსატორული მექანიზმების დროულ ჩართვას საკუთარი ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცებისათვის.

განვიხილოთ რა ადამიანის ჯანმრთელობა მედიცინის, ჰიგიენისა და სანოლოგიის პოზიციებიდან, მიზანშეწონილად მიგვჩინია ავღნიშნოთ მათი ინდივიდუალური დარგობრივი ფუნქციური სხვაობა მოქმედებაში და საზღვრების გამოიყვანაში. სანოლოგიას მთლიანობაში არ შეუძლია და არც ითავსებს მედიცინისა და ჰიგიენის ფუნქციებს, ისევე როგორც მედიცინასა და ჰიგიენას არ შეუძლია გადაწყვიტოს სანოლოგიისთვის დამახასიათებელი პრობლემური საკითხები. მათი კავშირი შესაძლებელია მხოლოდ მომიჯნავე საკითხებისურთიერთშეთანხმებული გადაწყვეტის პროცესში.

დღეს, საქართველოში სანოლოგია (ვალეოლოგია), როგორც მეცნიერება მიძინებულ მდგომარეობაშია და ამის მთავარი მიზეზი დევს ჯანდაცვისა და განათლების სახელმწიფოებრივ სტრუქტურებში, მათი უინტერესობის გამოხატვით ჯანმრთელი მოსახლეობის ფორმირების საკითხებში. ქვეყანაში არ დაწესებულა მუშაობა სანოლოგიის განათლებისა და პრაქტიკის განვითარების სტრატეგიის შესაქმნელად. ეს კი ხელს უწყობს შიდა დარგობრივი პროფესიული კონსერვატიზმის ჩამოყალიბების პროცესს, მეცნიერული კვლევების რეგიონულ გათიშულობას და ერთიანი ინფორმაციული ბანკის უქონლობას. ვალეოლოგია (სანოლოგია) კი – ჰოლისტიკური მიდგომით წარმოადგენს ინტეგრირებულ მეცნიერებას.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნება და განმტკიცება სამკურნალო მედიცინითა და საავადმყოფოთა ჯანდაცვის გზით სვლა ყოველად მიუღებლად მიგვანია. ჯერ კიდევ დროა, შეგებრუნდეთ არადაავადებული ადამიანებისაკენ, მოვახდინოთ მათი პირველადი პროფილაქტიკა და ეს ვაქციოთ ყველაზე მთავარ საქმედ მედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემაში, მასში ჩავრთოთ სახელმწიფოსა და

საზოგადოების მთელი ძალისხმევა და საშუალებები. ეს ამოცანა კი-არ ეტევა მხოლოდ მედიცინის ჩარჩოებში. ამიტომ, საჭიროა არა ალტერნატიული, არამედ მედიცინასთან თანამეგობრული მედიცინის პირობების შექმნა.

თანამედროვე მედიცინამ, თავისი მეცნიერულ-ტექნიკური მიღწევებით საფუძველი უნდა დაუდოს ჯანმრთელი ადამიანის ფსიქო-ფიზიკური მოდელის შექმნას, შეისწავლოს ორგანიზმის დაცვითი მექანიზმები ჰომეოსტაზის ეფექტური შენარჩუნების მიზნით და ხელი შეუწყოს დაავადების დროს ავადმყოფის გაჯანსაღების პროცესს სანოლოგიური (ვალეოლოგიური) ცოდნისა და კრიტიკური უნების სრულყოფის საფუძველზე. ეს კი მთლიანობაში თვისობრივად მოითხოვს ჯანდაცვის სტრატეგიის შეცვლას არა ე.წ. ჯანმრთელობის „დაცვით“, არამედ ადამიანის ჯანმრთელობის მართვის გზით, უპირატესად უნდა დაკავდეს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ფორმირებითა და მასზე მიზნობრივი კონტროლის განხორციელებით. ცნობილი მეცნიერის ნამოსოვის შესხედულებით ადამიანს „არ უნდა ჰქონდეს მედიცინის იმედი. ის მრავალ დაავადებას ცუდად არ მკურნალობს, მაგრამ არ შეუძლია ადამიანი ჯანმრთელი გახადოს.“

ლიტერატურა:

1. დოლიძე ი. – ვალეოლოგიური განათლება წარმატებული ქვეყნის საეიზიტო ბარათი\ საქართველოს განათლების მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, 2010, 11;
2. დოლიძე ი. – სანოლოგია – ჯანმრთელობის მართვის ფუნდამენტური მოძღვრება\ ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, 2011, 2;
3. დოლიძე ი. – სამკურნალო პედაგოგიკის როლი სამედიცინო ვალეოლოგიაში\ საქართველოს განათლების მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, 2012, 12;
4. დოლიძე ი., ჩახუნაშვილი გ. – ვალეოლოგია (სანოლოგია – სამედიცინო მიმართულება), როგორც „ჯანმრთელობის მედიცინა“\ სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, 2013, 15-10-9;
5. დოლიძე ი., ჩახუნაშვილი გ. – დაავადების პათოგენეზისა და სანოგენეზის სისტემური ანალიზი\ სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. 2013, 15-10-9;
6. დოლიძე ი. – სანოლოგიის როლი თანამედროვე მედიცინაში\ მედიცინისა და მეცნიერების თანამედროვე პრობლემები, 2014, 1.

რეზიუმე

ადამიანის ჯანმრთელობა მედიცინის, ჰიგიენისა და სანოლოგიის მეცნიერულ-პრაქტიკული პოზიციებიდან

იბ. დოლიძე, ბ. ჩახუნაშვილი (თბილისი, საქართველო)

თანამედროვე კლასიკურმა მედიცინამ, მიუხედავად იმისა, რომ მიადწია უმღლესი დონის წარმატებებს მედიცინისა და ბიოლოგიის თეორიულ-პრაქტიკულ სფეროში, უძღური აღმოჩნდა ადამიანის ჯანმრთელობის ფორმირების, შენარჩუნებისა და განმტკიცების საკითხში. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმრთელობის პრობლემას შეისწავლის მეცნიერების მრავალი დარგი (მედიცინა, ბიოლოგია, პედაგოგიკა, ფსიქოლოგია, გენეტიკა და ა.შ.), დღემდე ინტეგრირებული მიდგომით არ გადაწყვეტილა ჯანმრთელი ადამიანის ფსიქო-ფიზიკური მოდელის შექმნის საკითხი, სრულყოფილად არ შესწავლილა ორგანიზმის დაცვით-შეუყებითი მექანიზმების ურთიერთკავშირი. სახელმწიფოებრივი მედიცინა და ჯანდაცვის სოციალური სისტემა ძირითადად დაკავებულია ავადმყოფების მკურნალობით და არა ჯანმრთელი ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნებით. შედარებით ახალი დარგი – სანოლოგია (სწავლება ჯანმრთელობაზე) დინჯად შემოდის პრაქტიკულ მედიცინაში და მიუხედავად სუბიექტური ხასიათის დაბრკოლებებისა, იკავებს ძირითად პოზიციას ჯანმრთელი ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნების კრიტერიუმების ჩამოყალიბებაში.

ადამიანის ჯანმრთელობის განხილვა მედიცინის (სწავლება დაავადებებზე), ჰიგიენისა (სწავლება ცხოვრების ჯანმრთელ გარემოზე) და სანოლოგიის პოზიციებიდან, იძლევა ინფორმაციულ წარმოდგენას მათ დარგობრივ ფუნქციურ სხვაობებზე, როგორც მოქმედების, ასევე საზღვრების გამიჯვნის შემთხვევაში. სანოლოგიას მთლიანობაში არ შეუძლია და არც ითავსებს მედიცინისა და ჰიგიენის ფუნქციებს, ისევე როგორც მედიცინასა და ჰიგიენას არ შეუძლია გადაწყვიტოს სანოლოგიისთვის დამახასიათებელი პრობლემური საკითხები. მათიკავშირი შესაძლებელია მხოლოდ მომიჯნავე საკითხების ურთიერთშეთანხმებული გადაწყვეტის პროცესში. ამასთანავე, უნდა გავითვალისწინოთ ისიც, რომ კლინიკური მედიცინის ნაწილი და ნოზოლოგიური სახეები წარმოადგენს მეცნიერების გუშინდელ დღეს, რადგან თანამედროვე მედიცინის გამაჯანსაღებელ ეტაპად მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში აღიარებულია სანოლოგია და რეაბილიტოლოგია.

SUMMARY

HUMAN HEALTH, USING THE SCIENTIFIC-PRACTICAL EXPERIENCE OF MEDICINE, HYGIENE AND SANOLGY

IG DOLIDZE, G CHAKHUNASHVILI
Tbilisi, Georgia

Despite the theoretical-practical achievements in the modern medicine, it has still been an issue to improve quality and duration of life. Also, the scientific fields that study health problems (Medicine, Biology, Psychology, Genetics, etc) can't yet help to create the healthy psycho-physical human model, interactions between protective-adaptive mechanisms of organisms are not fully studied as well. Public health system is mainly busy with treating the patients, rather than preserving human's health. Comparably New field – Sanology (branch of medicine which studies Health) is calmly approaching practical medicine and despite the obstacles, has leading positions in forming criterias for preserving health in healthy people.

Discussing human health using medicine, hygiene and sanology, gives us information about branch and functional distinctions. Sanology can't merge the functions of medicine and hygiene, as medicine and hygiene can't solve the problems typical to Sanology. Connection between these fields can only be considered in the process of solving issues typical to all of these branches. Here-with, we should consider the fact that Clinical medicine and nosological species are left in the past, because Sanology and rehabilitology is recognized to be the most effective way of recovery.

ალბრლისათვის

აქ. ლაბარტყაშვილი
მედ. მეც. დოქ. პროფესორი (თბილისი). (საქართველო)

საკითხი, რომელსაც მინდა შევეხო, რთულია თავისი არსით და შინაარსით. გაგიზიარებთ ზოგიერთ ჩემს შეხედულებას მის სირთულესთან დაკავშირებით.

ბავშვის ბუნებიდან გამომდინარე საჭიროა მსჯელობა მისი აღზრდის საკითხებზე. მოზარდის ბუნების ბიოლოგიური შემადგენლის შეცნობა-შესწავლით უნდა დავეიწყოთ, მხოლოდ ფიზიკური შეგარძნებით არ აღიქმება სასიცოცხლო ძალა.

თანამედროვე ცვლილებები თითქოს ყოველთვის სიხლის მომტანია, ასე არ არის, მას სიკეთე მოაქვს მაშინ, როცა გარკვეულია მისი შინაარსი. ცოდნამ არ შეიძლება უპასუხოს ყველა შეკითხვას, აუცილებელია სულიერება. ის მოგვანიჭებს საშუალებას გავერკვეთ თანამედროვეობაში.

ადამიანს შეუძლია ბუნების მოვლენებში ჩაღრმავდეს. აღქმა იძლევა სამყაროს შეცნობის შესაძლებლობას და გარემოს შეგარძნობა აუცილებელია მისი ათვისებისთვის.

სულიერება უსაზღვროა, გრძობის ჩართულობით მივიღებთ პასუხს გამაღიზიანებლის რაობაზე.

შიში იმისა, არ ჩავიდინო უარესი, რჩება ძირითად შეხედულებად. ქმედება ფიქრის გამოძვლავებაა და მაინც ძალისმიერი, იდუმალის შეგძნება დამაჯერებელს ხდის ადამიანის ყოფას, მასზე ფიქრი და მსჯელობა ნაკლებად შესაძლებელია.

პიროვნება გვირგვინია, რომლის გამარტივება შეუძლებელია. განვითარებაში მონაწილეობა ცვლის ფიზიონომიას. საკუთარი თავის შეცნობა სიღრმის მატარებელია. სიხარული, მწუხარება, ხელვნების აღქმა და მასში ჩაღრმავება აკეთილშობილებს ადამიანს, ეს კი აღმზრდელობითი საშუალებებია.

ძნელია ან თითქმის შეუძლებელია შეცვალო საკუთარი ხასიათი და პასუხი გამაღიზიანებელზე, ამისათვის საჭიროა შრომა, რომლის სიყვარულს უნერგავს აღმზრდელი, რომელიც შეისწავლის და გამოიკვლევს აღსაზრდელის ბუნების ყველა ნაწილს.

დედის სხეულში ადამიანი მეტნაკლებად დაცულია, დაბადებისთანავე გარე სამყარო ახდენს ძლიერ გავლენას, რომლის მავნე ზემოქმედებიდან დაცვა და გარე სამყარო-



ში განვითარება რთულია და ბოლომდე შეუცნობი.

სკოლამდე, 6-7 წლამდე ასაკში პიროვნული თავისებურება განვითარების საწყისშია. პიროვნული ჩამოყალიბება შეიგრძნობა სქესობრივი მომწიფების ხანაში.

6-7 წლამდე დამოუკიდებელი სულიერება შეუძლებელია. სქესობრივი მომწიფების დროს ორგანოები დამოუკიდებლად ვითარდება, შესაძლებელია გარეგანი ძალე-

ბის ზეგავლენა, ვიდრე ჩამოყალიბდება პიროვნება – ადამიანის თავისებურებების ყველაზე მაღალი მანქანებელი. ამ ცვლილებების გამარტივება შეუძლებელია. სამყაროს განვითარებაში მონაწილეობა ცვლის მის ბუნებას. აღმზრდელთა ეხმარება სიხარულის, მწუხარების შეცნობაში. ხელოვნების აღქმა და მასში ჩაღრმავება აკეთილშობილებს ადამიანს, აღზრდისთვის საჭიროა ადამიანის გაცნობა, მისი თავისებურებების ცოდნა აუცილებელია მასზე საჭირო გავლენის მოსახდენად.

7 წლის ასაკიდან ფიზიკური სხეული გარკვეულ მიმართულებას იძენს, რაც გარკვეულწილად ბავშვობაში ჩამოყალიბებული სწორი ან არასწორი მიდგომის გავლენით უნდა აიხსნას. ბავშვისთვის დამახასიათებელია ხასიათის მიბაძვა ყველაფრისადმი, რაც მის გარშემო ხდება. ეს აისახება გრძნობებში. დიდი მნიშვნელობა აქვს მისი თანდასწრებით მომხდარ ქმედებას. ბავშვი სწავლობს მაგალითებზე, ძლიერი გავლენა მის აღზრდა-განვითარებაზე, გარემო თითოეული ბავშვის თავისებურებებთან უნდა შეიქმნას. აქედან ხდება მოთხოვნა აქვს მისი თანდასწრებით მომხდარ ქმედებას. ბავშვი სწავლობს მაგალითებზე, ძლიერი გავლენა მის აღზრდა-განვითარებაზე, გარემო თითოეული ბავშვის თავისებურებებთან უნდა შეიქმნას. აქედან ხდება მოთხოვნა აქვს მისი თანდასწრებით მომხდარ ქმედებას.

მნიშვნელოვანია კვების ძალა, სწორად შერჩეული კვება. ბავშვი მოითხოვს მისთვის სასარგებლოს.

სიხარულის და სიყვარულის გარემო აუცილებელია ბავშვისთვის. მისი თანდასწრებით არ შეიძლება ისეთი საქციელი, რაც შემდგომში იწვევს მიბაძვას, სწრაფვას და გახდეს ზეგავლენის მომხდენი მის ზრდა- განვითარებაზე.

ბავშვი ადვილად სწავლობს ენებს, სწორ მეტყველებას, სიმღერას, ცეკვას, მისი წარმოდგენა ივსება ცოცხალი მაგალითების შედარებით მიღებული შთაბეჭდილებებით.

აღზრდის საშუალებებია: მაგალითი, წაბაძვა, ავტორიტეტი, მათი გავლენით ყალიბდება ჩვევა, მიდრეკილება.

მაგალითი რომელთანაც შეხება შეუძლია მოზარდს, უდიდესი ძალაა, ასევეა ზოგადი სახეები, რომელითაც ის იხსენებს.

მოზარდი ყველანაირად უნდა მოვარიდოთ უხამსობებს, სასწრაფოდ უნდა წაიშალოს მისი წარმოდგენიდან ასეთი ზემოქმედება. მნიშვნელოვანია ვინ ესაუბრება, წაკითხვა ნაკლებ შთაბეჭდილებას ახდენს მოზარდზე. სიმბოლო უნდა მოქმედებდეს გონებაზე და გრძნობაზე. საჭიროა ყველა მოვლენა აიხსნას შესაბამისი მაგალითით. მოსაუბრე უნდა იყოს ადვსილი მისი მონათხრობით, ათბობდეს მსმენელის რწმენას.

სქესობრივი მომწიფების ასაკში განსჯით შესაძლებელია მის მეხსიერებაზე ზეგავლენა, რაც მისცემს მოზარდს საშუალებას გაერკვეს დროში და საგნებში, მეტყველება უნდა იყოს შესაბამისი. გონება სქესობრივი მომწიფების ასაკში იბადება, უფრო ადრე ასაკში ის დაცული უნდა იყოს ზეგავლენისგან, გონებით გარკვევისათვის საჭიროა მეხსიერებით ათვისება.

ხასიათის ჩამოსაყალიბებლად საჭიროა მოზარდი გრძნობდეს თავს გარემოსთან კავშირში, ცოდნა საწყისია ღირსეული საქციელის, მოზარდმა უნდა იგრძნოს ბუნება, უნდა განვითარდეს ფერთა სილამაზის გემოვნება. ზნეობა უღვივებს სიკეთის არსს, მხოლოდ აზროვნება მავნებელია, ამ ასაკში უნდა განვითარდეს მსჯელობა, უნარი, დამოუკიდებელი აზრი.

ფიზიკური დატვირთვა საჭიროა საკუთარი ძალის შეგრძნებისთვის. საჭიროა ცოდნა სხეულის ნაწილთა ურთიერთქმედებაზე. სიმწიფის მოახლოებისას ადამიანი გრძნობს საკუთარი აზრი ქონდეს ამა თუ იმ მოვლენაზე, საკითხზე, რამაც ხელი არ უნდა შეუშალოს ცხოვრებაზე დაკვირვების უნარს.

სულიერებისთვის საჭიროა კულტურული ღირებულებების არსის ჩანერგვა, იცოდეს რომ კულტურა პიროვნების ჩამოყალიბების საფუძველია.

ადამიანი ცდილობს თავი შემოქმედად მიიჩნიოს. შემოქმედება ადამიანზე მაღლა მდგომი თავმდაბალი მსახურებაა.

ზემთო თქმულიდან გამომდინარე, მე მიმანია, მოზარდი აღზარ-

დოს დედამ, სასურველია მრავალშვილიან ოჯახში. დედას ეხმარება უფროსი და-ძმის ზრუნვა და სიბო. ძიამ, თუმცა გაძიება აღარ არსებობს ან თითქმის არ არსებობს, მას სხვა საფუძველი ედო. აღმზრდელმა, (აღსაზრდელის რაოდენობა შეზღუდულია) დედის დამ ან მამის დამ, ბებიამ. ცალკე მსჯელობის საკითხია ნაშვილვეის აღზრდა, რასაკვირველია, უსაზღვროა მამის და საერთოდ მამაკაცის მნიშვნელობა. მოზარდის არსებობისას ხშირია თითქოსდა იმ წუთისათვის შეუფერებელი საქციელი, რაზედაც ნებისმიერი იქ მყოფი ამჟღავნებს რეაქციას, ზოგჯერ ფიზიკურს, თუნდაც უმნიშვნელოს. ადამიანს ეს მთელი ცხოვრება ახსოვს და საჭიროა დიდი დრო ამ მეხსიერების შეფასებისათვის. მხოლოდ დედის მიერ გამოთქმული შენიშვნა თუ ფიზიკური შესება რჩება უპასუხოდ.

დევეანდელობა არ აძლევს ქალს საშუალებას შეასრულოს ეს მისია, მისი ჩართულობის გამო ცხოვრების ორმოტრიალში. მოზარდი ხშირად იძულებულია იზრდებოდეს უცხო ადამიანების გარემოცვაში, მათთან ურთიერთობისას იკარგება კეთილშობილი, მიმტვევებელი, მოსიყვარულე პიროვნებად ჩამოყალიბების არაერთი ბედნიერება. სქესობრივი მომწიფების ასაკში გაძნელებულია მისი პასუხი გარემოს მიმართ, მეტია მისწრაფება ფიზიკური ძლიერებისაკენ.

დევეანდელობა არამარტო ცხოვრების პირობებით, არამედ გლობალური ზეგავლენის გამო არ აძლევს ქალს საშუალებას შეასრულოს აღმზრდელის, დეთვის მიერ ბოძებული ბედნიერება. მის შემოქმედებაში იყოს დედა, უხეშად ერევა სოციალური და სხვა უამრავი ფაქტორი.

კამათის და ცალკე მსჯელობის საკითხია აღზრდა სკოლამდელ დაწესებულებებში, სადაც აუცილებელია მკაცრად განისაზღვროს აღსაზრდელთა რაოდენობა. ის არ უნდა აღემატებოდეს ორ-სამს, კერძო ბაღებში უკეთესი პირობებია ამ მხრივ. ზემოთ გამოთქმული მოსაზრებები საჭიროებს უფრო ღრმა ჩაწვდომას.

რეზიუმე

აღზრდისათვის

ა. ლაბარტკავა

მედიკ. მეც. დოქ. პროფესორი (თბილისი, საქართველო)

მოზარდი აღზარდოს დედამ, სასურველია მრავალშვილიან ოჯახში. დედას ეხმარება უფროსი და-ძმის ზრუნვა და სიტბო. ძიძამ, თუმცა გაძიძება აღარ არსებობს ან თითქმის არ არსებობს, მას სხვა საფუძველი ედო. აღმზრდელმა, (აღსაზრდელის რაოდენობა შეზღუდულია) დედის დამ ან მამის დამ, ბებია. ცალკე მსჯელობის საკითხია ნაშვილთვის აღზრდა, რასაკვირველია, უსაზღვროა მამის და საერთოდ მამაკაცის მნიშვნელობა. მოზარდის არსებობისას ხშირია თითქოსდა იმ წუთისათვის შეუფერებელი საქციელი, რაზედაც ნებისმიერი იქ მყოფი ამჟღავნებს რეაქციას, ზოგჯერ ფიზიკურს, თუნდაც უმნიშვნელოს. ადამიანს ეს მთელი ცხოვრება ახსოვს და საჭიროა დიდი დრო ამ მეხსიერების შეფასებისათვის. მხოლოდ დედის მიერ გამოთქმული შენიშვნა თუ ფიზიკური შეხება რჩება უპასუხოდ.

კამათის და ცალკე მსჯელობის საკითხია აღზრდა სკოლამდელ დაწესებულებებში, სადაც აუცილებელია მკაცრად განისაზღვროს აღსაზრდელთა რაოდენობა. ის არ უნდა აღემატებოდეს ორ-სამს, კერძო ბაღებში უკეთესი პირობებია ამ მხრივ. ზემოთ გამოთქმული მოსაზრებები საჭიროებს უფრო ღრმა ჩაწვდომას.

SUMMARY

FOR UPBRINGING

A. LABARTKAVA

Doctor of medical science, Professor (Tbilisi, Georgia)

Teenager must be raised by mother, preferably in a large family. Older sisters and brother's care and warmth assist mother a lot. Wet-nurse, although nowadays wet-nursing doesn't exist or nearly doesn't exist, the purpose of it was different. The educator (quantity of educators are limited), mother of the sister or mother of the father, grandmother. Bringing up the adopted child is a different occasion. Of course significance of the father and men in general, is infinite. When having a teenager, irrelevant behavior is often present, on what everybody around him reacts, sometimes even physically (abuse), but insignificantly. Human remembers this for a long time and a lot of time is needed to estimate that memory. Only mother's remarks and physical abuse stays beyond the memory.

Upbringing in institutions of under school age children is also subject of controversy, where it's essential to determine the number of children. The number of children must not be higher than 2-3, and conditions, considering this issue, are slightly better in private kindergartens. Suggestions that are listed above should be deeply realized.

საქართველოს ისტორიის ყველაზე მნიშვნელოვან წყაროს კულტურის ძეგლები წარმოადგენენ, რომელთა შორის ქართული ავეჯიც გამოირჩევა.

ქართული ხალხური ავეჯი საუკუნეების მანძილზე იქმნებოდა და თვალსაჩინო ადგილი უჭირავს ქართული ხითხურობის ხელოვნებაში. საქართველოს მთიანეთში შემონახულია არქეოლოგიური ინვენტარის სახით დაცული ავეჯი. ხითხურობის ტრადიცია მყარ ნიადაგზეა აღმოცენებული და წარმომავლობით უძველეს დროიდან მომდინარე ჩანს. ქართველი ხალხის მდიდარი ტრადიციების და სამეურნეო ცხოვრების ხასიათმა, ხის მხატვრული დამუშავების მაღალმა დონემ, საფუძველი ჩაუყარა ხის ავეჯის შექმნას. იგი იშვიათი ჰარმონიისა და სრულყოფის შთაბეჭდილებას ახდენს.

ქართული ხალხური ავეჯის შესწავლისათვის ძირითადი მასალა აღმოსავლეთ საქართველოს მთიანეთშია მოპოვებული, სადაც დღემდეა შემონახული ავეჯის დამზადების და ინტერიერში განლაგების ტრადიცია. ავეჯის ფუნქციის განხილვა, განლაგების და გამოყენების ხერხები, ხალხის ცხოვრების ხასიათს არკვევს.

საცხოვრებელი სახლების განუყოფელ ნაწილს ინტერიერი წარმოადგენს. საცხოვრებლის ინტერიერის ორგანიზაცია ვარაუდობს ფუნქციურ კანონზომიერებათა მთელ კომპლექსს, რომელიც თავის მხრივ შეიცავს ეკოლოგიურ თავისებურებებს; ადამიანის, როგორც ბიოლოგიური ორგანიზმის შეგუებას გარემოსთან, ნაგებობაში მიმდინარე ტექნოლოგიურ პროცესებს.

გარემო, რომელსაც ქმნიდა ადამიანი, უნარჩუნებდა მას ფსიქო-ფიზიოლოგიურ მდგომარეობას და მუდმივ

ქართული ავეჯის ეთნობრაჟიული წარმომავლობა

ველიკო ტოვაშვილი აკადემიკოსი



წონასწორობას. ინტერიერის კლასიფიკაცია ხდება შესაბამისი საცხოვრებლის მიხედვით.

საცხოვრებელში სამეურნეო და საოჯახო საქმიანობის გარკვევისათვის ინტერიერი მიზანშეწონილად არის დაყოფილი: სამეურნეო, ძილის, საჭმლის დამზადების და მიღების, დასვენების, საოჯახო საქმიანობის, სტუმრების მიღების, ბავშვების ადგილსამყოფელი, კულტისათვის განკუთვნილი ადგილი.

მთელი საცხოვრებლის განვითარება და დახვეწა დაკავშირებულია შრომის შემსუბუქებასთან, შრომის დროის შემცირებასთან სივრცის მაქსიმალური განვითარების გზით. ე.ი. მოთხოვნათა დაკმაყოფილება ნაკლები რაოდენობის საგნებით და აღჭურვილობით (კომბინირებული ავეჯი, ჩაშენებული კარადები, თაროები და თახჩები). მთიელთა საცხოვრებლის ინტერიერისათვის დამახასიათებელია სტაციონარული ავეჯი, მისი გადაადგილება თითქმის არ ხდება.

ქართული ხალხური ავეჯი დანიშნულების მიხედვით რამდენიმე ჯგუფად იყოფა: სანოლი, სასხდომი, სატრაპეზო და სათავსებელი. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ავეჯის საწოლად (საძილად) განკუთვნილი დგამის ნაირსახეობანი: სკამ-ლოგინი, ტახტი, სანოლი, მერხი, აკვანი. სანოლი ავეჯის აღსანიშნავად ქართულ წერილობით ძეგლებში X საუკუნემდე „სარცელი“ და „ცხედარი“ გვხვდება. X-XVII საუკუნეებში „სარცელს“ „ტახტი“ ეწოდებოდა.

სასხდომი ავეჯიდან აღსანიშნავია „სამამაცო“ (საკაცო) სკამი, სავარძელი (საკარცხელი), კერის სკამი „სამფეხა“ და სხვა. „სკამი“ წერილობით წყაროებში საჯდომი ავეჯის სხვა სახელებთან (სელი, დასაჯდომელი) ერთად იხსენიება („ვეფხისტყაოსანი“, „ხელმწიფის კარის გარიგება“ და სხვა). სიტყვა „სკამი“ (სამამაცო სკამი) „მრავალთ სასდომელ“ ავეჯს აღნიშნავდა. სავარძელი ნახსენებია იშკის ბიბლიაში (წიგნი IV მეფეთა, 4, 10). ქართულ ეთნოგრაფიულ ყოფაში გავრცელებულ სავარძელთაგან თავისი დანიშნულებითა და დახვეწილი ფორმებით სვანური „საკურცხილი“ გამოირჩევა. იგი ოჯახის უფროსის საპატიო სკამი იყო. კერის მარჯვენა მხარეს, როგორც წესი, საკაცო მერხი უნდა მდგარიყო, მარცხენაზე კი – საქალო. კერის გამოგენა საკაცო და საქალო მხარეებზე გამოწვეული იყო შესაბამისად განაწილებული შინააქმიანობით. მამაკაცსა და ქალს შორის.

კერა ოჯახის გამერთიანებელია, ყოველთვის წამყვან ელემენტს წარმოადგენს. კერა ინტერიერში გამავალი ღერძიდან ოდნავ გადაწეულია, ისე, რომ საქალებო ნაწილს მუტი ადგილი უკავია. ეს უკანასკნელი დაკავშირებულია ქალის სამეურნეო მრავალრიცხოვან პროცესთან.

სვანურ სახლში ერთმანეთისგან მკვეთრად იყო გამოიჯნული ქალისა და მამაკაცის სამყოფი ადგილი. მამაკაცის მხარეს განლაგებულია ხელსაწყო და შრომითი იარაღები. ქალებისა და კაცების ასეთი განლაგება განსაკუთრებით მტკიცედ იყო დაცული წვეულების დროს.

საკაცო სკამზე მხოლოდ მამაკაცები სხდებოდნენ, სხდომის ეტიკეტის დაცვით. ეს უკანასკნელი ასაკის გათვალისწინებას გულისხმობდა და სწორედ ჯდომაში გამოიხატებოდა. ქალებიც, მამაკაცების მსგავსად, უფროს-უმცროსობის წესის დაცვით სხდებოდნენ. თუ ოჯახს ერთი კაცი ჰყავდა, მაშინ ის გრძელ სკამზე დაჯდებოდა, დანარჩენი ხუთი-ექვსი კაცის ადგილი თავისუფალი უნდა ყოფილიყო. ოჯახის უფროსის სახლში არ ყოფნის შემთხვევაში მისი ადგილი სტუმარს ეთმობოდა, თუ სტუმარი მასპინძლის სწორი იყო.

სატრაპეზო ავეჯია ხონჩა-ტაბლები. ტაბლა პურობისათვის განკუთვნილი სუფრაა, რომელიც ძველ ქართულ წერილობით ძეგლებში მაგიდის მნიშვნელობით იხმარებოდა. ეთნოგრაფიულ ყოფაში სხვადასხვა მოყვანილობისა და დანიშნულების სუფრები

გვხვდებოდა: ხევსურული „ტაბლანი“, მთიულური „ტაბლა“, თუშურ-ფშავურ-მოხვეური „ხონჩა“. ეს უკანასკნელი სამი ან ოთხეუბანი იყო. თუშეთში ხონჩას დანიშნულების მიხედვით განასხვავებდნენ – „სახორცე ხონჩა“, რომელიც სვანური „ლაზურ ტაბაკის“ მსგავსად მხოლოდ ხორცის დასადებად იხმარებოდა. მთიულეთ-გუდამაყარში სამფეხა მრგვალი ტაბლა გვხვდება. ამგვარ სუფრებს განეკუთვნება სვანური „ფიჩქიც“.

როგორც ზემოთქმულიდან ირკვევა, საქართველოში სხვადასხვა მოყვანილობის სუფრების არსებობა მოწმდება. ტაბლა-ტაბაკის სახელით დამკვიდრებული მრგვალი სუფრა ამ ტრადიციული ავეჯის ერთ-ერთ სახეობას წარმოადგენს.

ძველ ქართულ წერილობით ძეგლებში ახლანდელი მაგიდის სახელწოდებად ტაბლა იხმარებოდა.

სულხან-საბას განმარტებით ტაბლა ქართული ტერმინია და საყურადღებოა, რომ ეს სახელი სუფრის მნიშვნელობით საქართველოს მთიანეთში დღემდე შემონახულია.

უნდა აღინიშნოს, რომ ქართველი ხალხის სამეურნეო ცხოვრების ხასიათმა და საქართველოში ხის დამუშავების მაღალმა დონემ საფუძველი ჩაუყარა სრულყოფილი ხის ავეჯის შექმნას. საქართველოს ხალხური ავეჯი თავისი აღნაგობითა და მხატვრული შემკულობით გამოირჩევა. იგი იშვიათი ჰარმონიისა და სრულყოფის შთაბეჭდილებას ახდენს.

ხალხური ავეჯის, ისევე, როგორც ყოფის ამსახველი სხვა საოჯახო ნივთების მრავალგვარობაში ვლინდება ხის დამუშავების ის ცოდნა, რომელიც თაობიდან თაობას გადაეცემა და ძველზე დაყრდნობით შემოქმედებითად ვითარდება.

ქართული ავეჯის შესწავლისათვის ხელშესახები მასალა აღმოსავლეთ საქართველოს მთიანეთშია მოპოვებული, სადაც დღემდე შემონახული ავეჯის დამზადებისა და ინტერიერში მისი განლაგების ზოგიერთი ტრადიციული ფაქტი, თანდართული ფოტომასალა კი ხალხური ავეჯის მრავალფეროვნების თვალსაჩინო სურათს ქმნის.

აღმოსავლეთ საქართველოს მთიანეთის ავეჯის ეთნოგრაფიულმა შესწავლამ დაგვანახა, რომ ავეჯის დამზადება ტრადიციული ცოდნის შედეგია და მისი ფესვები საუკუნეთა სიღრმეშია საქმნი.

ქართული ხალხური ავეჯის კლასიფიკაცია, ფუნქციისა და წარმოშობის მიხედვით, შემდეგნაირად წარმოგვიდგება: დასაწოლი ავეჯი, დასასხდომი ავეჯი, სასერობო (ტაბლა-სუფრა) და სათავსებელი (კიდობანი, სკივრი და სხვა), ხალხური ავეჯის ამ თანმიმდევრობით განლაგებისას იმ დაჯგუფებას ეთივალისწინებთ, რომელიც აკ. ივანე ჯავახიშვილის მიერ ძირითადად ქართული წერილობით წყაროებსა და ფრესკებზეა გამოსახული.

ესება რა ავეჯის ფუნქციას, ივ. ჯავახიშვილი წერს: „ავეჯი დანიშნულების მიხედვით სხვადასხვანაირი არსებობდა: ერთი – ძილისათვის განკუთვნილი, მეორე – დასაჯდომად, რომელსაც საჯდომელი, სასხდომელი და საჯდომი ეწოდებოდა“.

აღმოსავლეთ საქართველოს მთიანეთში გავრცელებული ავეჯის ეთნოგრაფიულმა შესწავლამ, დანიშნულება – ფუნქციის მიხედვით ავეჯის დაყოფის შესაძლებლობა მოგვცა. პირველ ჯგუფში, ე.ი. სანოლი ავეჯის კატეგორიაში ერთიანდება: მერხი სკამ-ლოგინი, ტახტი, ლოგინი, ლაჭანი, ჩაფი, ჯინი, ბაცანკალი-სასთუმალი. ლაჭანის სახელით ცნობილი ძირგამონწული ტახტი და მოწული სანოლი (ჯინი, ჩაფი).

სანოლი ანუ საძილე ავეჯის აღსანიშნავად, როგორც უძველესი წყაროებიდან ჩანს, სარცელი იხმარებოდა, რომელსაც აკ. ივ. ჯავახიშვილი ძველ ქართულ სიტყვად მიიჩნევს და მას რცევა ზმნისაგან წარმოშობილად თვლის. იგი აღნიშნავს: „რცევა-გაშლას“, დაგებას ნიშნავდა. სარცელი კი ასეთ ავეჯს წარმოადგენდა, რომელზედაც ლოგინი უნდა

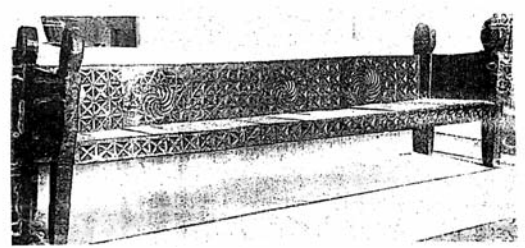
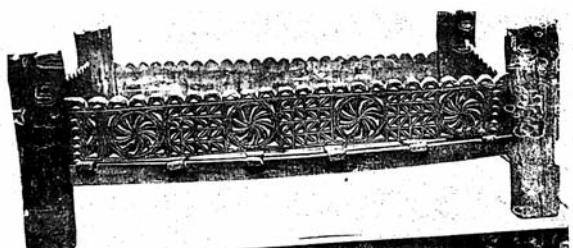
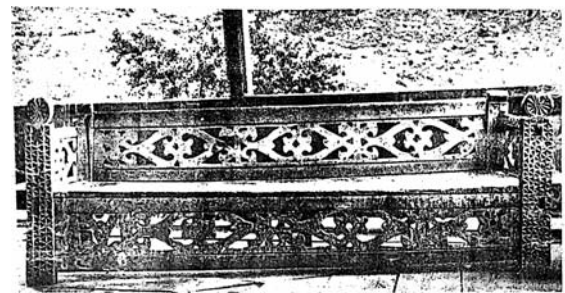
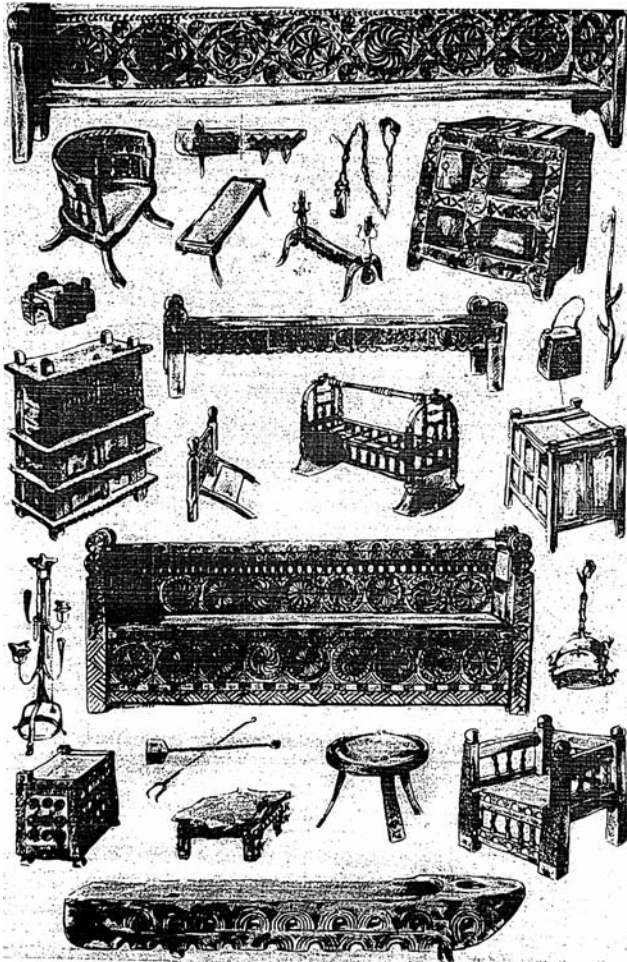
დაგებულებით. მისივე გამოკვლევის მიხედვით სარცელი, როგორც ნათარგმნ, ისე ორიგინალურ ძველ წერილობით ძეგლებში X საუკუნემდე გვხვდება.

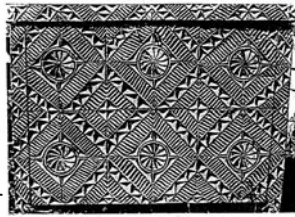
მეორე ჯგუფშია სკამ-ლოგინები, როგორც საერთო სასხდომელი, ანუ საჯდომი ავეჯი. აქედან გამოიყოფა: ზურგიან-გვერდებიანი, უზურგო და მკლავიანი სკამები. ხოლო ზურგიან-გვერდებიანი სკამების ქვეტიში ერთიანდება: მოხვეური საკაცო სკამი, ხეცურული სამამაცო სკამი და თუშური ზურგიან-გვერდებიანი სკამი. რაც შეეხება უზურგო გრძელ მერხებს, ისინი გავრცელებულია აღმოსავლეთ საქართველოს მთიანეთის ყველა კუთხეში. მკლავიანი სკამები, უმთავრესად, მთიულეთ-გუდამაყარში და თუშეთში გვხვდება. ამავე ჯგუფში ექცევა ინდივიდუალური სასხდომი სავარძელი, რომელიც ერთი ადამიანისათვის არის განკუთვნილი და დღემდე შემონახული ავეჯის ერთ-ერთ საინტერესო სახეობას წარმოადგენს, რომელიც თავის მხრივ, საუფროსო და კერის სკამებად იყოფა. საუფროსო სკამების კატეგორიას მიეკუთვნება: საკურცხილი, სამარტო სკამი, ჩიკა და სხვა. ფორმის მიხედვით სავარძლებიდან შეიძლება გამოიყოს სამეფო და ორფეხა

სავარძლების სამი ქვეტიპი: ზურგიან-გვერდებიანი, მოხვეულ-ზურგიანი და სწორზურგიანი. ზურგიან-გვერდებიანი სავარძლის ქვეტიპში ერთიანდება: სვანური საკურცხილი, რაჭული საკარცხული, ოსური სავარძელი, მოხვეური სამარტო, მთიულური საუფროსო და თუშური ჩიკა-სავარძელი.

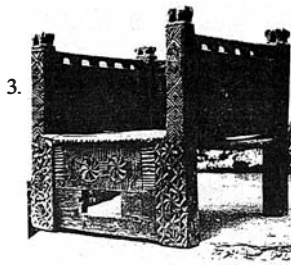
ავეჯის კლასიფიკაციის მესამე ჯგუფში განიხილება ხონჩები, დგამ-ჭურჭელი, რომელთაც ახასიათებთ კომბინირებული ფუნქცია, თუმცა ისინი დღემდე წმინდა ჭურჭელადაა მიჩნეული. ამ ჯგუფიდან გარეგნული ნიშნების მიხედვით ხისგან კვეთილი სუფრების შემდეგი სახეობები გამოიყოფა: სხვადასხვა დიამეტრის მქონე მრგვალი გობები – ტაბაკები, რომლებიც ჭურჭლისა და დგამის ფუნქციას განყოფილებაში, ავეჯის დამზადების და მისი გამოყენების წარმომავლობით უძველესი დროიდან მომდინარე ჩანს. არქეოლოგიური მონაცემები ადასტურებენ ქართული ავეჯის ხელოვნების მაღალ დონეს.

შენიშვნა: მოხსენებას თან ერთვის ძველი ქართული ავეჯის თვალსაჩინო ფოტო-მასალა.





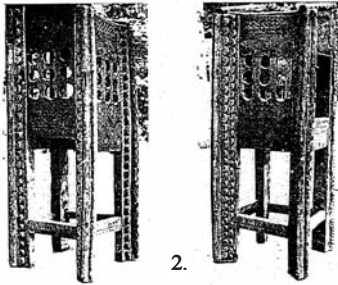
1.



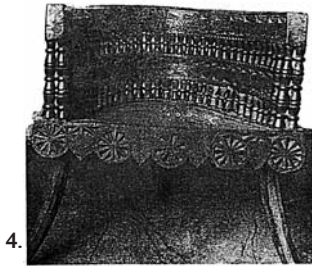
3.



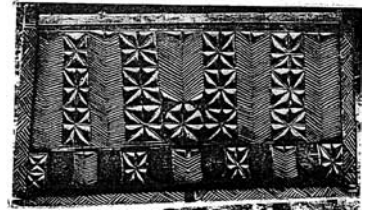
5.



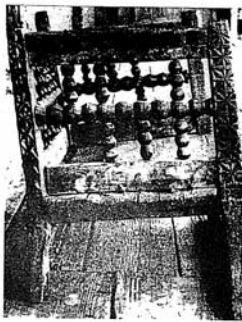
2.



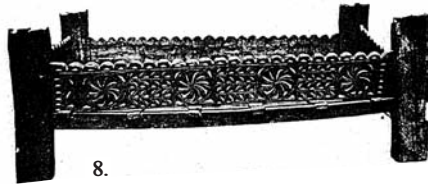
4.



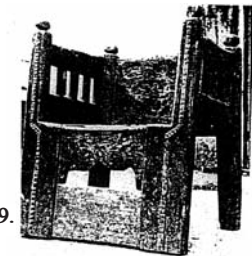
6.



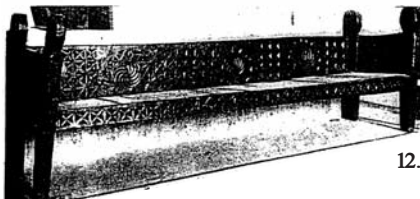
7.



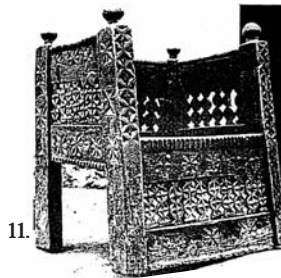
8.



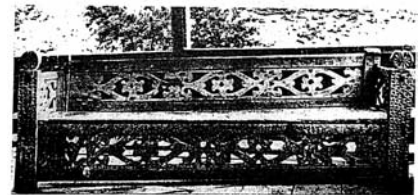
9.



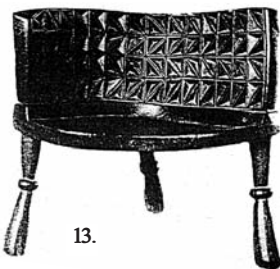
12.



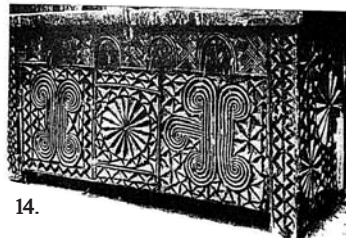
11.



10.



13.



14.

1. ჩაუაში, სკივრი.
2. მესტია ანალოგი.
3. სავარძელი მესტიის რაიონში.
4. სავარძელი მეჯვრისხევში.
5. სავარძელი ფშავ-ხევსურეთში.
6. მახაში, სკივრი.
7. მბეცი სავარძელი ი. ონიანის სახლში.
8. ჩირდილი საწოლი.
9. სავარძელი მესტიის რაიონში.
10. სასაში, დივანი გ. ონიანის სახლში.
11. სავარძელი მესტიის მუხეუმში.
12. ლარგვისი, დივანი.
13. კორინთა, სავარძელი.
14. სასაში, კილობანი გ. ონიანის სახლში.

რეზიუმე

ქართული ავეჯის ეთნობრაზიული წარმომავლობა

ვ.ტოზაშვილი, აკადემიკოსი (თბილისი.საქართველო)

შრომში დეტალურადაა განხილული და გაანალიზებული ქართული ავეჯის ეთნობრაზიული წარმომავლობა

SUMMARY

ETHNOGRAPHIC ORIGINS OF GEORGIAN FURNITURE

V.TOZASHVILI, Academic (Tbilisi, Georgia)

In this work, ethnographic origins of Georgian furniture are discussed in details.

ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია
EUROSCIENCE GEORGIAN NATIONAL SECTION



**ქ. თბილისის მუნიციპალიტეტის ჯანმრთელობისა
და სოციალური ღაცვის პროგრამები**

27.12.2014

ირაკლი შავგენიშვილი
თსსუ პროფესორი



ჯანდაცვის პროგრამა 2015
ახალი

ლეიკემიითა და სხვა ონკოპათოლოგიური დაავადებული პაციენტების (0-30 წელი) ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია

4 000 000 ლარი

თითო ბენეფიციარი - 200 000 ლარი.

ლეიკემიისა და სხვა ონკოპათოლოგიური დაავადებების მქონე პაციენტებში (30 წლამდე ასაკის) ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციის პროგრამა 2015
ახალი

პროგრამის მიზანი:

- ონკოპათოლოგიური დაავადებების მქონე პირათვის ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციის ოპერაციაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- ონკოპათოლოგიური დაავადებით (მწვავე ლეიკემია, ქრონიკული მიელოიდური ლეიკემია, იტეზილური მიელომინოციტარული ლეიკემია, არა-ჰოჯკინის ლიმფომა, ჰოჯკინის ლიმფომა, მიელოდისპლაზიური სინდრომი, ალასტური ანემია, პისტოციტოზი) გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირება.

განსახორციელებელი ღონისძიებები:

- ონკო-პათოლოგიური დაავადებების მქონე 30 წლამდე ასაკის პირების ძვლის ტვინის (დორფანი ურჯვლის) ტრანსპლანტაციით უზრუნველყოფა;
- ა) აუტოლოგიური ტრანსპლანტაცია;
- ბ) ალტერნატიული ტრანსპლანტაცია.

პროგრამის მოსარგებლები: 30 წლამდე ასაკის ონკო-პათოლოგიური დაავადებების მქონე ქ. თბილისის რეგისტრირებული საქართველოს მოქალაქეები, რომელთაც ესპეციალურად ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია.



2015

ჯანმრთელობის დაცვის და სოციალური პროგრამების დაფინანსება
კოდი - 6

205 004 000 ლარი



2015

ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დაფინანსება
კოდი - 6.1

34 450 000 ლარი



ჯანდაცვის პროგრამა 2015
ახალი

„C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პირებში მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისათვის საჭირო კვლევები

1 400 000 ლარი

თითო ბენეფიციარი - 700 ლარი.

„C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პირებში მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისათვის საჭირო კვლევების დაფინანსების პროგრამა 2015
ახალი

პროგრამის მიზანი: ქ. თბილისში რეგისტრირებულ ან ფაქტობრივად მცხოვრებულ C

ჰეპატიტით დაავადებული პირების მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისთვის საჭირო კვლევებით დაფინანსების უზრუნველყოფა, ამ ვარსკვლავით დაავადებულ პირთა მკურნალობაში ჩართვისა და შედეგში გამოყენებულების მიზნით.

განსა. რეგისტრირებული ღონისძიებები:

- C ჰეპატიტის მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისათვის საჭირო კვლევებით უზრუნველყოფა:
- ა) ღვიძლის ბიოქიმიური მარკერებები;
- ბ) ძვლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია;
- გ) ღვიძლის ელასტოგრაფია;
- დ) HCV გენოტიპის განსაზღვრა;
- ე) HCV RNA (რაოდენობრივი).

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პროგრამა

27 100 000 ლარი



ჯანდაცვის პროგრამა 2015

ონკოპრევენციის პროგრამა

1 200 000 ლარი



ონკოპრევენციის პროგრამა 2015

პროგრამის მიზანი: კიბოს ადრეული გამოვლენა და ონკოდაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირება.

განსახორციელებელი ღონისძიებები და სამიზნე პოპულაცია:

- ▶ ბუბუს კიბოს სკრინინგი- 40-დან 70 წლის (ჩათვლით) ასაკის ქალებში;
- ▶ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი- 25-დან 60 წლის (ჩათვლით) ასაკის ქალებში;
- ▶ პროსტატის კიბოს სკრინინგი-50-დან 70 წლის (ჩათვლით) ასაკის მამაკაცებში;
- ▶ კოლორექტული კიბოს სკრინინგი-50-70 წლის (ჩათვლით) ასაკის ჩათვლით ორივე სქესი;
- ▶ ამბულატორიული ქირურგია:
 - ა) ბუბუს კიბოსწინარე დაავადებების ამბულატორიული ქირურგია 40-70 წლის (ჩათვლით) ასაკის ქალებში;
 - ბ) გინეკოლოგიური ამბულატორიული ქირურგია 25-60 წლის (ჩათვლით) ასაკის ქალებში;
 - გ) კანის კიბოსწინარე დაავადებების ამბულატორიული ქირურგია ორივე სქესის ყველა ასაკობრივ ჯგუფში.

პროგრამის მისწოდებელი: ააიპ „ეროვნული სკრინინგ ცენტრი“.



ჯანდაცვის პროგრამა 2015

გადამდებ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური კონტროლი

450 000 ლარი

გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური კონტროლი 2015

პროგრამის მიზანი:

- ✓ გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებათა პრევენცია;
- ✓ ქ. თბილისში ეპიდემიოლოგიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფა და გაუმჯობესება;
- ✓ სამედიცინო სტატისტიკური სისტემის გამართული მუშაობის უზრუნველყოფა;
- ✓ მოსახლეობაში იმუნური სტატუსის (ცენს) შექმნა

განსახორციელებელი ღონისძიებები:

- ▶ ქ. თბილისის ტერიტორიაზე გადამდებ დაავადებათა აქტიური და პასიური ეპიდემიოლოგიის გამოვლენა; გადამდებ დაავადებათა პრევენცია; ეპიდემიოლოგიური მონაცემების რეგულარული შეგროვება, მონაცემთა ანალიზი;
- ▶ დენარტიზაციის, დენარტიკულისა და დენარტიკულის ღონისძიებათა ორგანიზება;
- ▶ მოსახლეობის იმუნოპროფილაქტიკური ღონისძიებების ხელშეწყობა და მონიტორინგი;
- ▶ ანტირაბული სასაქონლო დახმარების მინიჭების ხელშეწყობა;
- ▶ სამედიცინო მომსახურების მოწოდებისათვის ნოზოკომიური ინფექციების პრევენციის დაგეგმვისათვის რეკომენდაციების მართვა;
- ▶ ცხოვრების ჯანსაღი წესის და უნარ-ჩვევების დამკვიდრების ხელშეწყობა.

პროგრამით მოსარგებლები არიან: ქ. თბილისში რეგისტრირებული და რეგისტრირებულ მაცხოვრებელი საქართველოს მოქალაქეები და მოქალაქეობის არ მქონე პირები.

პროგრამის განსახორციელებელი: ააიპ ქ. თბილისის გადამდებ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიისა და კონტროლის მენეჯერული ცენტრი.

შენიშვნა: 2015 წელს პროგრამის ბიუჯეტი გაიზარდა 50 000 ლარით; დამატარება არაგადამდებ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიის კომპონენტით.



ჯანდაცვის პროგრამა 2015

ნარკომანიის ჩანაცვლებითი თერაპია - 300 000 ლარი (2 724 ბენეფიციარი)

სოციალურად დაუცველი ოჯახების (70 000 - 200 000) ბენეფიციარი - თბილისის მუნიციპალიტეტის მერია

სოციალურად დაუცველი ოჯახების (0 - 70 000) ბენეფიციარი - ჯანდაცვის სამინისტრო



ნარკომანიის ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა

2015

პროგრამის მიზანი:

ქ. თბილისში რეგისტრირებული ნარკომანიით დაავადებულ პირთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება.

განსახორციელებელი ღონისძიებები:

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პროგრამის „ნარკომანია“ ფარგლებში ჩანაცვლებითი თერაპიაში ჩართული ან ჩართვის მსურველი პაციენტების მკურნალობის თანადაფინანსებას.

პროგრამის მოსარგებლები: ნარკომანიით დაავადებული თბილისში რეგისტრირებული პირი, რომელიც ამასთანავე რეგისტრირებულია სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში და 2015 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით მინიჭებული აქვს სარეიტინგო ქულა 70 000-ის ზევით.

შენიშვნა: შეიძლება პროგრამაში ნარკომანიით დაავადებული ჩართვის შესწავლა. ნაკლად კომისიური გადაწყვეტილებისა, ჩართვა მოხდება სარეიტინგო ქულის მიხედვით (70 000 და მეტე).



2015

სოციალური დაცვის პროგრამების დაფინანსება

კოდი - 62

170 554 000 ლარი

ქ. თბილისში სოციალურად დაუცველი ოჯახების რაოდენობა: 96 339 ოჯახი

- ▶ 0 - 57 000 (27 323 ოჯახი)
- ▶ 57 000 - 70 000 (18 300 ოჯახი)
- ▶ 70 000 - 100 000 (26 616 ოჯახი)
- ▶ 100 000 - 200 000 (24 100 ოჯახი)



სოციალურად დაუცველი ოჯახების 0-100 000 დაფინანსება

2015

კომუნალური სუბსიდირების პროგრამა

500 ლარი თითოეულ ოჯახზე (0-70 000)

37 195 500 ლარი



2015

ქ. თბილისის საჯარო და სახელოვნებო სკოლების, საბავშვო ბაღების პედაგოგების და სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისათვის საქალაქო საავტობუსო ტრანსპორტის, მეტროთი და საბაგირო გზით უფასო და შეღავათიანი ტარიფი თ მოსარგებლე პირთა მომსახურება

65 484 000 ლარი



სოციალურად დაუცველი ოჯახების 2015
0 – 150 000 დაფინანსება
პროგრამა “ცხელი სადილი”

უფასო სასადილოებით მომსახურება

13 638 000 ლარი

31 895 - ბენეფიციარი



სოციალური დაცვის პროგრამები 2015

მიუსაფართა თავშესაფრის მოვლა-პატრონობა

1 211 360 ლარი



სოციალური დაცვის პროგრამები 2015

უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოქალაქეების სტაციონალური, ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების და სხვა სოციალური მომსახურების დაფინანსება –

15 000 000 ლარი



სოციალურად დაუცველი ოჯახების 2015
0-70 000 დაფინანსება

50 ლარი თვეში

მრავალშვილიანი (3 და მეტი ბავშვი) ოჯახებისათვის 18 წლამდე ასაკის თითოეულ ბავშვზე

სულ 7 000 000 ლარი



სოციალურად დაუცველი ოჯახების 2015
0 – 100 000 დაფინანსება

სოციალურად დაუცველი ოჯახებში ყველა ახალშობილზე ერთჯერადი 500 ლარიანი დახმარება

სულ: 1 000 000 ლარი



სოციალურად დაუცველი ოჯახების 2015
0 - 100 000 დაფინანსება

ახალშობილთა ერთჯერადი მატერიალური დახმარება

მე-3 ახალშობილზე ერთჯერადად - 800 ლარი

მე-4 ახალშობილზე ერთჯერადად - 1000 ლარი

მე-5 და მე-6 ახალშობილზე ერთჯერადად - 1500 ლარი

სულ: 400 000 ლარი



სოციალური დაცვის პროგრამები 2015

სოციალურად დაუცველი ბავშვების 6 თვიდან 2 წლამდე დღის ცენტრის თანადაფინანსება –

75 790 ლარი



სოციალურად დაუცველი ოჯახების 2015
0-70 000 დაფინანსება

არაუმეტეს 30 ლარი თვეში

18 წლამდე მოსწავლე ახალგაზრდობის სახლებში სწავლების დაფინანსება –

525 000 ლარი

1 750 ბენეფიციარი



სოციალური დაცვის პროგრამა 2015

ბავშვების (10-15წელი) საზაფხულო ბანაკებში კულტურულ-გამაჯანსაღებელი პროგრამა

(უპირატესობა ენიჭებათ სოციალურად დაუცველი ოჯახების ბავშვებს)

900 000 ლარი



სოციალური დაცვის პროგრამა 2015

თბილისში მცხოვრებ 3-დან 22-წლამდე ასაკის შშმ მოზარდთა საკურორტო მომსახურების პროგრამა

530 000 ლარი



სოციალური დაცვის პროგრამები 2015

შინმოვლის თანადაფინანსება -

400 000 ლარი



შინმოვლის თანადაფინანსების პროგრამა 2015

პროგრამის მიზანი:

პროგრამის მთავარი მიზანია თბილისში შინმოვლის პაციენტების (საწილს/სახლს მოქალაქეული ადამიანების) და მათი ახლობლების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება კვალიფიკური შინმოვლის მომსახურების მიწოდებით.

განსახორციელებელი ღონისძიებები:

- ბენეფიციარების სელექცია;
- სერვისების მიწოდება
- სამედიცინო მომსახურების მიწოდება: პრევენცია; დიაგნოსტიკა; სამკურნალო – სარეაბილიტაციო ღონისძიებები; მონიტორინგი.
- მრეველი მოვლა – ჰიგიენური პროცედურები;
- სოციალური მომსახურების მიწოდება: სოციალური პრობლემების იდენტიფიცირება და დახმარება მოგვარებაში, მოქმედების გეგმის შედგენა; საშუაველ მომსახურება.

პროგრამის მოსარგებლები:

- ქრონიკულად დაავადებული პაციენტები (უპირატესად ხანდაზმული ადამიანების ყველაზე მოწყვლადი ჯგუფებიდან);
- პაციენტები გამოჯანმრთელობის სტადიაში (ოპერაციის შემდგომი, ინსულტადატანიალური და ა.შ.);
- ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტები;
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები.



სოციალურად დაუცველი ოჯახების 2015
0 – 150 000 დაფინანსება

18 წლამდე მკვეთრად და მნიშვნელოვნად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის დახმარება 1 200 ლარით, წელიწადში სამჯერადად, 400–400 ლარის ოდენობით მათთვის, აგვისტოს და დეკემბრის თვეებში.
▶ 800 000 ლარი



სოციალური დაცვის პროგრამები 2015

▶ შშმპ. საზოგადოებაში ინტეგრაცია და სოციალური დაცვის ხელშეწყობა
400 000 ლარი



შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობის პროგრამა 2015

პროგრამის მიზანი:

- ▶ შშმ პირებში კულტური აქტივობების გაზრდა;
- ▶ შშმ პირებში ამაღლებული განათლების დონე;
- ▶ შშმ პირთა გაზრდილი მოტივაცია;
- ▶ შშმ პირთა საზოგადოებაში ინტეგრაცია.

განსახორციელებელი ღონისძიებები:

- ▶ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სხვადასხვა საჭიროებებისა და აქტივობების ხელშეწყობის უზრუნველყოფა. კერძოდ: შშმ პირებში კულტურულ-შემოქმედებითი ღონისძიებების განხორციელების ხელშეწყობა; შშმ პირთა განათლებისა და შექცევითი აქტივობების ხელშეწყობა; შშმ პირების სხვა საჭიროებებით უზრუნველყოფა.

პროგრამის მოსარგებლები: ქ. თბილისში რეგისტრირებული შშმ პირი.



მშენა: ახალი პროგრამა.

მოსწავლეების ხელოვნების სკოლებში სწავლის დაფინანსება”

18 წლამდე ასაკის 2500 მოსწავლის სწავლების ღირებულების ანაზღაურება არაუმეტეს 40 ლარისა თვეში, ხელოვნების სკოლების მიერ წარმოდგენილი შესრულებული სამუშაოს შესაბამისად.
სულ: 600 000 ლარი

რეზიუმე

ქ.თბილისის მუნიციპალიტეტის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამების მიმოხილვა-(2015წ)

ირ. შავლენიშვილი
(თსსუ)

შრომში განხილულია 2015 წლის ქ.თბილისის მუნიციპალიტეტის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამები.

SUMMARY

HEALTH AND SOCIAL CARE PROGRAMS REVIEW OF TBILISI MUNICIPALITY (2015).

I.PAVLENISHVILI
(Tssu)

In this work, health and social care programs of 2015 will be discussed.

18 წლამდე ასაკის 14 500 ბავშვის სწავლების ღირებულების ანაზღაურება სპორტული სკოლების და საცურაო აუზების მიერ წარმოდგენილი შესრულებული სამუშაოს შესაბამისად
სულ: 740 000 ლარი



სოციალურად დაუცველი ოჯახების 2015
0 - 70 000 დაფინანსება

▶ სახელმწიფო უმაღლესი სასწავლებლების სტუდენტების და მედიცინის რეზიდენტების 100%-ით დაფინანსება –
1 300 000 ლარი (მ.შ. პროფესიული 100 000 ლარი)



2015

- ▶ სოციალური დაცვის პროგრამების შეფასება
- ▶ და მუნიციპალური საავადმყოფოს და პოლიკლინიკის კონცეფციის შემუშავება
- ▶ 2016 წლის პროგრამული ბიუჯეტისათვის რეკომენდაციების შემუშავება
100 000 ლარი



სოციალურად დაუცველი ოჯახების 2015
0 – 150 000 დაფინანსება

▶ სოციალურად დაუცველი მკვეთრად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე უსინათლო პირთათვის დახმარება 900 ლარით, წელიწადში სამჯერადად.
სულ: 1 000 000 ლარი



2015

- ▶ წყალმომარაგების სისტემის მოწესრიგება თბილისის რაიონებში - **4 963 400 ლარი**
- ▶ დანგრეული საცხოვრებელი სახლების მაცხოვრებელთა კომპენსაცია - **3 661 100 ლარი**

ეთნიკური კათოლიციები ამერიკულ და კავკასიელთა კოკულაციებში

მ. ჰიკაშვილი, მერ.მ.დ., ე. აბზიანიძე, ბ.მ.დ., ც. ბიბინიშვილი, ბ.მ.დ., ე. იმნაძე, ბ.მ.დ.
თსსუ მოღვაწეული და სამედიცინო გენეტიკის დეპარტამენტი

დღევანდელი პერსონიზებული მედიცინა და საოჯახო მედიცინა, როგორც მისი პირველი რგოლი, ითხოვს სერიოზული პოპულაციური კვლევების ჩატარებას, რადგანაც სწორედ გარკვეულ ოჯახურ ჯგუფებში აღინიშნება ზოგიერთი ფართოდ გავრცელებული დაავადებებისადმი წინასწარი განწყობა და რისკი, რაც ზოგადად დამოკიდებულია ქორწინების ტიპებზე.

გენთა სისშირე პოპულაციებში დამოკიდებულია მოსახლეობის ინტენსიურ მიგრაციებზე, როგორც ეს დაიწყო, მაგალითად, ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჯერ კიდევ 200 წლის წინ. ამ მოვლენამ გამოიწვია ზოგიერთი გენის სისშირის შეცვლა იმ ქვეყნებში, საიდანაც მოხდა ემიგრაცია, და იმ ტერიტორიებზე, სადაც მოხდა მიგრანტთა დასახლება. ახალ ტერიტორიებზე მოხდა ზოგიერთი გენეტიკური დაავადების გავრცელება, რადგანაც ადამიანები უდღებთან ერთად, რელიგიური ან კასტური, კანის ფერის ან სხვა ისეთი კრიტერიუმის საფუძველზე, რაც ასეთ ასიმილირებულ ჯგუფებში ქმნის გარკვეულ გენეტიკურ ჩაკეტილობას. მცირერიცხოვან პოპულაციურ ჯგუფებში წარმოიქმნება გენეტიკური იზოლატები, სადაც იქმნება მემკვიდრული გენეტიკური ან მულტიფაქტორული დაავადებების აგრეგაცია. მით უმეტეს, რომ ზოგიერთ ეთნოსში ან რელიგიურ ჯგუფში დაშვებულია ახლონათესაური ქორწინება.

ქვეყნებში, სადაც მიგრაციის მაჩვენებლები ძალიან მაღალია – მაგ. აშშ, კანადა – მოხდა ზოგიერთი გენების სისშირის ზრდა და პოპულაციური ტვირთის წარმოქმნა. მიზეზი, როგორც ავღნიშნეთ, საწყის პოპულაციაში „დამფუძნებლის“ ეფექტი და, შემდეგ, ინბრედული ქორწინებაა.

კავკასიის პოპულაციებიც მაჩვენებელია იმისა, რომ გენთა სისშირე და „დრიფტი“ დამოკიდებულია სწორედ სხვადასხვა ეთნიკური ჯგუფების მრავალსაუკუნოვან თანაარსებობასა და ცხოვრებაზე.

აღსანიშნავია, რომ კავკასიელ მიგრანტებში აშშ-ში და ჩვენს ტერიტორიაზე აღინიშნება მსგავსი პათოლოგიების გავრცელება. ამიტომ, ჩავთვალეთ, ერთგვარი პარალელები დაგვედგინა, რადგანაც რისკის დადგენა მოსახლეობის გარკვეულ ოჯახურ და პოპულაციურ ჯგუფებში აუცილებელია დროული სადიაგნოსტიკო სკრინინგების ფასილიტაციისათვის და სათანადო პრევენციული რეკომენდაციების და ღონისძიებების ჩატარებისთვის.

მაგალითად, პორფირია ანუ პერიოდული დაავადება – ჰემოგლობინის ჰემის მეტაბოლიზმის მემკვიდრული დეფექტი, – გავრცელებულია აფრო-ამერიკული წარმოშობის ემიგრანტებში (მაიკლ ჯექსონი) და ჩვენთან ეთნიკურად სომეხ და ბერძენთა პოპულაციებში (გ. კუხანოვი, ზოგადი ქირურგიის კათედრა, 1972 წ., ლექცია და კლინიკური შემთხვევა).

ქისტოზური ფიბროზი (მუკოციციდოზი) – აშშ-ის თეთრკანიან მოსახლეობაში გვხვდება 13,500 სისშირით. შაგ-კანიანებში ის, პრაქტიკულად, არ არის. ჩვენთან ამ დაავადების სისშირე 12,000. აღსანიშნავია, რომ ამ დაავადების რეცესიული გენის ჯანმრთელი მატარებლები – ჰეტეროზიგოტები – არასოდეს არ ავადდებიან ტუბერკულოზით და ქოლერით. ეს მუტაცია ამ შემთხვევაში სასარგებლოა.

ზოგჯერ სრულიად ჯანმრთელების და მუტანტური გენის ჯანმრთელი ჰეტეროზიგოტების შემგუებლობა პოპულაციაში არაერთმნიშვნელოვანია. მაგალითად, ნამძღვრებურჯრელოვანი ანემიის დროს ან თალასემიის გენის მატარებლებს არასოდეს ემართებათ მალარია. ჯანმრთელები კი, ვისაც არ გააჩნიათ მუტანტური გენი, ამ დაავადებისგან დაცვულები არ არიან. ჰემოგლობინოპათიების სისშირე აშშ-ში 30% აღწევს ხმელთაშუა ზღვის მიგრანტებში, ხოლო ჩვენთან – 30%-ს აზერბაიჯანელთა პოპულაციაში.

ფენილკეტონურია აშშ-ში თეთრკანიანი მოსახლეობის დაავადებაა და ხშირია ირლანდიელ მიგრანტებში (კათოლიკეები, ინბრედული ქორწინება). ასევე კავკასიელ ემიგრანტებში სისშირე – 1:10,000. ამ დაავადების სისშირე კი ჩვენს პოპულაციაში თითქმის იგივეა.

თეი – საქსის დაავადება – ამერიკაში ებრაელ – აშქენაზებში 1:3,900 შემთხვევას აღწევს. და, საერთოდ ლიბოსომური დაავადებების სისშირე – ჰურლერის, შანტის, პომპეს და სხვა – სწორედ ამ ეთნიკურ ჯგუფში მაღალია სხვა ქვეყნებშიც, ჩვენთანაც (30%) ახლონათესაური ქორწინებების გამო.

აღცკაიმერის დაავადების სისშირე აშშ-ში 10-25%-მდეა აფრო-ამერიკელ და ესპანელთა ემიგრანტებში. დაავადების ეპიცენტრს წარმოადგენენ ქალები, რაც ამ დაავადებასთან ასოცირებული ცნობილი გენეტიკური განწყობის ფაქტორებთან არის დაკავშირებული. შობადობის ზრდა კი დღეს, სამწუხაროდ, აღცკაიმერის სინდრომის შემთხვევაში ზრდასთან არის დაკავშირებული. ყოველ 10 ახალშობილში მოსალოდნელია გარკვეულ ასაკში 1 აღნიშნული დაავადების შემთხვევა. საინტერესოა, რომ არსებობს აღცკაიმერის სინდრომთან ასოცირებული რისკ-დაავადებები – ჰიპერტონული დაავადება და შაქრიანი დიაბეტი. აფრო-ამერიკელებში – პირველია, ესპანელებში კი – მეორე. აშშ-ის კავკასიელ მიგრანტებში სისშირე შედარებით დაბალია – 5-8%. ჩვენთანაც – არ აღემატება ამ მაჩვენებელს.

პათოლოგიათა მაგალითები, რომელთა გავრცელება დამოკიდებულია გენეტიკურ და არაგენეტიკურ ფაქტორებზე, მრავალია. მათი სისშირე დამოკიდებულია, როგორც ზემოთ უკვე აღვნიშნეთ, „დამფუძნებლის“ ეფექტზე (გენის სისშირე საწყის პოპულაციაში), ქორწინების ტიპზე – ახლონათესაური ან ახლოეთნიკური და ბუნებრივ გადარჩევაზე. გადარჩევის დროს პოპულაციის შემგუებლობა განისაზღვრება სიცოცხლის უნარიანობით და გამრავლების ინტენსივობით.

ზოგჯერ მსგავს პირობებში მყოფი იდენტური გენოტიპების ინდივიდებში ვითარდება ფენოტიპური სხვაობა და გადარჩევის და რეპროდუქციის განსხვავებული ინტენსივობა და მაჩვენებლები. ზოგიერთი ალელი, რომელიც ზრდის გამრავლების სისშირეს აქვეითებს სიცოცხლის ხანგრძლივობას 5% ან 10%. პოპულაციის შემგუებლობა კი ამ დროს არ ზიანდება. ხანდახან კი შემგუებლობის მაჩვენებლები მუტანტური გენის მატარებელ ჰომოზიგოტებში (მაგ. ჰემოგლობინოპათიები) და ჯანმრთელ ინდივიდებში, რომლებსაც მუტანტური ალელები საერთოდ არ გააჩნიათ, დაქვეითებული აქვთ, რადგანაც ისინი ავადდებიან მალარიით. გადარჩევის ფაქტორს, ასევე წარმოადგენენ მრავალი სხვა დაავადებები – ტუბერკულოზი, კიბო, შაქრიანი დიაბეტი, და ა.შ.

მართალია, პოპულაციური გენეტიკა ჯერ, შედარებით, ახალგაზრდა მეცნიერებაა, ის ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგანაც ფართოდ გავრცელებული გენეტიკური და კომპლექსური დაავადებების მიზეზების დადგენა აუცილებელია დროული პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარებისათვის, როგორც ზოგად, ისე ოჯახურ პოპულაციაში. ოჯახური მედიცინის ეფექტურობა დღეს განისაზღვრება ადრეული დიაგნოსტიკით და სათანადო რეკომენდაციების შემუშავებით, რათა დროულად მოხდეს პოპულაციაში მძიმე შედეგების პრევენცია. ეპიდემიოლოგიურად საშიშ რეგიონებში, ოჯახური მედიცინა უნდა იყოს ის პირველადი რგოლი ჯანდაცვის სისტემაში, რომელიც რისკის დადგენის შემთხვევაში სწორად წარმართავს სიტუაციას და თავიდან ააცილებს მოსახლეობას მრავალ მოსალოდნელ პრობლემებს.

რეზიუმე: მეკვიდრული დაავადებების გავრცელებას ხელს უწყობს ზოგჯერ ის ფაქტორები, რომლების დაკავშირებულია მათ ოჯახურ ან ეთნიკურ ტრადიციებთან. ქორწინების ტიპები – ახლონათესავე ან ახლოეთნიკური – ხდება ხშირად ზოგიერთ ეთნიკურ (ან რელიგიურ) ჯგუფებში მძიმე შედეგების მქონე დაავადებების გავ-

რცელების მიზეზი. მოსახლეობას უნდა მიეცეს სწორი რეკომენდაციები, რათა თავიდან ავიცილოთ მათ ოჯახებს მძიმე გენეტიკური ტვირთი, აგრეთვე, დავაქვითოდ მეკვიდრული პათოლოგიების სისშირე მათ პოპულაციაში.

ლიტერატურა:

1. Медицинская генетика, Е. Я. Грефанина и соавт., ВСИ „Медицина“, 2012.
2. Медицинская генетика, Н. П. Боков, „ГЭОТАР – Медицина“, 2010.
3. Клиническая генетика, Н. П. Боков, „ГЭОТАР – Медицина“, 2008.
4. Генетика человека, В. И. Иванов, Москва, ИКЦ – „Академкнига“, 2006.
5. Генетика человека с основами медицинской генетики, Э. Д. Рубан, ООО „Феникс“, 2012.
6. Биология с основами медицинской генетики, Л. В. Акуленко, И. В. Угаров, „ГЭОТАР – Медиа“, 2010.
7. Genetics in Medicine, Seventh edition, R.L. Nussbaum at all, Thompsons & Thompsons, 2007.
8. Медицинская генетика, Р.Л. Ньюсбаум и соавт., „ГЭОТАР – Медиа“, 2010.
9. „სამედიცინო გენეტიკა“, გამომც. „თორი“, 2010.

რეზიუმე

ეთნიკური პათოლოგიები ამერიკულ და კავკასიელთა პოპულაციებში

მ. ჭიპაშვილი, მდ.მ.დ. ე. აბიანიძე, ბ.მ.დ., ც. გიბინეიშვილი, ბ.მ.დ., ე. იმნაძე, თსსუ, მოლეკულური და სამედიცინო გენეტიკის დეპარტამენტი

არსებობს გარკვეული შემთხვევები, როდესაც მეკვიდრული დაავადებების გავრცელება დაკავშირებულია ოჯახთან ან ეთნიკურ ტრადიციებთან. ქორწინების ტიპი – ახლო ნათესავეებსა და ეთნიკურს ჯგუფებში – შეიძლება გახდეს სერიოზული დაავადებების გავრცელების მიზეზი გარკვეულ ეთნიკურ და რელიგიურ ჯგუფებში. სწორი რეკომენდაციების წინასწარმა გათვალისწინებამ შეიძლება ოჯახები მძიმე გენეტიკური ტვირთისგან იხსნას და მოსახლეობაში მეკვიდრული დაავადებების გავრცელების სისშირე შეამციროს.

SUMMARY

ETHNICAL PATHOLOGIES IN AMERICAN AN CAUCASIAN POPULATIONS

M.CHIPASHVILI, MD. E.ABZIANIDZE, MD. C.GIGINEISHVILI, MD E.IMNADZE
Department of molecular and medical Genetics, Tssu

There are certain cases when spreading of the hereditary diseases are associated with family or ethnic traditions. Type of marriage – between close relatives or close ethnicity groups - can be a reason for the spreading of serious diseases in certain ethnic (or religious) groups. Provision of the proper recommendations to the population would save the families from the heavy genetic burden, as well as decrease the frequency of hereditary disease in population.

მონოგიგოტური ტყუპები, დისკონკორდანობა და ლაავალებები

დ. ცხომელიძე, მ. აბისონაშვილი, მ. მერკვილაძე
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა პოსტნატალურ პერიოდში მონოზიგოტურ ტყუპისცალებს შორის ისეთი განმასხვავებელი ნიშან-თვისებების დადგენას, რომელიც მომავალში დაინტერესებულ პირთა მხრიდან გააადვილებდა მათ უკეთ ამოცნობის პროცესს და ექსტრემალურ პირობებში ხელს შეუწყობდა ამ მიმართულებით შეცდომის დაშვების ალბათობის შემცირებას. ასევე დიდ ინტერესს იწვევდა იდენტურ ტყუპებში ზოგიერთი დაავადების გავრცელების თავისებურების შესწავლა და ანალიზი.

ჩვენს კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 8 მონოზიგოტური ტყუპების წყვილმა, მათმა მშობლებმა და მეგობრებმა. შევადგინეთ სპეციალური კითხვარი, რომელიც შედგებოდა 25 კითხვისაგა. პასუხების საფუძველზე და-

ვაფიქსირეთ მეტად საინტერესო მონაცემები, როგორც დაავადებების გავრცელების თვალსაზრისით, ასევე ტყუპებს შორის განსხვავების არსებობის შესახებ. რვავე შემთხვევაში ძირითად განმასხვავებელ ნიშნებად მშობლები ასახელებდნენ ხალის და 2კოკროჭინის არსებობას, ხმის ტემბრს, სიარულის მანერას, თვალის ჭრილი, სახის ფორმას (8-დან 6შემთხვევაში „უმცროს“ ტყუპისცალს უფრო ფართო სახე აქვს, ვიდრე „უფროსს“). ხალის, როგორც განმასხვავებელი ნიშნის არსებობა, 8-დან 7 ტყუპში დასახელდა, ხოლო 1შემთხვევაში 2კოკროჭინის არსებობა. გარდა ამისა, ერთერთ შემთხვევაში (26წლის გოგონები), პირველი ტყუპისცალი ძვალმსხვილი, ათლეტური აღნაგობის იყო, ხოლო მეორე ტყუ-

პისცალის აღნაგობა ნორმოსთენიულ კონსტიტუციურ ტიპს შეესაბამებოდა. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ გამოიკვეთა დისკორკორანტობა ზოგიერთი ნიშნის (ხალის, დამატებითი დვრილის) მემკვიდრულ გადაცემაშიც. ორ შემთხვევაში ხალი, მამის მხრიდან გადაეცა მხოლოდ მეორე ტყუპისცალს მემკვიდრეობით, ხოლო მესამე წყვილი ტყუპების შემთხვევაში აღინიშნება პოლითელი-მესამე, დამატებითი დვრილი, ლოკალიზებული მარჯვენა პარასტერულ ხაზზე მეშვიდე ნეკნის დონეზე, რომელიც პირველ ტყუპისცალს გადაეცა მემკვიდრეობით მამისგან. როგორც ცნობილია, ასეთი ნიშანი გადაეცემა აუტოსომურ-დომინანტური გზით. შესაბამისად, შეგვიძლია გავაკეთოთ დასკვნა, რომ აღნიშნული ატავიზმის ჰეტეროზიგოტური გენის მტარებელი მამისგან შვილებს მემკვიდრეობით ავლელთა სხვადასხვა კომბინაციები გადაეცათ. განხილული შემთხვევებიდან გამომდინარე, საკმაოდ ძნელია ვიმსჯელოთ რაიმე კანონზომიერების არსებობაზე მშობლისგან უპირატესად რომელიმე ტყუპისცალისთვის ნიშნის გადაცემის თაობაზე.

გამოკითხვისას დაფიქსირდა ორი მსგავსი შემთხვევა, როდესაც ერთერთი ტყუპისცალის ავადმყოფობის დროს დედამ შეცდომით მეორეს მისცა მედიკამენტი (3წ. და 4წ. ასაკში), ხოლო ერთ შემთხვევაში დედამ უკვე დანაყრბულ ტყუპისცალს შეცდომით მეორედ აჭამა. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ყურადღება გავამახვილოთ თითოეული ტყუპისცალის იმუნიტეტზე, ორგანიზმის რეზისტენტობის უნარზე ინფექციური აგენტების მიმართ. აღსანიშნავია რამდენიმე შემთხვევა: პირველ შემთხვევაში (10წლის ტყუპები, მამრ.) ანამნეზში ორივეს აღენიშნებოდა მწვავე მენინგიტი. მიუხედავად იმისა, რომ პირველივე სიმპტომების გამოვლენისას (რომელიც გამოვლინდა პირველ ტყუპისცალს – ტემპ.38,8) მეორე ტყუპისცალი მაშინვე იზოლაციაში მოაქციეს, სკვირის შემდეგ მეორე ტყუპისცალიც დაავადდა იგივე დაავადებით. 3,5 წლის ასაკში მეორე ტყუპისცალს გაკეთებული აქვს ტონზილექტომია. მეორე შემთხვევაში (8წლის ტყუპები, მამრ.) პირველი ტყუპისცალი ჰერპეს ვირუსის მტარებელი აღმოჩნდა, ვაცინების პირველივე სიმპტომების გამოვლენისას უჩნდება ჰერპესისთვის დამახასიათებელი წვრილბუშტუკოვანი გამონაყარი. ოჯახურ ანამნეზში ჰერპეს ვირუსის მტარებლობას არ აღნიშნავენ, თუმცა შესაძლოა რომელიმე მშობელი ინფექციის ლატენტური მტარებელი იყოს. მესამე შემთხვევაში (13 წლის ტყუპები, მამრ.) მეორე ტყუპისცალს ანამნეზი შედარებით დამძიმებულია ნეონატალური პერიოდის დანეგ. ახალშობილს აღენიშნებოდა ოვალური ხერხელის დაუ-

ხერხელობა, რის გამოც ოვალური ხერხელის საორიენტაციო წერილზე პოვემდე იხმინებოდა შუილი. გარდა ამისა, სისხლში აღენიშნება მომატებული თმ-ის დონე, რის გამოც ახორციელებენ მუდმივ მონიტორინგს. მეოთხე წყვილი ტყუპის შემთხვევაში (26წ. მდედრ.) მეორე ტყუპისცალს ულტრაბერითი კვლევით დაუდგინდა ორმხრივი ქრონიკული ოფორიტი.

აგრეთვე აღმოჩნდა სხვადასხვაობა ხასიათშიც. 8-დან 7ტყუპის შემთხვევაში მშობლები და მეგობრები აღნიშნავდნენ, რომ შედარებით მშვიდი და გაწონასწორებული ხასიათის მქონე პირველი ტყუპისცალი იყო, ხოლო მეორე შედარებით ფიცხი და ჯიუტი. საკვარაუდოდ, ხასიათის ასეთი ცვლილება შესაძლოა განპირობებული იყოს მშობიარობის პროცესში დედის მიერ განცდილი სტრესით და ტკივილის შეგრძნებით, რომელიც ტრანსფორმირდება ნერვულ იმპულსებად. აღნიშნული იმპულსები გადაეცემა და უფრო ხანგრძლივად მოქმედებს მეორე ტყუპისცალზე, რადგან უფრო დიდხანს იმყოფება საშვილოსნოში (ვიდრე არ დასრულდება პირველ ნაყოფზე მშობიარობის მეორე პერიოდიც).

რაც შეეხება ხელწერასა და თითის ანაბეჭდებს, ხელწერის გარჩევა თითქმის ყველა შემთხვევაში შესაძლებელია ერთმანეთისგან. ხოლო თითის ანაბეჭდები ნშემთხვევაში არ იცოდნენ ემთხვეოდა თუ არა ერთმანეთს, ერთ შემთხვევაში (22წ. მდედრ.) არ ემთხვევა ერთმანეთს და ერთ შემთხვევაში (20წ. მდედრ.) თითის ანაბეჭდი ემთხვევა ერთმანეთს. კვლევის დროს, 8-დან 1შემთხვევაში დაფიქსირდა საკმაოდ საინტერესო ფაქტ: ტყუპებს (20წლის, მდედრ.) ბავშვობაში ჰქონდათ თავისი სასაუბრო ენა, რომლის საშუალებითაც ეკონტაქტობდნენ ერთმანეთს და რა თქმა უნდა მხოლოდ მათ იცოდნენ თითოეული ექსტიკულაციის თუ მიმიკის მნიშვნელობა. ერთ შემთხვევაში (8წ. მამრ.) ორივე ტყუპისცალს მარცხენა ყურზე აღენიშნებოდა რუდიმენტული წანაზარდი – დარვინის ბორცვი. არსებობს თეორია, რომლის თანახმადაც აღნიშნული ნიშანი მემკვიდრეობით გადაეცემა აუტოსომურ-დომინანტური გზით ან არსებობს გენში და არ გამოვლინდეს. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ მშობლებიდან არც ერთს არ აღენიშნება მსგავსი წანაზარდი, ხოლო შვილებში ორივე ტყუპისცალში გამოვლინდა.

ლიტერატურა:

1. Nessa Carey_ The Epigenetic Revolution-2011 p.75-97
2. Tskhomelidze, M. Abisonashvili, D. Chakhunashvili _ social, ecological and clinical pediatrics – 2013. P.89-90.

რეზიუმე

მონოზიგოტური ტყუპები, დისკონკორდანტობა და დაავადებები

დ. ცხომელიძე, მ. აბისონაშვილი, მ. მერკვილაძე
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ჩვენს მიერ ჩატარებული გამოკვლევის მიხედვით, მართლაც არსებობს საკმაოდ დიდი განსხვავება მონოზიგოტურ ტყუპისცალებს შორის. ასევე საინტერესოა ისეთი დაავადებების გავრცელებანი იდენტურ ტყუპებში, როგორებიცაა ოფორიტი, ჰერპესი, მენინგიტი და ა.შ. ცალკე ინტერესის სფეროა ორივე იდენტური ტყუპის მარცხენა ყურზე „დარვინის ბორცვის“ არსებობა ან ტუპუს დამატებითი დვრილის გაჩენა ერთერთი ტყუპისცალი გოგონას სხეულზე. უფრო მეტიც, მიღებული მონაცემები ალბათ უფრო საინტერესო უნდა იყოს ეპიგენეტიკური თვალსაზრისითაც.

SUMMARY

MONOZYGOTIC TWINS, DISCONCORDANCE AND THE DISEASES

D. TSKHOMELIDZE, M. ABISONASHVILI, M. MERKVILADZE
Tbilisi State Medical University

We established that there is a big discordance rate in monozygotic twins, which we have studied. As concern diseases we have got some interesting results by this direction. For example, in the monozygotic twins (age 26, female) one of them had oophoritis and the other one hadn't. In another pair of twins, in both of boy we discovered Darwins tubercle on the left ears.

ნუტრიგენომიკა – საკვები ნივთიერებების გავლენა გენების ექსპრესიაზე

მ.ჭიპაშვილი, ე.იმნაძე, ც.გიბინიშვილი.

თსუ სამედიცინო და მოლეკულური გენეტიკის დეპარტამენტი

ადამიანის გენომის გაშიფვრის შემდეგ დაიწყო ინტენსიური კვლევა დაავადებაზე პასუხისმგებელი გენების ექსპრესიის ნორმალიზაციაზე საკვები პროდუქტების გავლენით. ასე გაჩნდა ნუტრიგენომიკა – მეცნიერება, რომელიც სწავლობს საკვების გავლენას გენების ექსპრესიაზე. იგი გულისხმობს მძიმე და ქრონიკულ დაავადებების დასაძლევად და პრევენციისთვის არა სამკურნალო საშუალებების გამოყენებას, არამედ ჯანმრთელი ცხოვრების წესს და პერსონალიზებულ დიეტას [1]. ორგანიზმის ჰარმონიული განვითარებისათვის საჭირო ძალიან რთული მეტაბოლური და ფიზიოლოგიური პროცესების რეგულაციაში მნიშვნელოვანია გარემო ფაქტორები, განსაკუთრებით საკვები [2].

ნუტრიგენომიკის ამოცანაა გენეტიკური ტესტირების საფუძველზე, მეცნიერულად დასაბუთებული, ოპტიმალური კვების რეკომენდაციების შემუშავება ინდივიდის დეტალური გენომის, სტრუქტურის, ლიპიდების მეტაბოლიზმის, ვიტამინ B-ს, ფოლიუმის მუავას, Ca, ინსულინის სტატუსის და სხვ. გათვალისწინებით [3,8].

მუტანტურ გენი შეაფერხებს თუ არა ნორმალური გენის აქტივობას, დამოკიდებულია საკვებზე და ცხოვრების წესზე. მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ ჩვენს ყოველდღიურ რაციონში არსებული „ბუნებრივი მედიკამენტები“ როგორ მოქმედებენ გენების ექსპრესიაზე. ნებისმიერი პროდუქტი, რომელსაც საკვებად ვიყენებთ, განსხვავებული რაოდენობით შეიცავს ამ ნივთიერებებს. ვინაიდან, ჯერჯერობით მედიცინას არ შეუძლია მუტანტური გენის შეცვლა, ამიტომ საკვებში არსებული და გენის აქტივობაზე მოქმედი ნივთიერებების მიზანმიმართული გამოყენებით შეიძლება „საშიში“ ან დაზიანებული გენის „გამორთვა“ და ჯანმრთელი გენის გააქტიურება. დღეისათვის 20 პროდუქტში აღმოჩენილია გენის ექსპრესიის მოდულატორები. ამ სიის ფავორიტები არიან მწვანე ჩაი, ბროკოლი, ყურძენი და პომიდორი [3,8].

წითელი და შავი ყურძნის კანსა და წიპწების შედგენლობაში არსებული რესვერატროლი, მცენარეული პიგმენტი ანტოციანი და პროარტოციანიდები გენის ექსპრესიის ძლიერი მოდულატორებია. ისინი არა მარტო ამცირებენ სიმსივნით დაავადების რისკს, არამედ თრგუნავენ სიმსივნური უჯრედების გამრავლებას და მეტასტაზების წარმოქმნის უნარს, აძლიერებენ იმუნიტეტს. ამერიკელმა მეცნიერებმა კენტუკის უნივერსიტეტიდან ყურძნის წიპწებიდან გამოიყვეს ფლავონოიდების ჯგუფის ნივთიერება, რომელიც ლეიკემიის სამკურნალოდ გამოიყენება. რესვერატროლი გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადების გამომწვევი გენების ინჰიბიტორსაც წარმოადგენს. მის დღიურ დოზას შეიცავს ყურძნის სამი მტევანი ან 120გ ყურძნის წვენი, განსაკუთრებით – შავი [4,2].

ფილადელფიის და დეტროიტის ონკოლოგიური ცენტრის მკვლევარების მონაცემებით სიმსივნის პროფილაქტიკაში მნიშვნელოვანია პომიდორის ნივ-

თიერება ლიკოპინი, რომელიც შლის სიმსივნურ უჯრედებს და აქვეითებს მეტასტაზების წარმოქმნის უნარს [3,4]. ლიკოპინი იხსნება ცხიმში, ამიტომ შეთვისებისათვის მცენარეულ ცხიმთან ან ყველთან ერთად უნდა იქნეს მიღებული.

მწვანე ჩაი შეიცავს ძლიერ ანტიოქსიდანტს – ეპიგალკინს. ეპიგალკატეხინ-3-გალატი (EGCG), რომელიც მწვანე ჩაის მთელი პოლიფენოლების 50-80%-ს შეადგენს. იგი ააქტიურებს ჯანმრთელ გენს. EGCG-ით მდიდარია ჩაის ნაზი, 5-6 ფოთლიანი ღუეები. ჯანმრთელი გენის ექსპრესიის გააქტიურებისათვის საჭიროა დღეში 5-6 ფინჯანი ჩაის ან 300-400გ ბროკოლის მიღება [4].

სამსრეთ კაროლინის სამედიცინო უნივერსიტეტის მკვლევარების [6,7] მონაცემებით, ნიორის შედგენლობაში არსებული ორგანული სულფიდები – Diallyl sulfide (DAS), Diallyl disulfide (DADS) და Diallyl trisulfide (DATS) ააქტიურებენ ე.წ. სტრესულ კინაზა p38 MAPK, IUNK1-ს და ცისტინური უჯრედების სწრაფ აპოპტოზს იწვევენ. ნიორის სულფიდი ტკიპაცრემონენე წარმოადგენს სიმსივნური უჯრედების საიმედო „ქილერს“. იგი კიბოს უჯრედების ზრდისა და სიცოცხლისუნარიანობის განმსაზღვრელი ძნელად მოსახელთებელი Bcl-2, cIAP/2, XIAP, iNOS, COX-2 გენების ინჰიბიტორია და ამავედროულად ააქტიურებს სიმსივნის აპოპტოზის გამომწვევ Bax, caspase-3, PARPP გენებს [5,7].

გენეტიკური დარღვევები დროს უმეტეს შემთხვევაში ადგილი აქვს ერთნუკლეოტიდიან პოლიმორფიზმებს – შ . ისინი გამოიწვევენ თუ არა დაავადებებს, გარემოზედაც არის დამოკიდებული. შესაბამისად, გენები და გარემო ფაქტორები დაავადების მიზეზია. არც იშვიათად ვისმენთ, რომ ზოგი მწველი ჯანმრთელად გრძობს თავს ღრმა მოხუცებულობის ასაკშიც, ე.ი. გამოდის, რომ მწველობა არც ისე საშიშია ჯანმრთელობისათვის. მაგრამ ამ პრობლემას თუ ეპიგენეტიკის პოზიციებიდან გადაანალიზებთ, პასუხს ადვილად ვიპოვით: მოწვევა უდაოდ მავნებელია, მაგრამ მავნებლობის ხარისხი დამოკიდებულია ორგანიზმის პოლიმორფულობის სტატუსზე [1,4,7].

საკვებ ნივთიერებებს შეუძლიათ შეცვალონ ეპიგენეტიკური ფენომენი, როგორცაა დნმ-ის მეთილირება და ჰისტონების მოდიფიკაცია, და ამ გზით იმ გენების ექსპრესია, რომლებიც განაპირობებენ ფიზიოლოგიურ და პათოგენურ პროცესებს. მათ შორის: ემბრიონულ განვითარებას, დაბერებას და კანცეროგენეზს [3]. საკვების ბიოაქტიური კომპონენტები გავლენას ახდენენ ეპიგენეტიკურ ფენომენზე ან პირდაპირი ზემოქმედებით ფერმენტებზე, რომლებიც აკატალიზებენ დნმ-ის მეთილირებას ან ჰისტონების მოდიფიკაციას, ან ამ ფერმენტების აქტივობისათვის აუცილებელ სუბსტრატებზე მოქმედებენ. ნუტრიციული ეპიგენეტიკა წარმოადგენს ეფექტურ საშუალებას, გარ-

კვეული პედიატრიული დაავადებების, სიმსივნეების და დაბარების პროცესების პრევენციისათვის [3,8]. უკანასკნელ წლებში ეპიგენეტიკა გახდა განსაკუთრებით აქტიური ისეთ დაავადებებთან მიმართებაში, როგორცაა მე-2 ტიპის შაქრიანი დიაბეტი, სიმსუქნე, ანთება და ნეიროკოგნიტიური პათოლოგიები. ამჟამინდელი ცოდნა ნუტრიციულ ეპიგენეტიკაში მწირია. საჭიროა შემდგომი კვლევები, რათა უკეთ გავიგოთ საკვების ბიოაქტიური კომპონენტების ეპიგენეტიკური მექანიზმების მოდიფიკაციების მნიშვნელობა ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და დაავადებების პრევენციისათვის.

ლიტერატურა:

1. ტომპსონი და ტომპსონი გენეტიკა მედიცინაში, 2008. გვ. 445-495.
2. Yamka RM et al. Identifi cation of genes related to obesity in dogs. FASEB J 2007. 21:28.4.
3. Курашвили В.А. Воздействие внешней среды на гены человека. //Ж. Спортивные инновации. №7. 2012. с.20-23.
4. Лисик О. О нутригенетике . М., 2011. с. 65-84.
5. Peter Spork Der zweite Cod. EPIGENETIK oder: Wie wir unser Erbgut steuern können 2012. 270:235-261.
6. Heo and Sung Science 2011. 337: 76-79.
7. Spannhoff et al. EMBO Reports. 2011. 12: 238-243.
8. Hessa Keri EPIGENETICKS, 2012. 319-330.

რეზიუმე

ნუტრიგენომიკა. საკვები ნივთიერებების გავლენა გენების ექსპრესიაზე

მ.ჭიპაშვილი, ე.იმნაძე, ც.გიგინეიშვილი.

ოსსუ სამედიცინო და მოლეკულური გენეტიკის დეპარტამენტი

ნუტრიგენომიკა სწავლობს საკვების გავლენას გენების ექსპრესიაზე. იგი მიიმე და ქრონიკულ დაავადებების დასაძლევად და პრევენციისთვის სამკურნალო საშუალებების გამოყენების ნაცვლად გეთავაზობს ჯანმრთელი ცხოვრების წესს და პერსონალიზებულ დიეტას. 20 სახის საკვებ პროდუქტებში აღმოჩენილია გენის აქტივობაზე მოქმედი ნივთიერებები და 19 გენი, რომლებიც გავლენას ახდენენ შინაგანი ორგანოების მუშაობაზე (ანტიოქსიდანტების შეთვისება, ანთებითი პროცესებისადმი მიდრეკილება, ინსულინისადმი მგრობობელობა). კვება ყველაზე მოკლე გზაა გენების ექსპრესიის რეგულაციისთვის. ამიტომ საჭიროა უკეთ შევისწავლოთ საკვების ბიოაქტიური კომპონენტების მნიშვნელობა ეპიგენეტიკური მექანიზმების მოდიფიკაციის გზით ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და დაავადებების პრევენციაში.

SUMMARY

NUTRIGENOMICS _ INFLUENCE ON GENES EXPRESSION

*M. CHIPASHVILI, E. IMNADZE, C. GIGINEISHVILI
Department of Molecular and Medical Genetics of TSMU*

Nutrigenomics _ studies the influence of food on gene expression. Instead of using drugs for the treatment and prevention of severe and chronic disease. Nutrigenomiks offers healthy lifestyle and personalized diet. Food is the shortest way to regulate gene expression. Ingredients that influence gene expression were identified in 20 types of food and there are about 19 genes that influence proper functioning of internal organs (absorption of antioxidants, tendency for inflammation, sensitivity to insulin). food is the shortest way to regulate gene expression.

საშარდე გზების ინფექცია ბავშვთა ასაკში

*ზენაიშვილი ბ., ცანავა მ., კვიციანი ნ., კვიციანი დ., აბულაძე თ., ჩიტაია ბ.
ი.ციციშვილის სახელობის ბავშვთა „ახალი კლინიკა“*

დეფინიცია. საშარდე გზების ინფექცია გულისხმობს ბაქტერიების სიგნიფიკანტური რაოდენობის არსებობას შარდში პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის მითითების გარეშე. იგი კრებითი ცნებაა და მოიცავს ბაქტერიებით გამოწვეულ ანთებით ცვლილებებს როგორც ქვემო (ცისტიტი), ისე ზემო საშარდე გზებში (პიელონეფრიტი)(1,8,9).

კლასიფიკაცია. არჩევენ გაურთულებელ და გართულებულ სგი-ს. გაურთულებელია არაობსტრუქციული სიმპტომური ან ასიმპტომური ბაქტერიურია გართულებულად ითვლება ობსტრუქციის ან ნეიროგენული შარდის ბუშტის ფონზე განვითარებული ინფექცია. ამავე ჯგუფში შედიან 3 თვემდე ასაკის ბავშვები ინფექციის სწრაფი გენერალიზების შესაძლებლობის გამო.

ეტიოლოგია. საშარდე გზების ინფექცია ენდოგენური ანუ ორგანიზმის ჩვეულებრივი ნაწლავური ფლორითაა განპირობებული. შემთხვევათა 90%ში და-

ავადების გამომწვევი Escherichia coli-ს(3,15,18), რომლის რეზერვუარიც ნაწლავის სანათურია. დანარჩენ შემთხვევაში ინფიცირების მიზეზი შეიძლება იყოს Klebsiella, Proteus, Enterococcus, Staphylococcus, Pseudomonas aeruginosa და სხვა(17). ახალშობილებში ინფექცია ვრცელდება პეპტოგენურად, შემდგომ ასაკში აღმავალი გზით.

ეპიდემიოლოგია. დადგენილია, რომ სგი-ს სიხშირე დაახლოებით 7%-ს შეადგენს. სგი-ს გავრცელება საგრძნობლად მაღალია თეთრკანიან და წინადაცვეთის არმქონე ვაუებში, ხოლო 2წლამდე ასაკის ბავშვებში, რომელთაც აღენიშნება ცხელება >39და მეტი სგის გავრცელება 16%-შეადგენს. (1,2,3)

დიაგნოსტიკა. საშარდე გზების ინფექციის ძირითადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი ჭეშმარიტი, ანუ სიგნიფიკანტური ბაქტერიურიაა(6,9).

კლინიკა. სგი-ის კლინიკური სიმპტომატიკა ძალზე სპეციფიკურია პაციენტის ასაკის გათვალისწინე-

ბით (3,6,9).ახალშობილებში სახეზეა სეპტიური მდგომარეობა არასტაბილური ცხელებით.ყურადღებას იპყრობს აგზნება ან ლეთარგია, მაღის დაქვეითება, ღებინება,სიყვითლის გახანგრძლივება (2,17).

სასკოლო ასაკის ბავშვებში საშარდე გზების ინფექცია ვლინდება კლინიკური ნიშნებით, რაც ექიმს ეხმარება ინფექციის ლოკალიზაციის დადგენაში. ყველაზე ხშირი ნიშნებია დიზურია, ხშირი შარდვა, მოშარდვის იმპერატიული სურვილი, შარდის შეუკავებლობა, შარდის მძაფრი სუნი ცხელება, მუცლის გვერდითი მიდამოსა და წელის ტკივილი(3,9).

სგი-ის ლოკალიზაციის დასადგენად მიზანშეწონილია შემდეგი რეკომენდაციების გათვლისწინება:

ბუშტის ინფექცია

მწვავე დიზურიული მოვლენები, ტემპერატურა < 38.5.გრადუსი „C“-რეაქტიული ცილა < 20 მგ/ლ, პროკალციტონინი <0,5ნგ/მლ

თირკმლის ინფექცია ტემპერატურა > 38.5.გრადუსი ხშირად 40გრადუსამდე, „C“-რეაქტიული ცილა >40 მგ/ლ პროკალციტონინი >0,5ნგ/მლ

მკურნალობა

საშარდე გზების ინფექციის მკურნალობის მიზანია ბაქტერიების ელიმინაცია, ურო-სეფსისის პრევენცია და თირკმლის დაზიანების რისკის შემცირება.

პირველადი ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე ექიმმა სგი-ზე ეჭვის დროს უნდა გაითვალისწინოს თუ ვინ საჭიროებს ინტრავენურად სითხეების ინფუზიას, ვისთვისაა აუცილებელი ანტიბიოტიკების პარენტერალური შეყვანა და ვინ უპასუხებს ეფექტურად ორალურ ანტიბიოტიკებს. 3 თვემდე ასაკის ბავშვები თირკმლის დაზიანების მაღალი რისკის გამო განსაკუთრებულ მეთვალყურეობას საჭიროებენ (3,9). რეკომენდებულია, რომ სგი-ზე ეჭვის დროს პაციენტი ემპირიულად უნდა იყოს ნამკურნალევი ანტიბიოტიკებით ბაქტერიოლოგიური კვლევისთვის შარდის წინასწარი აღების შემდეგ. ანტიბიოტიკების დროული გამოყენება ამცირებს თირკმლის ნაწიბურის განვითარების რისკს (13). ანტიბიოტიკების შერჩევისას გათვალისწინებული უნდა იყოს მიკრობთა რეზისტენტობა.

საერთაშორისო რეკომენდაციების მიხედვით (3,9,19) საშარდე გზების ინფექციის მკურნალობის ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპიაში მაღალი ეფექტურობითა და პირველი რიგის პრეპარატებად მიჩნეულია მესამე გენერაციის ცეფალოსპორინები (ცეფპოდოქსიმი, ცეფიქსიმი, ცეფდიანირი, ცეფტიზოქსიმი, ცეფტოქსიმი, ცეფტრიავსონი,) (9,19). ეფექტურობით გამოირჩევა ფტორქინოლონები(ც,მაგრამ ისინი რეკომენდირებულია, როგორც სარეზერვო ანტიბიოტიკი, (7)

ცისტიტის მკურნალობა ტარდება პერორალური ანტიბიოტიკებით 3-5 დღის მანძილზე. 2 წლამდე ასაკის ბავშვებს ცხელებით მიმდინარე საშარდე გზების ინფექციის (პიელონეფრიტის) დროს ან რეციდივის შემთხვევაში მკურნალობა უტარდებათ 10-14 დღის მანძილზე (3,8,9). ანტიბიოტიკების შეყვანის გზა უნდა შეირჩეს პაციენტების მდგომარეობის გათვალისწინებით.

სგი-ის დროს პერორალურად შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს: სულფომეტოქსაზოლი და ტრიმეტოპრიმი, ამოქსიცილინი, ამოქსიცილინი/კლავულანის მკა-

ვა, ცეფალექსინი, ცეფიქსიმი, ცეფპოდოქსიმი, ნიტროფურანტონი და სხვა.

*ნიტროფურანტონი, სულფომეტოქსაზოლი და ტრიმეტოპრიმი-6 კვირამდე ასაკის ბავშვებში არ გამოიყენება

სგი-ის დროს პარენტერალურად შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს: ცეფტრიავსონი ან ცეფოტაქსიმი, ცეფტაზიდიმი, ამპიცილინი, გენტამიცინი(3,9,10)

საშარდე გზების ინფექციის პროფილაქტიკის (ქიმიოპროფილაქტიკა) მიზანია ხანგრძლივი დროის მანძილზე იქნეს შენარჩუნებული მიღწეული თერაპიული ეფექტი და შარდის სტერილობა. ამისათვის რეკომენდებულია ანტიბაქტერიული პრეპარატების (ნიტროფურანტონი, ტრიმეტოპრიმი) თერაპიული დოზის 1/4-1/5 გამოყენება დღეში ერთხელ, ძილის წინ, უკანასკნელი მოშარდვის შემდეგ. პროფილაქტიკის ასეთი რეჟიმი მინიმუმამდე ამცირებს გვერდით ეფექტებს და არ იწვევს ენტერალურ დისბიოციენოზს (3,9). პროფილაქტიკა აუცილებელია ბავშვებისათვის საშარდე სისტემის ორგანოთა ანომალიებით და მორეციდივე ინფექციით, რისი მაჩვენებელიცაა ინფექციის 3ეპიზოდი 1 წლის მანძილზე. პროფილაქტიკური თერაპიის ხანგრძლივობა ამ შემთხვევაში 6 თვემდე და მეტია. ხშირად საჭირო ხდება თანხლები შარდის ინფექციის დისფუნქციის კორექცია მედიკამენტებით და მოშარდვის რეჟიმის შემუშავება. ბავშვებს ვეზიკო-ურეთერალური რეფლუქსით, პროფილაქტიკა უტარდებათ ხანგრძლივად, რეფლუქსის გაქრობამდე (7)

დღემდე საკამათო რჩება ე.წ. ასიმპტომური ბაქტერიურიის ანტიმიკრობული მკურნალობის საკითხი. ვინაიდან ასიმპტომური ბაქტერიურიის დროს თირკმლის ნაწიბურის განვითარების რისკი მინიმალურია, ხოლო პროფილაქტიკა არ ამცირებს ინფექციის პერსისტირების რისკს, ასიმპტომური ბაქტერიურია ანტიბაქტერიულ პროფილაქტიკას და თერაპიული მოკლე კურსების ჩატარებას არ საჭიროებს (9,10)

კოხრეინის ლაბორატორიის მონაცემების საფუძველზე ევროპის უროლოგთა ასოციაცია (EAU) რეკომენდაციას უწევს შტოშის პრეპარატებს სგი-ის რეციდივების საპროფილაქტიკოდ. (EAU.2011,2014) შტოშის პროანტიციანიდინები ამცირებენ საშარდე გზების ინფექციების რეციდივებს (9,12) შტოშის სტანდარტიზებული პრეპარატები შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს ანტიბიოტიკებთან ერთად (9).

სგი-ის პრევენციისათვის არაა სასურველი ჩუჩაზე გაუმართლებელი მანიპულაციების ჩატარება. გოგონების ჩაბანვა უნდა მოხდეს წინიდან უკანა მიმართულებით საბავშვო საპნის გამოყენებით, არაა სასურველი მჭიდრო საცვლების გამოყენება. აუცილებელია ყაბზობის მკურნალობა. I-II ხ. ვეზიკო-ურეთერალური რეფლუქსის დროს რეკომენდებულია შარდის საკონტროლო ანალიზი ჩატარდეს თვეში ერთხელ, ულტრასონოგრაფია – 6 თვეში ერთხელ, მიქციური ცისტოგრაფია – 12-18 თვეში. III ხ. რეფლუქსის დროს მეთვალყურეობის ამ რეჟიმს ემატება თირკმლის ფუნქციური სინჯები 6 თვეში ერთხელ, არტერიული წნევის კონტროლი და DMSA სცინტიგრაფია 12 თვეში ერთხელ ახალი ნაწიბურების გაჩენის და ხშირი რეციდივების შემთხვევაში საჭიროა რეფლუქსის ქირურგიული კორექცია. IV-V ხ. რეფლუქსის შემთხვევაში ასევე ნაჩვენებია ქირურგიული მკურნალობა.

ბამოყენებული ლიტერატურა

1. Hoberman A, Charron M, Hickey RW, et al. Imaging studies after a first febrile urinary tract infection in young children. *N Engl J Med* 2003; 348:195.
2. Larcambe J. Urinary tract infection in children. *Clin Evid* 2005; :429.
3. Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Roberts KB. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics* 2011; 128:595.
4. Hoberman A, Wald ER, Hickey RW, et al. Oral versus initial intravenous therapy for urinary tract infections in young febrile children. *Pediatrics* 1999; 104:79.
5. Strohmeier Y, Hodson EM, Willis NS, et al. Antibiotics for acute pyelonephritis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 7:CD003772.
6. Chang SL, Shortliffe LD. Pediatric urinary tract infections. *Pediatr Clin North Am* 2006; 53:379.
7. Schnadower D, Kuppermann N, Macias CG, et al. Outpatient management of young febrile infants with urinary tract infections. *Pediatr Emerg Care* 2014; 30:591.
8. Stein R, Dogan HS, Hoebeke P, et al. Urinary Tract Infections in Children: EAU/ESPU Guidelines. *Eur Urol* 2014.
9. Zorc JJ, Kiddoo DA, Shaw KN. Diagnosis and management of pediatric urinary tract infections. *Clin Microbiol Rev* 2005; 18:417.
10. Roberts JA, Kaack MB, Baskin G. Treatment of experimental pyelonephritis in the monkey. *J Urol* 1990; 143:150.
11. Smellie JM, Poulton A, Prescod NP. Retrospective

- study of children with renal scarring associated with reflux and urinary infection. *BMJ* 1994; 308:1193.
12. Smellie JM, Ransley PG, Normand IC, et al. Development of new renal scars: a collaborative study. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985; 290:1957.
13. Hiraoka M, Hashimoto G, Tsuchida S, et al. Early treatment of urinary infection prevents renal damage on cortical scintigraphy. *Pediatr Nephrol* 2003; 18:115.
14. Doganis D, Siafas K, Mavrikou M, et al. Does early treatment of urinary tract infection prevent renal damage? *Pediatrics* 2007; 120:e922.
15. Fernández-Menéndez JM, Málaga S, Matesanz JL, et al. Risk factors in the development of early technetium-99m dimercaptosuccinic acid renal scintigraphy lesions during first urinary tract infection in children. *Acta Paediatr* 2003; 92:21.
16. Oh MM, Kim JW, Park MG, et al. The impact of therapeutic delay time on acute scintigraphic lesion and ultimate scar formation in children with first febrile UTI. *Eur J Pediatr* 2012; 171:565.
17. Coulthard MG, Lambert HJ, Vernon SJ, et al. Does prompt treatment of urinary tract infection in preschool children prevent renal scarring: mixed retrospective and prospective audits. *Arch Dis Child* 2014; 99:342.
18. Shaikh N, Morone NE, Lopez J, et al. Does this child have a urinary tract infection? *JAMA* 2007; 298:2895.
19. Edlin RS, Shapiro DJ, Hersh AL, Copp HL. Antibiotic resistance patterns of outpatient pediatric urinary tract infections. *J Urol* 2013; 190:222.
20. Ladhani S, Gransden W. Increasing antibiotic resistance among urinary tract isolates. *Arch Dis Child* 2003; 88:444.

რეზიუმე

საშარდე გზების ინფექციის ბავშვთა ასაკში

ზენაიშვილი ბ., ტანავა მ., კვირკველია ნ., კვირკველია დ., აბულაძე თ., ჩიტაია გ. ი.ციციშვილის სახელობის ბავშვთა „ახალი კლინიკა“

ამგვარად, საშარდე გზების ინფექციის ადრეულ დიაგნოსტიკა, შესაბამისად დროული ანტიბიოტიკოთერაპია და გვიანი გართულებების პრევენცია თირკმლის ქრონიკული დაავადების განვითარების თავიდან აცილების თვალსაზრისით ძალიან მნიშვნელოვანია. თუ გავითვალისწინებთ, რომ თირკმლის პარენქიმის დაზიანება ამ დროს ძალიან მაღალია, რომელიც პრობლემას უქმნის ადამიანს მთელი ცხოვრების მანძილზე. დროულად არადიაგნოსტირებული მწვავე პიელონეფრიტის დროს მაღალი რისკი არის განვითარდეს თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა, ორსულთა ნეფროპათია და არტერიული ჰიპერტენზია, რომელიც წარმოადგენს ფსიქო-სოციალურ პრობლემას და ეკონომიურ დანახარჯების სოლიდურობას. იქედან გამომდინარე, რომ საშარდე გზების ინფექციის კერძოდ პიელონეფრიტის დიაგნოსტიკა გაძნელებულია და თირკმლის ნაწიბურის განვითარების რისკი მაღალია, ნათელია, რომ უმჯობესია რისკ-ჯგუფის პაციენტებზე ფოკუსირებული ჯანდაცვის ღონისძიებების გატარება, ადრეული დიაგნოსტიკა და გართულებების პრევენცია.

SUMMARY

URINARY TRACT INFECTION IN CHILDREN

B.ZENAISHVILI, M.TSANAVA, N.KVIRKVELIA, D.KVIRKVELIA, T.ABULADZE, G. CHITAIA. Children's new clinic pediatric department

Despite the recognition that underlying renal anomalies may be the cause of renal scarring previously attributed to infection, the prevention of renal scarring remains the goal of all therapies for childhood UTI. Although new data has questioned previous “dogmas” re: urinary tract imaging, parenteral therapy of pyelonephritis, and use of antimicrobial prophylaxis, the clinician must be vigilant in recognizing children at risk for complications from UTI. Such high risk children (those under the age of 6 months with high fever, those with abnormal GU anatomy, and those with a septic presentation at any age) should be treated and investigated aggressively. The recognition of antenatal urinary abnormalities, improved imaging strategies, better understanding of the molecular and cellular pathophysiology of renal scarring, and the development of new, pharmacogenomically-derived individualized antimicrobial treatment regimens offers the hope of reducing renal scarring and its complications.

სხვადასხვა

ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МИОПАТИИ. ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ НЕОДНОРОДНОСТЬ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. НОВЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ.

АНТЕЛАВА О.А.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра Ревматологии ФППОВ.

1. ФГБУ «НИИ Ревматологии» им. В.А. Насоновой РАМН.

Идиопатические воспалительные миопатии (ИВМ) редкие аутоиммунные заболевания, характеризующиеся воспалительным поражением скелетной мускулатуры. К наиболее распространенным относят: полимиозит (ПМ), дерматомиозит (ДМ), которые характеризуются как клинико-иммунологической неоднородностью, так и различным «ответом» на проводимое лечение.

Основным ключом к преодолению неправильной диагностики является осведомленность о клинико-лабораторных особенностях фенотипически сходных нозологических форм.

Терапия базируется на назначении глюкокортикоидов (ГК) с присоединением иммуносупрессивных препаратов. Расширение взглядов на иммунологические, генетические и молекулярные механизмы, открывает новые терапевтические перспективы.

Ключевые слова: идиопатические воспалительные миопатии, полимиозит, дерматомиозит, антисинтетазный синдром, глюкокортикоиды.

The idiopathic inflammatory myopathies (IIM) are rare disorders with the unifying feature of proximal muscle weakness. These diseases include polymyositis (PM), dermatomyositis (DM) and inclusion body myositis (IBM) as the most common.

The diagnosis is based on the finding of weakness on exam, elevated muscles enzymes, characteristic histopathology of muscle biopsies, electromyography abnormalities and rash in DM. Myositis-specific antibodies have been helpful in defining subsets of patients with different responses to treatment and prognosis.

The main key to overcoming the wrong diagnosis is awareness of the clinical and laboratory features of phenotypically similar clinical entities.

The cornerstone of therapy is corticosteroids with the addition of other immunosuppressives in severe or refractory disease or patients with intolerable side effects. There is still a great need to find more effective and less-toxic therapies.

Keywords: idiopathic inflammatory myopathies, dermatomyositis, polymyositis,

antisynthetase syndrome (ASS), glucocorticoids.

Контакты: Антелаво Ольга Алексеевна antelavao@gmail.com

ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МИОПАТИИ (ИВМ)

представляют собой группу редких аутоиммунных гетерогенных заболеваний неизвестной этиологии, характеризующиеся воспалительным поражением скелетной мускулатуры. Основными представителями этой группы являются: полимиозит (ПМ), дерматомиозит (ДМ), ювенильный ДМ (ЮДМ), миозит, ассоциированный с опухолями (или онкомиозит) и миозит с включениями [1,2,3,4].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ПМ/ДМ относятся к редким заболеваниям, их частота варьирует в различных популяциях – от 2 до 10 новых случаев на 1 миллион населения кавказцев в год. Заболеваемость имеет бимодальное возрастное распределение с пиками в 5-15 и 45-55 лет. ДМ встречается как у детей, так и у взрослых, ПМ – преимущественно у взрослых. Соотношение женщин и мужчин составляет 1,5 : 1,0 соответственно [5,6].

Миозит, ассоциирующийся с опухолями, или паранеопластический миозит (ПнМ) составляет примерно 20-30% от всех случаев ПМ/ДМ [7,8,9] от общего числа пациентов с ДМ, что значительно выше, чем в популяции [10]. При этом, вероятность выявления злокачественного новообразования у больных ДМ выше таковой при ПМ [11] и приблизительно наиболее высока течение первого года (среднем, через 3-12 месяцев) от дебюта ПМ/ДМ [12,13,14]. Наибольшему риску ПнМ подвергнуты люди старшего возраста, в возрастной группе после 50 лет (в среднем, $45,5 \pm 5,1$). Вопрос о половой предрасположенности ПнМ дискуссионен [15]. Так, одни авторы считают, что наиболее часто ПнМ наблюдается у женщин (57 - 81%) [16], другие говорят о более высоком риске у мужчин [17], или о равном их соотношении [18].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Основная клиническая картина в дебюте болезни представлена быстрой утомляемостью при физической нагрузке, значительно реже - миалгиями. В дальнейшем, в течение нескольких месяцев, наблюдается прогрессирующая симметричная мышечная слабость проксимальных отделов конечностей, мышц шеи и спины. При отсутствии своевременного адекватного лечения, развивается обездвиженность пациентов: больные не могут оторвать голову от подушки, повернуться и встать с кровати. При поражении мышц гортани и глотки развиваются дисфония и дисфагия, повышающая риск аспирации пищи. Повреждение диафрагмы и межреберных мышц ведут к дыхательным нарушениям. У детей, в случае неадекватного лечения или его отсутствия, нередко формируются стойкие сухожильно-мышечные инвалидизирующие контрактуры (рис.1), резко ограничивающие объём движений [19].

Поражение кожи - характерный признак ДМ. К кожным проявлениям относят эритематозные высыпания с лиловым оттенком на лице, в параорбитальной области (рис.2), области «декольте» (рис.3), над пястно-фаланговыми, проксимальными и межфаланговыми суставами кистей, над локтевыми и коленными суставами - эритема Готтрона, (рис. 4). В редких случаях при ПМ/ДМ наблюдается панникулит (рис.5). Развитие язвенно-некротического васкулита наиболее характерно для ЮДМ и миозита ассоциированного с опухолями (рис.6), хотя может встречаться и при классическом ДМ [20].

Подкожный кальциоз у детей возникает в 3-4 раза чаще, чем у взрослых (рис.7) [12].

Клиническая картина миозита с включениями включает преимущественное поражение дистальной мускулатуры, трудность при выполнении мелких движений пальцами, медленное прогрессирование болезни и развитие амиотрофий, более выраженных на не доминирующей стороне. По мере прогрессирования болезни, вовлекаются

различные группы мышц, что приводит к инвалидизации в течение 10-15 лет; характерна, также, резистентность к терапии, в том числе глюкокортикоидами (ГК) [21].

ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ НЕОДНОРОДНОСТЬ

Основные проявления мышечной патологии, уникальные патогенетические механизмы ее развития, иммунопатологические и гистологические особенности определяют фенотипическую неоднородность подгрупп IBM, van der Kooij AJ, de Visser M. 2014[22]:

1. Дерматомиозит (ДМ):

1a - классический ДМ, в т.ч. может быть связан с СЗСТ и злокачественными опухолями,

1b - ювенильный дерматомиозит (ЮДМ),

1c - клинический амиопатический ДМ (clinical amyopathic dermatomyositis-CADM);

2. Полимиозит (ПМ):

2a - классический ПМ

2b - неспецифические или перекрестные (overlap-миозиты), связанные с СЗСТ;

3. Аутоиммунная некротическая миопатия, связанные с новообразованиями, использованием статинов и СЗСТ;

4. Спорадический миозит с включениями (inclusion body myositis - IBM), иногда связанный с СЗСТ.

Примечательно, что симптомокомплекс каждого подтипа ИВМ, как правило, связан с иммунологическими маркерами - миозит-специфическими антителами. Наиболее благоприятный прогностически – подтип с anti-Mi-2 аутоантителами. Это классический ДМ с характерным кожным синдромом, хорошими, как правило, «ответом» на терапию и прогнозом. К тяжелым подтипом ПМ/ДМ относится и антисинтетазный синдром (АСС) – ассоциированный с антисинтетазными аутоантителами (анти-Jo-1, PL-7, анти-PL-12 и др.). Помимо миозита, который может протекать «мягче», чем при классическом ПМ/ДМ, характерно острое начало, лихорадка (35%), симметричный ревматоидоподобный, неэрозивный аррит (75%), феномен Рейно, поражение кожи ладоней и пальцев кистей по типу "руки механика" (рис.8) и интерстициальное поражение легких (ИПЛ) (рис.9), определяющее прогноз болезни [23]. Одним из наиболее тяжелых в клиническом и прогностическом плане является подтип с anti-SRP аутоантителами (у 4% пациентов с миозитом), характеризующийся возможной кардиальной патологией и стероидрезистентностью.

В последние годы отмечено, что наличие аутоантител против белков 155/140, повышает возможность выявления онкопатологии [24], а позитив-

ность по анти-MDA5 антителам и высокий уровень ферритина (≥ 828 нг/мл) - с быстро прогрессирующей ИПЛ и летальностью [25].

Кроме того, известный ранее клинический амиопатический ДМ (Clinically amyopathic DM - CADM) выделен в отдельный субфенотип. Термин CADM предложен для пациентов, имеющих либо амиопатический ДМ, либо гипомиопатический ДМ. В случае последнего предполагается субклиническое течение миозита, выявляемое при целенаправленном обследовании. По мнению Sontheimer RD, он встречается в 20% случаев от классического ДМ, характеризуется относительно высокой частотой тяжелого ИПЛ (13-14%), присутствием АНФ (63%) и редкостью миозит-специфических антител (3,5%); позитивность по анти-CADM-140 антителам является фактором риска ИПЛ [26,27].

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Одним из основополагающих диагностических признаков воспалительных миопатий является морфологическая характеристика. Так, аутоиммунные нарушения при ИВМ являются первичными и вызваны либо цитотоксическим действием Т-лимфоцитов (как при ПМ и спорадическом миозите с включениями), комплексом индуцированной микроангиопатией (как при ДМ), либо макрофагами и, вероятно, антителами (как при некротизирующем аутоиммунном миозите). Спорадический миозит с включениями является уникальным сочетанием аутоиммунного воспаления с дегенеративными изменениями. Выявляются вакуолизация и депозиты амилоида в мышечных волокнах, а также молекулы амилоида аналогичные тем, которые встречаются при болезни Альцгеймера [28].

Лабораторными маркерами дегенерации миоцитов и/или повреждения их клеточной мембраны в острый период заболевания являются уровень креатинфосфокиназа (КФК). Также, наблюдаем повышение трансаминаз (АЛТ, АСТ), альдолазы и снижение уровня сывороточного креатинина [29].

Одним из наиболее важных в дифференциально-диагностическом плане характеристики ПМ/ДМ является электрографическое (ЭМГ) исследование игольчатыми электродами, которое позволяет исключить неврологическую патологию. ЭМГ картина миозита с включениями отличается от таковой при ПМ/ДМ сочетанием черт миогенной записи и картины полинейропатии [30].

С целью дифференцировки мышечного повреждения (отек, миофиброз или амиотрофии) используется магнитно-резонансная томография (МРТ) проксимальных отделов конечностей.

Выявление отека мышечной ткани характерно для острого процесса, тогда как миофиброз или амиотрофии развиваются при хроническом длительном текущем воспалении, как правило, на фоне неадекватной терапии [31,32].

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Подход к диагностическим критериям остается сложной проблемой, что связано с неомогенностью подгрупп как по клинико-лабораторным и морфологическим признакам, так и по «ответу» на терапию [33]. Несмотря на множество предложенных в последние годы критериев, наиболее широко используемыми, по сей день, остаются критерии A. Bohan and Y.B.Peter, 1975 [34]. С ученом иммунологической характеристики заслуживают внимание критерии Targoff I.N., Miller F.W, [35]. В 2011 г. Solomon с соавт. предложены предварительные критерии АСС [36] (таблица 1).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальный диагноз требует исключения широкого спектра клинически схожих вариантов мышечной патологии, таких как неврологические заболевания, генетически обусловленные миопатии, метаболические, инфекционные, токсические миозиты и т.д. [37,38]. Генез мышечной патологии диктует соответствующий подход к фармакотерапии. В таблице 2 мы предлагаем алгоритм дифференциального диагноза больного с жалобами на мышечную слабость.

Дополнительную проблему представляет дифференциальный диагноз внутри группы ревматических заболеваний (РЗ). Так, в дебюте ПМ/ДМ может «маскировать» другие РЗ, например, системную красную волчанку (СКВ) (сходный кожный синдром) или ревматоидный артрит (РА) - артриты в дебюте АСС. С другой стороны, манифестация некоторых ревматических заболеваний с миопатического синдрома затрудняет их своевременную диагностику. Например, при перекрестных (overlap-) синдромах, в первую очередь ПМ-ССД, у пациентов присутствуют черты обоих заболеваний, при этом признаки одного из них могут долгое время превалировать в клинической картине. Наиболее «коварной» в этом плане является СКВ, поскольку картина мышечной слабости и миалгий может выходить на первый план в дебюте СКВ за несколько лет до манифестации основной клинической картины. В таблице 3 представлены наиболее важные, на наш взгляд, отличительные признаки, способствующие дифференциальному диагнозу миопатического синдрома при РЗ.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Лечение ИВМ является важной проблемой, обусловленной редкостью и неоднородностью когорты ИВМ, и имеет два основных направления: восстановление мышечной силы и купирование экстремускулярных проявлений, в первую очередь ИПЛ. Основными препаратами инициальной терапии ПМ/ДМ, позволяющей контролировать активность болезни остаются ГК, назначаемые в дозе 1,0-1,5 мг/кг/сут. В случае отсутствия ответа на ГК необходим пересмотр диагноза, при его подтверждении – повышение дозы ГК. По мнению Dalakas 2010, большинство больных, резистентных к ГК, наиболее вероятно, имеют миозит с включениями, некротизирующую миопатию или прогрессирующую мышечную дистрофию [39]. При недостаточном эффекте ГК или в случае принадлежности пациентов к заведомо прогностически неблагоприятным подтипам, рассматривается вопрос о подключении иммуносупрессивной терапии. К ней традиционно относят: азатиоприн, метотрексат, циклофосфамид. Учитывая важную роль Т-клеток в патогенезе ПМ/ДМ, применяются их ингибиторы - циклоспорин А и такролимус и микофенолата мофетил, эффективность которых описывается не только при миозите, но и у анти Jo-1 позитивных пациентов с ИПЛ. Последний эффективен, также, при резистентном кожном синдроме в случаях ДМ и ЮДМ [40]. Циклофосфамид считается препаратом выбора при тяжелом ИПЛ и язвенно-некротическом поражении кожи [41]. На протяжении многих лет особое место в терапии ПМ/ДМ занимает внутривенный иммуноглобулин, имеющий многоуровневое воздействие на иммунную систему [42]. Недавние исследования вновь подтвердили эффективность высоких доз ВВИГ при резистентных формах ПМ/ДМ, дисфагии, ИПЛ, а также при ЮДМ [43,44,45]. Определенные надежды возлагаются на применение малых доз ВВИГ при миозите с включениями [46].

Понимание ключевых механизмов ревматических заболеваний на молекулярном уровне способствует успешному поиску фармакологических «мишеней» для терапии, поэтому особая роль сегодня придается генно-инженерным биологическим препаратам. Обсуждается эффективность ингибиторов фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) при острых ПМ/ДМ и его стероидрезистентных формах. Однако если результаты ранних исследований были многообещающими, то сегодня литературные данные менее оптимистичны [47]. Наиболее обнадеживающие результаты получены при применении ритуксимаба (РТМ) — биологического препарата из моноклональных химерных антител к CD20+-антигену В-лим-

фоцитов. Применение анти - В- клеточной терапии при ПМ/ДМ основано на иммуно-патогенетической роли В-клеток в иницировании и распространении иммунного ответа при этих заболеваниях [48]. Результаты первого успешного опыта применения этого препарата при ПМ/ДМ [49], повлекли дальнейшие исследования. Основным показанием к назначению РТМ, на сегодняшний день, является тяжелое ИПЛ при АСС [50,51]. Имеются единичные данные о его успешном применении при некротизирующей SRP-миопатии [52]. Эффективность РТМ при кожном синдроме противоречива [53]. Наиболее широкое распространение получила схема введения РТМ по 1,0 грамму на 0 и 2 неделе терапии. Поскольку ПМ/ДМ – хронические заболевания, успех терапии связан как с инициальным, так и с последующим противовоспалительным эффектом, обсуждаются сроки проведения повторных курсов РТМ. По мнению исследователей, они определяются либо длительностью эффекта и предупреждением обострения (предлагается введение с интервалом в 6 месяцев) [54], длительностью сохранения В - клеточной деpleции, либо стандартной клинико-лабораторной оценкой активности болезни [55,56,57].

Таким образом, изучение ИВМ является многоплановой проблемой, что определяется как ее иммунологической, так и фенотипической неоднородностью. Поиск новых методов фармакотерапии по преодолению стероидрезистентности осложнен редкостью нозологии и недостаточным количеством масштабных рандомизированных клинических исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gazeley D.J, Cronin M.E. Diagnosis and treatment of the idiopathic inflammatory myopathies Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease, 2011, 3: 315-324.
2. Dalakas, M. and Hohlfeld, R., 2003. Polymyositis and dermatomyositis. Lancet 362: 971–982.

3. Bohan, A. and Peter, J.B. Polymyositis and dermatomyositis. Part I and II. N Engl J Med. 1975, 292: 344–407.

4. Mastaglia F L. Inflammatory muscle diseases. Neurol India 2008; 56: 263-70.

5. Kaipiainen-Seppanen O, Aho K. Incidence of rare systemic rheumatic and connective tissue diseases in Finland. J Intern Med 1996;240(2):81–4.

6. Weitoft T. Occurrence of polymyositis in the county of Gavleborg, Sweden. Scand J Rheumatol 1997; 26(2):104–6.

7. Zahr ZA, Baer AN. Malignancy in myositis. Curr Rheumatol Rep. 2011;13: 208–215.

8. Raffel GD, Gravalles EM, Schwab P, et al. Diagnostic dilemmas in oncology: case 2. Dermatomyositis and ovarian cancer. J Clin Oncol 2001;19:4341-3.

9. Callen JP. Dermatomyositis and female malignancy. J Surg Oncol 1986;32:121-4.

10. Olazagasti JM, Baez PJ, Wetter DA, Ernste FC. Cancer risk in dermatomyositis: a meta-analysis of cohort studies. Am J Clin Dermatol. 2015 Apr;16(2):89-98. doi: 10.1007/s40257-015-0120-1.

11. Callen JP. The value of malignancy evaluation in patients with dermatomyositis. J Am Acad Dermatol 1982;6:253-259.

12. Chow WH, Gridley G, Mellemkjaer L, McLaughlin JK, Olsen JH, Fraumeni JF Jr. Cancer risk following polymyositis and dermatomyositis: a nationwide cohort study in Denmark. Cancer Causes Control 1995 ; 6 : 9 – 13 .

13. Buchbinder R , Forbes A , Hall S , Dennett X , Giles G. Incidence of malignant disease in biopsy-proven inflammatory myopathy. A population-based cohort study . Ann Intern Med 2001 ; 134 : 1087 – 95 .

14. So MW, Koo BS, Kim YG, Lee CK, Yoo B. Idiopathic inflammatory myopathy associated with malignancy: a retrospective cohort of 151 Korean patients with dermatomyositis and polymyositis. J Rheumatol. 2011 Nov;38 (11):2432-5.

15. Sigurgeirsson B , Lindelof B , Edhag O , Allander E. Risk of cancer in patients with dermatomyositis or polymyositis. A population-based study . N Engl J Med 1992 ; 326 : 363 – 7 .

16. Stockton D , Doherty VR , Brewster DH . Risk of cancer in patients with dermatomyositis or polymyositis, and follow-up im-

Таблица 1. Диагностические критерии ПМ/ДМ и АСС.

Классический ПМ/ДМ		АСС
Bohan, Peter 1975	Targoff I.N., Miller F.W, 1997	Solomon, 2011
1. Специфическое поражение скелетной мускулатуры: симметричная проксимальная слабость мышц плечевого и тазового пояса, нарастающая в течение от нескольких недель до нескольких месяцев	! исключить все невоспалительные миопатии С 1 по 5 критерии по Bohan and Peter 1975 (обязательно должны присутствовать гелиотропная сыпь и эритема Готтрона в случае ДМ)	Большие критерии: 1. Интерстициальное поражение легких (не связанное с влиянием окружающей среды, профессиональной деятельностью, приемом лекарств) заболеваний).
2. Характерные кожные изменения		2. Полимиозит или дерматомиозит, согласно критериям Bohan и Peter [1,2].
3. Игольчатая ЭМГ (уменьшение длительности и амплитуды потенциалов, спонтанная активность)	+ любое из миозит-специфических аутоантител)	Малые критерии: 1. Артриты 2. Феномен Рейно. 3. «Рука механика»
4. Гистологические изменения (некроз и воспалительная инфильтрация мышечных волокон)		
5. Повышение уровня «мышечных» ферментов КФК, миоглобина, альдолазы, ЛДГ, АСТ, АЛТ		

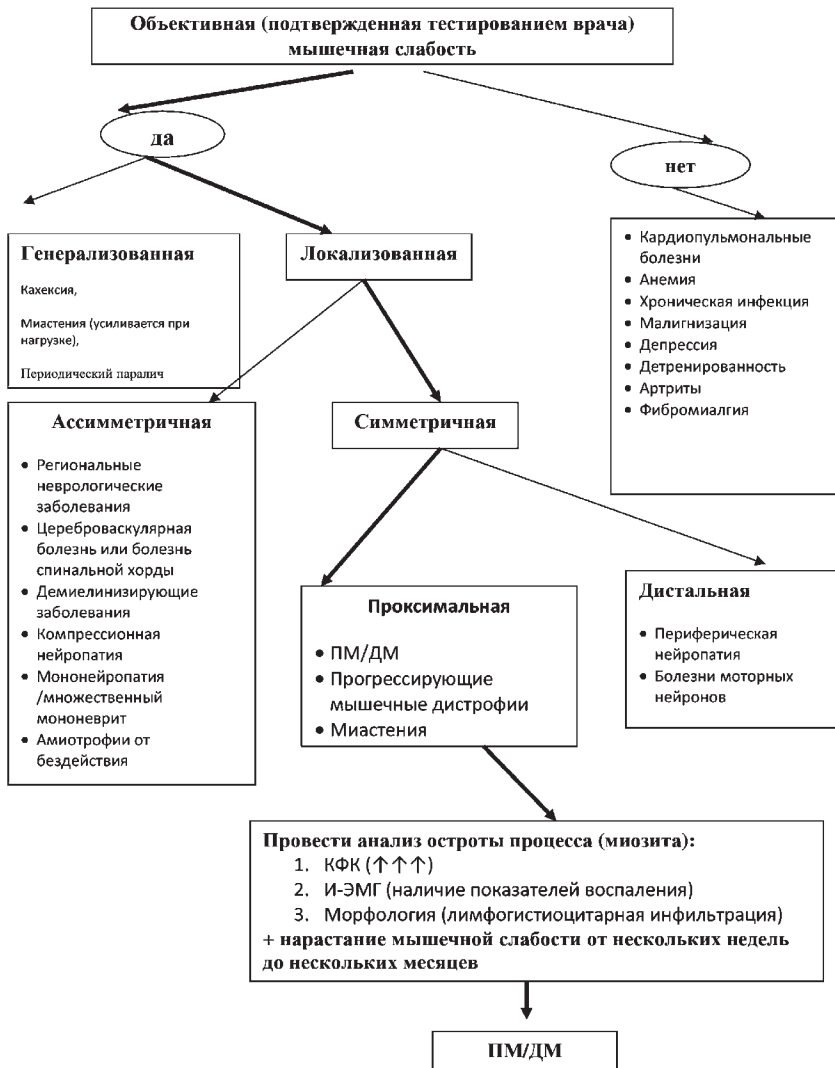


Таблица 2. Алгоритм осмотра больного с мышечной слабостью (не получающего терапию ГК).

plications: a Scottish population-based cohort study. Br J Cancer 2001 ; 85 : 41 – 5

17. Airio A, Pukkala E, Isomaki H. Elevated cancer incidence in patients with dermatomyositis: a population based study. J Rheumatol 1995 ; 22 : 1300 – 3.

18. Насонов Е.Л. Воспалительные заболевания мышц. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Москва. Литера. 2003. 195-202.

19. Национальное Руководство. Ревматология 2008. Под редакцией акад. РАМН Насонова. Е.Л., акад. акад. РАМН Насоновой В.А. Москва 2008. «Геотар медиа», раздел IV, глава 20. Антелава О.А. Насонов Е.Л. Идиопатические воспалительные миопатии, 502-516.

20. Антелава О.А. Паранеопластический миозит. Особенности дебюта, клинической картины, течения, стероидреспонсивности. Научно-практическая ревматология 2013, 2, 181-185.

21. Dalakas M. C. Polymyositis, dermatomyositis and inclusion-body myositis. N Engl J Med 1991, 325: 1487-1496.

22. van der Kooij AJ, de Visser M. Idiopathic inflammatory myopathies. Handb Clin Neurol. 2014;119:495-512

23. Антелава О.А., Бондаренко И.Б., Хитров А.Н., Насонов Е.Л. Поражение дыхательной системы при полимиозите/дерматомиозите. Русский медицинский журнал, 2008,16,24,334, 1633-1637

24. Christopher-Stine, L., Casciola

Таблица 3. Основные отличительные признаки некоторых симптомов, облегчающие дифференциальный диагноз при РЗ.

СИМПТОМ	ПМ/ДМ	ССД и OVERLAP-СИНДРОМ	СКВ	РА	РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ
Объективная мышечная слабость (подтвержденная ММТ)*	да	Может присутствовать	Может присутствовать, но как правило, преобладают миалгии	крайне редко	объем движений ограничен болями в мышцах
Артриты	Может быть РА-подобный (с-м Жаку), хорошо контролируется ГК – характерны для АСС	не часто	«летучие»	Стойкие, утренняя скованность. Эрозивный артрит.	Артриты/артралгии, хорошо контролируются ГК
Дисфагия	Нарушен акт глотания (поражение верхней трети пищевода – поперечно-полосатая мускулатура)	Нарушение прохождения пищи по пищеводу (нижние 2/3 пищевода – гладкая мускулатура)			нет
«Ответ» на ГК	Медленный (через 2-3 месяца)			Быстрый (несколько дней)	

* ММТ – мануальное мышечное тестирование

Rosen, L.A., Hong, G., Chung, T., Corse, A.M., Mammen, A.L. et al. (2010) A novel autoantibody recognizing 200-kd and 100 kd proteins is associated with an immune mediated ecrotizing myopathy. Arthritis Rheum 62: 2757-2766.

25. Gono T, Sato S, Kawaguchi Y, Kuwana M, Hanaoka M, Katsumata Y, Takagi K, Baba S, Okamoto Y, Ota Y, Yamanaka H. Anti-MDA5 antibody, ferritin and IL-18 are useful for the evaluation of response to treatment in interstitial lung disease with anti-MDA5 antibody-positive dermatomyositis. Rheumatology (Oxford). 2012 May 15

26. Sontheimer RD A portable digital microphotography unit for rapid documentation of periungual nailfold capillary changes in autoimmune connective tissue diseases. J Rheumatol. 2004 Mar; 31 (3):539-44.

27. Ghazi E, Sontheimer RD, Werth VP. The importance of including amyopathic dermatomyositis in the idiopathic inflammatory myositis spectrum. Clin Exp Rheumatol. 2013 Jan-Feb;31(1):128-34. Epub 2012 Nov 22.

28. Раденска - Лоповок С.Г. Основные разновидности воспалительных миопатий: морфологическая дифференциальная диагностика. Нервно-мышечные болезни, 2011, 1, 5-8.

29. Selva-O'Callaghan, A., Fonollosa-Pla, V., Trallero-Araguas, E., Martinez-Gomez, X., Simeon-Aznar, C.P., Labrador-Horrillo, M. et al. (2010a) Nailfold capillary microscopy in adults with inflammatory myopathy. Sem Arthritis Rheum 39: 398-404.

30. Антелава О.А., Касаткина Л.Ф., Гуркина Г.Т., Хитров А.Н., Пикуля Н.В., Штутман В.З., Насонов Е.Л. Дифференциальная диагностика мышечной слабости. Русский медицинский журнал N 14, том 12, 2004г стр. 854-862.

31. Selva-O'Callaghan, A., Fonollosa-Pla, V., Trallero-Araguas, E., Martinez-Gomez, X., Simeon-Aznar, C.P., Labrador-Horrillo, M. et al. (2010a). Nailfold capillary microscopy in adults with inflammatory myopathy. Sem Arthritis Rheum 39: 398-404.

32. Антелава О.А., Смирнов А.В., Рапопорт И.В., Красненко С.О., Насонов Е.Л. Применение магнито-резонансной томографии для диагностики мышечно-

го повреждения при идиопатических воспалительных миопатиях. Русский медицинский журнал 2007, том 15, N8 (289), с 652-655.

33. Антелавა О.А., Раденска-Лоповок С.Г., Гусева Н.Г., Насонов Е.Л. Современные взгляды на классификационные критерии идиопатических воспалительных миопатий. Научно-практическая ревматология 2007, 5, 41-46.

34. Bohan, A. and Peter, J.B. Polymyositis and dermatomyositis. Part I and II. N Engl J Med. 1975, 292: 344-407.

35. Targoff, I.N., Miller, F.W., Medsger Jr, T.A., Oddis, C.V. (1997) Classification criteria for the idiopathic inflammatory myopathies. Curr Opin Rheumatol 9: 527-535.

36. Solomon J., Swigris J.J., Brown K.K. Myositis-related interstitial lung disease and antisynthetase syndrome. J Bras Pneumol 2011; 37:100-9.

37. Aggarwal R. Oddis C. V. Therapeutic advances in myositis. Curr Opin Rheumatol 2012, 24:635-641.

38. Albayda J., Christopher-Stine L. Novel approaches in the treatment of myositis and myopathies. Ther Adv Musculoskel Dis , 2012, 1-9.

39. Dalakas M.C. Immunotherapy of myositis: issues, concerns and future prospects. Nat Rev Rheumatol 2010, 6: 129-137.

40. Edge JC, Outland JD, Dempsey JR, Callen JP. Mycophenolate mofetil as an effective corticosteroid-sparing therapy for recalcitrant dermatomyositis. Arch Dermatol 2006; 142:65-69.

41. Национальное Руководство. Ревматология. Под редакцией акад. РАМН Насонова. Е.Л., акад. акад. РАМН Насоновой В.А. Раздел III. Клинические рекомендации по синдромам. Глава 9. Боль в мышцах, мышечная слабость, с 261-266. Москва. «Геотар медиа» 2008.

42. Dalakas, M., Illa, I., Dambrosia, J.M., Soueidan, S.A., Stein, D.P., Otero, C. et al. (1993) A controlled trial of high dose intravenous immune globulin infusions as treatment for dermatomyositis. N Engl J Med 329: 1993-2000.

43. Quick A. and Tandan, R. (2011) Mechanisms of action of intravenous immunoglobulin in inflammatory muscle disease. Curr Rheumatol Rep 13: 192-198.

44. Bakewell, C.J. and Raghu, G. (2011) Polymyositis associated with severe interstitial lung disease: remission after three doses of IV immunoglobulin. Chest 139: 441-443.

45. Rezaei, N., Abolhassani, H., Aghamohammadi, A. and Ochs, H.D. (2011) Indications and safety of intravenous and subcutaneous immunoglobulin therapy. Expert Rev Clin Immunol 7: 301-316.

46. Recher, M., Sahrbacher, U., Bremer, J., Arndt, B., Steiner,

U. and Fontana, A. (2010) Treatment of inclusion body myositis: is low-dose intravenous immunoglobulin the solution? Rheumatol Int 32: 469-472.

47. De Paepe B, Creus K.K., De Bleecker J.L. The Tumor Necrosis Factor Superfamily of Cytokines in the Inflammatory Myopathies: Potential Targets for Therapy Clinical and Developmental Immunology, 2012, Article ID 369432, 10, doi:10.1155/2012/369432

48. «Анти-В-клеточная терапия: фокус на ритуксимаб». Антелава О.А., Насонов Е.Л. Ритуксимаб в лечении идиопатических воспалительных миопатий. Под редакцией Насонова Е.Л. Москва 2012, глава 10, с178-189.

49. Levine, T. Rituximab in the treatment of dermatomyositis :an open-label pilot study. Arthritis Rheum.2005, 52: 601-607.

50. Oddis C.V., Reed A.M, Aggarwal R., Rider L.G. et al. Rituximab in the Treatment of Refractory Adult and Juvenile Dermatomyositis and Adult Polymyositis. A Randomized, Placebo-Phase Trial. ARTHRITIS & RHEUMATISM. Vol. 65, No. 2, February 2013, pp 314-324

51. Oddis, C., Reed, A., Aggarwal, R., Ascherman, D., Barohn, R., Feldman, B., et al. (2010) Rituximab in the treatment of refractory adult and juvenile dermatomyositis (DM) and adult polymyositis (PM) - The RIM Study. In: ACR/ARHP Scientific Meeting, Atlanta, GA, 10 November 2010.

52. Whelan BR, Isenberg DA. Poor response of anti-SRP-positive idiopathic immune myositis to B-cell depletion. Rheumatology (Oxford) 2009; 48:594- 595.

53. Brulhart L., Waldburger J.M., Gabay C. Rituximab in the treatment of antisynthetase syndrome. Ann Rheum Dis 2006;65:974-5.

54. Frikha F., Rigolet A., Behin A. et al. Efficacy of rituximab in refractory and relapsing myositis with anti-Jo Gazeley D.J. Cronin M.E. Diagnosis and treatment of the idiopathic inflammatory myopathies Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease, 2011, 3: 315-324 .

55. Majmudar S, Harald A. Hall, MD, Bernard Zimmermann, MD Treatment of Adult Inflammatory Myositis With Rituximab. An Emerging Therapy for Refractory Patients. J Clin Rheumatol 2009, 15: 338-340

56. Mahler EA, Blom B, Voermans NC, van Engelen BG, van Riel PL, Vonk MC. Rituximab treatment in patients with refractory inflammatory myopathies. Rheumatology (Oxford) 2011; 50:2206-13.

57. Chiu YE, Co DO. Juvenile dermatomyositis: immunopathogenesis, role of myositis-specific autoantibodies, and review of rituximab use. Pediatric Dermatol 2011; 28:357-367.

იმუნოლოგიური მარკერები მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციების დროს ბავშვებში აკიკორით მკურნალობის ფონზე

ნ. თოფურიძე, თ. გონაგაძე, ნ. ხვთისიაშვილი, ნ. პიტაძა, მ. წულაია
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, პედიატრიული კლინიკა

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

მწვავე რესპირატორულ ვირუსულ ინფექციებში (მრვი) იწვევენ სასუნთქი გზების ლორწოვანი გარსის სტრუქტურულ ცვლილებებს,

დაცვის ადაპტაციური მექანიზმების დაქვეითებას, ხოლო ბაქტერიული ინფექციის თანდართვა ამძიმებს რა დაავადების მიმდინარეობას ზრდის სხვადასხვა გართულებების (ოტიტი, სინუსიტი, ტრაქეობრონქიტი, პნევმონია და სხვა) და სომატური დაავადებების (მიოკარდიტი, გლომერულონეფრიტი) განვითარების რისკს (2,3,6).

მრვი-ის გახანგრძლივებული მიმდინარეობისა და გართულებების სინშირის პათოლოგიურ საფუძველს ორგანიზმის იმუნოლოგიური რეაქტიულობის დაქვეითება წარმო-

ადგენს. ეს ცვლილებები არასპეციფიურია და შეიძლება იმუნური სისტემის ყველა რგოლზე ეხებოდეს (7,11,12). ამასთან დაკავშირებით მრვი-ის მკურნალობასა და რეაბილიტაციაში აუცილებელია ისეთი საშუალებების გამოყენება, რომელიც უზრუნველყოფს ბავშვის ორგანიზმის ნორმალურ ცხოველქმედებას, ფიზიოლოგიური დაცვითი მექანიზმების აღდგენას და ჯანმრთელობის შენარჩუნებას. ამ საშუალებებს პირველ რიგში მიეკუთვნება რაციონალური კვება, დღის რაციონალური რეჟიმი, პოლივიტა-

მინური პრეპარატები და იმუნომოკორეირებელი საშუალებები. მიუხედავად სამკურნალო წამლო პრეპარატების სიუხვისა, მრვი-ის მკურნალობა ძირითადად სიმპტომურია, რაც ვერ ამცირებს მძიმე, გართულებული ფორმებისა და ლეტალობის სიხშირეს. ამასთან დაკავშირებით მრვი-ის მკურნალობის ერთ-ერთი მიმართულებაა ორგანიზმის ფიზიოლოგიური დაცვითი მექანიზმების აღდგენა. მეტაბოლური და ცილოვანი ცვლის კორექციისა და იმუნომოდულაციის მიზნით სულ უფრო ფართოდ გამოიყენება ანტიოქსიდანტი აპიკორი. იგი ორი ბიოლოგიურად აქტიური კომპონენტებით მდიდარი პროდუქტის ფუტკრის ნაწარმისა და ყურძნის წიპვის ნახავია. ყვავილის მტვერი მდიდარია ორგანიზმის შენების, განვითარებისა და სიცოცხლისათვის აუცილებელი ნივთიერებებით: ცილებით (შეიცავს ამინომჟავების 22 სახეობას, მათგან 8 შეუცვლელს), ნაჯერი და უჯერი ცხიმოვანი მჟავებით, გლიკოლიდებით, ვიტამინებით (A, B, C, D, PP, E, K, ფოლის მჟავა), ფოსფორებით, სისხლძარღვის კედლის გამამაგრებელი ბიოფლავინოიდებით, მიკრო და მაკროელემენტებით (Fe, Zn, Cu, F). ამავე დროს ყურძნის წიპვა შესანიშნავი იმუნომოდულატორია.

შრომის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა იმუნოლოგიური მანევრებლბების დინამიკა აპიკორით მკურნალობისას მრვი-ს დროს ბავშვებში.

მასალა და მეთოდები:

ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იყოფებოდა თსსუ პედიატრიული კლინიკის ობსერვაციულ განყოფილებაში ჰოსპიტალიზებულ 1-დან 5 წლამდე ასაკის მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციით (მწვავე რინიტი, მწვავე რინო ფარინგიტი, მწვავე კატარული პაიმორიტი) დაავადებული 60 ბავშვი. მათგან მსუბუქი მიმდინარეობა აღენიშნებოდა პაციენტთა 67%, საშუალო სიმძიმის 38%. გართულებები აღენიშნებოდა მწვავე ბრონქიტის, პნევმონიის და ოტიტის სახით. ავადმყოფთა განაწილება დიაგნოზების მიხედვით მოცემულია ცხრილში №1.

საკონტროლო ჯგუფი წარმოდგენილი იყო იმავე ასაკის პრაქტიკულად ჯანმრთელი 20 ბავშვით. ავადმყოფები დაიყო ორ ჯგუფად:

I ჯგუფი 32 პაციენტი, სადაც

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

მკურნალობა ტარდებოდა სიმპტომური საშუალებებით.

II ჯგუფი 28 ავადმყოფი, სადაც მრვი-ის ბაზისური მკურნალობის კომპლექსში ჩართული იყო აპიკორის ქვეითი 1 აბი სამჯერ დღეში. მკურნალობის კურსი შეადგენდა 20 დღეს.

მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ ტარდებოდა იმუნური სტატუსის შეფასება: პერიფერიული სისხლის T-ლიმფოციტები და მისი სუბპოპულაციების პროცენტული რაოდენობა შეისწავლებოდა CD3, CD4, CD8 მონოკლონური ანტისხეულებით, B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობა – კომპლექსური როზეტკების წარმოქმნის მეთოდით(8). სისხლის შრატში G_A, M იმუნოლოგიები – მანჩინის რადიალური იმუნოდიფუზიის მეთოდით(9).

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

ჯგუფებს შორის განსხვავების შეფასებას ვახდენდით რაოდანობრივი მანევრებლებისათვის სტიუდენტის კოეფიციენტით ($t > 1,96$; $p < 0,05$) ხოლო ხარისხობრივი მანევრებლებისათვის χ^2 კრიტერიუმით (Pearson). $\chi^2 > 3,84$, $p < 0,05$), მათემატიკური უზრუნველყოფა განხორციელდა პროგრამების პაკეტის SPSS 11-5-ის გამოყენებით. (5).

ბამოკვლევის შედეგები:

ამოკვლევის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ მრვი-ის მკურნალობაში აპიკორის ჩართვამ მოახდინა იმუნომოდულაციური ზემოქმედება, რაც გამოიხატა T-ლიმფოციტებისა (CD3) და T-ჰელპერების (CD4) პროცენტული რაოდენობის მომატებითა და T-სუპრესორების (CD8) შემცირებით იმ პაციენტებში, რომელთაც CD3 და CD4 ლიმფოციტების რაოდენობა დაქვეითებული ჰქონდათ. კომპლექსური მკურნალობის გავლენით ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობა არ იცვლებოდა იმ ბავშვებში, რომელთაც ეს მანევრებლები ნორმაში ჰქონდათ.

ჰუმორული იმუნიტეტის მხრივ, კომპლექსური მკურნალობის ფონზე, აღინიშნა B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობისა და სისხლის შრატში სამივე კლასის იმუნოგლობულინების კონცენტრაციის მომატება.

იუნოლოგიური მანევრებლების დინამიკა აპიკორის მკურნალობის ფონზე მოცემულია ცხრილში №2

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

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

იმუნოლოგიური მანევრებლები მრვი-ს დროს ბავშვებში აპიკორით მკურნალობის ფონზე. M+m

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

ცხრილი №2
M+m

ლიტერატურა:

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

მდგომარეობის გაუმჯობესება და მხოლოდ 4-ს ეფექტის არარსებობა (გართულებები).

ამასთან ერთად მიუხედავად იმისა რომ ზოგადად კლინიკური ეფექტურობა ორივე ჯგუფში იყო მსგავსი, ჯგუფებს შორის განსხვავება იყო მნიშვნელოვანი დაავადების მიმდინარეობის ხანგრძლივობის, დაავადების შედარებით მსუბუქი მიმდინარეობისა და გართულებების სისშირის შემცირების მიხედვით. კერძოდ, ავადმყოფთა იმ ჯგუფში სადაც კომპლექსურ მკურნალობაში ჩართული იყო აპიკორი მწვავე ბრონქიტით, პნევმონით და ოტიტით გართულებების სისშირე ამ ჯგუფში 4-ჯერ ნაკლები იყო ბაზისურ თერაპიაზე მყოფ ჯგუფთან შედარებით(ცხრილი №3).

აპიკორით მკურნალობის კლინიკური ეფექტურობა

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

დასკვნები: მრვი-ის დროს მკურნალობის კომპლექსში აპიკორის ჩართვა განაპირობებს უჯრედული და ჰუმორული იმუნიტეტის დაქვეითებული მაჩვენებლების აღდგენას.

მრვი-ის დროს მკურნალობის კომპლექსში აპიკორის ჩართვა ხელს უწყობს დაავადების მიმდინარეობის ხანგრძლივობისა და გართულებების სისშირის შემცირებას.

Бут Г./Часто болеющие дети -актуальная проблема педиатрии. Киев 2002/
Гордієнко.Ю., / Медичні та етичні аспекти пренатальної діагностики вродженої патології педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, м.Київ#2 | 2002/
Ершова, И. Б./Проблемы острых респираторных вирусных заболеваний в педиатрии” Ж. „Здоровье Украины,, 2005г.
Караулов А.В. „Иммунотерапия респираторных заболеваний М. 2004 с.19.
Реброва О.Ю./ Статистический анализ медицинских данных.-Москва: Медия Сфера.-2003.312с/
Чернушенко Е.Ф../ “местный иммунитет при заболеваниях легких” Реф журн. Клиническ. Иммуно. И аллерг. 1999г. Ст.28/
Чихрадзе М.В/“Клинико-иммунологическая характеристика больных с хроническим бронхитом в динамике иммунореабилитации.” Автореферат 1999г./
Boanco A. PatricR. /Wussenrweig Exp. Med. 1970 132-702-720/
Mancini I et al. / Ymmunochemystri 1965 235/
Januway Ch/Immunobiology: the immune system in health and disease” 4thed/ currentBiology ltd 1999. 740p.
Jodal M. Hold G. Witell U. Y./ Exp. Mid 1972 vol 136 p207-215/
Watelet J. B./Wound Healing of nasal and paranasal mucosa. Amer. J. hri-nol.2002.vol16 N2 p77-84/

რეზიუმე

იმუნოლოგიური მაჩვენებლები მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციების დროს ბავშვებში აპიკორით მკურნალობის ფონზე

ნ. თოფურიძე, თ. გონგაძე, ნ. ხვთისიაშვილი, ნ. პიტავა, მ. წულაია
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, პედიატრიული კლინიკა

მრვი-ის დროს მკურნალობის კომპლექსში აპიკორის ჩართვა განაპირობებს უჯრედული და ჰუმორული იმუნიტეტის დაქვეითებული მაჩვენებლების აღდგენას.

მრვი-ის დროს მკურნალობის კომპლექსში აპიკორის ჩართვა ხელს უწყობს დაავადების მიმდინარეობის ხანგრძლივობისა და გართულებების სისშირის შემცირებას.

SUMMARY

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

N. TOPURIDZE; T. GONGADZE; N. KHVTISLASHVILI; N. PITAVA; M. TSULAI
Pediatric Clinic of Tbilisi State Medical University

The purpose of the research was to study dynamics of the changes in parameters of immune system in children with acute viral respiratory infections treated with Mapikovir. We enrolled 60 children aged 1 to 5 years with acute viral respiratory infection.

The patients were divided into two groups: First group with 32 patients undergoing symptomatic treatment and Second group with 28 patients getting Apikor with other basic treatment. The patients were under the treatment during 20 days. The test for immunological status was conducted before end after the treatment session.

Conclusions: 1.Apikor combined with basic treatment significantly improves cellular as well as hummoral Immune status of the patients with acute viral respiratory infections.

2.Adding Apicor in basic treatment contributes to reduction of duration and complications of acute viral respiratory infections

იმუნური სტატუსი, თიმოეგალით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების დროს ბავშვებში, აპიკულმითი მკურნალობის ფონზე

ბ. ჩახუნაშვილი; ვ. ჯეჯელიძე; მ. ბობიაშვილი; ბ. ჩახუნაშვილი;
თ. ბობიაშვილი; დ. ჩახუნაშვილი; თ. კონცხელიძე;
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, პედიატრიული კლინიკა

მოცემული შრომის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა იმუნოლოგიური მახვენებლების დინამიკა თიმომეგალით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების დროს დროს ბავშვებში აპიკულმითი მკურნალობის ფონზე.

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

ავადმყოფები დაყოფილნი იყვნენ ორ ჯგუფად: I ჯგუფი 20 პაციენტი, სადაც ტარდებოდა ბაზისური მკურნალობა. II ჯგუფი 25 ავადმყოფი, სადაც ბაზისური მკურნალობის კომპლექსში ჩართული იყო აპიკულმითი.

მიღებული მონაცემები გვიჩვენებს, რომ თიმომეგალიის ფონზე მიმდინარე ბრონქოპნევმონიის დროს აღინიშნებოდა დარღვევები იმუნური პოპულაციის მხრივ, რაც გამოიხატებოდა უჯრედული იმუნიტეტის ღრმა, ხოლო ჰუმორული იმუნიტეტის შედარებით ნაკლები ცვლილებებით. იმუნოლოგიური მახვენებლები, თიმომეგალიის ფონზე მიმდინარე ბრონქოპნევმონიის დროს, არ კორეგირდებოდა კომპლექსური თერაპიის ფონზე. მკურნალობის კომპლექსში აპიკულმითი ჩართვამ განაპირობა იმუნოლოგიური მახვენებლების გაუმჯობესება;

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

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

ავტორთა მონაცემებით, საკმაოდ რიდი თიმომეგალიის, როგორც პრემორბიდული ფონის გაგენა

პნევმონიების მიმდინარეობასა და გამოსავალზე თიმომეგალიის დროს ჰორმონალურ პოპულაციაში გამოვლენილი ფუნქციური ცვლილებები, განაპირობებს ორგანიზმის ადაპტაციური შესაძლებლობების დარღვევას, განსაკუთრებით სტრესული სიტუაციის დროს, რაც ამ ბავშვებზე დიფერენცირებული დაკვირვების აუცილებლობაზე მეტყველებს (1,3,5).

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

აპიკულმითი წარმოადგენს ორი ბიოლოგიურად აქტიური კომპონენტებით მდიდარ პროდუქტის ქართული ფუნქციის ნაწარმისა და წიწვოვანის ექსტრაქტის ნაზავს, რომელიც შეიცავს ვიტამინებს, ამინომჟავებს, ქლოროფილს, გლიკოზიდებს, ფოსფორენს, მიკროელემენტებს. ის აწესრიგებს ვიტამინებს, ამინომჟავებს და მიკროელემენტების ცვლას, ჟანგბად-აღდგენით პროცესებს; აძლიერებს ქსოვილის მიერ ჟანგბადის უტილიზაციას, უზრუნველყოფს ორგანიზმის ზრდასა და განვითარებას; გააჩნია იმუნომოდულაციური, იმუნომასტიმულირებელი და ანტიმიკრობული თვისებები;

მოცემული შრომის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა იმუნოლოგიური

მახვენებლების დინამიკა თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების

დროს ბავშვებში აპიკულმითი მკურნალობის ფონზე

მასალა და მეთოდები:

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

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

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

ავადმყოფები დაყოფილნი იყვნენ ორ ჯგუფად:

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

II ჯგუფი — თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიის დიაგნოზის მქონე 25 ავადმყოფი, სადაც ბაზისური მკურნალობის კომპლექსში ჩართული იყო აპიკულმითი-სქემით 1/3 აბი სამჯერ დღეში. მკურნალობის კურსი შეადგენდა 20 დღეს.

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

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

ჯგუფებს შორის განსხვავების შეფასებას ვახდენდით რაოდენობრივი მახვენებლებისათვის სტიუდენტის კოეფიციენტით ($t > 1,96$; $p <$

ცხრილი №1

იმუნოლოგიური მაჩვენებლები, თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების დროს ბავშვებში, აპიკულმითი მკურნალობის ფონზე.

M+m

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

0,05) ხოლო ხარისხობრივი მაჩვენებლებისათვის ????? კრიტერიუმით (Pearson). ?????>3,84, p<0,05), მათემატიკური უზრუნველყოფა განხორციელდა პროგრამების პაკეტის SPSS 11-5-ის გამოყენებით. (5).

მიღებული მასალის სტატისტიკური დამუშავება განხორციელდა კომპიუტერული პროგრამა SPSS 13 პაკეტით.

გამოკვლევის შედეგები და მათი განხილვა:

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

II ჯგუფში(25) დაავადების მწვავე მიმდინარეობით ჰოსპიტალიზებული იყო 16(64%) პაციენტი,გახანგრძლივებული მიმდინარეობით-9(36%).

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

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

გამოკვლევის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა,რომ მკურნალობაში აპიკულმოს ჩართვამ მოახდინა იმუნოლოგიური ზემოქმედება, რაც გამოიხატა T-ლიმფოციტებისა (CD3) და T-ჰელპერების (CD4) პროცენტული რაოდენობის მომატებითა და T-სუპრესორების (CD8) შემცირებით იმ პაციენტებში, რომელთაც CD3 და CD4 ლიმფოციტების რაოდენობა დაქვეითებული ჰქონდათ. კომპლექსური მკურნალობის გავლენით ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობა არ იცვლებოდა იმ ბავშვებში,რომელთაც ეს მაჩვენებლები ნორმაში ჰქონდათ.

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

იმუნოლოგიური მაჩვენებლების დინამიკა აპიკულმითი მკურნალობის ფონზე მოცემულია ცხრილში №1.

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

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

ამგვარად, მიღებული მონაცემები გვიჩვენებს რომ თიმომეგალიის ფონზე მიმდინარე ბრონქოპნევმონიის დროს აღინიშნებოდა დარღვევები იმუნური ჰომეოსტაზის მხრივ,რაც გამოიხატებოდა უჯრედული იმუნიტეტის ღრმა, ხოლო ჰუმორული იმუნიტეტის შედარებით ნაკლები ცვლილებებით.

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

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

კურნალობის კომპლექსში აპიკულმოს ჩართვამ განაპირობა იმუნოლოგიური მაჩვენებლების გაუმჯობესება;

შედეგად, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების მკურნალობაში აპიკულმოს გამოყენება, რომელიც ხელს შეუწყობს იმუნური ჰომეოსტაზის ნორმალიზებას და დადებით ზეგავლენას მოახდენს დაავადების მიმდინარეობაზე.

ლიტერატურა:

m. dumbaZe /`organizmis araspecificuri da specificuri imunoaktivoba bronqopulmonuri daavadebebis dros adreul asakis bavSvebSi” T.s.s.u. SromaTa krebuli XXXVII 2005w./
 Иллєк Я.Ю., Зайцева Г.А., Смердов В.Л.,/Иммунологическая реактивность и функция щитовидной железы при острой пневмонии у детей с тимомегалией.”
 Энгельгардт Н.В./Иммунологические аспекты биологии развития” М.2007 с92-106/
 Чернушенко Е.Ф. / “местный иммунитет при заболеваниях легких” Реф журн. Клиническ. Иммуно. И аллерг. 2008г. Ст.28/
 Чихрадзе М.В. / “Клинико-иммунологическая характеристика больных с хроническим бронхитом в динамике иммунореабилитации.” Автореферат 1999г.
 Boanco A. PatricR. /Wussenrweig Exp. Med. 1970 132-702-720/
 Mancini I et.al. / Immunochemystri 1965 23/.

რეზიუმე

იმუნური სტატუსი, თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების
დროს ბავშვებში, აპიპულმოს მკურნალობის ფონზე

კ. ჩახუნაშვილი; ც. ჯელაძე; მ. გობიაშვილი; ბ. ჩახუნაშვილი;
თ. გოგატიშვილი; დ. ჩახუნაშვილი; თ. კონსელიძე;
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, პედიატრიული კლინიკა

თიმომეგალიის ფონზე მიმდინარე ბრონქოპნევმონიის დროს აღინიშნებოდა დარღვევები იმუნური პომე-
ოსტაზის მხრივ, რაც გამოიხატებოდა უჯრედული იმუნიტეტის დრმა, ხოლო ჰუმორული იმუნიტეტის შედა-
რებით ნაკლები ცვლილებებით.

ბრონქოპნევმონია თიმომეგალიის ფონზე მიმდინარეობდა უფრო მძიმედ, საშუალო და მძიმე ხარისხით გა-
მოხატული სუნთქვის უკმარისობით, გამოხატული ობსტრუქციული სინდრომით, ანთებითი პროცესის გახან-
გრძლივებისაკენ მიდრეკილებით, იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის ფონზე.

იმუნოლოგიური მანევრებლები, თიმომეგალიის ფონზე მიმდინარე ბრონქოპნევმონიის დროს, არ კორეგირ-
დებოდა კომპლექსური თერაპიის ფონზე.

კურნალობის კომპლექსში აპიპულმოს ჩართვამ განაპირობა იმუნოლოგიური მანევრებლების გაუმჯობესება;

შედეგად, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების მკურნალობაში აპი-
პულმოს გამოყენება, რომელიც ხელს შეუწყობს იმუნური პომეოსტაზის ნორმალიზებას და დადებით ზე-
გავლენას მოახდენს დაავადების მიმდინარეობაზე.

SUMMARY

IMMUNOLOGICAL TESTIMONIES AMONG THE CHILDREN WITH BRONCHOPNEUMONIA
DISEASES ASSOCIATED WITH THYMOMEGLIA DISEASE TREATED WITH APIPULMO

K. CHAKHUNASHVILI; TS. JELADZE; M. GOGIASHVILI; G. CHAKHUNASHVILI;
T. GOGATISHVILI; D. CHAKHUNASHVILI; T. KONTSELIDZE;
Tbilisi State Medical University, Pediatric Clinic

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

We were studed T- lymphocytes and its subpopulations CD3 , CD4 , CD8 , pyantybodes.

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

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

The results show that, the cell's immun system damages more hevier then hummor immun status and after therapevtic approch
the immune testomonies didnot correcting, so evidentry useing of immunomodulating cuves is approvd.

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

Key words: thymomegalia, bronchopnewmonia, children, Immunological, apipulmo.

სპორტსმენტა ანთროპომეტრული, ფიზიკური და
ფუნქციური მახასიათებლები აპიპულმოს
მოქმედების ფონზე

მ. მდ. ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. ბაგრაიშვილი, მ.დ. ნ. თოფურაძე, მ.დ. ნ. ჯობაგა, მ.მ.დ. კ. ჩახუნაშვილი
სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი

ორგანიზმის ფიზიკური განვითარება განისაზღვრება როგორც ადამიანის ორგანიზმის მორფოფუნქციური თავისებურებების ცვლილებათა რთული პროცესი. ის ემორჩილება ბიოლოგიურ კანონებს და ასახავს ზრდისა და განვითარების ზოგად კანონზომიერებებს.

ვარჯიშის პროცესის ინტენსიფიკაცია(2,3) და ორგანიზმის სისტემატიური გადატვირთვა იწვევს სტრუქტურული, ფიზიოლოგიური და სხვა რეზერვების შემცირებას(1,5). დიდი ფიზიკური დატვირ-

თვა გაზრდილ მოთხოვნებს უყენებს ორგანიზმს, სპორტსმენებში დეფიციტური მდგომარეობა იჩენს თავს, რასაც შეიძლება თან ახლდეს ფუნქციური რეზერვების ამოწურვა, ადაპტაციის უარყოფითი ეფექტები და ჯანმრთელობის დარღვევა(4,7,9,11). ამდენად, სპორტული მედიცინის უმნიშვნელოვანეს პრობლემას მწვავე და ქრონიკული გადაძაბვა და მისი პროფილაქტიკა წარმოადგენს. სწორედ ამინომჟავებითა და ვიტამინებით მდიდარი პროლექტის აპიპულმოს გამოყე-

ნებას,

შეიძლება შეასრულოს მნიშვნელოვანი როლი სპორტსმენტა რეაბილიტაციაში ენერჯის აღსადგენად, პოლიდეფიციტური მდგომარეობების, ფიზიკური და გონებრივი გადაღლის დროს. (6,8,10).

აპიპულმა წარმოადგენს ბუნებრივ, ნატურალურ მცენარეულ კომპონენტთა ჯამს-წიწვოვანის ექსტრაქტის, ფუტკრისა და ყურძნის პროლექტების ნაზავს, რომლებიც აუცილებელია ორგანიზმის ნორმალური ცხოველქმედებისა და სხ-

ცხრილი №1 კალათბურთელთა ანთროპომეტრული, ფიზიკური და ფუნქციური მაჩვენებლების შედარებითი ანალიზი აპიკეპატის მიღების ფონზე

მაჩვენებლები	მიღებამდე			მიღების შემდეგ			t	p
	მაქსიმ.	მინიმ.	საშუალო	მაქსიმ.	მინიმ.	საშუალო		
სხეულის წონა	100	38	61,61±2,24	99	47	63,93±2,00	4,64	0,000
სიმაღლე დამჯდარი	136	94	123,40±1,23	140	100	126,14±1,11	7,18	0,000
სიმაღლე ფეხზე	190	151	168,00±1,39	191	155	171,69±1,24	5,05	0,000
მხრის დიამეტრი	36	21	26,86±0,56	36	25	28,71±0,43	6,15	0,000
გულმკერდის საეიტალური	85	35	44,17±1,20	85	32	45,31±1,16	3,83	0,000
გულმკერდის ფრონტალური	87	36	45,18±1,24	87	38	47,07±1,12	5,06	0,000
მარჯვენა მაჯის დიამეტრი	19	15	17,31±0,18	20	15	17,33±0,19	1,00	0,323
მენჯის დიამეტრი	102	65	82,64±1,35	102	65	82,67±1,34	1,00	0,323
მხრის გარშემოწერილობა დაბაბვისას	89	23	31,29±1,55	89	23	31,69±1,53	1,52	0,136
წინამხრისგარშემოწერილობა	31	20	25,60±0,38	31	20	25,71±0,39	1,40	0,168
მხრის გარშემოწერილობა	36	22	27,57±0,44	36	22	27,90±0,44	1,62	0,113
წვივის გარშემოწერილობა	43	27	33,74±0,60	43	27	33,79±0,59	1,00	0,323
წელის გარშემოწერილობა	100	64	75,38±1,15	100	64	76,26±1,23	1,37	0,177
T/A -სისტოლური	130	90	114,17±1,20	120	100	113,21±1,14	1,02	0,315
T/A -დიასტოლური	80	60	65,60±0,82	70	55	62,14±0,52	4,18	0,000
R-დატვირთვამდე	29	20	25,55±0,37	30	24	27,14±0,23	5,89	0,000
R-დატვირთვის შემდეგ-30 წმ	36	25	30,52±0,30	38	28	33,07±0,37	8,05	0,000
R-დატვირთვის შემდეგ-1 წთ	38	28	33,67±0,34	42	33	36,05±0,27	7,81	0,000
R-დატვირთვის შემდეგ-2 წთ	40	31	36,43±0,34	42	35	39,05±0,29	9,84	0,000
P-დატვირთვამდე	88	58	75,43±0,99	85	62	75,90±0,71	0,69	0,493
P-დატვირთვის შემდეგ-30 წმ	122	86	103,79±1,44	108	86	95,64±0,88	5,84	0,000
P-დატვირთვის შემდეგ-1 წთ	130	94	113,31±1,27	116	100	107,60±0,75	5,46	0,000
P-დატვირთვის შემდეგ-2 წთ	136	100	118,50±1,23	122	102	112,90±0,8	5,61	0,000
P-დატვირთვის შემდგომი დასვენებისას 1წთ	110	84	94,67±1,02	106	70	89,17±1,45	2,79	0,008
პულსური წნევა (5 2)	65	30	48,57±1,20	60	40	51,07±1,03	2,34	0,024
საშუალო წნევა (8 6)	105	75	89,88± 0,84	95	77,5	87,68±0,72	3,13	0,003
კეტლეს ინდექსი (2 1)	30,61	16,67	21,57±0,49	29,94	16,36	21,55±0,48	0,07	0,946
პროპორციულობის - (8 7 - 9 2) მანუერის	93,62	23,44	36,72± 1,93	83	24	36,56± 1,66	0,22	0,826
გულმკერდის პროპ. განვითარების კოეფიციენტი - 8 სმ	27	-6	7,55±1,08	26	-79	5,20±2,35	1,16	0,251
პინიეს ინდექსი (1 0 - 1 5)	36	-35	14,84± 2,62	111	-33	16,71± 3,48	0,87	0,390
რუფის ინდექსი (1 - 5)	11,6	4	7,39±0,25	8,5	3,2	6,07±0,21	4,34	0,000
ამეი (2 6 0 0)	5720	1980	3682,98± 117,35	4920	2800	3885,60± 95,63	2,17	0,035
ამტანობის კოეფიციენტი (1 6)	23,33	12,31	15,89±0,42	20	10,33	15,09±0,31	2,19	0,034
ლილიენსტრადის კოეფიციენტი	70,27	35,29	54,02± 1,23	66,67	10,12	59,6± 1,46	1,97	0,05
ცანდერის ინდექსი	6183,78	2320	4093,96±122,55	5466,67	728,47	4338,19±126,83	1,96	0,05
შტანგის სინჯი (6 0)	68	34	54,21±1,53	70	40	57,83±1,13	4,72	0,000
გენის სინჯი (3 0)	39	18	27,00±0,74	39	24	29,57±0,48	4,07	0,000

ვადასხვა დაავადებების პროფილაქტიკისთვის. იგი შეიცავს: ამინომჟავებს 22 სახეობას 20% პროტეინს ალბუმინების სახით, ვიტამინებს (A, B1, B2, B5, B6, C, D, PP, E, K, ფოლის მჟავა), ბიოტინს, რუტინს, ბეტა-სიტოსტერინს (ფოსფორტერინი), მიკროელემენტებს (Fe, Ca, Mg, Zn, Cu, F), გლიკოზიდებს, ქლოროფილს, ცხიმოვან მჟავებს.

იგი ზრდის ორგანიზმის ფიზიკურ და გონებრივ პროდისუნარიანობას; აწესრიგებს ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების ცვლას, ჟანგვა-აღდგენით პროცესებს; გააჩნია რადიოპროტექტორული მოქმედება, უზრუნველყოფს მიმე მეტალების გამოღვენას, თავისუფალი რადიკალებისა და ტოქსინების განეიტრალებას; პრეპარატში შემავალი ამინომჟავები ადვილად ათვისებადია, რაც ხელს უწყობს აზოტოვანი ბალანსის შენარჩუნებას და უზრუნველყოფს ორგანიზმის ზრდისა და განვითარების პროცესებს; აუმჯობესებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, კუჭის, ღვიძლის, ელენთვის ფუნქციას. პრეპარატს გააჩნია იმუნომოდულაციური, იმუნომასტიმულირებელი და ანტიმიკრობული თვისებები;

პრეპარატში შემავალი ამინომჟავები ადვილად ათვისებადია, რაც ხელს უწყობს აზოტოვანი ბალანსის შენარჩუნებასა და ორგანიზმის ზრდა-განვითარებას;

მიზანი: კალათბურთელთა ფუნქციური მდგომარეობის შეფასება მაღალი ფიზიკური დატვირთვის პირობებში და აპიკეპატის როლის შესწავლა მოზარდ სპორტსმენტთა რეაბილიტაციაში

მასალა და მეთოდები: სამუშაოს საფუძვლად დაედო 12-დან 18 წლამდე ასაკის 100 კალათბურთელის ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლების და დატვირთვაზე ადაპტაციის გამოკვლევის შედეგები აპიკეპატის მოქმედების პირობებში.

კალათბურთელთა ანთროპომეტრული, ფიზიკური და ფუნქციური მაჩვენებლების შედარებითი ანალიზი საკონტროლო ჯგუფში

ნართვის კრიტერიუმები: და-მაკმყოფილებელი სოციალურ-ეკონომიური პირობები, დამაკმყოფილებელი და კარგი სპორტული შედეგები.

საკონტროლო აღებული იყო იგივე მონაცემების 50 კალათბურთელი, რომელთაც არ ეძლეოდათ აღნიშნული სასმელი.

ჩატარდა რანდომიზებული ღია კონტროლირებადი კვლევა 6 თვის განმავლობაში. აპიკვატი ეძლეოდათ 1 აბი 3 ჯერ დღეში 3 თვის განმავლობაში.

შესწავლილ იქნა შემდეგი მახასიათებლები: რამდენ დღეს ვარჯიშობს კვირაში, რამდენ საათს ვარჯიშობს დღეში, განწყობა ვარჯიშის შემდეგ, აქვს თუ არა გადაღლა და გადაძაბვა, გულის შეკუმშვათა სისშირე, სუნთქვის შეკვრის დრო, ზოგადი მდგომარეობა, სიმაღლე მჯდომარე და ფეხზე დგომისას; წელის, გულმკერდის, მხრების, კიდურების გარშემოწერილობა, პულსი, არტერიული წნევა სისტოლური და დიასტოლური, დატვირთვამდე და დატვირთვის შემდეგ, ამ მაჩვენებლების მიხედვით გამოთვლილ იქნა შემდეგი სპორტული ინდექსები: რუფის ინდექსი (ფიზიკური შრომის უნარიანობა), ამტანობის კოეფიციენტი (კეპის ფორმულა), შტანგის სინჯი (სუნთქვის შეკავება ჩასუნთქვისას), გენჩის სინჯი (სუნთქვის შეკავება ამოსუნთქვისას), საშუალო არტერიული წნევა, სისხლის მიმოქცევის სისტოლური და წუთობრივი მოცულობები (ლილიენსტრადისა და ცანდერის ფორმულები), სისხლის მიმოქცევის ეფექტურობის კოეფიციენტი, კეტლეს ინდექსი (სიმაღლისა და წონის თანაფარდობა), მინუვრიეს ინდექსი (სხეულისა და ფეხების სიგრძეთა თანაფარდობა), პინიეს ინდექსი (10-15) რადენობრივი მაჩვენებლების სარწმუნობის შეფასებას ვახდენდით სტიუდენტის კრიტერიუმით (t), ხარისხოვანის χ^2 კრიტერიუმით, ჯგუფებს შორის შედარებას Pearson-ით. განსხვავება ითვლებოდა სარწმუნოდ, თუ $t > 1,96$ $p < 0,05$ და $\chi^2 > 3,84$, $p < 0,05$ (10, 11). მათემატიკური უზრუნველყოფა განხორციელდა პროგრამების პაკეტის SPSS 11-5-ის გამოყენებით.

მაჩვენებლები	პირველადი გამოკვლევა			3 თვის შემდეგ			t	p
	მაქსიმ	მინიმ	საშუალო	მაქს.	მინიმ.	საშუალო		
სხეულის წონა	43,00	100,00	62,96±2,48	45,00	99,00	64,23±2,38	2,98	0,0053
სიმაღლე დამჯდ	94,00	136,00	23,29±1,44	96,00	140,00	124,97±1,49	4,58	0,0001
სიმაღლე ფეხზე	152,00	190,00	68,46±1,52	154,00	191,00	169,91±1,56	4,12	0,0002
მხრის დიამეტრი	21,00	36,00	26,97±0,64	22,00	36,00	27,86±0,59	3,23	0,0028
გულმკერდ. საგოტ	35,00	85,00	44,60±1,41	32,00	85,00	44,74±1,41	0,54	0,5949
გულმკერდის ფრინტალური	36,00	87,00	45,96±1,41	36,00	87,00	46,69±1,39	2,25	0,0310
მარჯვენა მჯგის დიამეტრიც	15,00	19,00	17,37±0,19	15,00	20,00	17,43±0,20	1,00	0,3244
მენჯის დიამეტრი	70,00	114,00	87,37±1,63	72,00	110,00	86,31±1,53	1,00	0,3244
მხრის გარშემოწერილობა დაძაბვისას	23,00	89,00	31,91±1,83	23,00	89,00	31,97±1,83	3,24	0,0027
ჭინაშხრის გარშემოწერილობა	20,00	31,00	25,69±0,44	20,00	31,00	25,66±0,43	2,07	0,0460
მხრის გარშემოწერილობა	22,00	36,00	27,77±0,51	22,00	36,00	27,74±0,51	1,00	0,3244
წვივის გარშემოწერილობა	27,00	43,00	33,94±0,66	27,00	43,00	33,91±0,67	1,00	0,3244
წელის გარშემოწერილობა	64,00	100,00	76,40±1,31	64,00	100,00	76,80±1,34	1,00	0,3244
T-1	90,00	130,00	14,57±1,40	90,00	130,00	113,86±1,45	1,00	0,3244
T-2	60,00	80,00	66,29±0,92	60,00	80,00	66,86±0,92	0,93	0,3592
R-დატვირთვამდე	20,00	29,00	25,49±0,41	20,00	29,00	25,80±0,39	1,15	0,2572
R-დატვირთვის შემდეგ-30 წმ	25,00	36,00	30,23±0,30	25,00	38,00	30,97±0,44	1,28	0,2105
R-დატვირთვის შემდეგ-1 წთ	28,00	38,00	33,29±0,36	28,00	40,00	33,60±0,40	3,06	0,0306
R-დატვირთვის შემდეგ-2 წთ	31,00	40,00	36,00±0,33	31,00	42,00	36,40±0,42	3,06	0,0044
P-დატვირთვამდე	58,00	88,00	75,57±1,15	58,00	90,00	76,20±1,17	1,72	0,0938
P-დატვირთვის შემდეგ-30 წმ	90,00	122,00	105,00±1,48	90,00	128,00	105,60±2,25	1,56	0,0308
P-დატვირთვის შემდეგ-1 წთ	94,00	130,00	114,31±1,34	94,00	132,00	114,54±1,36	2,09	0,0437
P-დატვირთვის შემდეგ-2 წთ	100,00	136,00	119,34±1,28	100,00	134,00	119,20±1,20	0,44	0,6662
P-დატვირთვის შემდეგ დახვეწებისას 1წთ	86,00	110,00	95,77±1,05	88,00	110,00	95,89±1,03	1,00	0,3244
პულსური ნევა (5 2)	30,00	65,00	48,43±1,40	30,00	65,00	48,29±1,37	1,00	0,3244
საშუალო წნევა (8 6)	75,00	105,00	90,50±0,97	75,00	105,00	90,43±0,96	1,00	0,3244
კეტლეს ინდექსი (2 1)	16,69	30,61	21,94±0,55	17,72	29,94	22,06±0,55	0,72	0,4774
პროპორციულობის - (8 7 - 9 2) მანუერის	23,44	93,62	37,35±2,30	21,88	90,63	36,65±2,26	1,41	0,1676
გულმკ. პროპანკით. კოეფიციენტი - 8 სმი	-6,00	27,00	7,97±1,24	-6,50	26,00	7,94±1,20	0,10	0,9219
პინიეს ინდექსი (1 0 - 1 5)	-35,00	36,00	13,30±2,97	-33,00	30,00	12,77±2,89	0,84	0,4076
რუფის ინდექსი (1 - 5)	4,20	11,60	7,63±0,25	4,2	11,6	7,71±0,27	2,30	0,0277
ამეი (2 6 0 0)	1980,00	5720,00	3683,00±138,68	1980	5850	3685,97±133,83	1,25	0,2214
ამტანობის კოეფიციენტი (1 6)	12,31	23,33	16,01±0,48	12,31	23,33	16,16±0,46	1,08	0,2858
ლილიენსტრადის კოეფიციენტი	35,29	70,27	53,47±1,43	35,29	70,27	53,30±1,35	0,04	0,9683
ცანდერის ინდექსი	2320,00	6183,78	4064,61±144	2320	6324,32	4074,39±138,8	1,27	0,2127
შტანგის სინჯი (6 0)	34,00	68,00	53,69±1,68	34,00	68,00	54,03±1,68	1,67	0,1032
გენჩის სინჯი (3 0)	18,00	39,00	26,57±0,83	18,00	40,00	26,97±0,87	1,87	0,0700

კვლევის შედეგები და მათი განხილვა:

კვლევის პირველ ეტაპზე შევისწავლეთ კალათბურთელთა ანთროპომეტრული, ფიზიკური და ფუნქციური მახასიათებლები აპიჰეპატის მოქმედების ფონზე, მიღებამდე და მიღებიდან 3 თვის შემდეგ (ცხრ. №1)

აპიჰეპატის მიღების შემდეგ აღინიშნა სხეულის წონის; სიმაღლის; მხრის და გულმკერდის საგიტალური და ფრონტალური დიამეტრის სარწმუნო მომატება.

ასევე სარწმუნოდ გაუმჯობესდა ფიზიკური და ფუნქციური მაჩვენებლები.

სასმელის მიღების შემდეგ ადგილი ჰქონდა სუნთქვის სიხშირის და პულსური წნევის მომატებას; აგრეთვე დატვირთვის შემდეგ გულის შეკუმშვათა სიხშირის, საშუალო წნევის შემცირებას; გარდა ამისა გაუმჯობესდა ისეთი ფუნქციური მონაცემები როგორცაა სუნთქვითი ინდექსები (შტანგეს სინჯი; გენჩის სინჯი) რუფიეს ინდექსი, ამტანობის კოეფიციენტი, სისხლის მიმოქცევის სისტოლური და წუთობრივი მოცულობები (ლილიენისტრადისა და ცანდერის ფორმულები), გაუარესდა სისხლის მიმოქცევის ეფექტურობის კოეფიციენტი.

იგივე მაჩვენებლების შედარებამ საკონტროლო ჯგუფში 3 თვის შემდეგ არსებითი განსხვავება არ მოგვცა(ცხრილი№2)

3 თვის შემდეგ იმ ჯგუფში, რომელსაც არ ეძლეოდა აპიჰეპატი, წონის, სიმაღლის, მხრის და გულმკერდის დიამეტრის, მხრის და წინამხრის გარშემოწერილობის მაჩვენებლების მიხედვით რაიმე მკვეთრი ცვლილება(სარწმუნო მატება) არ აღინიშნებოდა.

დასკვნები: 1. ჯგუფში, რომელსაც არ ეძლეოდა აპიჰეპატი, ანთროპომეტრული მაჩვენებლების მიხედვით რაიმე მკვეთრი ცვლილება(სარწმუნო მატება) არ აღინიშნებოდა, გაიზარდა მხოლოდ დატვირთვის შემდეგ სუნთქვის და პულსის სიხშირეები.

2. პრეპარატ აპიჰეპატის მიღების შემდეგ ადგილი აქვს კალათბურთელთა ანთროპომეტრული მაჩვენებლების გაუმჯობესებას;

3. პრეპარატ აპიჰეპატის მიღების შემდეგ უმჯობესდება კალათბურთელთა ფიზიკური და ფუნქციონალური ინდექსები: სუნთქვის შეკავების მაჩვენებლები, საშუალო არტერიული წნევა, სისხლის მიმოქცევის სისტოლური და წუთობრივი მოცულობები, ამტანობის კოეფიციენტი.

4. პრეპარატ აპიჰეპატის გამოყენება აუმჯობესებს სპორტსმენტა შრომისუნარიანობას, აფართოებს ადაპტაციური მექანიზმებს სავარჯიშო და საშეჯიბრო პირობებისადმი; აჩქარებს აღდგენით პროცესებს ინტენსიური ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ;

ლიტერატურა:

Меерсон Ф.З. Феномен адаптационной стабилизаци структур и защита сердца. М. 1998.

Дембо А.Г., Земцовский Э.В. Спортивная кардиология, М-Л. - 2004.

Амосов Н.М. и Бендет Я.А. Физическая активность и сердце, К. 2004.

Граевская Н.Д. Динамика некоторых показателей экг в процессе многолетней тренировки спортсменов - В кн. Методы исследования в спортивной медицине. М. 2004.

Платонов В.Н. Общая теория подготовки спортсменов в олимпийском спорте. К. 2007.

Тайболина Л.А. Адаптация сердечной мышцы на различных этапах спортивного совершенства // Международный конгресс ФКС в Польше, 2002.

Каражанов Б.К. Медико-биологические и психологические особенности спортивной борьбы, Алма-Ата, 2005.

Ященко А. Адаптация сердечно-сосудистой системы высококвалифицированных спортсменов к тренировочным нагрузкам различной направленности. Физиологичний журнал т.48.-№2.-2002.

Флетчер Р., Флетчер С. Вагнер Э. Клиническая эпидемиология(основы доказательной медицины). Москва: Медиасфера – 2008. - 345с

Гайятт Г., Ренни Д. Путеводитель читателя медицинской литературы – Принципы клинической практики, основанной на доказанном. Издательство. Медия Сфера. –М. 2003

რეზიუმე

სპორტსმენტა ანთროპომეტრული, ფიზიკური და ფუნქციური მახასიათებლები აპიჰეპატის მოქმედების ფონზე

მ. მ. მ. ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. ბადრიასვილი, მ. მ. ნ. თოფურაძე, მ. მ. ნ. ჯობავა, მ. მ. მ. კ. ჩახუნაშვილი, (სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი)

ორგანიზმის ფიზიკური განვითარება განისაზღვრება როგორც ადამიანის ორგანიზმის მორფოფუნქციური თავისებურებების ცვლილებათა რთული პროცესი. ის ემორჩილება ბიოლოგიურ კანონებს და ასახავს ზრდისა და განვითარების ზოგად კანონზომიერებებს.

რეპარატ აპიჰეპატის გამოყენება აუმჯობესებს სპორტსმენტა შრომისუნარიანობას, აფართოებს ადაპტაციური მექანიზმებს სავარჯიშო და საშეჯიბრო პირობებისადმი; აჩქარებს აღდგენით პროცესებს ინტენსიური ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ

SUMMARY

ANTROPHOMETRIC, PHYSICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF SPORTSMEN UNDER THE EFFECT OF APIHEPATI

MD. G.CHAKUNASHVILI, N.BADRIASHVILI, MD. N.TOPURIDZE, MD. N.JOBAVA, MD. C.CHAKHUNASHVILI (Social Pediatrics Protection Fund)

The physical development of organism is defined as complex process of morphofunctional peculiarity changes in human organism. It obeys the rules of biology and represents basic origins of growth and development.

Apihepati improves ability to work, enhances adaptive mechanisms during exercising and competitions; Fastens restoration processes after intensive physical load.



ნახვამდის ბენდუ

მსოფლიოში აღიარებული, მრავალმხრივი მისაბძი ქართველი, საქართველოს ახალგაზრდობის განმანათლებელი, ჩვენი კახა ბენდუძე...

შენი დატოვებული თაბა გომარჯვებს ბატონო კახა მწიფობო... კვივის მერი ვიტალი კლიციკა კახა ბენდუძის გარდაცვალების გამო...

"შე ვერ ბენდინდი იმის გამო, რომ ვინცობდი კახა ბენდუძის, წყნ ვთავად განვიხილავდი უკრანის პერსპექტივებს..."

წარმტკბელი პრაქტიკოსი კვირის სეზონში... კახა იყო უკრანის დიდი გულშემატკვარი და გულწრფელად წახდა იმის შესახებ...

აზრებები: მე თქვენ ვყვლანი მიუფხარო!!! მეც ჩვეურობით ამ საყქში, მად ვარ შემოსვდილი ფული გათვრანა ვარ...

აზრებები: რა პროშენო "ტიტერზე" გამოცხადდა. მან შეუხარდა გამოთქვა ბენდუძის გარდაცვალების გამო...

ვიქტორ მგომარჯვიანი - 70 წლის იტნებოდა



58 წლის ასაკში წვიდა ჩვენთან. მეტე ძვიანი მალე მოვიდა 60 წლის, მერა 65 წლის და ახლა 70 წლის გეა...

და, თითქმის გრნობდა, რომ მალე წავიდოდა და ბევრს ვერ მოასწავდოდა...

თულ შედინაში ირი მიმართულების დაყოფა - საქმისდინო გენეტიკა და სოციალური პედიატრია...

ლიანი დიდი შკონადო! გაციდედო მისი გაცემდა, ვიდრე თეთრ თიღებდა...

მალნიკაპუნ სიგალი: ბავშვის განვითარების ინტენსიური მეთოდი...



ქველოქველი და სიკეთის მითხველი, ჩვენი იოსებო (გიქი) პეჩაპეარალი

ფორი და მადლიანი გზა განვლო. 40 წელზე მეტი ხნის განსაჯლობაში სრულდა...

ტეტი კლინიკის ოტორინოლარინგოლოგიურ განყოფილებას (დეპარტამენტს) ხელმძღვანელობდა. თავდაჯუზოვად მშობილო და...

ითხებ(ბიტი) მაჭავარიანი იყო საქმისდინო უნივერსიტეტის მეტობარი და გულშემატკვარი...

მალნიკაპუნ სიგალი: ბავშვის განვითარების ინტენსიური მეთოდი...

დღეს განსაკუთრებულ პატივსაცემად და სიყვარულს მივადრეხი ჩვენი კოლეგა...

1973 წელს დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო საქმისდინო ინსტიტუტის პედიატრიის ფაკულტეტი...

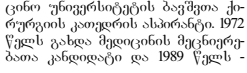
გასული საქმისდინო 90-იანი წლების დასაწყისში მან აშშ-ის ჯორჯიან საქმისდინო ცენტრის (Georgia Children's Hospital)...

ამ მხრივ მიწინდობლივია ოჯახისაღმი გამოხვენი სამომარში ჩვენი პატიარაქის, უმწონგნისა და უჩეტარესის...

ბევრი მადლიანი საქმის გაკეთება შეუძლო!

ბავშვთა ძირუბრკიის თვალსაჩინო წარმომადგენელი და ჩვენი საყვარელი პედაგოგი

ბავშვთა განვითარების საღარავოზე მუშავო, შეუხარებელი მეგობარი, პროფესიული პედაგოგი და ყველასათვის საყვარელი ადამიანი სულ ახლახან გამოთხველია ხელდგან...



კვირამ დავითია, ყველასათვის ნაცნობი ბავშვთა ძირუბრკი, რომელმაც უამრავი ბავშვის სოციალური გადარჩინა თათი თავდაგვითი და პროფესიონალი ხნის შემეფოთი...

წლებში თბისუ ბავთოს ძირუბრკი აკეთდის ასისტენტი. 1989-1992 წლებში თბისუ სახელმწიფო მეთოდური განყოფილების გამეცი...

წინის 215 სამეცნიერო შრომა ქაროულ და უცხოურ ჟურნალებში და მეთოდური სახელმძღვანელო, 7 რაციონალიზატორული წინდადება და ერთი გამოთხვენა...

მალნიკაპუნ სიგალი: ბავშვის განვითარების ინტენსიური მეთოდი...

ბატონი გურამის ბიოგრაფია უფლოდ მოამბეგვლია: ის დაიბადდა ქალაქ სინში 1939 წლის 30 სექტემბერს...

ბატონის ბუნჯამონ ფრანკლინის სახ. შირტეს კლინიკაში (ნჯამონ რანკლინის ჩართეი ნამჯი). 1996 წელს სტავოტრა განვლო ქტერპლისი წმ. იოსების სახ. კლინიკაში (შტ. კოსტას რაკინაუს). 2005 წელს ბატონი გურამი გახდა თბისუ-ს პედიატრიის დაწინაურების დეკანი...

ბატონი გურამი 1958-1969 წლებში იყო თბისუ-ს სახ. დრამატული თატარის ქართული დახის თანამშრომელი. ის, ასევე, მინაწილობდა უამრავ პუნინატორულ აქციონს, კერმიდ: პაციენტთა უფასო გახოჯვების საქართველოს რეგიონებსა და დიდ ქალაქებში...

ბავშვთა ძირუბრკი: ბავშვის განვითარების ინტენსიური მეთოდი...

2015 წლის 31 ოქტომბერს სრულდება 90 წელი გამოჩენილი ქართველი მამულეოლოგის, ექიმ პედიატრის იოსებ მახარაძის-მე კვაჭაძის დაბადებიდან. ის იყო უდიდესი კლინიკისტი, მეცნიერი, პედაგოგი.

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

1955 წელს ბატონმა იოსებმა დაიწვა საკანდიდატო დისერტაცია, ხოლო 1970 წ. სადოქტორო, რომელიც შეუქმნა თანდაყოლილი ტოქსოპლაზმოზის პრობლემა. იმავე წელს მას ანიჭებენ პროფესორის ხარისხს.

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

1984 წელს მიენიჭა მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწის წოდება.

პროფესორ იოსებ კვაჭაძის ხელმძღვანელობით კათედრაზე შესრულდა 18 საკანდიდატო და ერთი სადოქტორო დისერტაცია. იგი იყო ავტორი 300 სამეცნიერო შრომის, რომლებიც გამოქვეყნებულია როგორც საქართველოში ასე-

წელს ჩვენ და თქვენს უსაყვარლეს პიროვნოსს ბაგონ იოსებ კვაჭაძეს 90 წელი შეუსრულდებოდა

ვე უცხოეთში: ბუენოს-აირესი, მეხიკო, პარიზი, ლონდონი, მონტეკარლო, პრაღა, დუბროვნიკი, ქენევა, ბუდაპეშტი, ჯაკარტა, მოსკოვი, სანკტ-პეტერბურგი და სხვა. პროფესორ იოსებ კვაჭაძის სამეცნიერო კვლევები შეეხებოდა იმუნოლოგიის, იმუნოგენეტიკის, სხვადასხვა დაავადებათა კლინიკის, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის საკითხებს.

მის მიერ პირველად საქართველოში შესწავლილია ტოქსოპლაზმოზი, თანდაყოლილი ინფექციები, ნაწლავთა შეწოვის ფუნქციის დარღვევით მიმდინარე დაავადებები: მუკოვისციდოზი, ცულიაკია, ექსუდაციური ენტეროპათია, დისაქარიდული უმარისობა, იმუნოდეფიციტის სინდრომი მიმდინარე პათოლოგიები, დაუნის სინდრომი,



მის მიერ აღწერილია სხვადასხვა თანდაყოლილი და მემკვიდრული დაავადებები.

პროფესორ იოსებ კვაჭაძეს უდიდესი დედალი მუხომეის რეჟისორისა და შუბა-

ბახსენება

ერთი ქსოვლი დიფუზური დაზიანებით მიმდინარე დაავადებათა ემიემიოლოგიის, კლინიკის, იმუნური ასპექტებისა და მკურნალობის საკითხების შესწავლაში.

იგი 10 მონოგრაფიის ავტორი იყო. მისი სახელმძღვანელო „ბავშვთა დაავადებანი“ ექიმთა და სტუდენტთა საზავილო წიგნია.

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

პროფესორი იოსებ კვაჭაძე გარდაიცვალა 1993 წელს. ბატონმა იოსებ კვაჭაძემ თავისი მრავალმხრივი სამეცნიერო, პედაგოგიური, კლინიკური, საზოგადოებრივი, მოქალაქეობრივი მოღვაწეობით უდიდესი წვლილი შეიტანა ქართული მედიცინის განვითარებაში.

რეზაქიანი



თიქმის 2 წელია ვიხსენებთ, ბატონ ლევან ურუშაძეს, რომლის თავოსნობითაც 1998 წელს დაფუძნდა მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების ხელშეწყობის პანეერული ასოციაციის „ევრომეცნიერების“

საქართველოს ეროვნული სექცია. იყო მისი ჯერ აღმასრულებელი მდივანი, 2000-06 წლებში კი – თავმჯდომარე.

წელს ოჯახის გულისხმევით გამოიცა ლურჯუშაძის ბრწვინვალე მონოგრაფია – სილოვან ხუნდაძე უდიდესი პედაგოგი და მამულიშვილი.

გაეხსენით, თუ როგორ გაზოგვეხსურა ტრავოგულ დღეებში ბატონი რაიმონდ ზელცი „ევრომეცნიერების“ გენერალური მდივნის მოადგილე სტრანსბურგიდან.

აპოვიცეპულ პროფესორო ურუშაძე

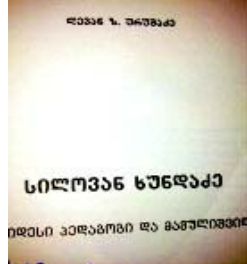
ვთხოვთ მიიღოთ ჩემი უდიდესი თანაგრძობა და კუილდგანწყობა ამ სამწუხარო ვითარებაში.

დოქტორი ლევან ურუშაძე, ისევე როგორ თქვენ, იყავით ევრომეცნიერების დაფუძნების შემდეგ, მის ერთ-ერთ პირველ წევრებს შორის.

მე მასსოვს ორივე თქვენთან შეხვედრა 2002 წელს კონფერენციაზე საფრანგეთში, სტრასბურგის მახლობლად, სადაც განვიხილავით იმ ევროპულ პროექტის მოსაზრებულ დონისიბებებს, რომლის შედეგადაც ჩამოყალიბდა „ევროპული ქარტია ახალგაზრდა მედიკოსებისთვის“, რაც მოიცავდა რეკომენდაციებს, რომლებიც აწვრილებს მკვლევართა მიმოსვლას ევროკავშირში.

დოქტორი ლევან ურუშაძე წლების განმავლობაში ხელმძღვანელობდა ევრომეცნიერ-

ების საქართველოს ეროვნულ სექციას. ევრომეცნიერებისთვის თავიდანვე პრიორიტეტუ-



ლი იყო მოეხიდა წევრები სოციალური და პუმანიტარული სამეცნიერო საზოგადოებებიდან. დოქტორი ლევან ურუშაძე იყო ამ საზოგადოების გამორჩეული წარმომადგენელი და წევრ ვამაყობთ იმით, რომ გვეავადა ასეთი წევრი.



საქართველოში მედიცინის დარგში მინიჭებული და უტინიკებში გახსნილი „ბრწყინვალების ვარსკვლავი“



2010-11 წელი
(პედიატრის – ირ. ციციშვილის –
„ბავშვთა ახალ კლინიკაში“)



2012-13 წელი
(ქრეორგის – ლ. ჭაჭიაშვილის –
„რკინიგზის საავადმყოფოში“ –
დიღომში)



2013-14 წელი
(ნეიროქირურგის – შხევსურიანის –
„№1 საავადმყოფოს ნეირო-
ქირურგიულ დეპარტამენტში“)



ევექსი

სამედიცინო კორპორაცია

„სამედიცინო კორპორაცია ევექსი“

ირაკლი ციციშვილის
სახ. ბავშვთა ახალი კლინიკა

თბილისი,
ლუბლიანას ქ. №21.
(დიღომი)

ბავშვთა
ახალი კლინიკა
CHILDREN'S NEW CLINIC



პური

გაქვითა და გაქვითა უაღრესად ხარისხიანად



სპერექსი

ცეფაქლორი



II თაობის ცეფალოსპორინი

მოზრდილებისთვის სადღეღამისო დოზა შეადგენს სხეულის მასის მიხედვით - 10-15 მგ/კგ გაყოფილი 2-4 მიღებაზე ქაშის დროს ან შემდეგ. საშუალო სიმძიმის ინფექციების დროს პრეპარატი მიიღება 250 მგ 3-ჯერ დღეში (ყოველ 8 სთ-ში), მძიმედ მიმდინარე ინფექციების დროს - 500 მგ 3-ჯერ დღეში (წვემონია, შუა ყურის მწვავე ანთება).
მოზრდილების მინიმალური სადღეღამისო თერაპიული დოზაა 750 მგ, მაქსიმალური რეკომენდებული დოზა - 2 გ, მაქსიმალური დასაშვები დოზაა - 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 ყოლოს არომპატივით. გამოყენების წინ შეაჩვლურეთ!
 სუსპენზია გამოიყენება მომზადებიდან არა უმეტეს 2 კვირის განმავლობაში. მჭიდროდ დახურული ფლაკონი მზა სუსპენზიით ინახება მაცივარში 2-8°C ტემპერატურაზე. დაუშვებელია გაყინვა.
ბამოშვების ფორმა:
 კაფსულები 250 მგ. №10
 ფხვნილი პერიორალური სუსპენზიის მოსამზადებლად 125 მგ/5 მლ. 60მლ ფლაკონი.

კვადიმაქსი

ცეფპოდოქსიმი



III თაობის ცეფალოსპორინი

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

როქსიტასი-ავერსი

როქსიტრომიცინი



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 როადენობის წყალთან ერთად, ჭამამდე დაახლოებით 15 წთ-ით ადრე.
სუსპენზია: 2 თვიდან 4 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის რეკომენდებულია როქსიტრომიცინის სუსპენზიის სახით მიღება. სუსპენზია მიიღება პერიორალურად, ჭამამდე დაახლოებით 15 წთ-ით ადრე. მიღების წინ შეაჩვლურეთ!
ბამოშვების ფორმა: როქსიტასი-ავერსი 150 მგ. №10 ტაბლეტი; როქსიტასი-ავერსი 50 მგ/5 მლ 30 მლ სუსპენზია.

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

