

ი რ ა კ ლ ი ნ ა ტ რ ო შ ვ ი ლ ი

ბავშვთა სამედიცინო რეაბილიტაციის
ორგანიზაციული ასპექტები

14.00.33 _ სოციალური ჰიგიენა და ჯანდაცვის ორგანიზაცია

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო ხარისხის
მოსაპოვებლად წარმოდგენილი
დისერტაციის

ავტორ ე ფ ე რ ა ტ ი

თბილისი

2006

ნაშრომი შესრულებულია:

საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის ბიოსამედიცინო ეთიკისა და მედიცინის ისტორიის კათედრაზე და თბილისის ნ. ქავთარაძის სახ. ბავშვთა ნევროლოგიისა და ნეირორეაბილიტაციის სამკურნალო-საგანმანათლებლო ცენტრში.

სამეცნიერო ხელმძღვანელი _

ჯანგი მამალაძე

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი.

ოფიციალური ოპონენტები: _

ოთარ გერზმავა

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი (14.00.33).

ნინო ტატიშვილი

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
(14.00.13).

დისერტაციის დაცვა შერგება 2006 წლის _____ სთ-ზე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სადისერტაციო საბჭოს – m 14.07. №4 სხდომაზე (0177, თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ. №33).

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში (0160, თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ. №29).

ავტორეფერატი დაიგზავნა 2006 წლის _____

სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი,

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი,

დოცენტი

დ. გელოვანი

პრობლემის აქტუალობა:

რეაბილიტაციური მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება და გამოსავლის წინასწარგანსაზღვრა მნიშვნელოვანია, როგორც ბავშვის მშობლებისათვის, ასევე დარგში მომუშავე სპეციალისტებისათვის, სოციალური მუშაკებისათვის და ჯანდაცვის ორგანიზატორებისათვის. სარეაბილიტაციო მკურნალობის სწორი (მიზანზე ორიენტირებული) და ეფექტური მენეჯმენტი, ადაპტაციური ღონისძიებების დაგეგმვა და დროული განხორციელება რაციონალურს გახდის ამ დარგში გაწეულ კაპიტალურ დანახარჯებს.

ცერებრული დამბლა არის ბავშვთა ასაკში განვითარებული უნარშეზღუდულობის ყველაზე ხშირი მიზეზი [Badawi N, Watson L, Petterson B, et al].

ცერებრული დამბლა არის კრებითი დიაგნოზი, რომელიც გულისხმობს განვითარებადი თავის ტვინის დაზიანებით განპირობებულ არაპროგრესირებად, მაგრამ ხშირად ცვალებად სიმპტომთა ერთობლიობას. [Bax M, "Terminology and Classification of Cerebral Palsy"]. ცერებრული დამბლის ერთ-ერთი ადრეული და მნიშვნელოვანი გამოვლინებაა მსხვილი მოტორული ფუნქციების (მოძრაობისა, პოზის) დარღვევა. ცერებრული დამბლის მიზეზი შეიძლება იყოს თავის ტვინის ჰიპოქსიურ-იშემიური დაზიანება, ტოქსიური, მეტაბოლური, ინფექციური, გენეტიკური და ტრავმული დარღვევები და თანდაყოლილი მალფორმაციები [Miller G, Clark G.D, The Cerebral Palses, Causes, Consequences, and Management].

როდესაც მშობლები პირველად იგებენ, რომ მათ ბავშვს აქვს ცერებრული დამბლა (უხშირესად ეს ხდება ბავშვის სიცოცხლის პირველი 18 თვის განმავლობაში) მათი პირველი კითხვა არის, შესძლებს თუ არა ბავშვი დამოუკიდებლად სიარულს [Rosenbaum PL, Walter SD, Hanna SE, Prognosis for Gross Motor Function in Cerebral Palsy: Creation of Motor Development Curves].

ეს კითხვა განსაკუთრებით აქტუალურია საქართველოში, რადგან არსებული არქიტექტურული ბარიერების გამო, მშობლებისათვის და ოჯახის ახლობლებისათვის გასაგებია, რომ დამოუკიდებელი სიარულის შეუძლებლობა პრაქტიკულად იზოლაციაში აქცევს ბავშვს, იგი ვეღარ მიიღებს მონაწილეობას საზოგადოების ცხოვრებაში და მისი მოვლა მძიმე ტვირთად დააწვება ოჯახსა და მის ახლობლებს.

პასუხი კითხვებზე:

- შესძლებს თუ არა მომავალში ბავშვი დამოუკიდებლად სიარულს?
- რამდენად შეზღუდული იქნება მისი მსხვილი მოტორული ფუნქციები?
- იქნება თუ არა მისი ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხი ისეთი, რომ მან შესძლოს დამოუკიდებელი ცხოვრება?

ემყარებოდა ადრეული მოტორული ფუნქციებისა და რეფლექსების განვითარების ტემპზე დაკვირვებას და არა ობიექტურ, მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით გაკეთებულ დასკვნებს. ფასდებოდა ახალშობილის ფიზიოლოგიური რეფლექსების რედუცირების ტემპი და ამავე დროს მსხვილი მოტორული აქტების – თავის ჭერის, გადაბრუნების, ჯდომის და შემდგომში სიარულის განვითარება.

ამ მონაცემებზე დაკვირვებით შესაძლებელია მოვახდინოთ ბავშვის მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარების ტემპის კონსტატაცია, მაგრამ მას არა აქვს პროგნოზული მნიშვნელობა, რადგან 5 წლის ან უფრო მეტ ასაკში, ცერებრული დამბლით დაავადებული ბავშვისათვის რამოდენიმე ათეული დამოუკიდებელი ნაბიჯის გადადგმის შესაძლებლობას განსაზღვრავს მრავალი ფაქტორის ერთობლიობა და პირველ რიგში ცერებრული დამბლის ფორმა და სიმძიმის დონე. ამდენად,

დამოუკიდებელი სიარულის შესაძლებლობის ზუსტი პროგნოზირება მხოლოდ ზემოთ აღწერილ მონაცემებზე დაყრდნობით შეუძლებელია [Crothers B, Palne RS. Natural History of Cerebral Palsy].

მოტორული ფუნქციების განვითარების ზოგადი აღწერა რომელიც ასახავს მდგომარეობის სიმძიმეს, ხშირად არაზუსტია, და უსისტემო [Scrutton D, Rosenbaum P.L, The Locomotor Development of Children With Cerebral Palsy]. პალისანოს და თანაავტორების აზრით, მოტორული გაუმჯობესების მრუდი ეყრდნობა მსხვილი მოტორული ფუნქციების სტატიფიცირებულ შედეგებს და არის ძალიან მნიშვნელოვანი გამოკვლევა [Palisano R.J, Hanna S.E, Rosenbaum P.L et. all. Validation of a model of Gross Motor Function for children with Cerebral Palsy].

უკანასკნელ წლებში ცერებრული დამბლისა და ზოგადად მსხვილი მოტორული ფუნქციების შეზღუდვის სხვადასხვა საკითხთან დაკავშირებით ჩატარებულ კვლევათა სიმრავლის მიუხედავად ბევრი აქტუალური პრობლემა ჯერ კიდევ დასაზუსტებელია, მათ შორის:

- არ არსებობს მოტორული უნარშეზღუდულობის მოსალოდნელი ხარისხის განმსაზღვრელი ობიექტური კრიტერიუმები;
- პრაქტიკულად შეუძლებელია, მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით შეფასდეს რეაბილიტაციური მკურნალობის ეფექტურობა და მოხდეს გამოსავლის წინასწარ განსაზღვრა;
- დასადგენია მსხვილი მოტორული ფუნქციების შეფასებით მიღებული მონაცემების პრედიქტორული როლი მოსალოდნელი უნარშეზღუდულობის ხარისხის განსაზღვრაში;
- არ არის ცნობილი რამდენად განსაზღვრავს ფუნქციური დამოუკიდებლობის ადრეული შეფასებით მიღებული მონაცემები მომავალში სიცოხლის ხარისხს;
- დასადგენია მსხვილი მოტორული ფუნქციებისა და ფუნქციური დამოუკიდებლობის შეფასებათა კორელაციის არსებობა და მისი როლი ზოგადი უნარშეზღუდულობის ხარისხთან მიმართებაში;
- არ არის შემუშავებული ობიექტური, მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კრიტერიუმები იმისა თუ როდემდე უნდა გაგრძელდეს სამედიცინო რეაბილიტაცია და რა არის ის მაქსიმუმი, რომლის მიღწევის შემდეგაც რეაბილიტაციური ღონისძიებების ჩატარება არ გამოიწვევს ფუნქციურ გაუმჯობესებას.

აღნიშნული საკითხების შესწავლის მეცნიერულ ინტერესს ზრდის ის გარემოებაც რომ, უნარშეზღუდულობის ხარისხის შემცირებით შესაძლებელია პაციენტის ცხოვრების ხარისხის და სოციალური აქტივობის გაუმჯობესება, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის და მისი ოჯახის როგორც ფსიქო-ემოციური კლიმატის გაჯანსაღება, და ამით გამოწვეული ეკონომიკური დანახარჯების შემცირება.

კვლევის მიზანი:

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ცერებრული დამბლით დაავადებულ ბავშვთა სარეაბილიტაციო მკურნალობაზე ხანგრძლივი დაკვირვებით და მკურნალობის შედეგების პროსპექტიული ანალიზით დაგვედგინა:

- მსხვილი მოტორული ფუნქციებისა და ფუნქციური დამოუკიდებლობის გაუმჯობესების ხარისხის კორელაცია;

- სარეაბილიტაციო მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების ობიექტური კრიტერიუმები;
- მოსალოდნელი მოტორული და ფუნქციური უნარშეზღუდულობის სიმძიმის ხარისხის პრედიქტორები;
- სარეაბილიტაციო მკურნალობის ინტენსივობის შემცირებისა და დამხმარე ადაპტაციური საშუალებების გამოყენების აუცილებლობის კრიტერიუმები.

კვლევის ამოცანები

1. სარეაბილიტაციო მკურნალობის ფონზე, მსხვილი მოტორული ფუნქციებისა და ფუნქციური დამოუკიდებლობის გაუმჯობესების ხარისხის დადგენა სხვადასხვა ფორმისა და სიმძიმის დონის ცერებრული დამბლის დროს;
2. მსხვილი მოტორული ფუნქციებისა (GMFM) და ფუნქციური დამოუკიდებლობის (WeeFIM) შეფასების მნიშვნელობის შესწავლა ცერებრული დამბლით დაავადებული ბავშვების სამედიცინო რეაბილიტაციის ეფექტურობის შეფასებაში;
3. მსხვილი მოტორული ფუნქციებისა (GMFM) და ფუნქციური დამოუკიდებლობის (WeeFIM) კორელაციის დადგენა ცერებრული დამბლის ფორმებსა და სიმძიმის დონეებთან მიმართებაში;
4. მსხვილი მოტორული ფუნქციებისა (GMFM) და ფუნქციური დამოუკიდებლობის (WeeFIM) ადრეული შეფასების პროგნოზული მნიშვნელობის დადგენა უნარშეზღუდულობის ხარისხის წინასწარგანსაზღვრაში.

კვლევის მეცნიერული სიახლე

კვლევის შედეგად, ქართული პოპულაციისათვის, პირველად განისაზღვრა მსხვილი მოტორული ფუნქციებისა და ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის ცვლილება სარეაბილიტაციო მკურნალობის ფონზე. ამავე დროს, კვლევის შედეგების სტატისტიკური დამუშავებით, მოხერხდა აღნიშნული ცვლილებების რიცხოვრივი მონაცემებისა და ცერებრული დამბლის სიმძიმის დონის ურთიერთდამოკიდებულების გრაფიკული გამოსახვა.

პირველად, ობიექტურ მონაცემებზე დაყრდნობით, შემუშავდა სარეაბილიტაციო მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების კრიტერიუმები.

ასევე, ობიექტურ მონაცემებზე დაყრდნობით დადგინდა, რომ მსხვილი მოტორული აქტების-ჯდომა, დგომა, გადაადგილება და ა.შ შეზღუდვის ხარისხი მნიშვნელოვანწილად განაპირობებს ზოგადად უნარშეზღუდულობის ხარისხს და გამოიკვეთა მსხვილი მოტორული აქტებისა და ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის კორელაცია.

კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები საშუალებას გვაძლევს წინასწარ, მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, განვსაზღვროთ მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარების მოსალოდნელი დონე, რომლის რიცხოვრივი მნიშვნელობა მკვეთრად დამოკიდებულია ცერებრული დამბლის სიმძიმეზე.

ჩატარებული კვლევით მიღებული შედეგები, რომელიც ეფუძნება ცერებრული დამბლით დაავადებული 397 ბავშვის მდგომარეობის შეფასებასა და 5 წლის განმავლობაში ჩატარებული სარეაბილიტაციო მკურნალობის საკუთარ დაკვირვებას, საშუალებას გვაძლევს მნიშვნელოვნად გავზარდოთ შეზღუდული შესაძლებლობების

მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციისა და მათ საზოგადოებაში ინტეგრაციაზე გამოყოფილი თანხების ხარჯვის ეფექტურობა და მიზანმიმართულობა.

მსხვილი მოტორული ფუნქციებისა (GMFM) და ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის (WeeFIM) შეფასებით მიღებული მონაცემები, საშუალებას მისცემს ამ სფეროში მომუშავე სპეციალისტებს, უფრო ზუსტად განსაზღვრონ მკურნალობის მიზნები.

სარეაბილიტაციო პროცესების ეფექტურობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული რეალური მიზნის დასახვაზე, კერძოდ რეაბილიტაცია გულისხმობს უნარშეზღუდულობის ხარისხის შემცირებას და ყურადღება არ უნდა იყოს აქცენტირებული მხოლოდ ერთი რომელიმე ფუნქციის გაუმჯობესებაზე.

ოპტიმალური მიზნის დასახვა ხელს შეუწყობს რეაბილიტაციის მენეჯმენტის რაციონალიზაციას და ადაპტაციაზე მიმართული ღონისძიებების დროულ დაგეგმვასა და განხორციელებას. ამ ღონისძიებების კომპლექსური და დროული განხორციელება ხელს შეუწყობს აგრეთვე შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უნარშეზღუდულობის ხარისხის შემცირებასა და მათი სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას.

ამავე დროს, აღნიშნული პროცესების რაციონალური მართვა ბევრად უფრო ეფექტურს და მიზანზე ორიენტირებულს გახდის სახელმწიფოს მიერ სოციალურ სფეროში გაწეულ დანახარჯებს.

სამეცნიერო-პრაქტიკული ღირებულება

კვლევამ გამოავლინა, ქართულ პოპულაციაში, ცერებრული დამბლით დაავადებულ ბავშვებში, სარეაბილიტაციო მკურნალობის ფონზე მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარებისა და ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის ცვლილების დინამიკა.

როგორც აღმოჩნდა, ცერებრული დამბლის სხვადასხვა სიმძიმის დონის დროს, მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარების დინამიკა განსხვავებულია. სარეაბილიტაციო მკურნალობის ფონზე, მძიმე V დონის ცერებრული დამბლით დაავადებულებში მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარება საწყის ეტაპზე მიმდინარეობს უფრო სწრაფად ნაკლები სიმძიმის ფორმებთან შედარებით.

ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარებას სხვადასხვა სიმძიმის ცერებრული დამბლის დროს გააჩნია გარკვეული ზღვრული დონე, რომლის მერყეობა განპირობებულია სამედიცინო ჩარევის ასაკით (რაც უფრო ადრე მოხდება ჩარევა, მით მაღალია მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარების საშუალო მონაცემი – ამ დონისათვის განსაზღვრული ლიმიტის ფარგლებში). ამავ დროს, მიუხედავად ინტენსიური სარეაბილიტაციო მკურნალობისა, მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარება არ სცილდება ამ დონისათვის განსაზღვრულ ზღვარს. ამ დასკვნას აქვს ღირებული პრაქტიკული მნიშვნელობა, რადგან ფაქტიურად, ობიექტურ მონაცემებზე დაყრდნობით, შესაძლებელია განისაზღვროს აქტიური სარეაბილიტაციო მკურნალობის დასრულების ვადა, დაიგეგმოს და განხორციელდეს სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებაზე და გარემოსთან ადაპტაციაზე მიმართული სხვა ღონისძიებები.

ამავე დროს, ის დასკვნა, რომ ცერებრული დამბლის თითოეული დონისათვის არსებობს მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარების ზღვარი, პრაქტიკულად გვაძლევს საშუალებას ვივარაუდოთ მოსალოდნელი უნარშეზღუდულობის ხარისხი

ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში. მიუხედავად ასეთი დასკვნის ფსიქოლოგიური სიმძიმისა, რეალურად ამის გაცნობიერება ბავშვის მშობლებისათვის, სოციალური მუშაკებისათვის, ჯანდაცვის ორგანიზაციებისათვის მნიშვნელოვანია. ეს საშუალებას მისცემს მათ, ობიექტური მონაცემებზე დაყრდნობით, დასახონ რეალურად მიღწევადი მიზნები და დროულად განახორციელონ სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული სხვა ღონისძიებები.

იმის გათვალისწინებით რომ, ცერებრული დამბლა არის ბავშვთა ასაკში განვითარებული უნარშეზღუდულობის ყველაზე ხშირი მიზეზი და რომ ცერებრული დამბლის სიხშირე საკმაოდ მაღალია, ჩატარებული კვლევის შედეგად მიღებული დასკვნები ასახვას ჰპოვებენ პრაქტიკაში და რეალურად დაეხმარებიან ამ სფეროში მოღვაწე სპეციალისტებს მიზანზე ორიენტირებული (უნარშეზღუდულობის ხარისხის მაქსიმალური შემცირება, ფუნქციური დამოუკიდებლობისა და დამოუკიდებელი სიცოცხლი ხარისხის გაზრდა) ღონისძიებების რაციონალურ და პრაგმატულ დაგეგმვაში.

დისერტაციის მოცულობა და სტრუქტურა

დისერტაცია წარმოდგენილია ქართულ ენაზე და მისი მოცულობა შეადგენს 112 გვერდს (გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხის გარეშე), შეიცავს შესავალს, 4 ძირითად ნაწილს, დასკვნებს, პრაქტიკულ რეკომენდაციებს, 13 ცხრილს, 8 დიაგრამას, 2 გრაფიკს და 15 ჰისტოგრამას.

ნაშრომის აპრობაცია

ნაშრომი მოხსენებულ იქნა საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის ბიოსამედიცინო ეთიკისა და მედიცინის ისტორიის, ეპიდემიოლოგიისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კათედრების გაერთიანებულ სხდომაზე [2006], ბავშვთა ნევროლოგიისა და ნეირორეაბილიტაციის ცენტრის გაფართოებულ სხდომაზე [2006], ნაშრომის ძირითადი დებულებები გამოქვეყნებულია ოთხი სტატიის სახით სამეცნიერო ჟურნალებში.

მასალა და მეთოდები:

შრომა ეფუძნება 2000-2005 წლებში თბილისის ბავშვთა ნევროლოგიისა და ნეირორეაბილიტაციის ცენტრში, ცერებრული დამბლით დაავადებული ბავშვების სარეაბილიტაციო მკურნალობის შედეგების ანალიზს. აღნიშნულ პერიოდში სარეაბილიტაციო მკურნალობა ჩაუტარდა 853 შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვს. კვლევისათვის შეირჩა 397, 3-10 წლამდე ასაკის, ცერებრული დამბლის სხვადასხვა ფორმით დაავადებული ბავშვი. საკვლევი მასალის შერჩევა ხდებოდა შემდეგი კრიტერიუმების გათვალისწინებით:

- მშობლების თანხმობა კვლევის ჩასატარებლად;
- შეირჩა ბავშვები მხოლოდ ცერებრული დამბლის დიაგნოზით;
- შეირჩა ბავშვები, რომლებიც სისტემატურად იტარებდნენ მკურნალობას საშუალო სიხშირით - 3 სამკურნალო კურსი წელიწადში და კვლევის პერიოდში ჩაიტარეს 9-10 სამკურნალო კურსი;

- სარეაბილიტაციო მკურნალობის უწყვეტობა საშუალებას გვაძლევდა პერიოდულად შეგვეფასებინა ბავშვის მდგომარეობა.

კვლევისთვის შეირჩა კოჰორტულ-პროსპექტული კვლევის დიზაინი. ბავშვების დაყოფა მოხდა ცერებრული დამბლის სინდრომისა და მისი სიმძიმის ხარისხის მიხედვით. ყველა პაციენტს უტარდებოდა კომპლექსური სარეაბილიტაციო მკურნალობა ინტერდისციპლინური მიდგომით (ინტერდისციპლინური მიდგომა გულისხმობს სარეაბილიტაციო პროცესში სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტების მონაწილეობას). სარეაბილიტაციო მკურნალობის შედეგების შეფასება ხდებოდა მსხვილი მოტორული ფუნქციებისა და ფუნქციური დამოუკიდებლობის შეფასების გზით. ცერებრული დამბლის სინდრომული დიაგნოსტიკა ხდებოდა G.Miller-ის კლასიფიკაციით (1992). ყველა შემთხვევაში გამოირიცხა პროგრესირებადი დაავადების არსებობა. ცერებრული დამბლის სიმძიმე ფასდებოდა რუსმანის და გეიჯის კლასიფიკაციით [Gage JR, 1991].

პაციენტების მოტორული განვითარების შეფასებისთვის გამოიყენებოდა: მსხვილი მოტორული ფუნქციის შეფასების სკალა [Russel DJ, Rosenbaum PL, Cadman DT, et al, 1989] და მსხვილი მოტორული ფუნქციის კლასიფიკაცია [Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, et al, 1997]. ბავშვების შეფასება ხდებოდა ყოველი სარეაბილიტაციო კურსის დაწყებისას და მისი დამთავრების შემდეგ. სულ კვლევის პერიოდში, 7146-ჯერ ჩატარდა მსხვილი მოტორული ფუნქციის შეფასება (GMFM/88).

ფუნქციური დამოუკიდებლობის შეფასებისთვის გამოიყენებოდა Granger and Cooke-ის მიერ მოწოდებული ფუნქციური დამოუკიდებლობის შეფასების ტესტი (WeeFIM). დაკვირვების ქვეშ მყოფი ცერებრული დამბლით დაავადებული ყველა ბავშვის ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის შეფასება ხდებოდა 6 თვეში ერთხელ. კვლევის პერიოდში ჩატარდა ფუნქციური დამოუკიდებლობის შეფასების 1191 ტესტი.

ყველა პაციენტს უტარდებოდა სარეაბილიტაციო მკურნალობას მულტიდისციპლინური გუნდური პრინციპით (ბავშვთა ნევროლოგი, ფსიქოლოგი, ფიზიკური თერაპევტი, მეტყველების თერაპევტი (ლოგოპედი), ეპილეფტოლოგი, ორთოპედი, ორთოზისტი) საშუალოდ წელიწადში 3 ჯერ და კვლევის პერიოდში თითოეულს ჩატარდა 9-10 სამკურნალო კურსი. სულ კვლევის პერიოდში ჩატარდა 3573 სამკურნალო კურსი. თითოეული კურსის ხანგრძლივობა შეადგენდა 20 სამუშაო დღეს და მოიცავდა შემდეგ მანიპულაციებს: ფიზიკური თერაპია – 20 პროცედურა, მეტყველების თერაპია – 20 პროცედურა, ფსიქოკორექცია – 8 პროცედურა, ოკუპაციური თერაპია 10 პროცედურა, საჭიროებისამებრ ხდებოდა ორთოპედიული ორთეზების დამზადება და ეპილეფტოლოგისა და ორთოპედის კონსულტაცია. ყველა პაციენტის ისტორია ინახება ბავშვთა ნევროლოგიისა და ნეირორეაბილიტაციის ცენტრში.

შემთხვევათა დაჯგუფება მოხდა ცერებრული დამბლის სინდრომებისა და სიმძიმის დონეების მიხედვით.

პაციენტების მდგომარეობის სიმძიმის შეფასებისას უპირატესობა ეძლეოდა საერთო მაჩვენებელს. ამ კრიტერიუმით ჩვენ გამოვყავით დაავადების სიმძიმის სამი ფორმა: მსუბუქი (დადის დამოუკიდებელად), საშუალო სიმძიმის (სიარულის დროს საჭიროებს დახმარებას), და მძიმე (გადაადგილებისათვის საჭიროებს ტოტალურ მეურვეობას).

მსხვილი მოტორული ფუნქციის დონეებად დაყოფა მოხდა მოტორული ფუნქციის კლასიფიკაციის მიხედვით: I დონე – დადის შეზღუდვის გარეშე,

სირთულეები აღინიშნება უფრო ნატიფი მსხვილ-მოტორული უნარ-ჩვევების შესრულებისას; II დონე – დადის დამხმარე საშუალებების გარეშე, სიძნელეები აღინიშნება მხოლოდ ეზოში სიარულისას; III დონე – დადის გადასაადგილებელი დამხმარე საშუალებებით, სიძნელეებია ეზოში და ქუჩაში სიარულისას; IV დონე – დამოუკიდებლად გადაადგილება შეზღუდულია, ეზოში და ქუჩაში სჭირდება ტრანსპორტირება ან ელექტროეტილი; V დონე – გადაადგილება მკვეთრად შეზღუდულია გადასაადგილებელი დამხმარე საშუალებებითაც კი. შესაბამისად, I და II დონე დამოუკიდებლად დადის დამხმარე საშუალებების გარეშე, III დონე დადის დამხმარე საშუალებებით, IV და V დონე დამხმარე საშუალებებითაც ვერ გადაადგილდება.

პაციენტების ფუნქციური დამოუკიდებლობა შეფასდა და მონაცემები განაწილდა ჯგუფების მიხედვით. ფუნქციური დამოუკიდებლობის შეფასებისას ხდებოდა პაციენტის თვითმომსახურების, მენჯის ღრუს ორგანოების ფუნქციის კონტროლის, გადაადგილების, მოძრაობის, კომუნიკაბელობის და სოციალური აქტივობის უნარის ქულობრივი შეფასება. ჩამოთვლილი აქტივობების შეფასების შემდეგ ხდებოდა საერთო საშუალო ქულის განსაზღვრა (საშუალო არითმეტიკული). თითოეული აქტივობის შეფასებისას ჩვენ ვხელმძღვანელობდით ქულის დაწერის შემდეგი კრიტერიუმით: 7 – სრულიად დამოუკიდებელია; 6 – დამოუკიდებლობა შეზღუდულია (ყველა მოქმედებას ასრულებს თვითონ, მაგრამ ნელა ან სჭირდება ინსტრუქტაჟი); 5 – მინიმალურად დამოკიდებულია (მოქმედების შესრულებისას სჭირდება ვინმეს თვალყური ან დახმარება ორთოზის ჩაცმის დროს); 4 – უმნიშვნელოდ დამოკიდებულია (მოქმედების შესრულებისას სჭირდება დახმარება, თუმცა დავალების 75%-ს ასრულებს დამოუკიდებლად); 3 – ზომიერად დამოკიდებულია (დავალების შესრულებისას საჭირო მოქმედებების 50-75%-ს ასრულებს დამოუკიდებლად); 2 – მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია (მოქმედებების 25-50%-ს ასრულებს დამოუკიდებლად); 1 – სრულიად დამოკიდებულია (დამოუკიდებლად ასრულებს მოქმედებათა 25%-ზე ნაკლებს).

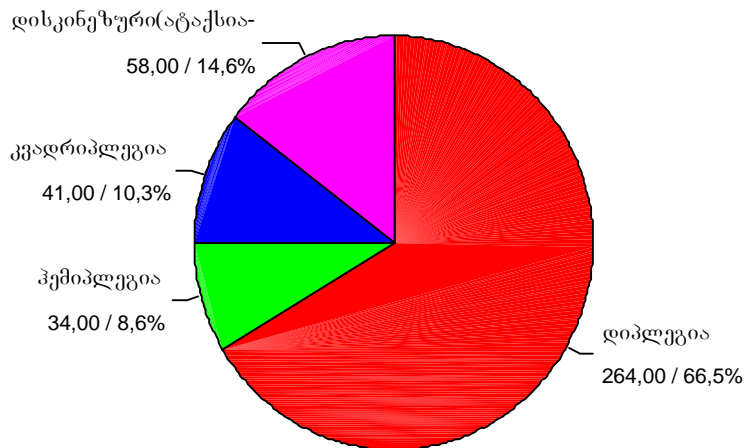
მასალა სტატისტიკურად დამუშავდა SPSS პროგრამით (ვერსია 11).

შედეგები:

პირველ რიგში მოხდა დაკვირვების ქვეშ მყოფი პაციენტების დაჯგუფება ცერებრული დამბლის ფორმების მიხედვით. შესწავლილ შემთხვევებში, ცერებრული დამბლის სინდრომების გადანაწილების რიცხოვრივი და პროცენტული მაჩვენებლები ასახულია №1 დიაგრამაზე.

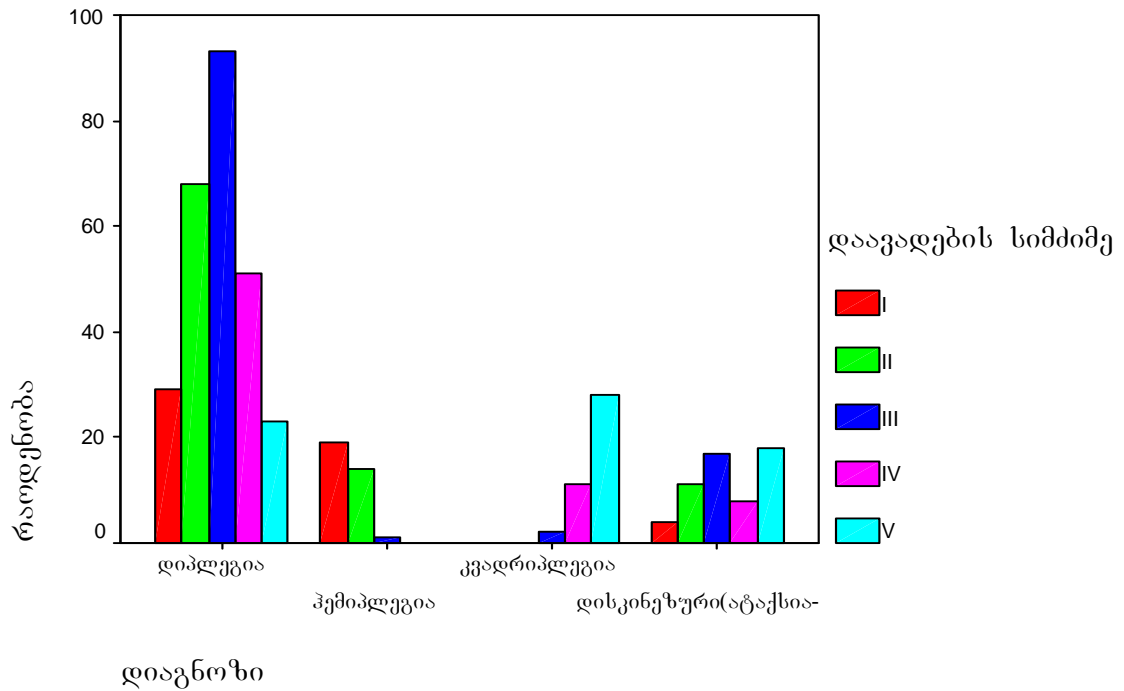
დიაგრამა №1

დიაგნოზი



კვლევით განსაზღვრული მიზნის მისაღწევად აუცილებელი იყო ცერებრული დამბლის სიმძიმის ხარისხის საწყისი მაჩვენებლების დადგენა. სიმძიმის ხარისხი დამოკიდებულია დაავადების კლინიკურ ფორმასა და თავის ტვინის დაზიანების ხარისხზე. ცერებრული დამბლის სიმძიმის ხარისხის მონაცემები სხვადასვა სინდრომების დროს გამოსახულია №2 დიაგრამაზე.

დიაგრამა №2



სარეაბილიტაციო მკურნალობის შეფასების აბსოლუტურად ობიექტური, მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კრიტერიუმები არ არსებობს. მსხვილი მოტორული ფუნქციების შეფასება დღეისათვის მიჩნეულია პაციენტის ფიზიკური მდგომარეობის შეფასების ყველაზე ობიექტურ მეთოდად. მის ობიექტურობას განაპირობებს ტესტის მოცულობა (88 პუნქტი, რომელიც 7 დომენშია განაწილებული) და მისი ჩატარებისათვის რამოდენიმე სპეციალისტის მონაწილეობის აუცილებლობა.

მსხვილი მოტორული ფუნქციების გამოკვლევა ტარდებოდა სამ თვეში ერთხელ (სარეაბილიტაციო კურსის დაწყებამდე და მისი დასრულების შემდეგ). დაავადების სიმძიმის დონეების მიხედვით მსხვილი მოტორული ფუნქციების შეფასებით მიღებული საწყისი მონაცემები შემდეგნაირად განაწილდა (ცხრილი №1):

ცხრილი №1

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles		
						25th	50th (Median)	75th
GMFM-88/საწ	52	83,1046	19,87332	18,80	100,00	77,4150	89,1000	96,9500
GMFM-88/საწ	93	66,1040	23,24108	6,00	97,80	49,3000	73,2000	83,6000
GMFM-88/საწ	113	48,7174	19,61926	8,60	93,00	37,1000	48,8000	64,7000
GMFM-88/საწ	70	33,5509	18,82058	1,24	90,40	20,8000	29,6500	46,7000
GMFM-88/საწ	69	15,4016	12,11693	,00	59,60	7,2000	12,2000	23,8850

სარეაბილიტაციო მკურნალობის ფონზე მსხვილი მოტორული ფუნქციების ეტაპური შეფასებით მიღებული მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილში (ცხრ¹²). ყველა შემთხვევაში აღინიშნა დადებითი დინამიკა, მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარების ტემპი და კვლევის დასრულებისას მიღებული მნიშვნელობები პირდაპირ კორელაციაშია დაავადების სიმძიმის დონესთან (იხ. ცხრ ¹²).

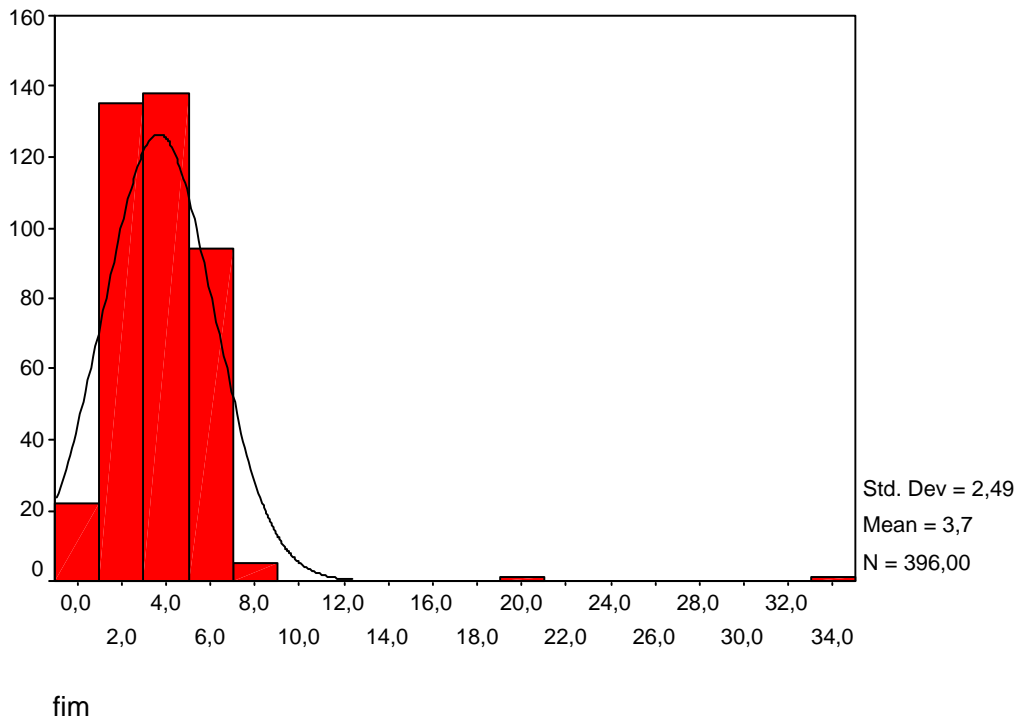
ცხრილი №2

		1	2	3	4	5	6
		Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean
დაავადების	I	83,10	85,93	87,70	88,76	89,75	90,57
სიმძიმის დონე	II	66,10	71,59	74,67	76,57	78,03	78,81
	III	48,72	54,94	57,75	59,91	60,73	61,73
	IV	33,55	37,84	39,75	41,20	41,52	42,51
	V	15,40	20,85	22,86	23,94	24,71	25,07

კვლევის პროცესში მნიშვნელოვანი იყო გაგვერკვია, სარეაბილიტაციო მკურნალობით მიღწეული მსხვილი მოტორული ფუნქციების გაუმჯობესება რამდენად აისახებოდა პაციენტის ყოფაზე და მის ფუნქციურ დამოუკიდებლობაზე.

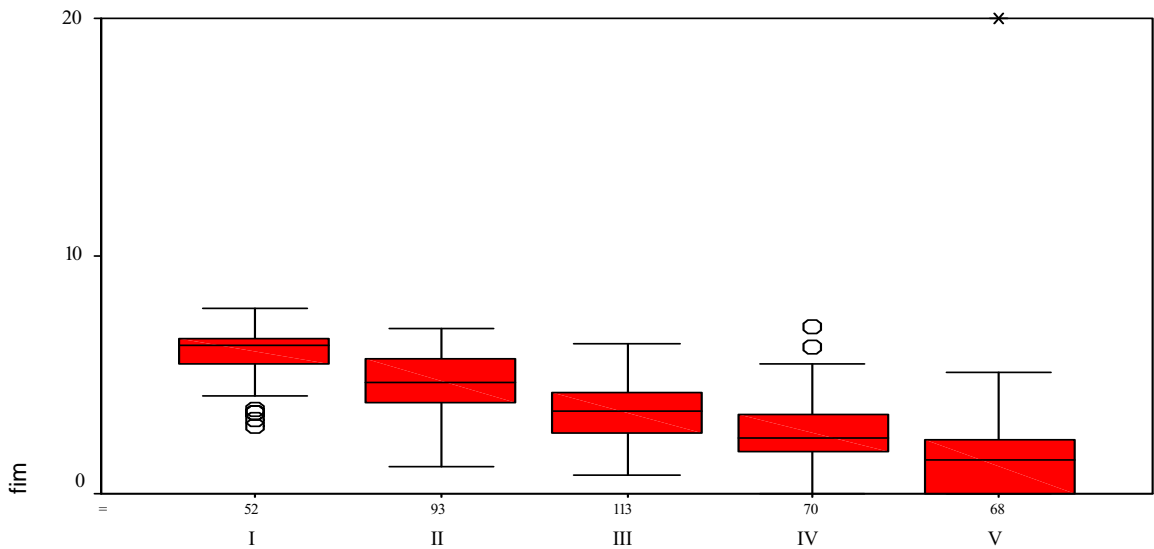
ფუნქციური დამოუკიდებლობის (WeeFIM) შეფასებისთვის გამოიყენებოდა Granger and Cooke-ის მიერ მოწოდებული ფუნქციური დამოუკიდებლობის შეფასების ტესტი. შეფასება ხდებოდა სარეაბილიტაციო მკურნალობის დაწყებამდე და შემდეგ 6 თვეში ერთხელ. მიღებული მანაცემების დამუშავება მოხდა სტატისტიკური ანალიზის პროგრამით. სარეაბილიტაციო მკურნალობის დაწყებამდე მიღებული მონაცემების განაწილება წარმოდგენილია ჰისტოგრამაზე №1.

ჰისტოგრამა №1



ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის მაქსიმალური მაჩვენებელი (WeeFIM-შკალით შეფასებისას) არის 7, ამდენად მისი, ციფრებში გამოხატული უმნიშვნელო ცვლილებაც კი აისახება პაციენტის ყოფაზე და მის უნარზე დამოუკიდებლად განახორციელოს ესა თუ ის ქმედება. სარეაბილიტაციო მკურნალობის ფონზე ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის ცვლილება დაავადების დონეების მიხედვით წარმოდგენილია ჰისტოგრამაზე (ჰისტ №2).

ჰისტოგრამა №2



დაავადების სიმძიმის დონე

როგორც ჰისტოგრამიდან ჩანს მნიშვნელოვნად შეიცვალა დაკვირვების ქვეშ მყოფი ბავშვების ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხი. ამრიგად, კვლევის შედეგების ანალიზით გამოვლინდა, რომ მსხვილი მოტორული ფუნქციების გაუმჯობესების ფონზე მნიშვნელოვნად გაიზარდა პაციენტების ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხიც.

კვლევის საწყის ეტაპზე შესწავლილი იქნა ცერებრული დამბლის სინდრომული განაწილება ორივე საკვლევ ჯგუფში. ყველაზე ხშირი იყო სპასტიური სინდრომები, მათ შორის: სპასტიური დიპლეგიის შემთხვევებმა შეადგინა საერთო რაოდენობის 66,5%, ჰემიპლეგიის – 8,6%, კვადრიპლეგიის – 10,3% ანუ სულ სპასტიური სინდრომი იყო შემთხვევათა 85,4%-ში. სხვა სინდრომებმა, რომელშიც გაერთიანებული იყო ცერებრული დამბლის დისკინეზური, ატაქსიური და ატონიური სინდრომი ერთად შეადგინა 14,6%.

მიღებული ეპიდემიოლოგიური მონაცემები სრულიად ეთანხმება უკანასკნელი პერიოდის ლიტერატურულ მონაცემებს. ერთ-ერთი ორგანიზაციის –“ევროპაში ცერებრული დამბლის ზედამხედველობის” მონაცემებით შესწავლილ იქნა ევროპის ქვეყნების 14 ცენტრის დაკვირვების და მკურნალობის შედეგები. კვლევა ჩატარდა 1976 წლიდან 1990 წლამდე დაბადებულ ცერებრული დამბლის მქონე 6000-ზე მეტ პაციენტს. ამ ცენტრების მონაცემებით სპასტიური სინდრომები იყო ყველაზე მეტი და შეადგენდა 65,2_92,1%-ს, მათ შორის – უნილატერალური დაზიანება დადგინდა 0_40,4%-ში, ბილატერალური – 41,7_100%-ში, დისკინეზური – 1,4_12,8%-ში, ატაქსიური

– 1,1_7,3%-ში და არაკლასიფიცირებული – 0,5_18,6%-ში [Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, 2002].

ჩვენი კვლევით შევეცადეთ დაგვედგინა თერაპიული ჩარევის ეფექტურობა. ჩვენთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში აღწერილი იყო მხოლოდ ერთი ასეთი ხანგრძლივობის (ხუთწლიანი) კვლევა. [Rosenbaum PL, Walter SD, Hanna SE, Prognosis for Gross Motor Function in Cerebral Palsy: Creation of Motor Development Curves, JAMA, 288:1357-1363, 2002].

ჩვენს მიერ აგრეთვე შესწავლილ იქნა მოტორული უნარშეზღუდულობა და ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხი, რისთვისაც შესაბამისად გამოვიყენეთ მსხვილი მოტორული ფუნქციების შეფასების ტესტი [Russel DJ, Rosenbaum PL, Cadman DT, et al, GMFM 1989], Palisano R –ს და თანაავტორების მსხვილი მოტორული ფუნქციის კლასიფიკაცია, Granger and Cooke-ის მიერ მოწოდებული ფუნქციური დამოუკიდებლობის ტესტი.

ჩვენი კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემების თანახმად, სარეაბილიტაციო მკურნალობის დაწყებამდე, მსხვილი მოტორული ფუნქციების შეფასებით (GMFM/88 ტესტი) მიღებულმა საშუალო მაჩვენებლებმა ცერებრული დამბლის სიმძიმის დონეების მიხედვით შესაბამისად შეადგინა: I დონე _ 83,1; II დონე _ 66,1; III დონე _ 48,7; IV დონე _ 33,6; V დონე _ 15,4.

ტესტის მაქსიმალური ქულა შეადგენს 100. აღნიშნული ტესტი არ არის მოწოდებული ჯანმრთელი ან სხვა პათოლოგიით დაავადებული ბავშვების შესაფასებლად. ის ვალიდურია სწორედ ცერებრული დამბლით დაავადებული ბავშვების შესაფასებლად [Palisano RJ, Hanna SE, Rosenbaum PL et al. Validation of a model of gross motor function for children with cerebral palsy. Phys. Ther. 2000; 80:974-985].

ქართულ პოპულაციაში დღემდე მსგავსი ტიპის კვლევა არ ჩატარებულა, ჩვენთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში არსებული მონაცემების თანახმად, ცერებრული დამბლის სხვადასხვა დონისათვის მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარებას ახასიათებს შესაძლო მიღწევადი საშუალო ზღვარი (ლიმიტი) [Scrutton D, Rosenbaum PL. The locomotor development of children with cerebral palsy. In Connolly K, Forssberg H, eds. Neurophysiology and Neuropsychology of Motor Development. London: Mac Keith press, 1997: 101-123], რომელიც დაავადების სიმძიმის დონეების მიხედვით შეადგენს: I დონე _ 90-100; II დონე _ 70-90; III დონე 50-70; IV დონე 20-50; V დონე <20. ამ ციფრების შედარებით ჩვენს მიერ, სარეაბილიტაციო მკურნალობის დაწყებამდე მიღებულ ქულობრივ მაჩვენებლებთან ნათელი ხდება, რომ ჩვენი მონაცემები ნაკლებია და არ შეესაბამება ცერებრული დამბლის შესაბამისი დონისათვის მიღებულ საშუალო სტატისტიკურ მნიშვნელობებს. მსხვილი მოტორული ფუნქციების შეფასება ხდებოდა ყოველი სარეაბილიტაციო კურსის დაწყებისას და მისი დამთავრების შემდეგ. ჩატარებული კვლევით დადგინდა, რომ მსხვილი მოტორული ფუნქციების საბოლოო საშუალო მნიშვნელობებმა დაავადების სიმძიმის დონეების მიხედვით შეადგინა: I დონე _ 90,6; II დონე _ 78,8; III დონე _ 61,7; IV დონე _ 42,5; V დონე _ 25.1 მიღებული მონაცემები შეესაბამება ლიტერატურაში არსებულ მონაცემებს.

ცერებრული დამბლის დროს, მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარება ლიმიტირებულია, ლიმიტის ზღვარს განსაზღვრავს დაავადების სიმძიმის დონე და მისი ზრდა არ არის დამოკიდებული სარეაბილიტაციო მკურნალობის ინტენსივობასა და ხანგრძლივობაზე.

სარეაბილიტაციო მკურნალობა მიზნად არ ისახავს იზოლირებულად მსხვილი მოტორული ფუნქციების გაუმჯობესებას და ამიტომ, ერთის მხრივ, მხოლოდ ამ პარამეტრით მისი ეფექტურობის შეფასება არ იქნება სწორი. რეაბილიტაციის მიზანი არის ფუნქციური დამოუკიდებლობისა და შესაბამისად დამოუკიდებელი სიცოცხლის ხარისხის გაზრდა, ხოლო მიზანზე ორიენტირებული, რაციონალურად დაგეგმილი სარეაბილიტაციო სამკურნალო პროცესის ორგანიზებისათვის აუცილებელი პირობაა მკურნალობის მიზანი იყოს ოპტიმალური და მიღწევადი. მიზნის მიღწევადობისა და სარეაბილიტაციო მკურნალობის ეფექტურობის განსაზღვრისათვის კი მსხვილი მოტორული ფუნქციების შეფასება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია.

ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხი კორელაციაშია დაავადების სიმძიმის დონესთან და კორელაციის ხარისხი საშუალოზე მეტია.

რაც უფრო მაღალია დაავადების სიმძიმის დონე მით უფრო ნაკლებია ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხი.

მიღებული მონაცემების სტატისტიკური დამუშავებით გაირკვა, რომ:

- ცერებრული დამბლის ყველა შესწავლილ შემთხვევაში სარეაბილიტაციო მკურნალობა იყო ეფექტური;
- მსხვილი მოტორული ფუნქციებისა და ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის შეფასება მნიშვნელოვანია მიზანზე ორიენტირებული სარეაბილიტაციო მკურნალობის ორგანიზებისათვის და მისი ეფექტურობის შეფასებისათვის.

დღეისათვის, უნარშეზღუდულობის გამომწვევ დაავადებათა მართვისას განსაკუთრებული ყურადღება სწორედ პაციენტის ფუნქციური დამოუკიდებლობის გაუმჯობესებისკენაა მიმართული. ცერებრული დამბლის მართვის ერთ-ერთ მთავარ პრიორიტეტად ითვლება მაქსიმალური დამოუკიდებლობის მიღწევა ყოველდღიურ საქმიანობაში. პაციენტის ფუნქციური დამოუკიდებლობის გაუმჯობესება აისახება მის ცხოვრების ხარისხსა და სოციალურ აქტივობაზე, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია უნარშეზღუდულობის არსებობისას.

დასკვნები

1. სარეაბილიტაციო მკურნალობა ინტერდისციპლინური, გუნდური მიდგომით ცერებრული დამბლის ყველა შესწავლილ შემთხვევაში იყო ეფექტური;
2. მსხვილი მოტორული ფუნქციებისა და ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის შეფასება ობიექტურად ასახავს სარეაბილიტაციო მკურნალობის შედეგებს;
3. ცერებრული დამბლით დაავადებულ ბავშვთა სამედიცინო რეაბილიტაციის ყველა შესწავლილ შემთხვევაში აღინიშნა მსხვილი მოტორული ფუნქციების გაუმჯობესება;
4. გაუმჯობესდა ყველა პაციენტის ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხი;
5. მსხვილი მოტორული ფუნქციების გაუმჯობესების ტემპი და საბოლოო მნიშვნელობა დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმის დონეზე და ამ კორელაციის ხარისხი საშუალოზე მაღალია;
6. მსხვილი მოტორული ფუნქციების გაუმჯობესება ხასიათდება გარკვეული ლიმიტით. ამ ლიმიტს განაპირობებს დაავადების სიმძიმის დონე და

მიუხედავად იმისა, რომ სარეაბილიტაციო მკურნალობა ყველა შემთხვევაში იყო ეფექტური, დაავადების სიმძიმის დონე არცერთ შემთხვევაში არ შეიცვალა, ამდენად:

- სარეაბილიტაციო მკურნალობა მიზნად არ უნდა ისახავდეს უნარშეზღუდულობის გამოძწევის დაავადებების აღმოფხვრას და დასახული მიზანი უნდა იყოს რეალურად მიღწევადი;
 - სარეაბილიტაციო მკურნალობის მიუხედავად არ ხდება ცერებრული დამბლის სიმძიმის დონის ცვლილება;
7. დაავადების სიმძიმის ამა თუ იმ დონისათვის დამახასიათებელი მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარების მაქსიმალური გაუმჯობესების მისაღწევად, აუცილებელია ხანგრძლივი, უწყვეტი, კომპლექსური სარეაბილიტაციო მკურნალობის ჩატარება;
8. თუ მსხვილი მოტორული ფუნქციებისა და ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხი აღარ უმჯობესდება ეს მიუთითებს იმაზე, რომ ცერებრული დამბლის სიმძიმის ამ დონისათვის მიღწეულია შესაძლო გაუმჯობესების მაქსიმუმი და რომ უნარშეზღუდულობის ხარისხის შემდგომი შემცირებისათვის, სარეაბილიტაციო მკურნალობასთან ერთად აუცილებელია ადაპტაციური ღონისძიებების განხორციელება.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

- ❖ სამედიცინო რეაბილიტაციაში ინტერდისციპლინური გუნდური მიდგომა არის მენეჯმენტის ეფექტური მოდელი და მისი დანერგვა სარეაბილიტაციო დაწესებულებებში ბევრად უფრო წარმატებულს გახდის სამედიცინო რეაბილიტაციის პროცესს;
- ❖ სარეაბილიტაციო პროცესის სწორი დაგეგმვისათვის და ოპტიმიზაციისათვის აუცილებელია პაციენტის ინტერესების გათვალისწინება;
- ❖ სამედიცინო რეაბილიტაციის ეფექტურობის გაზრდისათვის მნიშვნელოვანია, რომ დასახული მიზანი იყოს რეალური და მიღწევადი;
- ❖ მიზანზე ორიენტირებული სამედიცინო სარეაბილიტაციო სამსახურის სწორი და რაციონალური მართვისათვის მნიშვნელოვანია მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარებისა ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის პერიოდული შეფასება და ამ მონაცემების გათვალისწინება მიზნის დასახვის დროს;
- ❖ პაციენტი და მისი ოჯახის წევრები თავიდანვე უნდა იყვნენ ინფორმირებული სარეაბილიტაციო მკურნალობის მოსალოდნელი ეფექტურობისა და შემდგომში უნარშეზღუდულობის სავარაუდო ხარისხის შესახებ;
- ❖ ცერებრული დამბლის სიმძიმის ყველა დონისათვის დამახასიათებელია მსხვილი მოტორული ფუნქციების განვითარების გარკვეული ზღვარი, რომლის შემდეგაც გაუმჯობესების ხარისხი უმნიშვნელოა და პრაქტიკულად ვერ ცვლის პაციენტის უნარს შეასრულოს ესა თუ ის მსხვილი მოტორული აქტი და შესაბამისად გააუმჯობესოს ფუნქციური დამოუკიდებლობისა და სიცოცხლის ხარისხი. აღნიშნული ზღვარის მნიშვნელობის გაზრდა არ არის დამოკიდებული სარეაბილიტაციო მკურნალობის ინტენსივობასა და ხანგრძლივობაზე. აქედან

გამომდინარე შესაძლებელია წინასწარ ვივარაუდოთ სარეაბილიტაციო მკურნალობით მიღწევადი მაქსიმალური ეფექტი და გავითვალისწინოთ ეს ადაპტაციური ღონისძიებების დაგეგმვაში;

- ❖ რაც უფრო მეტად უახლოვდება მსხვილი მოტორული ფუნქციების და ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხი დაავადების სიმძიმის დონისათვის დამახასიათებელ საშუალო მაჩვენებელს, მით უფრო კლებულობს სარეაბილიტაციო მკურნალობის ეფექტურობა. აუცილებელია პაციენტისა და მისი ოჯახის ინფორმირება ამის შესახებ, რათა თავიდან ავიცილოთ უთანხმოება და იმედგაცრუება;
- ❖ ცერებრული დამბლის სიმძიმის დონიდან გამომდინარე პაციენტის მსხვილი მოტორული ფუნქციებისა და ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის განსაზღვრა და მათი ცვლილების ხარისხზე დაკვირვება, საშუალებას გვაძლევს მოვახდინოთ სარეაბილიტაციო მკურნალობის პროცესის ოპტიმიზაცია და მისი მიზანზე მეტად ორიენტაცირება;
- ❖ მსხვილი მოტორული ფუნქციებისა და პაციენტის ფუნქციური დამოუკიდებლობის მაქსიმალურად გაუმჯობესებისათვის მნიშვნელოვანია კომპლექსური სარეაბილიტაციო მკურნალობის ჩატარება ინტერდისციპლინური მიდგომით.

გამოქვეყნებული შრომების სია

1. I. Natroshvili, Z. Kakushadze, M. Gabunia, KH.Davituliani, S.Tatishvili, PROGNOSTIC VALUE OF GROSS MOTOR FUNCTION MEASURE TO EVALUATE THE SEVERITY OF CEREBRAL PALSY, Georgian Medical News, №9(126): 44-48, 2005;
2. ი.ნატროშვილი, პროფ. ჯ.მამალაძე, მედ.მეც.კანდ. მ.გაბუნია, ზ.კაკუშაძე, მოტორული უნარშეზღუდულობის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ეფექტურობის შეფასება GMFM და WeeFIM შკალების გამოყენებით, საქართველოს სამედიცინო მოამბე, №3:116-119,2005;
- Натрошвили И. проф. Мамаладзе Дж. канд. мед. наук. Габуния М. Какушадзе З. Оценка эффективности реабилитационного лечения детей с ограничениями моторной сферы с помощью GMFM и WeeFIM, Сакартвелოს სამედიცინო მოამბე, №3:116-119,2005 (на грузинском языке);
3. Какушадзе З. Бокерия В. Натрошвили И. Кандарели Л. Давитулиани Х., Сравнение прогноза эпилептической энцефалопатии и симптомной эпилепсии при наличии церебрального паралича (статической энцефалопатии) у детей, Georgian Medical News №11(128): 66-69, 2005;
4. I. Natroshvili, I. Bokeria, M. Gabunia PHD, Z. Kakushadze, M. Shishniashvili PHD, IMPORTANCE OF CORRELATIONS OF GROSS MOTOR FUNCTION MEASURE (GMFM) AND FUNCTIONAL INDEPENDENCE (WEEFIM) FOR MANAGEMENT OF CHILDREN WITH MOTOR DISABILITIES, Georgian Medical News №12(129): 88-90, 2005.